



UNIVERSIDAD
**PABLO DE
OLAVIDE**
SEVILLA

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ÁREA DE TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN

Tesis Doctoral

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Y PEDAGOGÍA DE LA MUERTE**

Encarnación Pedrero García

Sevilla, 2012





UNIVERSIDAD
**PABLO^D
OLAVIDE**
S E V I L L A

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ÁREA DE TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN

Tesis Doctoral



**EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Y PEDAGOGÍA DE LA MUERTE**

Encarnación Pedrero García

Sevilla, 2012



UNIVERSIDAD
**PABLO^D
OLAVIDE**
S E V I L L A

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ÁREA DE TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PEDAGOGÍA DE LA MUERTE

Tesis Doctoral presentada por
Encarnación Pedrero García

Dirigida por
Dr. José Alfonso García Martínez
Dr. Juan Agustín Morón Marchena

Sevilla, 2012



Dr. D. José Alfonso García Martínez, Profesor Titular del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia y el Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena, Profesor Titular del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

INFORMAN

Que D^a. Encarnación Pedrero García ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada: **EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PEDAGOGÍA DE LA MUERTE** presentada para optar al título de Doctora en Pedagogía y que a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral. Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a 25 de mayo de 2012.

Fdo: Dr. D. José Alfonso García Martínez

Director de Tesis

Fdo: Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena

Director de Tesis

Fdo.: D^a. Encarnación Pedrero García

Doctoranda

A mis padres... por su amor siempre...

En esta página sólo veo una playa desierta, un inmenso mar inmóvil y un faro lejano. Sigo sin entender gran cosa sobre el sufrimiento y sobre la muerte. Aunque quizá mi búsqueda no haya sido completamente inútil. Como siempre, tal vez sea el viaje lo que importa. Esperaré... A que aparezca alguien en la playa. A que la brisa acaricie alguna ola. O a que un rayo de sol, aunque sea débil, se filtre entre las nubes. Esperaré el milagro...

TESIS DOCTORAL

ÍNDICE GENERAL

TABLA DE CONTENIDO

I.	ÍNDICE GENERAL	I
II.	ÍNDICE DE TABLAS	VII
III.	ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
IV.	ÍNDICE DE FIGURAS	XI
CONTEXTO Y ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN		1
	PRESENTACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y ORIGEN DE LA INVESTIGACIÓN	3
	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
	ESTRUCTURA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN	16
PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO		19
CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN TEÓRICA AL FOCO DE LA INVESTIGACIÓN		23
	LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: DISCIPLINA FUNDAMENTADORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	25
1.1.	APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	25
1.1.1.	CONCEPTO DE EDUCACIÓN	25
1.1.2.	CONCEPTO DE SALUD	31
1.1.3.	CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	46
1.1.4.	OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS	54
1.2.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNIDAD	63
1.2.1.	CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	73
1.3.	LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL	96
1.3.1.	LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	102
1.3.2.	LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS	108
1.4.	LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULUM EDUCATIVO	112
1.4.1.	OBJETIVOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	120
1.4.2.	ÁMBITOS Y ÁREAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	122
1.5.	LA METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	127
1.5.1.	LA INTEGRACIÓN DE LOS TEMAS TRANSVERSALES EN EL CENTRO EDUCATIVO	128

1.6. LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE Y SU VINCULACIÓN CON LOS TEMAS TRANSVERSALES	139
1.6.1. EDUCACIÓN MORAL Y CÍVICA	147
1.6.2. EDUCACIÓN PARA LA PAZ	148
1.6.3. EDUCACIÓN AMBIENTAL	149
1.6.4. EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR	149
1.6.5. EDUCACIÓN VIAL	150
1.6.6. EDUCACIÓN PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO	151
1.6.7. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	151
1.7. CONCLUSIONES	157
SEGUNDA PARTE. MARCO METODOLÓGICO	161
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	163
2.1. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	167
2.1.1. CONCEPTO DE PARADIGMA	168
2.1.2. PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN	170
2.1.3. DERIVACIONES METODOLÓGICAS DE LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN	180
2.1.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE CORTE CUALITATIVO Y CUANTITATIVO	192
2.2. DISEÑO Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN	213
2.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	218
2.3.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL	220
2.3.2. ENTREVISTAS	225
2.3.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN	231
2.3.4. REGISTROS: OBSERVACIONES Y NOTAS DE CAMPO	233
2.3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	236
2.4. METODOLOGÍA CUANTITATIVA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	240
2.4.1. DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS: EL CUESTIONARIO	240
2.4.2. PRUEBA PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO	244
2.4.3. IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS	246
2.4.4. MUESTREO Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS	246

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS DOCUMENTAL	253
3.1. ASPECTOS GENERALES DE LA MUERTE	261
3.1.1. LA IDEA DE LA MUERTE	263
3.1.2. EL HECHO DE LA MUERTE HOY	264
3.1.3. EL MIEDO A MORIR: LA SOLEDAD Y EL SILENCIO FRENTE A LA MUERTE	268
3.1.4. LA MUERTE: ACTITUDES ANTE SU MISTERIO	279
3.1.4.1. ACTITUDES DE LAS PERSONAS MAYORES ANTE LA MUERTE	285
3.1.5. LA MUERTE DE UN SER QUERIDO	286
3.1.6. LA MUERTE PROPIA: ¿ORIENTACIONES PARA AFRONTARLA?	287
3.2. ASPECTOS MÉDICOS SOBRE LA MUERTE	293
3.2.1. LOS DOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA DEL SIGLO XXI	295
3.2.2. EL MORIR: SENTIDO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL	297
3.2.2.1. EL PROCESO DE ENVEJECER: ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES	299
3.2.3. LA MUERTE COMO PROCESO, BREVE PERSPECTIVA MÉDICA	301
3.2.3.1. COMA Y ESTADO VEGETATIVO	304
3.2.4. LA ENFERMEDAD COMO AMENAZA: CERCANÍA DE LA MUERTE	306
3.2.4.1. LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS	307
3.2.4.2. ETAPAS Y MIEDOS QUE ATRAVIESA UNA PERSONA TRAS CONOCER SU DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL	313
3.2.5. LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL: ROL, CONFLICTOS Y NECESIDADES	322
3.2.6. EL ACOMPAÑAMIENTO AL ENFERMO TERMINAL	323
3.2.6.1. MIEDOS Y CULPABILIDADES EN LA COTIDIANIEDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO	325
3.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS SOBRE LA MUERTE	327
3.3.1. PSICOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO Y DE LA MUERTE	329
3.3.2. PERSPECTIVA EVOLUTIVA: COMPRENSIÓN DEL CONCEPTO MUERTE DESDE EL NACIMIENTO A LA ADOLESCENCIA	330
3.3.3. LOS PROCESOS DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	340
3.3.3.1. MITOS ACERCA DEL DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	341
3.3.3.2. LAS VIVENCIAS DE PÉRDIDA (DUELO) DE 0 A 16 AÑOS	343
3.3.3.3. LA COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PROCESOS DE DUELO	353
3.4. ASPECTOS SOCIALES SOBRE LA MUERTE	361
3.4.1. INTRODUCCIÓN	363
3.4.2. CAUSAS Y SENTIDO DE LA MUERTE	370
3.4.3. EL MORIR EN NUESTROS DÍAS	373
3.4.4. LOS RITOS Y LA VIVENCIA DE LOS SOBREVIVIENTES	385
3.4.4.1. SENTIDO Y FUNCIONES DE LOS RITOS FUNERARIOS	387
3.4.4.2. LA BUROCRACIA DE LA MUERTE	394

3.5. ASPECTOS RELIGIOSOS SOBRE LA MUERTE	397
3.5.1. LA MUERTE Y LOS ORÍGENES DE LA RELIGIÓN	399
3.5.2. RELIGIONES ACTUALES Y EL TEMA DE LA MUERTE	404
3.5.2.1. LA MUERTE EN EL JUDAISMO	404
3.5.2.2. LA MUERTE EN EL CRISTIANISMO	405
3.5.2.3. LA MUERTE EN EL ISLAM	407
3.5.2.4. LA MUERTE EN EL HINDUISMO	415
3.5.2.5. LA MUERTE EN EL BUDISMO	418
3.5.3. CONCLUSIONES	426
3.6. ASPECTOS FILOSÓFICOS SOBRE LA MUERTE	435
3.6.1. INTRODUCCIÓN	437
3.6.2. LA TEORÍA HEIDEGGERIANA DE LA MUERTE	444
3.6.3. VIKTOR FRANKL Y LA PREGUNTA POR EL SENTIDO DE LA VIDA	452
3.7. ASPECTOS ÉTICOS SOBRE LA MUERTE	461
3.7.1. INTRODUCCIÓN	463
3.7.2. LA EUTANASIA Y EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD	467
3.7.2.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	467
3.7.2.2. REFLEXIÓN ÉTICA SOBRE LA EUTANASIA	476
3.7.2.3. EL PROBLEMA LEGAL DE LA EUTANASIA	477
3.7.2.4. PROS Y CONTRAS DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	481
3.7.2.5. ATENCIONES BÁSICAS PARA UNA MUERTE DIGNA	484
3.7.2.6. EL TESTAMENTO VITAL	488
3.8. ASPECTOS EDUCATIVOS	497
3.8.1. INTRODUCCIÓN	499
3.8.2. HACIA UNA EVOLUCIÓN CURRICULAR: MÁS ALLÁ DE LA TRANSVERSALIDAD	502
3.8.3. HACIA UNA DIDÁCTICA DE LA MUERTE	505
3.8.3.1. TRIPLE ENFOQUE DIDÁCTICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	506
3.8.4. HACIA UNA EDUCACIÓN COMPLEJO-EVOLUCIONISTA	507
3.8.5. FORMACIÓN DE LOS EDUCADORES DESDE UNA PERSPECTIVA COMPLEJO-EVOLUCIONISTA	512
3.8.6. CONCLUSIONES	521
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: ENTREVISTA, CUESTIONARIO Y GRUPO DE DISCUSIÓN	522
4.1. ENTREVISTA	529
4.1.1. APROXIMACIÓN A LOS DATOS GENERALES	533

4.1.2. PERCEPCIÓN SOBRE LA EXISTENCIA DE LA MATERIA DE EPS Y EPM EN SU UNIVERSIDAD	533
4.1.3. NECESIDAD Y DEMANDA DE FORMAR A LOS ESTUDIANTES EN EPS Y EPM	535
4.1.4. PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE FORMACIÓN EN EPS/EPM	540
4.1.5. RELACIÓN ENTRE EPS/CALIDAD DE VIDA/MUERTE	541
4.1.6. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y LA EPM	542
4.1.7. ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE DEL PROFESORADO	542
4.1.8. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EPM	543
4.2. CUESTIONARIO	545
4.2.1. APROXIMACIÓN A LOS DATOS GENERALES	548
4.2.2. PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS	554
4.2.3. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	574
4.2.4. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD/CALIDAD DE VIDA/MUERTE	578
4.2.5. INTRODUCCIÓN TEMÁTICA DE LA MUERTE-EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	580
4.2.6. PERCEPCIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS	584
4.2.7. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	600
4.3. GRUPO DE DISCUSIÓN	605
4.3.1. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	610
4.3.2. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y MUERTE	618
4.3.3. PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS	620
4.3.4. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	621
TERCERA PARTE. CONCLUSIONES	625
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	627
5.1. CONCLUSIONES	631
5.2. PROPUESTA DE ACTUACIÓN: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	643
4.2.1. JUSTIFICACIÓN	643
4.2.2. OBJETIVOS	645
4.2.3. CONTENIDOS	645
4.2.4. ACTIVIDADES Y PROPUESTAS METODOLÓGICAS	646
4.2.5. RECURSOS DIDÁCTICOS	649

4.2.6. EVALUACIÓN	675
4.2.7. ANEXOS AL PROGRAMA: RECURSOS EDUCATIVOS (BIBLIOGRAFÍA Y FILMOGRAFÍA SOBRE LA MUERTE Y EL DUELO)	676
4.3. LÍNEAS FUTURAS	681
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	685
ANEXOS	731

ÍNDICE de TABLAS

Distribución de Tablas	Página
Tabla 1.1. Temáticas transversales.	111
Tabla 1.2. Situación de asignaturas relacionadas con la EPS en las Universidades Españolas.	131
Tabla 2.1. Dimensiones de los paradigmas de Investigación Educativa.	178
Tabla 2.2. Características de los paradigmas de Investigación Educativa.	184
Tabla 2.3. Comparación entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa.	185
Tabla 2.4. Clasificación de las técnicas en función de sus objetivos.	194
Tabla 2.5. Temáticas a abordar en el análisis documental.	224
Tabla 2.6. Categorías temáticas de la entrevista.	231
Tabla 2.7. Categorías temáticas del grupo de discusión.	233
Tabla 2.8. Categorías temáticas del cuestionario.	244
Tabla 2.9. Precisión de la estimación.	249
Tabla 2.10. Población total encuestada.	250
Tabla 3.2.1. Criterios para el diagnóstico de la muerte.	303
Tabla 3.2.2. Reacciones del enfermo ante el diagnóstico de cáncer.	314
Tabla 3.3.1. Mitos acerca del duelo en niños y adolescentes y resultados de investigaciones y de la práctica clínica.	343
Tabla 3.4.1. Tabla 3.4.1. CIE-10: causas de muerte.	374
Tabla 3.4.2. Principales causas de muerte en España de 2000 a 2005 (INE, 2006).	375
Tabla 3.4.3. Nº de defunciones en España, segregados por sexos desde el año 1992 hasta 2006 (INE, 2006).	377
Tabla 3.4.4. Nº de defunciones en España por edades: Del año 2000 a 2005 INE, 2006).	379
Tabla 3.4.5. Nº de defunciones de hombres en España por edades. Del año 2000 a 2005 (INE, 2006).	380
Tabla 3.4.6. Nº de defunciones de mujeres en España por edades. Del año 2000 a 2005 (INE, 2006).	381
Tabla 3.5.1. Esquema judaísmo.	429
Tabla 3.5.2. Esquema Cristianismo.	430
Tabla 3.5.3. Esquema Islam.	431
Tabla 3.5.4. Esquema Hinduismo.	432
Tabla 3.5.5. Esquema Budismo.	433
Tabla 3.7.1. Razones citadas para solicitar la eutanasia en Oregon (EE.UU).	474
Tabla 4.2.1. Muestra de estudiantes universitarios.	549
Tabla 4.2.2. Titulaciones involucradas en la muestra del cuestionario.	549
Tabla 4.2.3. Cursos implicados en la muestra.	551
Tabla 4.2.4. Distribución de frecuencias por edad.	552
Tabla 4.2.5. Distribución de frecuencias por género.	553
Tabla 4.2.6. Distribución de frecuencias: ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpS?	556
Tabla 4.2.7. Contextos donde se ha recibido algún tipo de información y/o formación en EpS.	558
Tabla 4.2.8. Niveles educativos donde se ha recibido algún tipo de información y/o formación	561

en EpS.	
Tabla 4.2.9. Distribución de frecuencias sobre la Formación de EpS en la carrera.	563
Tabla 4.2.10. Distribución de frecuencias: Formación en Educación Afectivo-Sexual.	564
Tabla 4.2.11. Distribución de frecuencias: Formación en Prevención de ITS/VIH.	565
Tabla 4.2.12. Distribución de frecuencias: Formación en Prevención de Drogodependencias.	566
Tabla 4.2.13. Distribución de frecuencias: Formación en Prevención de trastornos alimentarios.	568
Tabla 4.2.14. Distribución de frecuencias: Formación en EpS y Consumo.	569
Tabla 4.2.15. Distribución de frecuencias: Formación en Educación Vial.	570
Tabla 4.2.16. Distribución de frecuencias: Formación en Metodología y Técnicas en EpS.	571
Tabla 4.2.17. Distribución de frecuencias: Formación en Diseño y evaluación de programas en EpS.	572
Tabla 4.2.18. Distribución de frecuencias: Formación en Otras temáticas relacionadas con la EpS.	573
Tabla 4.2.19. Distribución de frecuencias: Necesidad de recibir formación en EpS.	575
Tabla 4.2.20. Distribución de frecuencias: Demanda de EpS.	576
Tabla 4.2.21. Distribución de frecuencias: Utilidad de EpS en la profesión.	577
Tabla 4.2.22. Distribución de frecuencias: EpS puede mejorar la calidad.	578
Tabla 4.2.23. Distribución de frecuencias: Relación entre muerte, salud y calidad de vida.	579
Tabla 4.2.24. Distribución de frecuencias: ¿Se habla de la muerte en nuestro entorno?	581
Tabla 4.2.25. Distribución de frecuencias: ¿Es la muerte un tabú en nuestra sociedad?	582
Tabla 4.2.26. Distribución de frecuencias: Necesidad de educar en la muerte.	583
Tabla 4.2.27. Distribución de frecuencias: ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpM?	585
Tabla 4.2.28. Distribución de frecuencias: Formación en EpM: Carteles o videos.	586
Tabla 4.2.29. Distribución de frecuencias: Formación en EpM: Conferencias, charlas, exposiciones.	587
Tabla 4.2.30. Distribución de frecuencias: Formación en EpM: Cursos, Jornadas, Seminarios.	588
Tabla 4.2.31. Distribución de frecuencias: Formación en EpM: otros medios.	589
Tabla 4.2.32. Distribución de frecuencias: Conocimientos de Tanatología.	591
Tabla 4.2.33. Distribución de frecuencias: Conocimientos de enfermos terminales.	592
Tabla 4.2.34. Distribución de frecuencias: Conocimientos sobre aspectos psicológicos: duelo, etc...	593
Tabla 4.2.35. Distribución de frecuencias: Conocimientos sobre actitudes ante la muerte.	594
Tabla 4.2.36. Distribución de frecuencias: Conocimientos sobre aspectos sociales: ritos y ceremonias.	595
Tabla 4.2.37. Distribución de frecuencias: Conocimientos sobre aspectos éticos: eutanasia.	596
Tabla 4.2.38. Distribución de frecuencias: Conocimientos sobre aspectos religiosos.	597
Tabla 4.2.39. Distribución de frecuencias: Conocimientos sobre aspectos filosóficos.	598
Tabla 4.2.40. Distribución de frecuencias: Otros Conocimientos sobre la muerte.	599
Tabla 4.2.41. Distribución de frecuencias: Necesidad de recibir formación en EpM.	601
Tabla 4.2.42. Distribución de frecuencias: Demanda de formación en EpM.	602
Tabla 4.2.43. Distribución de frecuencias: Mejoría tu formación recibir EpM	603
Tabla 4.2.44. Distribución de frecuencias: EpM de utilidad en tu profesión.	604

ÍNDICE de Gráficos

Distribución de Gráficos	Página
Gráfico 1.1. Influencia de los determinantes de salud.	74
Gráfico 1.2. Comparación entre los factores y la distribución de los recursos de salud.	74
Gráfico 4.2.1. Porcentaje de cuestionarios realizados por titulaciones.	550
Gráfico 4.2.2. Porcentaje de cuestionarios realizados en cada curso.	551
Gráfico 4.2.3. Porcentaje de edad de los estudiantes encuestados.	553
Gráfico 4.2.4. Porcentaje del género de los estudiantes.	554
Gráfico 4.2.5. Porcentaje de respuestas: ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en Educación para la Salud?	556
Gráfico 4.2.6. Porcentaje de respuesta: Contextos donde se ha recibido algún tipo de información y/o formación en EpS.	559
Gráfico 4.2.7. Porcentaje de respuesta: Niveles educativos donde se ha recibido algún tipo de información y/o formación en EpS.	562
Gráfico 4.2.8. Porcentaje de respuesta: Formación de EpS en la carrera.	563
Gráfico 4.2.9. Porcentaje de respuesta: Formación en Educación Afectivo-Sexual.	565
Gráfico 4.2.10. Porcentaje de respuesta: Formación en Prevención de ITS/VIH.	566
Gráfico 4.2.11. Porcentaje de respuesta: Formación en Prevención de Drogodependencias.	567
Gráfico 4.2.12. Porcentaje de respuesta: Formación en Prevención de trastornos alimentarios.	568
Gráfico 4.2.13. Porcentaje de respuesta: Formación en EpS y Consumo.	569
Gráfico 4.2.14. Porcentaje de respuesta: Formación en Educación Vial.	570
Gráfico 4.2.15. Porcentaje de respuesta: Formación en Metodología y Técnicas en EpS.	571
Gráfico 4.2.16. Porcentaje de respuesta: Formación en Diseño y evaluación de programas en EpS.	572
Gráfico 4.2.17. Porcentaje de respuesta: Formación en Otras temáticas relacionadas con la EpS.	574
Gráfico 4.2.18. Porcentaje de respuesta: Necesidad de recibir formación en EpS.	575
Gráfico 4.2.19. Porcentaje de respuesta: Demanda de EpS.	576
Gráfico 4.2.20. Porcentaje de respuesta: Utilidad de EpS en la profesión.	577

Gráfico 4.2.21. Porcentaje de respuesta: Eps puede mejorar la calidad.	579
Gráfico 4.2.22. Porcentaje de respuesta: Relación entre muerte, salud y calidad de vida.	580
Gráfico 4.2.23. Porcentaje de respuesta: ¿Se habla de la muerte en nuestra sociedad?	581
Gráfico 4.2.24. Porcentaje de respuesta: ¿Es la muerte un tabú en nuestra sociedad?	582
Gráfico 4.2.25. Porcentaje de respuesta: Necesidad de educar en la muerte.	583
Gráfico 4.2.26. Porcentaje de respuesta: ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpM?	585
Gráfico 4.2.27. Porcentaje de respuesta: Formación en EpM: Carteles o videos.	587
Gráfico 4.2.28. Porcentaje de respuesta: Formación en EpM: Conferencias, charlas, exposiciones.	588
Gráfico 4.2.29. Porcentaje de respuesta: Formación en EpM: Cursos, jornadas, seminarios.	589
Gráfico 4.2.30. Porcentaje de respuesta: Formación en EpM: otros medios.	590
Gráfico 4.2.31. Porcentaje de respuesta: conocimientos de Tanatología.	591
Gráfico 4.2.32. Porcentaje de respuesta: Conocimientos de enfermos terminales.	592
Gráfico 4.2.33. Porcentaje de respuesta: Conocimientos sobre aspectos psicológicos: duelo, etc...	593
Gráfico 4.2.34. Porcentaje de respuesta: Conocimientos sobre actitudes ante la muerte.	594
Gráfico 4.2.35. Porcentaje de respuesta: Conocimientos sobre aspectos sociales: ritos y ceremonias.	595
Gráfico 4.2.36. Porcentaje de respuesta: Conocimientos sobre aspectos éticos: eutanasia.	596
Gráfico 4.2.37. Porcentaje de respuesta: Conocimientos sobre aspectos religiosos.	597
Gráfico 4.2.38. Porcentaje de respuesta: Conocimientos sobre aspectos filosóficos.	598
Gráfico 4.2.39. Porcentaje de respuesta: Otros Conocimientos sobre la muerte.	599
Gráfico 4.2.40. Porcentaje de respuesta: Necesidad de recibir formación en EpM.	601
Gráfico 4.2.41. Porcentaje de respuesta: Demanda de formación en EpM.	602
Gráfico 4.2.42. Porcentaje de respuesta: Mejoría tu formación recibir EpM.	603
Gráfico 4.2.43. Porcentaje de respuesta: EpM de utilidad en tu profesión.	604

ÍNDICE de Figuras

Distribución de Figuras	Página
Figura 1.1 Características diferenciales del concepto de Educación. López Barajas (2000).	28
Figura 1.2. Esquema de las aportaciones de la Conferencia Internacional de Alma-Ata.	78
Figura 1.3. Esquema de las aportaciones de la Conferencia Internacional de Ottawa.	82
Figura 1.4. Esquema de las aportaciones de la Conferencia Internacional de Adelaida.	84
Figura 1.5. Esquema de las aportaciones de la Conferencia Internacional de Sundsvall.	85
Figura 1.6. Esquema de las aportaciones de la Conferencia Internacional de Jakarta.	89
Figura 1.7. Esquema de las aportaciones de la Conferencia Internacional de México.	91
Figura 1.8. Beneficios generales de la incorporación de la EpS en el PEC.	133
Figura 1.9. La Transversalidad en la escuela.	134
Figura 1.10. Promoción de la adquisición de conocimientos en EpS.	138
Figura 2.1. Modalidades de Investigación cuantitativa.	187
Figura 2.2. Modalidades de Investigación cualitativa.	188
Figura 2.3. Métodos de investigación.	191
Figura 2.4. Diseño y fases de la investigación.	217
Figura 2.5. La investigación documental.	221
Figura 2.6. Fases en el análisis documental.	222

INTRODUCCIÓN, CONTEXTO Y ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Cuando se reflexiona en torno a la vida se descubre que la muerte es el único destino cierto que nos aguarda al nacer, lo único irrefutable que viene implícito con nuestro nacimiento y de lo que no podemos escapar. Todos los demás aspectos que forman parte de la vida, qué somos capaces de hacer, conseguir, tener, disfrutar o sufrir, son mera anécdota que rellena el espacio y tiempo que transcurre entre el principio y el fin, entre el alfa y omega de eso que llamamos "una vida".

Desde el mismo momento de nuestro nacimiento ya podemos morir, por lo que vida y muerte se configuran como dos caras inseparables de la misma moneda. Por ello podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que nada muestra tanto "talante igualitario" como la muerte. Sin embargo, la experiencia de la muerte representa una "presencia inquietante" en la vida humana y, a menudo, intentamos ignorarla, aunque todos sabemos que, tarde o temprano, tenemos que morir.

Es, quizás, el descubrimiento de esa irrefutabilidad lo que nos hace temerla tanto como para intentar ocultar su existencia, ignorarla o negarla, impulsados por un baldío intento de camuflar su amenazadora presencia, de disfrazarla bajo metáforas que no logran calmar el miedo por su llegada ni colmar el vacío que deja tras su paso. De esta forma transformamos un hecho cotidiano, consustancial a la vida y la única certeza del ser humano, en un tema tabú. Su presencia nos provoca miedo, dolor y sufrimiento al no saber como tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad, ya que de acuerdo con nuestra cultura se la concibe como un fracaso: personal, biológico, médico, tecnológico. Pero morir no debería ser concebido jamás como un fracaso, sino como una necesidad para uno mismo y para los demás, como algo que inevitablemente ocurrirá y para lo que debemos estar preparados.

La muerte es, en este sentido, la culminación del periplo vital, incluso cuando ésta sea breve. Porque, aunque sea un acontecimiento equitativo, para cada uno de nosotros es un hecho único al que nos enfrentamos con un bagaje, unas creencias, unos valores y actitudes diferentes. La actitud ante la vida y la muerte se influyen la una a la otra dentro de un círculo de interacciones. Es decir, el proceso de morir, en cada persona, se alimenta de la percepción que ésta tenga de su propia vida previa.

Los seres humanos somos, ante todo, seres inscritos en un tiempo y en un espacio limitados, en una cultura, en una tradición simbólica. Todo lo que los hombres y las mujeres¹ decimos o hacemos lo decimos y lo hacemos en el interior de una cultura (más o menos uniforme). La vida y la muerte de los seres humanos son, en ese sentido, una vida y una muerte culturales. En otras palabras, lo natural (la muerte biológica) en el hombre es culturalmente interpretado.

La muerte, por tanto, es uno de los elementos constitutivos del fenómeno antropológico. Todas las culturas tienen una visión de la muerte que, a la postre, resulta decisiva para comprender su visión en la vida. Así, pues, “vida” y “muerte” no son dos entidades contrapuestas, como suele entenderse, sino todo lo contrario: nuestra visión de la vida depende en gran medida de nuestra visión de la muerte y viceversa.

Por ello, creemos que la muerte no puede entenderse como un hecho, sino como un proceso. La experiencia de la muerte es algo que pertenece, desde el principio, a la naturaleza humana. Tan pronto como nacemos empezamos a morir. Por esta razón, pretender ocultarnos este fenómeno supone ponernos de espaldas a nosotros mismos, a nuestro ser más íntimo, y esto es precisamente lo que ha hecho la pedagogía contemporánea: ignorar la muerte.

En nuestro mundo occidental asistimos casi impasibles a un olvido consciente de la muerte. La causa hay que buscarla en el creciente auge del espíritu tecnológico, que contempla la muerte como un “error del sistema”, en lugar de entenderla como una dimensión fundamental de la naturaleza humana. En nuestra sociedad occidental contemporánea se actúa como si la muerte no existiera, como si no se debiera morir, como si fuéramos inmortales. El terror y la angustia que experimentamos ante la muerte son un buen síntoma de que algo hay en nuestra cultura que nos separa de otras en las que morir se contempla como algo natural. Mientras que en numerosas culturas la muerte aparece como un acontecimiento social y cultural, que se vive en comunidad y en la que todos los integrantes del grupo social participan, incluso los niños, en nuestro mundo occidental se muere, a menudo, fuera del hogar, abandonados, en ocasiones, por la familia y rodeados de un ambiente profesionalizado y burocratizado.

¹ A lo largo de esta Tesis Doctoral hemos tenido en cuenta la perspectiva de género en el lenguaje utilizado. Por ello, hacemos un uso del género masculino o femenino indistintamente pero en ningún caso de forma excluyente.

El moribundo es una molestia para una sociedad que tiene como valor reinante la eficiencia y eficacia. Morimos solos, abandonados, en el frío espacio de un hospital, rodeados de tubos y de máquinas. Dejamos de ser “alguien” para pasar a ser “algo”. Y, sobre todo, ‘es necesario` que nadie diga la verdad, aunque paradójicamente todo el mundo lo sepa. Al moribundo se le oculta la mayoría de las veces la gravedad de su estado, pensando que, de este modo, se le alivia el dolor: la muerte en el hospital es una “muerte programada”, tecnificada, fría, calculada. El interés general advierte de que la muerte debe ser ocultada a los ojos de los demás pacientes, moribundos o no.

La muerte occidental se caracteriza por su desimbolización y desritualización, es decir por la pérdida de los símbolos y los rituales que la acompañaban. Todo ello hace que esté en crisis un elemento cultural de suma importancia: el rito mortuario. Los vivos se quedan sin este punto de cohesión que equilibra su vida. Como afirma Rodríguez (2002), actualmente, el hecho de la muerte se ha transformado en algo banal, absolutamente vacío de significado y de relevancia psicosocial. Se ha convertido en un suceso que tiene como origen una situación de violencia inusitada -guerras que se suceden diariamente en todo el mundo, violencia doméstica, accidentes de tráfico- convirtiéndose en algo ajeno a uno mismo, en una desgracia o fatalidad no merecidas. Así es como se nos muestra la idea de la muerte en los medios de comunicación, degradada e impulsada por el cambio social que ha provocado la sociedad de consumo.

Las consecuencias de ello son muy negativas para nuestra sociedad, ya que además del sentido desfigurado del hecho de morir, conducen a una actitud de indiferencia y frialdad ante la vida que incrementa la incomunicación, el fracaso, la violencia en todas sus formas, así como conductas adictivas, apatía e indiferencia social, insolidaridad, etc. No hay más que encender el televisor para presenciar agresiones, asesinatos o vandalismo gratuito, convirtiéndose en problemas que van en aumento en nuestra sociedad. En esto se han transformado nuestras sociedades industrializadas, sometidas al patrón urbano y consumista donde prima el absurdo comportamiento de rechazar de forma radical lo único que es consustancial a la vida, es decir, los hechos de envejecer y morir. Esta situación social debilita en gran medida la capacidad individual para saber afrontar el hecho de la muerte.

No podemos pretender seguir con la vida obviando el hecho de la muerte, manteniendo la ficción del "no pasa nada", participando en la farsa social de una cultura de consumo que sólo potencia el ver, admirar y desear aquello que es joven, saludable y exitoso, y que margina de una forma más o menos directa a quienes envejecen o se están muriendo.

El duelo es otro de los aspectos antropológicos de la muerte que ha sufrido un importante retroceso. Hoy ya está pasado de moda, con lo que se desvanece una dimensión básica de la vida humana. El duelo social permitía una fase de readaptación no traumática. Los familiares y amigos del difunto, después de pasar por una primera fase de choque ante la pérdida de un ser querido y de una segunda fase de depresión, necesitan volver a integrarse en la cotidianidad de su mundo. El duelo desempeña aquí una función esencial.

La muerte, pues, ha sido negada. Negación de mitos, de simbología, de rituales mortuorios, de luto y de duelo, de emociones... y, en su lugar, burocracia, tecnología, soledad, silencio. La ciencia y la técnica fracasan ante la muerte. Nada pueden aportar. Pedagogas y pedagogos, psicólogos y psicólogas, maestras y educadores se encuentran, entonces, ante un reto: ¿Cómo tratar la muerte en la escuela y, más ampliamente, en la sociedad? ¿Cómo hablar de la muerte, especialmente a los más pequeños? Todos sabemos que éste no es un tema fácil, pero es una cuestión urgente y necesaria para completar nuestra percepción de la realidad.

A menudo, esta situación nos lleva a desconocer lo que es necesario para afrontar la muerte de los demás y la propia; desconocemos las pautas que deberíamos adoptar para hacernos presentes y útiles durante la enfermedad, el sufrimiento, la agonía y la muerte de las personas que nos son próximas, y las que pueden y deben adoptarse para ayudar a quienes están en procesos de duelo.

Por ello, queremos intentar aportar algunos de los mecanismos que creemos necesarios para afrontar la muerte, tanto propia como ajena, de la mejor manera posible, encarando el hecho de la muerte con serenidad y dignidad, ya que es un hecho "real e inevitable".

Y esta tarea que es básicamente educativa, y competencia, entre otros, de pedagogas/os y educadores/as, debería enseñarse para poder aprenderse. Y en este aspecto incidirá nuestra Tesis Doctoral. A lo largo de nuestra investigación se aborda buena parte de lo fundamental que, sobre el proceso de morir, puede aportarse, hasta ahora, desde los enfoques biológico, psicológico, sociológico, médico, religioso, filosófico, ético, tanatológico y educativo fundamentalmente, para establecer el estado de la cuestión que tomamos como punto de partida y contribuir, así, a crear una "Pedagogía de la Muerte", considerando las contribuciones que las numerosas disciplinas han aportado.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestro proyecto de Tesis parte del olvido de la dimensión educativa en la concepción y el afrontamiento de la muerte, que no supone otra cosa que promover la calidad de vida a través del aprecio y la estima por la vida y su conexión con la calidad de muerte.

En saber morir hay una pedagogía. La institución educativa y la familia deben emprender esta tarea de incluirse en el tratamiento del sufrimiento, del dolor y de la muerte. El problema de educar para la muerte puede afrontarse rehaciendo el modo de celebrar y de vivir la muerte en esas fórmulas externas y sociales. Ésta sería una manera de transmitir un nuevo modo de vivir y enfocar la muerte; no disimulándola, sino humanizándola, desmitificándola y aprendiendo a convivir con ella.

Éste será el objetivo de nuestro proyecto: indagar en torno a las maneras de prepararnos ante el único acontecimiento irreversible de la vida, para adoptar una actitud serena, digna y, en lo posible, libre de miedos ante el hecho de dejar de existir.

En este sentido, participamos de la opinión de educar para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes, adultos y mayores para que, partiendo del conocimiento personal, cultural y social, podamos todos no sólo vivir, sino también morir con dignidad.

Como es sabido, el ser humano está sometido a toda suerte de aprendizajes a lo largo de su existencia, y aprender a morir debería ser uno de ellos, ya que supone aprender a vivir intensamente. Quien aprende a morir es el que está vivo, y al hacerlo obtiene un beneficio. La consciencia de la muerte no supone necesariamente tener que asumirla como un factor negativo en todas las situaciones sino ampliar el horizonte de autonomía de las personas.

Hay que aprender, pues, a relacionarse con la muerte y a aceptarla de forma vivencial. Aprender a convivir con la muerte en todos sus niveles, abordarla como tema educativo son labores que podrán ayudarnos a entender que quien no acepta y comprende la muerte, no ama verdaderamente la vida. Debemos ser capaces de redescubrir porqué hoy se nos enseña a negar la muerte, y se nos enseña que no es otra cosa que aniquilación y pérdida. Quizá por eso intentamos ignorarla, la escondemos, la nombramos sólo en contadas ocasiones, aplazando hablar de ella hasta encontrar momentos más propicios, en la absurda esperanza de que nunca llegue. Así, parece que vivimos en la ilusión de que la muerte no existe o que no tiene que ver con nosotros en este aquí y ahora en que nos encontramos. Eso quiere decir que la mayor parte del mundo vive, o bien negando la muerte o bien aterrorizado por ella. El mero hecho de hablar sobre la muerte es considerado socialmente morboso y, como muchas personas creen, que con el sólo hecho de mencionarla se corre el riesgo de atraerla. Lo que no significa que tales valoraciones sean absolutamente unánimes. Una vez más, la diversidad es la norma, si bien hay posiciones dominantes.

Nuestra investigación intentará incidir en estas y otras cuestiones, centrándose principalmente en la necesidad de prepararnos y educarnos para este hecho ineludible que nos afecta a todos. Sabemos que actualmente no se educa en las escuelas, ni en los centros de formación del profesorado en este aspecto. Por ello, si queremos cambiar este hecho debemos empezar por educar a los futuros maestros, educadores sociales, pedagogos, psicopedagogos, así como a los agentes socioeducativos y sociosanitarios implicados. Creemos que la Educación para la Muerte, al igual que otros temas relacionados con la salud (drogas, sexualidad, trastornos alimentarios, etc...) debe ser abordada en los currícula.

La Educación para la Muerte se debe realizar en todos los ámbitos educativos, incluida la Universidad, como medio de adquisición y creación de conocimientos para su aplicación práctica en la escuela. Los estudiantes que se formen en la Universidad empezarán a trabajar y aplicar sus conocimientos en la escuela como maestros y educadores ya preparados para abordar el tema y dispuestos al cambio, lo que introducirá a su vez, cambios en las percepciones de la sociedad, ya que habrá personas dispuestas a hablar de esta temática y abordarla desde el conocimiento y no desde la negación o la tabuización. Creemos que es una realidad ineludible que, como profesores universitarios de los futuros profesionales socioeducativos, tenemos y que no se ha planteado aún de modo riguroso y generalizado.

Nuestra propuesta es incluir la pedagogía de la muerte en los planes educativos de las Facultades de Ciencias Sociales y de Educación y por extensión en aquellos otros planes educativos implicados en la temática de Calidad de Vida, como por ejemplo: Psicología, Trabajo Social, Enfermería o Medicina. Sabemos que nos enfrentamos a un desierto, pero queremos contribuir a abrir nuevas vías y formas de acceso al conocimiento. Un conocimiento hasta ahora ocultado y/o rechazado.

El propósito de esta investigación de Tesis Doctoral es el de indagar en las necesidades, delimitar el campo y escudriñar las perspectivas educativas más adecuadas para afrontar las diversas situaciones que el fenómeno de la muerte provoca. Si uno de los objetivos básicos de la Educación para la Salud es precisamente la capacitación de los sujetos para ampliar los marcos de la calidad de vida, ello implica también la incorporación de lo que tiene que ver con la calidad de muerte. La paradoja reside en que, frente a la asunción educativa de un destino inevitable, lo que se proyecta socialmente es justamente lo contrario: la negación del evento, salvo, quizá, para quienes negocian con ella.

Sin embargo, la realidad de la muerte nos pone en una situación antropológica, cada vez más aguda: negar la muerte significa desentenderse de conseguir que tal proceso no se plasme en un aumento del sufrimiento por parte de los hombres y mujeres que tienen que pasar por él. Frente a ello, el aprendizaje de los sujetos y los profesionales se revela como una cuestión ineludible.

Todo en nuestra vida tiene que ver con la muerte, desde la misma expresión de "vida" todo remite a un fin. Y sin embargo, la humanidad ha jugado, desde casi sus albores, a exorcizar ese momento, bien sea mediante su negación, la búsqueda del elixir que la postergue indefinidamente (la "eterna" juventud), bien a situarla en un plano de continuidad, lo que significa un mal menor ante su inevitabilidad. Este último es el caso de la práctica totalidad de las teorías contenidas en mitos y religiones.

Como comenta García (2010), esas mismas tendencias subyacen a las percepciones que se tienen en nuestras sociedades ante la muerte. Sin embargo, nada nos prepara para afrontarla como un fenómeno decisivo y que debe integrar nuestra propia percepción vital, y no sólo para mantener una relación definitoria con sus límites. No se trata, pues solamente de avanzar en la vida y establecer con la muerte una relación a través de jalones premonitorios (como los árboles de la muerte). De lo que se trata es de construir las bases para que las personas puedan integrar la muerte como un aspecto positivo de sus vidas, no para negarla, sino para alcanzarla sin mengua de su calidad de vida.

Con todo, en nuestra sociedad, cada vez con mayor fuerza, se abre paso una tendencia a abordar la muerte como algo público que merece ser considerado bajo perspectivas vinculadas a la mejora de nuestra salud, facilitando la decisión autónoma de las personas, y en su caso, a establecer las bases para que morir no signifique una ampliación del sufrimiento humano. La educación, creemos, no puede sustraerse a investigar y, si es posible, a contribuir al establecimiento de vías que mejoren la calidad de vida y, a través suyo, la calidad de la muerte. El objetivo es, por tanto, crear bases que permitan afrontar la muerte como un derecho, respetando la dignidad humana, en todas sus variables y no como una sentencia.

En las siguientes líneas abordaremos el planteamiento de la investigación que hemos realizado para desarrollar esta Tesis Doctoral y previamente describiremos los pasos que hemos seguido para la realización de ésta.

El punto de partida de la presente investigación se sitúa en torno al año 2001, cuando aún era estudiante de los cursos de Doctorado “Educación y Valores” en la Universidad de Murcia. En esos momentos elegí a mi primer director de Tesis, el Doctor D. José Alfonso García Martínez (o él me eligió a mí), el cual me planteó una temática novedosa y poco trabajada desde el punto de vista educativo, y concretamente desde la Educación para la Salud, como son las temáticas de la muerte y el duelo. Durante el curso 2001/2002 se realizó la primera búsqueda documental y nos aproximamos a estas temáticas de la mano de la prestigiosa tanatóloga Elisabeth Kubler-Ross, de la que se analizó todo lo que ella había publicado y tuvimos acceso. Sobre su vida y obra realicé la tesina o trabajo final de doctorado que culminó con la consecución del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) con la máxima calificación en el año 2002.

Una vez acabados los cursos de Doctorado nos planteamos si continuar con esta temática o abandonarla. En ese año de preparación del DEA tomé conciencia de lo que supondría realizar una tesis doctoral en esta temática, ya que nos encontrábamos con diversas dificultades:

- Es una temática *poco conocida*, o al menos en nuestro país, desde el punto de vista educativo: En el año 2001 no existía documentación rigurosa basada en estudios científicos sobre la Pedagogía para la muerte en España. Podías encontrar pocos manuales, tesis y tesinas que trataban sobre la temática de enseñar a morir o las actitudes y el afrontamiento ante la muerte, pero siempre desde otros campos de conocimiento: sobre todo desde la medicina, psicología, religión o filosofía. Este hecho dificultaba enormemente poder realizar un estudio descriptivo, y nos planteamos en primer lugar realizar un estudio exploratorio y abordar la temática de la muerte como un estado de la cuestión desde una perspectiva multidisciplinar.
- Es una temática *escondida*, de la que no existen referencias o programas que se hayan llevado a cabo en nuestro ámbito educativo. En los diferentes procesos educativos que se dan en la educación formal, no formal e informal, tanto estudiantes como profesorado y familiares evitan hablar de este tema. Lo que

supone que no se pueda producir un acercamiento *natural* para hablar de la muerte.

- Es una temática *rechazada*, ya que su presencia o mención puede provocar miedo, dolor y sufrimiento al no saber cómo tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad. Lo que dificulta enormemente investigar sobre ella. De hecho, se planteó trabajarla desde los centros educativos de Primaria y Secundaria y tras recibir varias negativas, tuvimos que pensar en otros ámbitos de investigación.

Pero como somos valientes (o temerarios) y nos crecemos ante las dificultades, creímos que era necesario “hacer algo” y no abandonar la temática, aunque contáramos *a priori* con esos hándicaps. Por ello, realizamos un primer acercamiento exploratorio a la temática donde nos documentamos multidisciplinarmente desde los ámbitos: médico, psicológico, social, religioso, filosófico, ético y educativo... Este primer acercamiento bibliográfico y documental asentó las bases teóricas y el estado de la cuestión de nuestra tesis. Esta aproximación compleja nos llevó varios años de trabajo (siempre teniendo en cuenta que no nos dedicamos en exclusividad a la tesis, ya que desde el primer momento la hemos compaginado con una o varias actividades laborales), y todavía seguiríamos desarrollando este primer apartado si no hubiéramos puesto límites ya que, a pesar de lo novedoso de la temática en el ámbito educativo, existe una ingente cantidad de documentación en el resto de ámbitos descritos.

Después del estado de la cuestión, en una segunda fase de investigación de la tesis y ya como profesora de la Universidad Pablo de Olavide, empezamos a plantearnos un estudio basado en el método descriptivo, a realizar en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla y apoyada por mi otro director de tesis, el Doctor D. Juan Agustín Morón Marchena. Esta segunda fase constó de una labor eminentemente empírica donde se elaboraron y validaron los diferentes instrumentos metodológicos: entrevistas, cuestionarios y grupos de discusión, y se llevó a cabo el trabajo de campo.

A su vez empezó a producirse una concienciación en la comunidad educativa de que la temática de la Educación para la Muerte era necesaria que fuera incluida de alguna forma en el currículum universitario y desde el curso 2006-2007 se empezó a incluir dentro de la asignatura optativa de Educación para la Salud en el plan de estudios de la titulación de Educación Social en la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). Por otro lado, el Vicerrectorado de Participación Social, nos propuso abrirlo no solamente a los estudiantes de ciencias sociales sino a toda la comunidad universitaria y durante el curso 2010/2011 realizamos un curso de libre configuración sobre la temática de la educación para la finitud a través del cine.

Posteriormente, de todos los datos recogidos a través de los instrumentos metodológicos elaborados y de la observación de los estudiantes que participaron en estos cursos desde el curso 2006/2007 hasta el 2010/2011, elaboramos una propuesta de programa de Educación para la Muerte para fomentar la información y formación en este ámbito entre el alumnado universitario como culminación de nuestro trabajo investigador.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

De nuestra investigación se desprende que la muerte es todavía un tema tabú en nuestra cultura. Este hecho evidencia aún más la necesidad de revisar nuestra relación con la muerte y con los moribundos. Según García Martínez (2000), las creencias fundamentales de la humanidad están relacionadas con la vida, el sufrimiento y la muerte y tienen su origen en las explicaciones dadas por las distintas sociedades al origen del hombre, a la finalidad de la vida, al significado de la muerte y a la existencia de otra vida después de esta.

Por ello, este proyecto de investigación pretende entender la muerte como una parte del proceso natural de crecimiento y prepararnos para aceptar la muerte, tanto la propia como la de los demás, con la dignidad que a todos nos gustaría. Para ello, pretendemos integrar las prácticas pedagógica, psicológica, antropológica y cultural, médica, asistencial y espiritual dentro de un marco teórico claro y preciso. A su vez, este marco debe englobar la mayoría de los aspectos relacionados con la muerte. La reflexión profunda y el análisis detallado de las diferentes perspectivas aportarán la información necesaria para que cualquier persona interesada pueda comprobar que, como decía Montaigne, *"La muerte es más fácil para quienes se han ocupado de ella durante la vida"*.

La temática trabajada en esta tesis nos ha llevado a establecer dos tipos de objetivos de investigación:

- ✓ Objetivos del análisis documental para establecer el estado de la cuestión.
- ✓ Objetivos de investigación empírica.

Respecto al primer tipo de objetivo, nos encontramos con que hemos considerado englobar el tema de la muerte dentro de la rama científica de la Tanatología. Esto nos llevó a investigar sobre sus diferentes aspectos, tal y como ya hemos comentado: médicos, psicológicos, filosóficos, éticos, sociales, religiosos y educativos. Por ello, los objetivos generales que nos planteamos en esta primera fase de investigación son los siguientes:

- a) Aproximarnos a las diferentes ramas científicas que estudian el proceso de muerte: tanatología.
- b) Establecer la dimensión pedagógica del saber morir como estrategia educativa para mejorar la calidad de vida.

Por otra parte, tendríamos los objetivos de investigación empírica propiamente dichos:

- c) Proporcionar instrumentos metodológicos que recojan las necesidades y/o demandas del profesorado y de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide, respecto a la formación en Educación para la Salud y Pedagogía de la Muerte.
- d) Conocer las ideas que poseen el profesorado y los estudiantes de Ciencias Sociales sobre la salud, la Educación de la Salud, la muerte y la Pedagogía de la Muerte.
- e) Conocer la formación recibida por el profesorado y los estudiantes de Ciencias Sociales en los ámbitos de la Educación para la Salud y la Pedagogía de la Muerte.
- f) Analizar la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional del profesorado y de los estudiantes de Ciencias Sociales.
- g) Averiguar si existe relación para el profesorado y los estudiantes entre Salud, Calidad de Vida y muerte.
- h) Establecer la relación entre la formación recibida en Educación para la Salud, la necesidad de ampliar su formación y la utilidad futura de la misma.
- i) Comprobar si existe la necesidad y/o demanda desde las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte.
- j) Delimitar las actitudes de afrontamiento ante la muerte y el duelo que tiene el profesorado.

Por último, planteamos dos objetivos que estarían relacionados con las propuestas de actuación y futuras líneas de acción:

- k) Plantear alternativas socioeducativas para aceptar y comprender la muerte desde el ámbito universitario.
- l) Diseñar y plantear un programa de Educación para la Muerte en el marco de la Educación para la Salud desde una perspectiva socioeducativa de la Calidad de Vida: Calidad de Muerte para el ámbito de la Educación Universitaria.

En base a los argumentos expuestos, la finalidad de la investigación y sus objetivos, esta Tesis Doctoral se presenta estructurada en tres grandes bloques: una aproximación teórica al foco de la investigación a modo de necesaria fundamentación teórica, la explicitación de la metodología de la investigación empleada, los resultados de la investigación y las conclusiones, propuestas de actuación y futuras líneas de investigación para el desarrollo de la Educación para la Muerte en el ámbito universitario.

De manera más precisa, podemos decir que el primer capítulo denominado *Aproximación teórica al foco de la investigación* está claramente orientado a servir como fundamento de partida, un trazado teórico de la Educación para la Salud como disciplina fundadora de la Educación para la muerte. En este primer capítulo comenzamos realizando una aproximación teórica al concepto de Educación para la Salud, después explicitamos la relación entre Educación para la Salud y comunidad, para finalmente centrarnos en el sistema educativo, el currículum y la vinculación entre la Educación para la Muerte y el resto de temas transversales.

El segundo capítulo, *Metodología para la investigación*, parte de la necesidad de dar a conocer el planteamiento general de la presente investigación, así como los objetivos y la presentación de las diferentes estrategias metodológicas (cuantitativa y cualitativa) utilizadas. En realidad, planteamos describir todo el proceso investigador desde el propio diseño hasta los criterios epistemológicos y metodológicos considerados, tanto en el empleo de la metodología cualitativa como en la cuantitativa, así como los principios éticos de los que parte el investigador en su trabajo.

También tratamos las diferentes estrategias de recogida de datos, analizando sus funciones en la presente investigación en relación con su alcance en el marco de la investigación interpretativa y sus propias características en el desarrollo de la presente Tesis Doctoral.

Por su parte, el tercer capítulo, titulado *Análisis documental*, supone la aproximación desde una perspectiva pluridisciplinar del tema objeto de estudio. En él nos acercamos a la temática desde diferentes ramas del saber, que de un modo y otro, han afrontado el proceso de la muerte a través de múltiples aspectos. De esta forma el capítulo se divide en ocho grandes apartados donde se abordan aspectos generales, médicos, psicológicos, filosóficos, éticos, sociales, religiosos y educativos sobre el fenómeno de la muerte. De esta forma, quedan delimitadas la mayor parte de ramas científicas englobadas en la tanatología.

En el cuarto capítulo, titulado *Análisis e interpretación de datos*, exponemos los resultados obtenidos tanto desde una perspectiva descriptiva como eminentemente interpretativa. En efecto, se trata de dar a conocer los resultados de la investigación, y por consiguiente, los resultados obtenidos que se han considerado relevantes a lo largo de todo el proceso de creación y recreación de los análisis e interpretación de los datos. En este capítulo, se incluyen los resultados obtenidos a través de diferentes estrategias metodológicas utilizadas, tanto cualitativas como cuantitativas. Por lo que el capítulo se fracciona en tres apartados concretamente, donde se incluyen los resultados por una parte de las entrevistas realizadas al profesorado, por otra los cuestionarios y los grupos de discusión efectuados a los estudiantes.

Finalmente, el último capítulo de la presente investigación, titulado *Conclusiones y propuestas de actuación*, está dedicado íntegramente a presentar las conclusiones halladas a través de los diferentes instrumentos metodológicos, así como algunas propuestas de actuación concretadas en un programa de educación para la muerte, y algunas futuras líneas de actuación, ambos de aplicación en la enseñanza universitaria.

PRIMER BLOQUE:
MARCO TEÓRICO DE LA
INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I:
APROXIMACIÓN TEÓRICA
AL FOCO DE INVESTIGACIÓN

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN TEÓRICA AL FOCO DE INVESTIGACIÓN	23
1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: DISCIPLINA FUNDAMENTADORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE.....	25
1.1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	25
1.1.1. CONCEPTO DE EDUCACIÓN.....	25
1.1.2. CONCEPTO DE SALUD.....	31
1.1.3. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	46
1.1.4. OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS	54
1.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNIDAD	63
1.2.1. CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD....	73
1.3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL.....	96
1.3.1. LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	102
1.3.2. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS	108
1.4. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULUM EDUCATIVO	112
1.4.1. OBJETIVOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	120
1.4.2. AMBITOS Y ÁREAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	122
1.4.2.1 SALUD FÍSICA.....	122
1.4.2.2 SALUD PSÍQUICA Y SOCIAL	124
1.4.2.3 SALUD AMBIENTAL.....	126
1.5. LA METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	127
1.5.1. LA INTEGRACIÓN DE LOS TEMAS TRANSVERSALES EN EL CENTRO EDUCATIVO	128
1.6. LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE Y SU VINCULACIÓN CON LOS TEMAS TRANSVERSALES ...	139
1.6.1. EDUCACIÓN MORAL Y CÍVICA	147
1.6.2. EDUCACIÓN PARA LA PAZ	148
1.6.3. EDUCACIÓN AMBIENTAL.....	149
1.6.4. EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR.....	149
1.6.5. EDUCACIÓN VIAL.....	150
1.6.6. EDUCACIÓN PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO	151
1.6.7. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	151
1.7. CONCLUSIONES	157

1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: DISCIPLINA FUNDAMENTADORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

1.1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Al tratar de definir el concepto de Educación para la Salud (en adelante EpS) queremos señalar la complejidad que supone delimitar su definición, en el caso de querer ser exhaustivos en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge a la persona en su totalidad, de forma holística, y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social (Perea, 2002). Por ello, no podríamos entender con claridad esta expresión si no se explica con anterioridad el significado de ambos términos. En los siguientes apartados fundamentaremos los conceptos de Educación y Salud, para exponer de forma más consistente cuál es el sentido actual de dicha expresión.

1.1.1. CONCEPTO DE EDUCACIÓN

Definir el sentido de la educación requiere previamente establecer sus características diferenciales. Nos encontramos pues, de esta forma, ante la definición de un concepto que delimita el objeto central de la Educación para la Salud, por lo que una definición insuficiente de educación nos llevaría a una definición de Educación para la Salud inadecuada o incompleta.

Según Perea (2002) debemos establecer una primera diferencia: hablamos de educación entendiéndola como hecho y como reflexión teórica o conceptualización de una acción. Se abre, así, la panorámica que considera la educación como objeto, y, por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo. Las notas conceptuales de cambio, crecimiento, o progreso no explican adecuadamente lo que entendemos por educación. El proceso educativo no se identifica necesariamente con “cambio” o el vago concepto de evolución o desarrollo... Es decir, el mero desarrollo o cambio no implica una modificación cualitativa favorable del individuo. Hay desarrollos que se pueden considerar buenos y sanos, pero también los hay malos o nocivos (Arroyo, 1993).

Adentrándonos en la definición etimológica del término Educación, tanto si consideramos el vocablo *educere* (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se estudia la voz *educare* (criar, nutrir, o alimentar), están significando ambas lo que es propio de la raíz *duco* es decir, “tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir” (Sanvisens, 1984). De esta forma tenemos implícito un doble sentido: cuidado, conducción, desde fuera, pero también autoconducción o conducción desde dentro. Por lo que surgen dos vertientes diferenciadas: la heteroeducación y la autoeducación. Por ello, Martínez (1987) afirma que la noción de educación, en sus orígenes, es simbiótica entre *educare* y *educere*.

Para Perea (2002) la educación como hecho es una certeza que aparece en las diversas formas de cultura como un integrante de la vida de los grupos sociales y de su pervivencia histórica. En este sentido, nos encontraríamos con que los modelos son diferentes según los grupos humanos y sociedades que se analicen, y según qué época se estudie.

Cuando en el ámbito de la pedagogía se realiza un análisis científico, la conceptualización de la educación es su principal tarea. La afirmación de que la educación radica en el ser humano nos lleva a diagramar qué lugar ocupa la persona en su entorno y en relación con los demás seres, con los que interactúa de forma dinámica en cada contexto. La educación hace referencia de esta forma a la persona en su totalidad, holísticamente, considerando también su contexto social, de ahí la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término. Por otra parte, nos encontramos con posiciones teóricas diferentes, a la hora de definir la educación, que sin duda provienen de las creencias, experiencias y escalas de valores de los respectivos autores; por ello, unos ponen el énfasis en una u otra de sus notas características como veremos a continuación.

Uno de esos autores ha sido Arroyo (1984) que ha explicitado los rasgos característicos de la educación, y presentó las siguientes notas o realidades básicas que el concepto esencial y comprensivo de la educación debe abarcar:

- a) El término educación designa no sólo una actividad o proceso sino también el efecto de esa actividad: “Acción y efecto de educar”.
- b) La educación propiamente dicha se refiere al hombre; es un proceso humano, que supone de algún modo racionalidad y “*libertas*”.
- c) La educación encierra necesariamente la orientación a un fin. El significado de la educación no se comprende sin referencia al fin o los fines de la misma.
- d) El fin de la educación debe implicar, de un modo u otro, una mejora, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.
- e) La educación, en última instancia, depende y está condicionada por opciones o decisiones previas sobre las cuestiones acerca del sentido y valor del hombre, mundo, sociedad, transcendencia de la vida humana. Se inscribe, por tanto, en un “sistema” de valores, del cual recibe inspiración y guía.
- f) La educación del hombre, de todo hombre, estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que dimanen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona humana. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) otorga fuerza política y moral a esos derechos “del hombre”, de “toda persona” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo, 1,2).
- g) La educación, ya se considere como actividad o como efecto, no se comprende plenamente sin una referencia –explícita o implícita- al bien de la persona humana como un todo y unidad psicofísica indivisible, sujeto último de atribución de los efectos educativos. El criterio de interpretación de una influencia o efecto presuntamente educativo deberá tener en cuenta esa referencia al “bien de la persona”, y no sólo a un aspecto o dimensión de la misma. Se entiende, por otra parte, que ese “bien” de la persona integra todos los aspectos de la existencia individual y social, sin excluir, en su caso, la dimensión ética o religiosa en el respeto a la libertad de conciencia y a las convicciones íntimas de educadores y educandos (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo, 1,18).

Posteriormente, López-Barajas (2000), considera, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación que pasamos a exponer en la siguiente figura. Algunas de estas características o notas diferenciales ya han sido comentadas anteriormente por Arroyo.

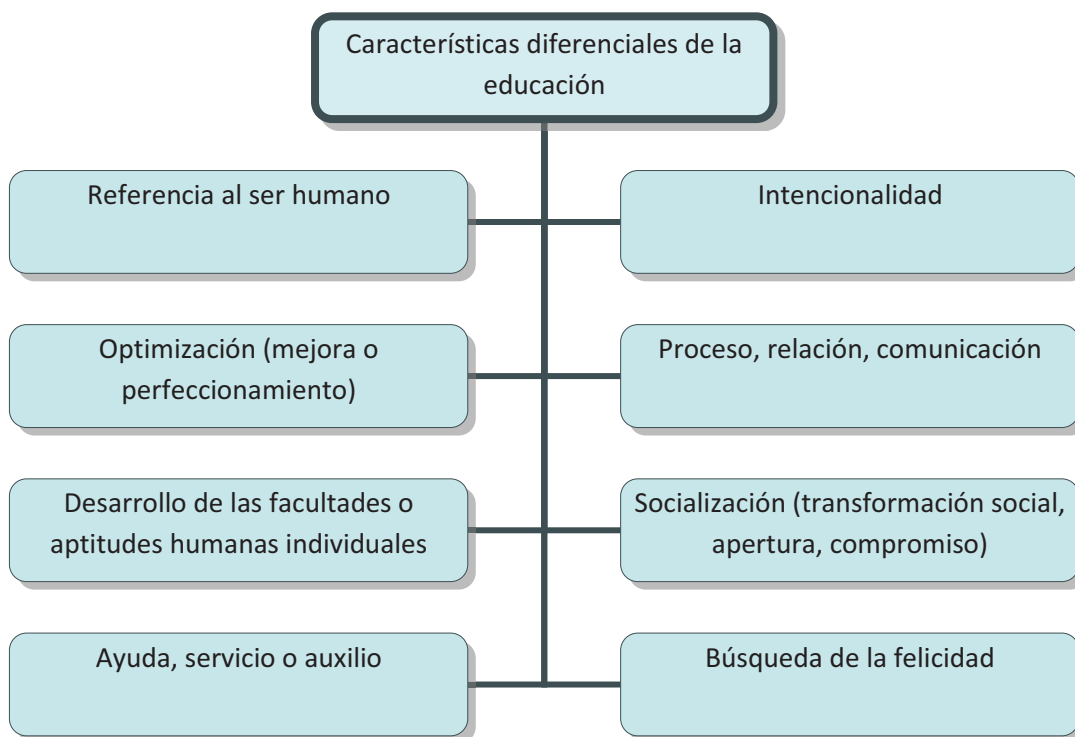


Figura 1.1. Características diferenciales del concepto de Educación. Fuente: López Barajas (2000).

A continuación pasamos a examinar algunas de estas notas características diferenciales de la educación:

En referencia al ser humano: sabemos que los animales cambian e incluso pueden mejorar con el adiestramiento, las plantas sometidas a un cuidado adecuado producen abundantes frutos, pero sólo el ser humano puede reflexionar sobre sí y su entorno, sólo él puede “estar presente” ante sí mismo e interrogarse sobre el modo de mejorar la realidad. La racionalidad humana permite la generación de la cultura, la integración de los conocimientos, los modos de relación y formas de vida, el lenguaje, el trabajo, la autonomía y la libertad. La transmisión de esta cultura, la mejora de la sociedad y de los hombres se hace a partir de la educación. Por consiguiente, una nota o característica diferencial será, por obvio que parezca, la *referencia al ser humano*.

La segunda de las notas identificadas es la intencionalidad. Moliner (1987) define Intención como el punto de mira o el término de acción. La intencionalidad es una propiedad que afecta a la actividad o comportamiento humano. La intencionalidad puede postularse desde diversos ángulos o puntos de vista (Arroyo, 1993):

- a) Intencionalidad del agente educador: se interpreta la educación ante todo como heteroeducación y se asigna al educador la intencionalidad en su actuación.
- b) Intencionalidad en el educando: en éste se sitúan la conciencia y la intencionalidad propias de la educación.
- c) Intencionalidad en el educador y en el educando: restringe la noción de educación, no tendría sentido designar por educación la influencia madre-hijo o la autoeducación en sentido estricto.
- d) Intencionalidad no explícita: la educación es proceso o desarrollo, o influencia que produce o genera un efecto determinado de ordinario estimado como deseable.

Para Perea (2002), la intencionalidad humana debe estar presente en la educación. Un hecho parece claro, sólo las mujeres y los hombres pueden ser agentes de educación. Las realidades “no personales” de la naturaleza o de la cultura, el “medio” aún cuando ejerza influencias más o menos fuertes sobre las personas, no actúa, y por ello no se puede decir que eduque (Brezinka, 1990).

Respecto a la tercera nota identificadora: La optimización, la mejora y el perfeccionamiento los consideramos notas clásicas que encontramos en numerosas definiciones de educación. *“Perfeccionamiento y evolución se corresponden, y se implican en el proceso educativo como favorecedor del desenvolvimiento humano”* (Weinert, 1981). Al final de la acción educativa *“esperamos que los educandos sean más valiosos... la calidad de la educación viene determinada por la dignidad, profundidad y extensión de los valores que hayamos sido capaces de suscitar y actualizar”* (Marín Ibáñez, 1981).

En cuanto al cuarto rasgo, la educación como proceso, comunicación o relación consideramos que: el proceso educativo consiste “*no tanto en las operaciones humanas, cuanto en la ordenación de las mismas por la razón*” (González Álvarez, 1969). Esta característica o dimensión de la educación supone la situación de interacción según Colom (1982):

“...Toda manifestación humana tiene, como mínimo, un dato permanente; en efecto, considero que toda acción humana, todo comportamiento o conducta, puede analizarse como interacción: esto es, como acción entre sí o entre los hombres. El comportamiento humano, como fenómeno más amplio que el propio hombre y, por tanto, integrador de éste, puede reducirse a su premisa más simple si se contempla bajo la categoría de “relación”. La relación humana es, en definitiva, lo que define a la realidad social de las mujeres y los hombres. De ahí que la realidad relacional y su fenomenología concurrente (elementos, influencias y consecuencias de dicha realidad) protagonizada por el hombre, deba ser objeto sobre el cual se aplique el conocimiento de las ciencias humanas”.

La consideración de la educación como relación nos conduce a la dimensión constitutiva de la persona y a la valoración de la educación como diálogo. Medina Rubio y otros (1992) lo indican así:

“La persona, como es sabido, no sólo es capaz de establecer relación con las cosas, con el mundo natural transformado en los tres pilares fundamentales de la cultura (la ciencia, la técnica y el arte) sino que va a depender esencialmente de la relación que establezca “con el otro” y “con los otros”.

El “ser con” no es una disposición que la persona adquiera en el transcurso de su desarrollo existencial, sino que es un rasgo absolutamente connatural y necesario que posibilita, desde la misma esencia de la persona, el que ésta llegue a ser lo que es... en efecto, el valor en la existencia del yo (como salida de sí mismo) del encuentro y de la comunicación interpersonal, puede considerarse una cuestión nuclear de la reflexión filosófica, antropológica y psicológica de nuestro tiempo que se repite, desde perspectivas distintas, en todos los autores: desde el personalismo humanista (Scheler, Mounier), el dialogismo (Buber, Marcel, Levinas), el trancesdentalismo (Heidegger), hasta la reflexión neo-escolástica (Coreth, Marecha, Rahner, Zubiri o Caffarena) (Medina Rubio y otros, 1992).

En relación al quinto rasgo, el desarrollo de las aptitudes o capacidades específicamente humanas se refiere a la educabilidad como posibilidad subjetiva de desarrollo.

El hombre y la mujer son seres indigentes al nacer, pero con una potencialidad extraordinaria de desarrollo. Para Sanvisens (1984):

“La personización, en cuanto adquisición consciente y en cuanto autoguiaje, de carácter en algún sentido determinado, tiene sentido intencional, que no lo tendría, seguramente, para una concepción que centrara la persona únicamente en la individualización y en la simple “capacidad” racional, entendida como si se diera “per se”.

El sexto rasgo, hace referencia a la socialización como el proceso educativo que permite el ajuste social del individuo, su transformación, apertura y compromiso. En cuanto al séptimo rasgo, las notas de ayuda o auxilio son permanentes en las definiciones de educación, se podría decir que hacen referencia a la educabilidad desde la perspectiva del educador. Y por último, alcanzar la felicidad ha sido considerado por López Barajas (2000) como el fin clásico de la educación.

1.1.2. CONCEPTO DE SALUD

El término salud pensamos que forma parte de ese grupo de conceptos cuya pluralidad semántica y cuya distinta percepción cultural permite considerarlo como realmente indefinible (González Hernández y García Martínez, 1998). Quizás todos creamos tener una idea más o menos clara de lo que es la salud y, muy probablemente, nos sorprendería constatar que nuestra propia definición puede ser bastante diferente de la de los demás. Como todo concepto abstracto, el concepto de salud está determinado por la cultura y sujeto, así, a una permanente evolución. Pero también cuentan las vivencias personales y el trabajo de reflexión que cada uno de nosotros haya efectuado en torno a la construcción de una definición propia de salud.

Como afirma Castillo Lemee (1998) el sentimiento de estar sano se basa en algunos elementos objetivos, pero, sobre todo, en dimensiones subjetivas difíciles de precisar, como veremos en este apartado. De cualquier modo “estar sano” no es lo mismo para un joven que para un viejo, para una mujer que para un hombre, para un trabajador intelectual que para un obrero, para un campesino que para un ciudadano, para un europeo que para un africano. Sin embargo, nos hace falta compartir una noción común de salud si se trata de convertir el acceso a ella en una tarea de todos.

Es necesario establecer una convención que oriente las políticas sociales de salud y los esfuerzos colectivos. Es decir, tendríamos que reconocer la relatividad de toda noción de salud y aceptar una definición que debería ser revisada con frecuencia.

A continuación, expondremos con el término Salud un análisis histórico y etimológico semejante al que hemos realizado anteriormente con el término Educación. Para Perea (2002) el término Salud proviene del latín *salus* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Como veremos ampliamente en este apartado, el sentido del término salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, cultural, social, así como del nivel de conocimientos que se han ido adquiriendo con el paso del tiempo.

En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo periodo de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino; esta actitud aún se mantiene hoy día en algunos pueblos o tribus de África, Asia, Australia y América.

En las civilizaciones egipcia y mesopotámica se produjo un cambio de planteamiento donde se desarrolló un mayor interés por la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes.

Pero sabemos que la palabra higiene, así como el actual juramento hipocrático encuentra su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología: Higea “diosa de la salud” e Hipócrates “padre de la medicina”. García Martínez y otros (2009) hacen un interesante recorrido sobre la salud en el lenguaje, y muestran como la mitología griega ha marcado nuestra percepción, a través sobre todo del lenguaje oral, pero también a través de manifestaciones rituales (ya sean de tipo profanas o religiosas). Por esta razón comentan, *“la salud vivida (percibida) es algo profundamente social, enraizado en las sociedades, en sus instituciones, en sus medios de vida y en la desigualdad que los condicionan”* (2009:15).

Posteriormente, los romanos aplicaron sus conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas como también para el alejamiento de las sustancias de desecho.

En la Edad Media, cuando aparecen las primeras escuelas monásticas, se enseña la medicina hipocrática. En aquellos tiempos se elaboró un volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Este sentido higienista de la salud ha predominado durante muchas épocas.

Más tarde se produjeron avances importantes respecto a la promoción de la salud en el periodo renacentista, pero no será hasta los siglos XIX y XX, cuando se originen los grandes progresos como veremos a continuación.

En el siglo XIX, con los avances en bacteriología, y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de Fleming sobre la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación, se abrieron nuevas perspectivas de optimismo frente al riesgo de enfermedades transmisibles. No obstante, pronto se pudo comprobar el carácter multifactorial de la enfermedad ya que, entre otras, las condiciones sanitarias deficientes y las carencias nutricionales tenían gran influencia en la aparición y gravedad de los padecimientos, así como también una serie de factores psicosociales.

Estos hechos motivaron, en gran medida, el cambio conceptual más importante, pasando de una formulación de la salud en términos negativos, como se venía entendiendo hasta el momento, a una consideración positiva. Pero, durante mucho tiempo, aproximadamente hasta mediados del siglo XX, se siguió entendiendo la salud en términos negativos como ausencia de enfermedad e invalideces. Aun considerando la salud como la ausencia total de enfermedad, y si esto fuera posible en situación totalmente estática, tendríamos que abocar la constatación que esa salud –incluso en ausencia de enfermedad- tiene, como la vida misma, un límite: la muerte (Sarlet, García y Belando, 1996). Es decir, más allá de la enfermedad está el estado de bienestar completo o integral, pero, igualmente, la truncación de esa aspiración secreta a la inmortalidad. Entre medias de ese paréntesis (salud total y su reverso la muerte), está el envejecimiento.

Belando y López (2003) consideran, equivocadamente, que la visión negativa del término salud ya no es compartida por nadie, pues no se atiene a la realidad, y no es operativa, porque: 1) su aceptación supondría el acotar un límite entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es factible; 2) Los conceptos de normalidad cambian con el tiempo; y, 3) las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales (así como, por ejemplo, no se puede afirmar que la paz sea la ausencia de guerra, tampoco podremos decir que la salud sea la ausencia de enfermedad). Aún así, y todavía hoy, la mayor parte de los gastos públicos en salud se destinan a servicios, instalaciones, equipamiento tecnológico e investigación para tratar las enfermedades, por lo que es un hecho la gran influencia que dicha definición de salud sigue ejerciendo en la sociedad actual.

De hecho, no será hasta mediados del siglo XX cuando la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (1948) defina en su Carta Magna, concretamente en el artículo 11, la salud como:

“Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos”.

Si analizamos esta definición, nos encontramos con dos aspectos importantes (García Martínez, 2000:29):

- a) Por un lado, la utilización de términos abstractos, que se observan en la formulación de buenos e incluso utópicos deseos en consonancia con la pretensión de promocionar la salud, antes que de definirla, así como en la propuesta de cambiar la sociedad de manera que posibilite la plena realización de las personas.
- b) Por otro, aparece otra visión estática del concepto de salud, como afirma Polaino-Lorente (1987), al considerarlo como un estado “completo de bienestar físico, mental y social”.

La definición en sí, entiende la salud como condición positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad y unidad.

Esta construcción interrelacionada de salud total, o completa, como presenta la OMS, es más bien un planteamiento holístico y utópico, que según García Martínez (2000) tiene más de intención o voluntad política de que realidad. No obstante, un acercamiento sistémico a la visión de una salud global, en interacción de la persona como individuo social, a la vez que mente que se siente y tiene su propia idea de la armonía o equilibrio de su cuerpo con el cuerpo social (grupo) al que pertenece, en el medio ambiente en el que se encuentra, *“es una transformación positiva de las estructura equilibrada del mens sana in corpore sano, para extenderla holísticamente a una cosmovisión revolucionaria del futuro de la salud”* (Sarlet, García y Belando, 1996:95).

Sea como fuere, esta definición supuso un verdadero cambio cualitativo respecto de las concepciones anteriores, ya que incluía junto con la dimensión física, también la psíquica y social y sirvió como punto de partida para los debates posteriores que sobre este término se han ido produciendo. Aunque, sin embargo y a pesar del avance cualitativo, esta definición sufrió posteriormente numerosas críticas, ya que se la calificó como algo absoluta, estática e incluso utópica.

Como puede comprobarse, la definición de salud ha ido sufriendo modificaciones diversas en el tiempo, desde la rigidez clásica de la *ausencia de la enfermedad* a la maleable del *completo estado de bienestar*, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención, estableciendo distintas metodologías para acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases sociales (Ponce, Muriel y Gómez, 1997).

Del primer caso se deriva una perspectiva apoyada en modelos estadísticos de predicción, con investigaciones que tratan de acercarse a la realidad de las desigualdades a partir del control de variables casi exclusivas de morbi-mortalidad y, aunque en menor grado, de las de tipo social. Por contra, la segunda concepción se apoya en técnicas estadísticas, estructurales y etnológicas, tratando de acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases creando grupos de variables tipo, más concretamente, de "estilos de vida" o "hábitos saludables". Hemos de decir que en ambos casos las investigaciones aparecen limitadas y sesgadas.

Aún hoy en día, nos encontramos asiduamente con la definición inicial de salud de la OMS. Por entonces como ya hemos afirmado anteriormente, supuso un avance en su concepción y un importante cambio cualitativo en los planteamientos futuros. Esta definición destacó sobre todo por el carácter holístico que le confiere al término salud, aunque para algunos autores carece de referencias a los aspectos espirituales de la salud y del bienestar. Para otros, es excesivamente utópica, ya que consideran que el completo estado de bienestar no existe. A continuación analizaremos dichas críticas.

Terris (1980) y San Martín y Pastor (1988) tras criticar la definición establecida por la OMS, la han modificado proponiendo la eliminación del término “completo”, formulando en el caso de Terris la siguiente definición de salud: *“un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Con ello, como comentan Belando y López (2003), dicho autor sugiere que la noción de salud se basa en dos criterios: uno subjetivo (el bienestar) y otro objetivo (la capacidad de funcionamiento), y elimina la palabra “completo” ya que ni la salud ni la enfermedad son un absoluto, sino un continuo.

Otros aspectos susceptibles de crítica del clásico concepto de la OMS era su carácter subjetivo, en el sentido que obvia los criterios objetivos (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y subjetivos (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano) o que no expresa suficientemente la interacción dinámica de los distintos aspectos físicos, mentales y sociales.

Ambos criterios nos dan las pautas para hablar del significado de estar sano. En cuanto al primer aspecto (el aspecto objetivo), Laín Entralgo (1978) ha abordado dicho tema, distinguiendo cinco criterios objetivos del concepto salud:

- 1) Un criterio morfológico (ausencia de lesiones o alteraciones físicas);
- 2) Un criterio etiológico (inexistencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo del sujeto);
- 3) Un criterio funcional (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional);

- 4) Un criterio utilitario (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño);
- 5) Un criterio comportamental o conductual (es sano quien está integrado socialmente).

Por lo que corresponde al sentido subjetivo de "estar sano" habría que hablar de algunos motivos psicológicos, como: conciencia de la propia validez, sentimiento de bienestar psico-orgánico, cierta seguridad de poder seguir viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sentimiento de semejanza básica con los demás hombres y la posibilidad de gobernar el juego vital de la soledad y la compañía (Feito, 1996).

Esta perspectiva de salud conformada por aspectos objetivos y subjetivos es igualmente apoyada por San Martín y Pastor (1988:13), quienes defienden que la concepción de salud hace referencia a un:

“Proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, fundamentalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad”.

En esta definición, afirman Sarlet, García y Belando (1996), además de considerar los dos componentes ya señalados por Terris (1980), objetivo y subjetivo, se añade un tercero, asimismo básico, que es de tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo). Estos autores aseveran que no se puede definir la salud como estado absoluto (como se afirmaba con el concepto de salud de la OMS), ya que la salud tiene una íntima relación con el entorno ecológico y social que es en sí variable, como también lo es el hombre. Por último, y por igual motivo, sostienen que no se puede establecer límites nítidos entre la salud y la enfermedad, entre éstos sólo se puede establecer grados y manifestaciones diversas mezcladas.

En la década de los setenta se llevaron a cabo una serie de estudios que pusieron de manifiesto los factores no sólo internos del individuo, sino también externos (ambientales y sociales), observándose la necesidad de dirigir la acción educativa no sólo al individuo, sino también hacia la interacción con el entorno.

De tal manera que algunos autores como San Martín y otros definen la salud como el grado de interacción del hombre con su medio. Otra definición interesante es la que propone Ivan Illich (1986) que define la salud como *“la capacidad de adaptación al entorno cambiante; la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz”*. Podemos destacar en esta definición la referencia a la capacidad de la persona, valorando la autonomía así como el autocuidado. El autor considera, de igual forma, que el sufrimiento y la muerte son parte integrante de la vida y considera que se puede vivir en salud aunque se sufra, siempre que el sufrimiento no quebrante a la persona.

En las últimas décadas del siglo XX, Matarazzo (1980) utiliza en el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual, hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales, para la prevención de las enfermedades y disfunciones así como para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y social.

Coincidiendo con Antó Boqué (1983), *“toda cultura elabora su propia manera de entender y expresar la salud; igualmente, en el interior de esa cultura, cada individuo reflexiona e interioriza su propia vivencia de la salud y la de aquellos que le rodean”*. En el caso de nuestro país, sería la correspondiente a la de un país occidental, industrializado, con una notable carga cultural histórica que de alguna manera tiene que influir en la elaboración y ejercicio del concepto personal de salud.

En ese mismo año Durán define la salud como (1983:35): *“un estado general, difuso en el tiempo, en tanto que la enfermedad o, mejor dicho, las enfermedades poseen una clara concreción temporal”*. De ahí, que la definición de salud como “ausencia de enfermedad”, adquiera todo el protagonismo en la percepción del sentido común, máxime cuando sabemos que el 98% del presupuesto destinado a la “salud” se destina a la adquisición de equipos y al pago de nóminas de personal destinados a tratar las enfermedades (Greene y Simons-Morton, 1988; Terris, 1980), y sólo el 2% restante se destina a actividades de prevención o promoción de la salud pública.

A partir de ese momento, son numerosas las definiciones que se formularán sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos, de esta forma podemos determinar que la salud hoy día no es entendida como ausencia de enfermedad, ya que ha quedado superada dicha acepción.

La Oficina Regional Europea de la OMS en 1985 definió la salud como *“la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”*. Desde este punto de vista se considera que la salud no es un fin en sí mismo, sino un recurso para la vida cotidiana (idea que aparece en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud). Se trata, entonces, de un concepto positivo que potencia tanto los recursos sociales y personales como la capacidad física, y que abarca aspectos objetivos (capacidad de funcionamiento), subjetivos (bienestar) y de tipo socioecológico (respuestas del individuo a los estímulos del entorno con el fin de conseguir un equilibrio dinámico con éste). La interacción del hombre con el medio se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. De esta forma para San Martín y Pastor (1988):

“La Salud como la enfermedad provienen no sólo del patrimonio genético que nos trae la vida, sino que, concretamente, dependen de las reacciones de nuestro equipo biológico frente a los estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico social que simultáneamente es físico, biológico, psicológico, social y cultural”.

La vinculación del término salud con el comportamiento es prácticamente aceptada en su totalidad. De esta forma lo establecía Polaino-Lorente (1987):

“La salud o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad era lesión orgánica o no era nada. Si antes se defendió la enfermedad en función de la patología, ahora se define la salud en función de la conducta. En cierto modo, aunque la conducta no sea la razón última capaz de explicar la salud, tal vez sea la penúltima”.

Greene y Simons-Morton (1988), por su parte, apuntan que en el concepto de la OMS se omite la condición espiritual. La propuesta de estos autores incluye las tres dimensiones de la OMS y las sitúan en un contexto espiritual el cual varía notablemente a nivel individual. Sin embargo, hay que señalar que la OMS ha reconocido años después, en 1998, en su Glosario de Promoción de la Salud, que la dimensión espiritual de la salud está cada vez más reconocida.

Conviene recordar la conocida frase de Piédrola y otros (1991) que mantiene que la salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta que la pierde o intenta definirla. Segovia de Arana (1994) señala que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, ni como la define la OMS, un estado de bienestar físico, mental y social, ya que según esto, difícilmente podría encontrarse una persona verdaderamente sana. La salud sería para Segovia de Arana, *“un concepto individual que se nutre o deriva de la idea que debe predominar en una sociedad”*.

Compartimos, al igual que García Martínez (2000), el concepto de salud planteado por Castillo Lemee (1993:2):

“La salud a la cual deberíamos aspirar, para la cual deberíamos educar, es, pues, una salud holística, integral, que considera a cada individuo en su totalidad física, mental y social, ligado indisolublemente a su medio físico, biológico y psicosocial. Es una salud colectiva, comunitaria, ecológica, resultado de un equilibrio inestable entre múltiples internos y externos, en cada individuo y en cada comunidad. Partiendo de esa concepción, las acciones de salud ya no pueden constituir la responsabilidad exclusiva de una categoría de técnicos sino que pasan a ser una tarea que todos debemos compartir. Ellas ya no pueden centrarse en los individuos sino que deben extenderse al medio donde ellos viven. Ya no pueden basarse únicamente en técnicas médicas sino que tienen que echar mano de otras técnicas y conocimientos”.

Gracia (1991) por su parte se permite, siguiendo en parte la definición de la OMS, distinguir e interrelacionar dos niveles en la categoría salud:

- a) *Salud biológica o física*, que vendría definida como la ausencia de enfermedad o de disfunciones en el cuerpo físico;
- b) *Salud biográfica o moral*, correspondería al estado de perfecto bienestar físico, mental y social.

Así pues, si la salud no atañe sólo al propio cuerpo, sino que tiene una esfera mucho más amplia del ser humano en cuanto totalidad, la salud podría venir definida inseparablemente como el estado de integridad biológica (salud biológica) y de bienestar y perfección biográfica (salud biográfica). Estos niveles los conecta Gracia sosteniendo que el primero responde a un nivel universal, público o de mínimos, y el segundo, a un nivel particular, privado o de máximos.

El primer nivel viene dado por los derechos que uno tiene como miembro de una sociedad (derecho de todos), mientras que el segundo se caracteriza por las obligaciones que uno tiene como persona concreta (derecho de uno mismo).

Para el profesor Gracia (1991), la salud consiste en la capacidad de posesión o apropiación del propio cuerpo, y no sólo de disponer de bienes o medios que produzcan bienestar. Los que son capaces de controlar su cuerpo, de poseerlo y apropiárselo, tienen más salud que los que se conforman únicamente con el bienestar material. La salud, continúa Gracia, no es un "hecho", "sino un valor" y no tiene sentido más que en el conjunto de un determinado sistema de valores. La idea moderna de salud, considerada como *"un valor personal, una apropiación e instalación del individuo en su propio cuerpo y no simplemente el bienestar físico, psicológico y social"*, supera la tradicional definición de la Organización Mundial de la Salud. Existen, pues, también otras definiciones que consideran la salud como un recurso para vivir o como una capacidad de adaptación, e incluso como una forma de alcanzar la felicidad, la alegría y el bienestar.

Al hablar de salud, por lo tanto, hay que tener en cuenta una serie de aspectos de índole social, referidos al contexto social, que en gran medida determinan a aquélla. La salud es una cuestión global y no puede hablarse de ella en un contexto geográfico reducido, aunque existen aspectos que dependen de las condiciones concretas de un lugar determinado: la interrelación entre la salud y el entorno -el medio ambiente, tal como señalan diversos autores- dependen de "condiciones planetarias", como una tarea transdisciplinar.

Estas últimas definiciones nos aproximan al concepto actual de salud situándonos en un plano integrador de la sociedad y el hombre, y configurando el sentido actual de la salud en el mundo occidental, de tal forma que podríamos también definir la salud como un: *"Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno"* como afirma Perea (1985, 2002).

Para Feito (1996:64) el concepto "salud" es un término amplio y complejo, en el que se pueden dar las siguientes características:

"De la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)".

Por su parte, Gómez Ocaña (2005), entiende por salud un estado de “bienestar” que concierne a la persona en su concreción bio-psico-social-espiritual; un bienestar que no contempla al sujeto de manera estática y fija, sino como equilibrio que siempre se encuentra relacionado con las diversas condiciones de vida, de trabajo, de tiempo que transcurre, de peligros que deben afrontar, de riesgos, tensiones que inevitablemente atraviesan el camino de su existencia humana. Según esta autora, el “estar bien” o “estar mal” puede depender en primera instancia del sujeto que se encuentra viviendo su propia condición en el espacio insuperable de su cuerpo a través del cual median las relaciones con el resto del mundo.

Definir la salud como “completo estado de bienestar”, en concreto significa excluir cualquier forma de sufrimiento o limitación para poder gozar de calidad de vida, alimentando así un mito inalcanzable poniendo las bases para un proceso sistemático de delegación a las técnicas clínicas o a las sustancias químicas en la dimensión humana del sufrimiento. El derecho a la salud que la Constitución española atribuye al ciudadano significa, reconocer que el interés primario de este bien es origen, competencia y actividad del sujeto en su concreción. Para Ocaña, la definición de la OMS, parece una definición más adecuada a representar situaciones de tipo “ideal” que en la realidad dinámica de salud en condiciones de normalidad. Por lo que propone que es necesario plantear una descripción de salud entendida como “activa capacidad de afrontar la vida hasta en sus momentos de mayor dificultad”.

Así pues, entendiendo la salud desde *un enfoque integrador y convergente*, podemos hablar de diferentes tipos de salud: salud física, salud emocional, salud mental, salud social, salud laboral, salud económica, salud ecológica, etc. Vamos a tratar de ver cómo se concibe la salud desde algunas de estas vertientes hoy día:

- *Salud somática*: es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales.

- *Salud psíquica*: es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar y comprender la información dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.). En la salud psíquica cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, así como la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita, pues, vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas.

- *Salud social*: es condición necesaria para la salud física y mental. Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, hábitat, vivienda, alimentación, transportes, contaminación...). La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, según la lotería social, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interaccionar bien con el resto de personas y el ambiente.

- *Salud ecológica*: las posibilidades tener una vida saludable están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, belleza del ambiente, etc. El hombre es un ser vivo solidario del resto de la biosfera, esto es, es un ser con-un-entorno. El ambiente, pues, puede influir o predisponer a la persona a tener más salud o a desarrollar enfermedades.

- *Salud espiritual*: este modo de entender la salud no puede quedar ignorado, dada la naturaleza metafísica del ser humano. La salud espiritual debe ser entendida como aquel estado en el que las creencias de una determinada persona o pueblo son incluidas como elementos constituyentes de la existencia y de la felicidad que cada cual

quiera creer o perseguir. Pero las ideas y creencias pueden ser más beneficiosas o más dañinas unas que otras para el ser humano. Por otro lado, el mundo de la interioridad no puede ser menospreciado si queremos tener una concepción integral de la salud humana o dotar algunas experiencias humanas de cierto sentido.

Con todo, sostenemos que sigue resultando difícil definir integralmente la palabra salud, quizá porque ninguna definición de las posibles se ajusta de manera perfecta a una realidad tan cambiante, mudable, abierta y dinámica como la salud. Pero también porque es muy complejo encerrar en una determinada palabra todo cuanto el ser humano es o puede llegar a ser en relación a la salud, ya sea en sentido propio o colectivo.

Si comentamos las definiciones que dos de los profesores titulares en Educación para la Salud han transmitido nos encontramos con que:

Para García Martínez (2000:19) la salud es: *“Un estado, esto es, una cualidad vital que afecta a la totalidad de la vida misma y, en tanto que tal, representa un desafío permanente para cualquier definición precisa y medible”*. De esta forma, comenta García Martínez los múltiples factores que inciden en la configuración de ese estado de salud (físicos, mentales, sociales, culturales, económicos, espirituales,...) dificultan que puedan ser analizados y sintetizados a partir de una específica disciplina o perspectiva teórica y configurarían la salud como un concepto relacional o ecológico, en el que el ser humano se sitúa en relación a su contexto vital, social y natural.

Por su parte, el profesor Morón (2010) entiende que si la salud se identifica con el bienestar y la felicidad, estaremos persiguiendo siempre una utopía, lo que nos conducirá a una continua e insaciable demanda de los cuidados sanitarios, generadora de gastos inútiles y posiblemente también de situaciones neuróticas.

Para concluir, enumeramos a continuación, los elementos que se desprenden según Sarlet, García y Belando (1996), de las aportaciones anteriores sobre la concepción de salud y que, a nuestro juicio, constituyen los ejes principales sobre los que construir las intervenciones en salud. Dichos elementos o aspectos característicos de nuestra visión sobre la salud son los que explicitamos a continuación:

- La salud es un concepto de debe ser definido en términos positivos.

- La salud es un concepto dinámico; no se puede pretender, pues, definirla como algo estático ni absoluto. La salud es, además, un proceso.
- La salud está influida por múltiples y diversos aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales, entre otros muchos.
- Se identifican tres componentes fundamentales: subjetivo (bienestar), objetivo (capacidad de funcionamiento) y socioecológico (respuesta y adaptación del individuo a los retos del ambiente para lograr un equilibrio dinámico con éste).
- La salud debe ser entendida como recurso para la vida cotidiana y constituye, además, un factor esencial de la calidad de vida.
- Por último, pero no menos importante, es la apreciación de la salud como un elemento que permite desarrollar las potencialidades de cada uno. Es decir, la salud facilita el crecimiento personal a todos los niveles, lo que conlleva un sentimiento de satisfacción y plenitud.

En relación a la concepción expuesta anteriormente sobre salud, se entiende que la educación para la salud es un instrumento de promoción de salud en cuanto proporciona estrategias para que los individuos elijan las opciones más saludables siempre que el entorno ofrezca oportunidades de elección. No obstante, hay que aclarar que la educación para la salud no se refiere solamente a las conductas individuales de salud y de riesgo, sino que requiere, asimismo, desarrollar actividades dirigidas hacia grupos y organizaciones que conciencien sobre las causas ambientales, económicas y sociales de la salud y de la enfermedad.

Como hemos podido observar a través del análisis etimológico e histórico realizado, el concepto de *salud* se ha ido modificando con el paso del tiempo como decíamos anteriormente. Pero hoy día, al hablar de salud, tenemos en consideración la necesidad de contemplarla en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en los que la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel.

1.1.3. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Para poder definir qué es Educación para la Salud, debemos considerar y partir de las propias definiciones de Educación y Salud anteriormente explicitadas, ya que la concepción que tengamos de ambos términos delimitará qué entendemos por Educación para la Salud. Así mismo, tampoco podemos olvidar que para llegar al planteamiento actual de la Educación para la Salud tendremos que tener en cuenta el de Promoción de la Salud, como marco teórico configurador, sin el cual no podría comprenderse aquella.

Numerosas instituciones o autores han definido, si bien no de manera unívoca, sí de forma lo suficientemente coincidente como para poder enmarcar la concepción de Educación para la Salud. En muchas de las obras recogidas en la Bibliografía pueden encontrarse numerosas definiciones. No obstante, como punto de partida, es conveniente realizar una aproximación al término, aún sin ser exhaustiva, que permita plantearnos el tema y ver su previsible evolución.

El interés por la Educación para la Salud tiene una larga tradición. Según hemos señalado, la historia de la especie humana ha mostrado desde tiempos inmemoriales una gran preocupación por la salud y su transmisión; no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

Esta disciplina se constituye formalmente, según Perea (2002), como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleado el término *Educación para la Salud* por primera vez en 1919, en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

Para Calvo Fernández y colaboradores (1996), tras revisar distintas definiciones, los múltiples conceptos de Educación para la Salud podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo, aunque todas tienden como objetivo común a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los sujetos, hacia una *salud positiva*. Siguiendo la citada revisión, reseñamos algunas definiciones:

- La primera organización profesional surge en 1922 *The Public Health Education*, perteneciente a la Asociación Americana de Salud Pública. Esta asociación define la

Educación para la Salud como la suma de experiencias y motivaciones que incrementan el conocimiento de la salud o influyen en el comportamiento sano.

- Para Seppillo sería la intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud.

- Green (1976) comenta que la EpS puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

- El Comité de Terminología para la Educación para la Salud la entiende como un proceso con dimensiones sociales, intelectuales y psicológicas, relacionadas con las actividades que incrementen las capacidades de la gente para tomar decisiones informadas, que afectan su bienestar personal, familiar y comunitario.

- Salleras (1985): la Educación para la Salud no sólo debe ser un instrumento fundamental para la consecución de los objetivos de la Salud Pública en la fase de Promoción de la salud, sino que lo debe ser también, y de igual manera, en la fase de Restauración de la salud.

- *National Conference on Preventive Medicine* (1975): proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.

Después de fundarse la primera organización profesional de Educación para la Salud en 1922, tendríamos que esperar hasta 1937 para que se estableciera una cualificación profesional. Cuatro décadas después, en 1977, se editó un documento que regulaba las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se impartió en diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta la formación postuniversitaria. El número de programas fue en aumento, y se les consideró a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad (Rothman y Byrne, 1981).

Salleras (1985) indica que en la última conferencia de Medicina Preventiva celebrada en los Estados Unidos en 1975, se recoge a su parecer la definición más completa de Educación para la Salud debido a que incluye una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud;
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables;
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables;
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva;
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de Educación para la Salud de la Comunidad;
- Incrementar, mediante la investigación y evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

Como hemos podido observar en las definiciones presentadas anteriormente y como ocurre casi siempre en los comienzos de la estructuración y sistematización de un saber autónomo, las posiciones de los autores son diferentes. Actualmente nos encontramos con numerosas definiciones que se han formulado acerca de la Educación para la Salud, surgiendo algunas discusiones al respecto.

La Organización Mundial de la Salud (1969) en su definición propuesta hizo hincapié en la preparación de los sujetos y los grupos sociales, en la necesidad de dotarlos de medios y recursos para tomar decisiones correctas, al señalar a la Educación para la Salud como:

“El proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud”.

Años después, en 1978, la OMS en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista: alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”.

Modolo (1979) dice, que la Educación para la Salud es uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva y la conceptúa como *“el instrumento que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo salud”*.

Una definición que fue muy utilizada en el Trabajo Social en los años ochenta es la formulada por Henderson (1981) como proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad.

En este sentido, la OMS, en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud (1983) define la Educación para la Salud como: *“...esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos”* o *“cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que la gente sepa como alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite”*.

Posteriormente esta definición sería muy debatida, y la crítica fundamental se centró en la expresión “acción ejercida”, entendida ésta como limitación del nivel de autonomía del alumno y, en su consecuencia, carente de eficacia, ya que como afirma Perea y otros (2009:15): *“...cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, al no integrarse en la personalidad del alumno, será repetitivo, poco duradero e ineficaz”*, por lo que esta definición ha ido evolucionando, integrándose actualmente en un concepto de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso.

Por otra parte, es amplia la definición de Educación para la Salud que ofrece el Glosario de la Organización Mundial de la Salud (Nutbeam, 1986):

“La Educación para la Salud es un término que se utiliza para designar las oportunidades de aprendizaje, creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta, encaminados hacia una meta predeterminada. La Educación para la Salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible de modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud”.

Tal y como afirma el profesor Morón (2007) pueden identificarse fácilmente dos etapas -dos tradiciones- distintas en la evolución del concepto de Educación para la Salud. Una clásica, hasta la década de los setenta, en la que las acciones educativas se dirigen al sujeto con el objetivo de responsabilizarse de su propia salud, para conseguir la modificación de sus comportamientos en un sentido positivo. Posteriormente se incorporó la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo ambiental y social, por lo que las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

A nuestro entender, la Educación para la Salud puede definirse como una actividad que pretende aportar elementos a los individuos y a la comunidad para que se modifiquen los comportamientos hacia conductas más saludables, así como los determinantes que no son sólo responsabilidad individual. Rochon (1991) sostiene que la definición más completa es la de Lawrence W. Gordon, para quien la *“EpS es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables”*.

Siguiendo a Sáez, Marques y Collel (1995), encontramos autores que definen la Educación para la Salud según el ámbito en el que se realiza la actividad y otros independientemente del ámbito de actuación. En cualquier caso, la Educación para la Salud es uno de los instrumentos que utiliza la Promoción de la Salud, y básicamente pretende facilitar los cambios de comportamiento hacia conductas más saludables y que en la medida de lo posible se eliminen factores de riesgo, mientras que se potencian los factores de protección.

Partiendo de entender la educación como un proceso optimizador y de integración, y la salud como bienestar físico, psíquico y social, define Perea (1992) de forma provisional la EpS como:

“Un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva”.

Perea (2002) considera que la Educación para la Salud tiene una función preventiva e incluso correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades. Pero indica que la principal finalidad de la EpS no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; por lo que tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.

Numerosos autores son los que insisten sobre la vinculación de los comportamientos, las conductas y su influencia en la salud y en la enfermedad; no obstante, también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas, como por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular o el consumo de sal para prevenir la hipertensión. Pues la investigación epidemiológica (Syme, 1991), nos muestra que los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales.

Los hábitos saludables, de esta forma no serían consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados.

Parece claro, para Perea (2002), que la Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman

los estilos de vida; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse, no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias.

En este sentido señala García Martínez y otros (2000) que pueden surgir contradicciones ya que por un lado se insiste en la existencia de factores determinantes de la salud, lo que debería suponer la ruptura de la tendencia de demandar servicios técnicos-sanitarios, y por otra se olvida que *“los hábitos de vida y la transformación del medio ambiente tienen una incidencia en la salud casi seis veces superior que todo el sistema de asistencia sanitaria”* (Casado Flores, 1990:111). Unos factores sociales, que se condicionan mutuamente al tiempo que se hallan estrechamente ligados entre sí y que Polaino-Lorente (1987) clasifica como factores predisponentes, facilitantes y reforzantes de la salud.

Como parte del entramado promocional de la salud, la EpS se interesa especialmente por los determinantes que generan riesgos para la salud y por las condiciones de vida y comportamientos que condicionan la mejora de la salud. Su objetivo primordial consiste en modificar no coercitivamente los comportamientos individuales y colectivos para mejorar el nivel de salud de la comunidad por medio de prácticas educativas que vienen siendo sustentadas por la acción promocional de la Educación Social; prácticas que pueden ser bien de carácter general (campañas universales) o de ámbitos específicos (en las escuelas, en los barrios o en las empresas). Su recurso a diversos componentes científicos se incardina en un eje fundamental caracterizado por las circunstancias y los métodos pedagógicos de corte participativo y comunitario (González Hernández y García Martínez, 1998).

De esta forma, los ámbitos en los que se incluye la Educación para la Salud son numerosos. El primer lugar donde debe iniciarse es en la familia, como primer eje socializador, seguido de la escuela que también tiene una función importantísima, así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario.

Ya que la salud implica una responsabilidad individual y social donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función con las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

Naturalmente, y aún siendo conscientes de los límites que existen para operar de un modo analítico en el ámbito de la salud, la forma de abordaje de las diversas problemáticas por parte de la Educación para la Salud suele producirse en torno a tres grandes epígrafes:

- a) Por temas: nutrición, deporte, tabaquismo, sexualidad, SIDA, drogas, adicciones, accidentes, malos tratos,...
- b) Por sectores de población: niños, jóvenes, mujeres, tercera edad, poblaciones desfavorecidas,...
- c) Por lugares de vida: escuela, barrio, ciudades, lugar de trabajo,...

Desde el punto de vista de los agentes a los que concierne la EpS podemos también distinguir dos grandes apartados:

1º Aquellos que se ven confrontados diariamente a la necesidad de efectuar orientaciones y dar consejos sobre la salud, como los médicos, farmacéuticos, enseñantes, trabajadores y educadores sociales, etc., y

2º Los que participan en actividades explícitas de educación para la salud, como los médicos de empresa, el personal de salud escolar, los animadores de los organismos de Educación para la Salud, etc.

Queremos acabar este apartado sobre el concepto de Educación para la Salud con las reflexiones que los profesores González Hernández y García Martínez (1998:8) realizan cuando afirman que: *“Posiblemente en el fondo de lo que se trata es de saber amar la vida y quizá de recuperar el proyecto educativo que apunta a la urgencia liberadora de la necesaria coherencia entre el discurso que se sostiene y los modos de vida que se practican”*.

1.1.4. OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS

Como hemos visto en los apartados anteriores, hay una serie de términos relacionados con la Salud y la EpS, como el bienestar, la calidad de vida, la prevención, la promoción de la salud. En este apartado queremos definir y aclarar algunos de ellos.

Los términos de “prevención” y “promoción de la salud” se confunden actualmente con asiduidad. Por ello, Sáez, Marqués y Collel (1995) los diferencian de la siguiente forma:

Prevenir es evitar, prever, preparar. En el caso de las enfermedades, evitar que éstas se produzcan, prever que puedan producirse y preparar el terreno para que no se produzcan y para que si se producen, se dispongan de los medios para poder combatirlos. En el campo de la salud es muy conocido el dicho "prevenir es curar", aunque no sea del todo cierto. Prevenir es no tener que llegar a curar, lo cual es competencia de quien ejerce la medicina, ya sea a nivel individual o colectivo.

Dentro de la prevención se distinguen tres tipos que siguiendo a autores como Rochon (1996), Costa y López (2000) y Marqués et al. (2004) podemos caracterizar del siguiente modo:

Prevención primaria aquella que se centra tanto en disminuir los factores de riesgo como en aumentar los factores de protección y va dirigida a la población en general, compuesta por medidas dirigidas a disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir, la aparición de nuevos casos.

Prevención secundaria la que se ocupa de la detección precoz de los problemas de salud y de facilitar cambios de conductas que permitan el tratamiento de enfermedades y va dirigida principalmente a grupos de riesgo, tratando de disminuir la prevalencia, acortando el curso de la enfermedad.

Prevención terciaria dirigida a la prevención de las recaídas de aquellas personas ya enfermas, disminuyendo las secuelas y consecuencias de las enfermedades.

Por tanto, se entiende como prevención las acciones desarrolladas en diferentes momentos: antes de que aparezca el problema (prevención primaria) que consistirá en evitar precisamente que el problema llegue a aparecer fomentando las condiciones más favorables para ello; cuando el problema ya apareció, pero está todavía en sus inicios (prevención secundaria) y por tanto cuanto antes se detecte más fácil será atajarlo para que no crezca; cuando el problema ya está desarrollado (prevención terciaria) intentando que no se vuelva a reproducir en el futuro.

Respecto al concepto de *Promoción de la Salud* se dio a conocer, principalmente a raíz del informe de la Organización Mundial de la Salud de 1984, aunque ya existían previamente diversos antecedentes en los que la preocupación por el mantenimiento de patrones de vida sanos para el normal desarrollo de las personas, llevaron a los conceptos actuales de salud positiva y a la posterior aparición de actividades destinadas a desarrollar en la población hábitos de vida saludables y a capacitar a la gente a aumentar sus control sobre la propia salud. Nutbean (1986) interpretaba la Promoción de la Salud como un conjunto de medidas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los individuos, de la familia y de la comunidad.

La promoción produce una vinculación de la población con su propio entorno, con el fin de conseguir no sólo cambiar las condiciones de vida sino la forma de vivir, y su campo de actuación comprende a toda la población, sana y enferma, de tal manera que la promoción de la salud implica trabajar con la población para promover estilos de vida sanos, intervenir sobre el entorno para mantener los factores favorecedores de dichos estilos y eliminar los que no lo sean. Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS son los siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente, que está más allá del control de los individuos, sea favorable a la salud.

- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar la manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Puede considerarse elemento impulsor del concepto de Promoción de la Salud, acuñado en una primera etapa por Sigerist (1981), el dotar a la sanidad de determinadas funciones: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y rehabilitación del paciente... En una primera aproximación, hay que tener en cuenta el *informe Lalonde*, donde se reconoció extensamente que la asistencia sanitaria no era el único factor responsable de la salud de la población, considerando otros de igual o mayor importancia tales como factores ambientales, biológicos y los relacionados con el comportamiento, como son los estilos de vida (Asenjo, 1999).

Como segundo elemento impulsor, puede citarse la respuesta de la Organización Mundial de la Salud a la situación generada por la escasa incidencia en la salud de la población, de los factores asociados a la asistencia sanitaria, respuesta que llevó a elaborar en 1977 la "Estrategia Mundial Salud para todos en el año 2000", donde se reflejaban una serie de objetivos cuya orientación iba destinada a elaborar planes nacionales, regionales y locales en la consecución del objetivo Salud para todos los pueblos y naciones (Nájera, 1996).

Ashton y Seymour (1990) apuntan que la Promoción de Salud se diferencia de sus predecesoras: la educación para la salud y la medicina comunitaria, en las dos características siguientes:

- a) Promoción de Salud engloba no sólo la prevención sino que incorpora la participación, multisectorialidad, populismo, etc.; además se interesa por los grandes temas, tanto en el campo político como en la educación, así como en una economía próspera;
- b) Si bien hace hincapié en el papel de los individuos sobre su propia salud a través de la adquisición de hábitos y actitudes saludables, la Promoción de la Salud subraya, de modo especial, la importancia de la responsabilidad social, para lo cual propone la creación de ambientes y opciones que hagan más fácil elegir lo saludable.

Aparte de estas características, Ashton y Seymour (1990) afirman que el acento de la Promoción de Salud se ponen en el cambio, tanto a nivel individual como social, de ahí que los que llevan a cabo la Promoción de Salud deben conocer y aprovechar los cambios, las tendencias, que acontecen en la sociedad porque éstos son fenómenos de gran influencia que conformarán los futuros colectivos.

En cuanto a la metodología utilizada en los proyectos de Promoción de Salud, es evidente que está orientada a ser más eficiente cuando se interviene sobre la población de un área o región, como un todo, o sea, pese a que el problema de salud sólo afecte a un grupo, el resto de la comunidad, debe intervenir como posibles agentes de salud. Y, sobre el tema de los recursos creemos interesante comentar que, generalmente, los Proyectos de Promoción de Salud suelen iniciarse con pocos recursos pero, a medida que se avanza en el proceso, y como consecuencia de técnicas de marketing social y de comunicación orientadas a la obtención de recursos, se reemplaza ese déficit; dichas técnicas tienen, además, el objetivo de lograr la implicación social.

El profesor Barriga (1995) realiza una distinción entre los conceptos de prevención y promoción de la salud. Así, al hablar de *promoción* se resalta el aspecto positivo en favor de la salud (hacer que las opciones saludables sean más fáciles de realizar); cuando nos referimos a la *prevención* indicamos lo negativo (estrategias para reducir factores de riesgo, enfermedades específicas, o para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad).

Cuando hablamos de *educación para la salud* nos referimos a un instrumento de promoción que proporciona estrategias para que los sujetos deseen lo más saludable cuando el entorno les permite elegir entre varias opciones. Pero elegir, implica conocer y tener habilidades y recursos para hacerlo. La promoción de la salud adquiere así extensas connotaciones que superan a las acciones individuales, sociales y comunitarias.

Sarlet, García y Belando (1996) han observado contradicciones en los programas de promoción de salud y señalan que éstas pueden darse aunque los programas se realicen en una adecuada orientación teórica. Entre ellas queremos destacar las siguientes:

1. El añadir años a la vida es uno de los objetivos que se persiguen en las intervenciones de salud. Barriga (1995) propone valorar el precio que hay que pagar por ello, precisando que lo importante es vivir con una cierta calidad de vida.
2. Ante los enormes gastos sanitarios habría que priorizar el garantizar la equidad en salud; no es justo una distribución que beneficia a unos pocos, mientras que muchos no cuentan con determinados servicios mínimos.
3. El riesgo está presente en la vida cotidiana, no se puede pretender promocionar un estilo de vida sin riesgo. Ante esto Barriga indica una selección del riesgo conforme a la capacidad de control que el individuo tenga sobre cada situación; esta conducta puede considerarse como un ejercicio de promoción de estilo de vida saludable.
4. La salud no es el máximo valor para todos, ni en todo momento, de ahí que se habrán de utilizar estrategias de influencia socialmente validadas para transmitir nuestras prioridades en valores.

Clarificador es el análisis del Consejo de la Juventud de España (1997) cuando señala que la educación para la salud estaría orientada a favorecer estilos de vida saludable, a través de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilización con la salud propia y la del entorno. Así, apostar por una perspectiva de promoción de hábitos de vida saludable significa:

1. Entender el estado de salud en un *sentido amplio*. No busca prevenir un problema concreto, sino aportar un bienestar individual y colectivo.
2. Promocionar una educación centrada en los *aspectos positivos* de la salud.
3. Crear y construir hábitos y estilos de vida saludables por medio de la *responsabilización individual y colectiva*. Promocionar la información necesaria, potenciar habilidades personales, capacitar a las personas para que decidan e influyan sobre los factores que determinan su salud, y reforzar factores favorables a realizar elecciones saludables modificando las que no son.
4. *Educar para la libertad* y la responsabilidad. La educación de toda persona debe aspirar a conferirle el mayor grado de autonomía e independencia.
5. *Implicar a la comunidad* y a los destinatarios y las destinatarias de los diferentes programas.

Cabe entresacar de aquí la referencia a la "libertad" como uno de los objetivos que debe plantearse la promoción y educación para la salud, complejo fin sin duda, y más teniendo en cuenta el propio carácter polisémico del término en cuestión. Y como indica Bouché (1998), "*libertad no es un conocimiento que se obtenga a través de la ciencia y, por lo tanto, aunque no excluya una descripción fenomenológica, el mecanismo que pueda regirla es indescriptible*" por lo que la Educación para la Salud debe interesarse no sólo por los conocimientos (por los "datos"), sino por otros ámbitos (que entrarían en la categoría del "sentido"), que permitan la real posibilidad de conocer y adoptar posiciones que favorezcan la salud individual y comunitaria.

No podemos dejar de incorporar en esta selección de términos, más o menos explícitos, como los de bienestar o la calidad de vida, etc.

García Martínez y otros (2000) comentan que la incorporación del término "bienestar" en sus diversas dimensiones al contexto de la salud supuso comenzar a tener en cuenta su alcance, y el de sus mutuas interrelaciones, yendo más allá de la propuesta de la OMS. La salud entiende García Martínez deberá contar en lo sucesivo con estas perspectivas que, analíticamente se concretan en:

- a) Bienestar social: el contexto social de la vida humana se presenta fundamentalmente como un determinante de la salud y no como un modo de medida de la misma, es decir, la propia interacción social se convierte en un medio para el establecimiento de la salud y no sólo en una parte integrante de ella. La vida saludable se establece, pues, en la medida en que la familia y el entorno comunitario contribuyen positivamente a su plasmación.
- b) Bienestar físico y mental: la salud no responde ya sólo a los estados físicos o biológicos, sino también a la consideración del equilibrio de los factores psicológicos de la personalidad. No obstante suponer un gran avance sobre la “fiscalización” de la salud, la referencia continua a los aspectos físicos por parte de la cultura dominante de la salud hace muy difícil la aceptación de lo mental como determinante del bienestar si no va acompañado de causas y síntomas físicos.
- c) Bienestar espiritual: esta faceta del bienestar no fue considerada por la primera definición de la salud en 1948, aunque en las definiciones y revisiones que se han realizado posteriormente, en concreto en el año 1998 incluyen la dimensión espiritual. Podemos ser conscientes de que nuestra condición espiritual incide directamente en los sentimientos subjetivos del bienestar, en la habilidad para adaptarse a las circunstancias ambientales y en la capacidad para emplear los recursos de orden personal y social disponibles. Con todo, somos conscientes de las dificultades que conllevaría, desde todos los puntos de vista, establecer con un mínimo rigor el alcance de esta dimensión del bienestar; lo que hace aconsejable no introducirlo como criterio de demarcación del bienestar.
- d) Salud holística: esta nota hace referencia a la consideración de la salud como una Gestalt bien integrada de los diversos factores que en ella inciden, en contraste con lo que representa su enfoque en torno a una colección diversa de sus componentes. De esta apreciación surge el denominado concepto ecológico de salud que engloba los rasgos biológicos de los individuos dentro de las características generales de la comunidad en la que se desenvuelven, junto al medio ambiente en el que viven. El ser humano es apreciado como un ser

biológico-cultural que forma parte de su entorno natural y cuyas características biológicas, culturales y ambientales constituyen el ecosistema en el que vive junto al resto de los seres vivos, pero que es capaz de producir transformaciones sustanciales en su medio vital.

Otro de los términos relacionados con el de salud, es el concepto “calidad de vida”, que se incorporó a las ciencias sociales en los años sesenta y que para García Martínez y otros (2000) supone que:

- El término “vida” se refiere sólo a la vida humana, en sus aspectos socio-comunitarios. La calidad de vida es, por tanto, la de amplios grupos humanos.
- También hace referencia a una forma de existencia superior a la meramente física, que incluiría el campo de las relaciones sociales del sujeto, sus posibilidades de acceso a los bienes materiales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos para su salud, etc.
- Se presenta como un sinónimo de la calidad de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades de los sujetos, las condiciones objetivas y subjetivas y las cuantitativas y cualitativas.
- La calidad de vida se aprecia, por tanto, como el resultado de una aproximación cuantitativa y estricta o mayoritariamente económica a la cuestión de cómo viven las personas.
- La calidad es un “continuo” en cuyos polos se encuentran la excelencia y superioridad de una cosa y la vulgaridad o inferioridad.
- A este concepto subyace una opinión comparativa de los elementos que la potencian y de los que la disminuyen. El problema reside en la definición de los criterios de comparación, que al ser individuales hacen que la calidad de vida resulte ser el fruto de la percepción individual-subjetiva de unas condiciones de vida objetivas (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, valores personales, etc.).

- De este modo, la calidad de vida se relaciona con el nivel de satisfacción que a un sujeto le proporcionan sus condiciones de vida cuando las compara, en base a criterios personales, con otras situaciones propias de la vida de otros seres humanos.

En consecuencia, el fenómeno de la calidad de vida viene a ser el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y ciertas variables más subjetivas y personales, que tienen como resultado un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos. Así, la calidad de vida es un concepto inclusivo que abarca todos los aspectos de la vida, tal y como lo experimentan los individuos, incluyendo aspectos tales como *“salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros”* (Levi y Anderson, 1980:6-7). En esta apreciación García Martínez y otros (2000) destacan dos componentes:

- a) El nivel de vida, que se refiere a aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria (renta per cápita, nivel educativo, condiciones de vivienda, etc.), es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan (salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos, etc.).
- b) Los indicadores sociales, que delimitan y especifican aquellos aspectos, dominios, condiciones y dimensiones que componen la vida del sujeto y en torno a los que se manifiesta su grado de satisfacción y bienestar. Por tanto, no son otra cosa que componentes del nivel de vida, elevados globalmente bajo un punto de vista subjetivo, y no objetivo-cuantitativo como en el nivel de vida.

Para finalizar este apartado sobre otros conceptos relacionados con la EpS, queremos incluir la definición sobre calidad de vida formulada por el Grupo que trabajó el tema para la OMS (The WHOQOL Group, 1993) y que la entiende como una interacción entre lo subjetivo y lo objetivo, más concretamente:

“Como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

1.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNIDAD

Considerando todo lo dicho, no cabe duda de que la Educación para la Salud debe enmarcarse en un entorno social. La Sociedad y la Comunidad se presentan como un agente educativo de primordial importancia. Hoy en día, en la primera década de un nuevo milenio, la salud no puede entenderse sin una serie de elementos que, de forma ineludible, deben ser tratados. Nos interesa así considerar todos los aspectos referidos a la Promoción de Salud, fundamentales a la hora de abordar la Educación para la Salud. Además del entorno social y de la comunidad, existe otro elemento prioritario muy relacionado con los conceptos anteriores, la Participación Comunitaria.

En las siguientes páginas hablaremos, por lo tanto, de la comunidad y de la participación comunitaria, en lo que respecta a su relación con la educación para la salud, para posteriormente realizar un recorrido histórico por aquellos momentos, principalmente encuentros internacionales, en los que se han demandado dichos elementos, finalizando con una breve referencia a la Declaración de Yakarta.

Como sabemos la Educación para la Salud, se desarrolla en un entorno concreto, en una Comunidad. Aunque pueda limitarse a un espacio más concreto, como puede ser un centro educativo, necesariamente se relaciona con el exterior. Ante todo cabría hacerse una pregunta de partida: ¿qué se entiende por Comunidad y qué elementos la conforman? Según el análisis que realiza Flores (1996), no se dispone por el momento de un concepto unánime que sea capaz de satisfacer todas las exigencias que la definición del término *comunidad* se hace acreedora. Así, la mayoría de los autores señalan distintas definiciones haciendo referencia a otros que les precedieron en el tiempo, destacando asimismo los elementos o características más coincidentes.

San Martín y Pastor (1988) consideran como principales elementos, a la hora de definir a la comunidad, los siguientes:

- Los grupos de población organizados e interrelacionados.
- La coexistencia en una zona o región geográfica bien delimitada.
- Cierta grado de integración producido a través de experiencias comunes y comportamientos sociales similares.
- Cierta grado de comunidad funcional económica.
- Cierta grado de conciencia de unidad (étnica, cultural, social) local.
- Cierta grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos.
- Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que cuentan como localmente importantes la educación, salud, justicia, administración local.

Para Marchioni (1989) y Turabian (1992), el concepto de comunidad, en sentido pragmático y operativo, se compone de cuatro elementos fundamentales de tipo estructural, que a su vez son factores de conocimiento de la comunidad, que van a participar muy directamente en la acción comunitaria. Estos son: el territorio, la población, la demanda (los problemas que dicha población expresa) y los recursos disponibles.

Se entiende por *territorio* una entidad física y social (y no sólo urbanística) en la que se producen las relaciones sociales que se dan entre las instituciones y la población que en ella se radica.

En cuanto a la *población*, a la hora de planificar una acción social interesa hablar de *indicadores de población* (edades, sexo, clases sociales, individuos, familias, los grupos, la colectividad en general y la evolución histórica de la población).

La *demanda* no es un concepto estrictamente uniforme, sino de carácter pluridimensional. Marchioni (1989) la define proponiendo una serie de dualidades:

- *Actual y futura*: una demanda es actual cuando la sociedad precisa de soluciones y respuestas de carácter inmediato, por lo que los recursos han de movilizarse a corto plazo. Será futura cuando el conjunto de ofertas en la relación con la demanda pueden determinarse en un plazo más largo.

- *Explícita e implícita*: Se considera explícita cuando se da un nivel de conciencia por parte de sectores de la comunidad acerca de la existencia de un determinado problema e *implícita* si existe la demanda, pero el nivel de conciencia respecto a ella no está perfectamente precisada en primera instancia. En este caso, la comunidad por sí misma no ha establecido los términos del problema, pero en un futuro o con otras condiciones, podrá demandar elementos cuya necesidad no haya sido identificada anteriormente.

- *Subjetiva y objetiva*: percepción de un problema por parte de algunos sectores de la comunidad de un modo subjetivo, distinta a como se da en la realidad dicho problema, con una visión objetiva.

- *Existente y potencial*, que pueden coexistir, por lo que será necesario actuar con previsión.

Los *recursos* disponibles es otro de los elementos fundamentales, como punto de partida, en el desarrollo de la acción social y comunitaria. No obstante, cabe destacar que el primer y principal recurso lo constituye la comunidad y sus miembros.

A la vista de lo anterior, la comunidad es para Flores (1996): *“una población que vive y se relaciona en un territorio/ambiente, entendiendo éste en sentido amplio, que posee unos determinados recursos y que tiene unas determinadas necesidades bien sentidas o manifestadas”*.

Siles (1996) considera que se debe adecuar el concepto de comunidad a la realidad social, lo cual significa tener en cuenta las desigualdades sociales y económicas existentes, las influencias externas (medios de comunicación, modas...) y las formas de relacionarse con su entramado de redes personales y sociales, que pueden culminar o no en líderes reconocibles y más o menos representativos de determinados grupos.

Por ello la importancia de conocer las formas de articulación social que se producen, de identificar un conjunto de valores y de intereses compartidos, siendo conscientes de las diferencias existentes entre los individuos y los grupos sociales. La articulación social en una sociedad como la nuestra no es única, pues coexisten una amplia diversidad de redes formales e informales, con diferentes formas de relacionarse (y generalmente con un grado de asociacionismo formal muy bajo).

Una comunidad es un ámbito de convivencia respetuoso y tolerante. La palabra comunidad también se puede usar para referirse a la salud comunitaria, o a la globalidad de los servicios que ayudan a promocionar la salud. El ambiente físico que caracteriza una comunidad, como el hogar, la escuela y todos los servicios sociales y de salud disponibles, son importantes para que los educandos entiendan el sentido de "comunidad", así como la forma en que pueden influir en su medio y la manera en que éste incide sobre ellos. Debemos ser conscientes de la responsabilidad que tenemos sobre el medio, tanto local como globalmente, y que el proyecto de trabajo ambiental en la escuela y su comunidad sean generadores de interés por la participación y sentido de la responsabilidad.

Modolo (1987) dice que ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad. La participación comunitaria se relaciona directamente con la Promoción y Educación para la Salud, a igual que la salud, en su sentido más amplio, está estrechamente conectada a lo social.

Siguiendo con Siles (1996), los servicios sanitarios están conectados con su medio social. De hecho, los servicios públicos necesitan legitimarse socialmente, por lo que la participación social en los mismos es un derecho de los ciudadanos consagrado por las leyes. Además, las intervenciones que contribuyen a la mejora de la salud pública se producen en un medio social concreto. Conocer el medio y adecuar las acciones al mismo, es esencial para aumentar la eficacia de dichas intervenciones. Hoy no se discute, pues, que la participación es un instrumento que puede y debe contribuir a elevar los niveles de salud de la población (López y Siles, 1993).

De ahí que propuestas estratégicas tales como la Promoción de la Salud o la Atención Primaria de Salud, dan un importante papel a la participación comunitaria, aunque en realidad no puede decirse que hoy en día sea realmente amplia y efectiva. Encontramos tres instrumentos, muy interrelacionados entre sí, que constituyen distintas categorías de acción en la mejora de la salud colectiva. A saber:

- *Intervención comunitaria*: es una estrategia usada para mejorar la salud de la población de referencia (junto a la orientación familiar, la clínica-individual, etc.). Es un conjunto de acciones que los servicios emprenden sobre grupos de población determinados para aumentar sus niveles de salud o responder a problemas de salud concretos.
- *Acción social en salud*: actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. Son actuaciones llevadas a cabo por individuos, las que se realizan en el seno de la familia, son promovidas por asociaciones o las acciones que emprenden otros sectores y que inciden en la salud de la ciudadanía.
- *Participación comunitaria*: constituye la parte de la acción social que se produce en relación con los servicios y que es regulada por éstos. Es, por tanto, un conjunto de mecanismos que los servicios ponen en marcha y articulan, y que hacen a éstos más o menos permeables a la influencia del medio social.

Aunque ninguno de estos “instrumentos” puede conectar a todos los colectivos de población, por lo que deben coexistir. Siles destaca especialmente a los Consejos de Salud (el mecanismo más formalizado) y existen obras y experiencias que recogen ejemplos muy significativos en este sentido.

Otro autor que ha analizado la incidencia de lo "social", de la participación comunitaria en la salud, ha sido el profesor Barriga (1988). Expongamos seguidamente el análisis que realiza, señalando en un principio que los niveles de bienestar social son cambiantes, de acuerdo con las condiciones socio-estructurales y las aspiraciones o necesidades de los miembros de una Comunidad. Es decir, lo que en tiempos atrás podía ser un "fin" a conseguir, puede ser considerado como simple escalón intermedio de una población con mayor esperanza de vida y más exigencia en su calidad de vida.

Hoy en día, la representación social que cada uno hace de su salud está de acuerdo con sus expectativas socio-culturales, su entorno socio-económico y el contexto comunitario en que se desenvuelve. De hecho, la salud es un bien colectivo, ya que el bienestar individual depende del bienestar social, del de los demás. En otras palabras, al hablar de "salud" -a igual que de Promoción y Educación para la Salud- no podemos aislarnos de lo "social", de la sociedad y de la comunidad.

De ahí que la salud también sea objeto -y fin- de distintas disciplinas científicas, tales como la Pedagogía, Psicología, etc. Es más, la salud no puede ser gestionada, administrada, definida... por profesionales de la salud, al margen de los usuarios o clientes. Éstos deberán optar por una aptitud participativa, colaboradora y no exclusivamente reivindicativa (usualmente un primer paso, que progresivamente puede dar lugar incluso a la gestión de los recursos). Es necesaria la coparticipación de los usuarios, el acercamiento comunitario y contextualizado de la salud.

Para participar, hay que acercarse a los problemas para conocerlos, estudiarlos y resolverlos teniendo presentes los recursos que puedan disponerse. Se requiere la accesibilidad de todos los mecanismos de participación, la especificación técnica del equipo multidisciplinar de salud, las peculiaridades socio-culturales del entorno, los diferentes mecanismos de participación, los recursos económicos, etc. además de la voluntad de permitir la participación, con lo cual habrá que añadir elementos de descentralización, adecuada planificación sectorial...

Es más, la Participación Comunitaria es uno de los elementos que facilita introducir mecanismos de negociación y diálogo entre las tres instancias que intervienen en el campo de la salud: la administración política; los profesionales sanitarios y no sanitarios; y, en tercer lugar, los usuarios.

Para Barriga, la participación comunitaria es intervenir en la toma de decisiones tendentes a planificar, gestionar y controlar el uso de los recursos. Es una de las tareas de los usuarios, bien de modo indirecto a través de sus representantes políticos (democracia representativa), bien por representantes no políticos (líderes de movimientos y asociaciones sociales), bien por sí mismos (democracia asamblearia), potenciando en la medida de lo posible los movimientos organizados existentes en la comunidad.

Se ha de participar indirectamente en la representación y directamente en la acción personal, sabiendo que se trata de conjugar los legítimos intereses de los particulares con los de la colectividad. La participación debe ser eficaz y eficiente, en todos los campos posibles, en la planificación, gestión y control, en todas las esferas constitutivas de la salud, lógicamente en grado diferente. Mayor y decisiva lo será en la salud preventiva y en la promoción de la salud. De esta forma, participación comunitaria y promoción-educación para la salud aparecen estrechamente relacionadas, de tal manera que una no puede darse sin la otra.

Según Morón (1998), la educación para la salud debe basarse en un modelo participativo preocupado por desarrollar una salud integrada e integral. Si la salud, es responsabilidad de todos, todos hemos de ser educadores para la salud, intentando resolver los problemas y mejorando los niveles socio-culturales que garanticen una mejor calidad de vida y un mayor nivel de bienestar social. Entre otras posibles acciones citamos:

- Concienciar a todos los usuarios en sus ámbitos naturales de actuación,
- Movilizar las organizaciones sociales existentes,
- Vertebrar a la comunidad con nuevas asociaciones,
- Organizar informaciones basadas en datos reales con fundamentación en investigaciones científicas, o
- Sugerir soluciones creativas a problemas concretos.

Como complemento de lo expuesto anteriormente, reflejamos a continuación un recorrido histórico -aunque muy contemporáneo- que recoge los momentos más significativos en los que se ha demandado la Participación Comunitaria y su relación con la Educación para la Salud. En este sentido, Turabian (1992) muestra un estudio de los antecedentes históricos de la participación comunitaria en los ámbitos de salud. Cabe recordar que si bien este concepto se remonta a décadas atrás, su institucionalización -la regulación burocrática de la participación- es un hecho casi reciente, que todavía se aborda desde diversas instancias.

Hasta ya entrado en el siglo XX, no se planteó ni se trató la posibilidad de la participación de los ciudadanos, de los propios pacientes o consumidores, en los servicios de salud. En las primeras décadas del pasado siglo, la medicina consiguió un fuerte avance en los países occidentales: la tecnología médica había sido totalmente aceptada, los cuidados de salud se hacen más complicados debido a la organización, planificación y tecnología sanitaria, de tal forma que los pacientes no llegaban a entender la "mágica" ciencia médica y tan sólo podían ser tratados por los profesionales de la medicina, como meros objetos de trabajo. Con el tiempo, los costes fueron aumentando, se incrementan las expectativas de los pacientes, que ven a los profesionales médicos como figuras autoritarias, y se discuten algunas decisiones que éstos tomaban cuando podían infringir los derechos de los ciudadanos.

Paralelamente, en otras áreas de la sociedad, los propios ciudadanos se planteaban su realidad, ajena por completo a la toma de decisiones. Determinados hechos apoyaron esta situación, como los problemas económicos que hacen aumentar la bolsa de pobreza y el paro, los descontentos sociales, una mayor toma de conciencia por parte de la mujer y determinados grupos minoritarios, etc. Así, tanto en los Estados Unidos como en Europa, se observa en los sesenta una corriente de opinión que demanda una mayor participación en las toma de decisiones, que en los años siguientes se ve reflejada en diferentes leyes de participación ciudadana. Poco a poco, se hacen más patentes las demandas procedentes de personas individuales y de colectivos organizados que reclamaban un papel en la planificación, gestión y actividad de sus servicios sanitarios.

Antes del uso del término "*Participación Comunitaria*" surgió el de "*Desarrollo Comunitario en el Tercer Mundo*", empleado por los británicos para referirse la desarrollo de educación básica y bienestar social en las Colonias. Posteriormente, en los años cincuenta, Naciones Unidas retoma el término, dándole una orientación fundamentalmente rural, aunque también se llevan a cabo programas de Desarrollo Comunitario en zonas urbanas del Tercer Mundo. Sin embargo, al tomar conciencia del fracaso de los modelos de crecimiento acelerado de desarrollo económico, se redefinió el concepto, surgiendo el de *Participación Comunitaria*.

Este tipo de participación, así como y el conocimiento de los ciudadanos de sus necesidades básicas son los elementos fundamentales para asegurar los proyectos de desarrollo.

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tuvieron asimismo su papel en la temática que abordamos, sobre todo en su intento de responsabilizarse en el desarrollo a largo plazo de los recursos productivos y del equilibrio de la balanza de pagos. Hasta la década de los setenta del siglo pasado, tan sólo defendieron una política lineal, según la cual el crecimiento económico podría automáticamente producir beneficios en los más pobres, pero se comprobó que aunque se diera tal incremento, no se mejoraba la situación de aquellos, incluso produciéndose un aumento de la pobreza y la desigualdad. A partir de entonces el planteamiento varió sustancialmente, por cuanto se consideró que la estabilidad no era posible sin un desarrollo interno mínimo, favoreciendo la mejora de los servicios básicos de salud, educación o distribución de ingresos.

Al mismo tiempo, en la década de los setenta se hace patente una creciente crítica respecto a las limitadas posibilidades de la ciencia y la técnica para contribuir por sí solas a la salud, que supuso un aumento de incertidumbre en muchos profesionales sanitarios formados en el marco de unos paradigmas que se habían vuelto muy discutidos y que quizás no fueran lo válidos que ellos consideraban. La enfermedad dejaba de ser un hecho de un organismo individual aislado, ya que también incidían otros elementos de carácter ambiental y social. En otras palabras, el sistema basado en tecnologías diagnósticas y terapéuticas era inadecuado, o al menos no el idóneo, para resolver los problemas de salud de los ciudadanos. Aunque se habían alcanzado los máximos progresos en salud, la población consideraba que se encontraba peor que un siglo atrás.

De acuerdo con la perspectiva sociocomunitaria, y en contraste con los enfoques individualistas (clínicos), la EpS de corte comunitario se caracteriza por los siguientes rasgos distintivos (García, Sáez, Escarbajal; 2000:145):

- a) Trabaja con colectivos y grupos con problemáticas que son compartidas por sus miembros.

- b) Busca conseguir objetivos positivos de desarrollo y promoción humana y de salud a partir de la capacitación de los implicados, sin reducirse a una acción asistencial.
- c) Se realiza en la comunidad, es decir, en el marco social donde se producen las situaciones problemáticas. La actuación en centros cerrados (hospitales, cárceles, etc.) se efectúa a partir de este criterio y no en su propio terreno.
- d) Los educadores actúan como mediadores comunitarios, que no imponen sus modelos externos a la comunidad, sino que actúan con ella, partiendo de sus necesidades y recursos.
- e) Fomenta la toma de iniciativas y la participación comunitaria para la resolución de sus problemas.
- f) La acción se desarrolla en equipos interventores interdisciplinares sobre la base de objetivos comunes.
- g) Promueven la cohesión y la integración social de la comunidad.
- h) Establecen estrategias de acción y desarrollo comunitario que no se agoten en el inmediatismo de las situaciones.
- i) Prestan servicios educativos y de salud, pero también sociales y culturales, alternativos para las poblaciones marginadas.
- j) Parten de un enfoque preventivo y promocional de los problemas de salud comunitaria.
- k) Estimulan la creación de estructuras comunitarias intermedias: agentes de salud, escuelas de padres, aulas de la tercera edad, formación profesional,...
- l) Persiguen la reconstrucción del tejido social desestructurado a través de la creación y consolidación de redes y asociaciones comunitarias.
- m) Generan recursos hacia la comunidad procedentes de otros colectivos: instituciones, colegios profesionales, ONG's, voluntariado,...

Estos rasgos se corresponden, por tanto, con la apreciación de que las estrategias de intervención comunitarias integradas (enfoque global) son más adecuadas para la resolución de los problemas de salud y a las patologías sociales que las de corte asistencial, en función de su cobertura temática y por sus efectos más duraderos sobre la comunidad.

1.2.1. CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En el cambio de concepción de la salud que se produjo a mediados de los setenta del que ya hemos hablado, tuvo mucho que ver el estudio que realizó Marc Lalonde, por entonces Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá. El conocido *Informe Lalonde* (1974) proporcionó un marco conceptual para analizar los problemas, determinar las necesidades de salud y elegir los medios que puedan satisfacerla. La salud presentaría cuatro elementos, que fueron identificados mediante el análisis de las causas y los factores fundamentales de morbilidad y mortalidad y la evaluación del modo en que esos elementos afectan el nivel de salud en el país (el estudio se llevó a cabo en Canadá). Estos cuatro elementos fundamentales eran:

- La biología humana: Envejecimiento, herencia genética.
- El medio ambiente físico y social: Contaminación, pobreza, marginación...
- El estilo de vida: consumo de drogas, ejercicio físico, alimentación...
- La organización de la atención de la salud (el sistema de asistencia sanitaria: calidad y accesibilidad).

Estos aspectos serían los determinantes que influyen en la salud de los ciudadanos -en los países con características similares a Canadá, es decir, desarrollados e industrializados-, según una de las conclusiones más relevantes del citado Informe. Es más, señalaba que la parte proporcional de influencia en la salud corresponde en un 11% al medio ambiente, un 19% a la biología humana, un 27% al sistema de asistencia sanitaria y un 43% al estilo de vida. Como se puede apreciar, hay una evidente desigualdad de porcentajes de la influencia de los distintos determinantes.

Influencia de los determinantes de salud

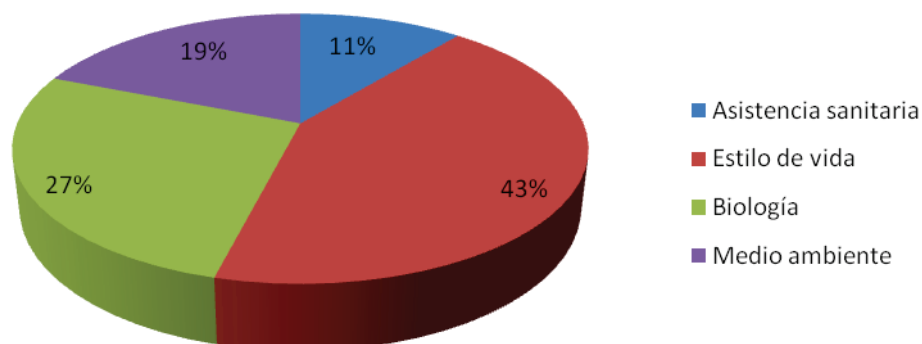


Gráfico 1.1. Influencia de los determinantes de salud. Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, se realizaba una consideración importante en que la proporción de gasto público dedicado a las cuatro partidas no coincidía con los porcentajes expuestos, sino que eran muy desproporcionales. Es decir, se destinaba la mayor parte a la asistencia sanitaria, mientras que el resto de variables apenas contaban con un porcentaje muy pequeño. El estudio canadiense constató que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determinaban realmente la salud de la población como se puede apreciar a continuación.

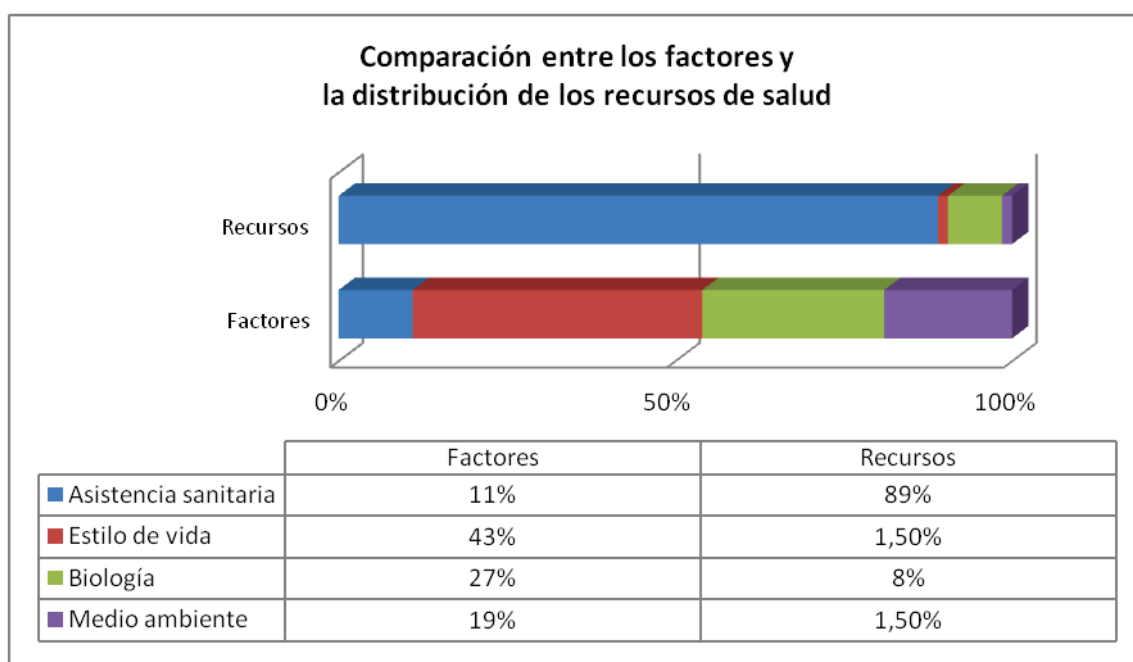


Gráfico 1.2. Comparación entre los factores determinantes de salud y la distribución de los recursos. Fuente: Elaboración propia.

Este hecho provocó un replanteamiento en la distribución del gasto público de las diferentes políticas sanitarias. Se requería, pues, una mayor atención a la promoción y educación para la salud. El informe Lalonde se ha convertido en un clásico de la Salud Pública y ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. Como consecuencia de este informe se iniciaron diferentes estudios de investigación sobre los factores determinantes de salud que demuestran, de manera más objetiva, que la modificación de estos tiene relación directa con la disminución de los problemas de salud y por tanto con el gasto público.

El informe Lalonde sirvió para potenciar los estudios en este ámbito y ayudó a mentalizar a los responsables de los recursos públicos, siempre limitados, de la importancia de políticas sanitarias y dedicación de recursos enfocadas a los factores con más responsabilidad sobre los problemas de salud.

Como complemento a la opinión de Lalonde, destacar que los determinantes citados están influenciados por los *factores sociales* (Salleras, 1990) y que posteriormente se han realizado otros muchos estudios para estudiar los factores que condicionan la salud de la población y de los sujetos. Así, por ejemplo, San Martín y Pastor (1988) consideran los siguientes: estructura social de la población, factores ecológicos, médicos-sanitarios, políticos-económicos, socio-económicos, psicoculturales, geográficos y demográficos.

En la *XXIX de la Asamblea Mundial de la Salud* (1976) se señalaron los factores clave relacionados con la salud, que serían de tipo social, técnico, económico y político. Todos ellos estarían correlacionados en el marco de un proceso cuádruple, en el que se habría de:

- Definir los objetivos sociales;
- Identificar los componentes de la tecnología que permiten alcanzar mejor estos objetivos;
- Elegir la tecnología más apropiada que toda la sociedad pueda permitirse aplicar;

- Obtener la decisión y la voluntad de conseguir a la vez la formulación de políticas sanitarias pertinentes y su transformación, en las condiciones deseadas, en programas y servicios de salud (se trata en este caso del plano político).

Tras los estudios de Lalonde (1974), en el año 1978 la Organización Mundial de la Salud promulgó el Plan *Salud para Todos en el año 2000*, que ya hemos mencionado anteriormente, estrategia que fijó como principal meta lograr para todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva. Los objetivos fundamentales de la estrategia Salud para Todos se pueden resumir en cuatro aspectos:

- a) Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo diferencias entre países y clases sociales.
- b) Añadir vida a los años, mediante una plena utilización del potencial físico, mental y social de las personas.
- c) Añadir salud a la vida, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.
- d) Añadir años a la vida, prolongando la esperanza de vida y evitando la muerte prematura.

A su vez, en la estrategia se señala que existen una serie de pilares básicos como son: la paz, la justicia social, comida y agua potable suficiente, educación adecuada y vivienda digna, sin los cuales no se podrá conseguir el propósito de alcanzar una salud para todos. El citado Programa ha servido de referente posterior para otros estudios, desarrollándose en distintas líneas. En el Plan europeo se citan una treintena de metas, que se basan en varios aspectos fundamentales, tales como salud para todos, estilos de vida que conducen a la salud, creación de ambientes saludables, proporcionar una asistencia adecuada y apoyo para el desarrollo de la salud. Es decir, para el Comité Regional para Europa, el sistema de promoción de salud debería tener en cuenta las opciones de los ciudadanos en los diferentes aspectos relacionados con aquella, partiendo de los elementos medioambientales saludables y promoviendo el cambio de los que afecten negativamente a la salud.

De forma progresiva, surgen planteamientos que fomentaban la participación de la población y promovían una perspectiva más preventiva y educativa, cuando no promotora de las bases de la salud comunitaria.

A raíz de lo anterior, se celebró una Conferencia Internacional en la ciudad soviética de Alma Ata, que partió de la necesidad urgente de actuar ante los problemas presentes en muchos países (desnutrición, mala situación económica, explosión demográfica...) y que incidían en los niveles de salud de los mismos. En el encuentro se destacó la importancia de la promoción y la protección de la salud, indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, destacando también el papel de la propia comunidad, que tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación de su atención en salud (Vargas y Palacios, 1993).

Tradicionalmente, en nuestro país se estima que la *Declaración de Alma-Ata* representa el comienzo de la "participación". Según Turabian (1992), representó un fuerte impulso a la consideración de la importancia o necesidad de la "participación" (la Cuarta Recomendación dice: "*La población tiene el derecho y deber de participar en forma individual y colectiva en la planificación y aplicación de programas para atención de la salud*"). Es decir, la Atención Primaria de la Salud era la vía para elevar el nivel de salud de la población, para lo cual debería ser universalmente accesible a los individuos y familias en la comunidad a través de su completa participación en el desarrollo económico de la comunidad, por lo que se presentaba como un elemento básico e imprescindible.

En esta Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se contó con la participación de todos los países miembros de la OMS donde se formuló la famosa definición de salud anteriormente comentada. Asimismo y con relación al término Promoción de la Salud, la conferencia se pronuncia expresando que: "*La promoción y protección de la Salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y la paz mundial*" (OMS, 1978:3).

Flores, García y Rabadán (2003) señalan como aportaciones fundamentales de esta declaración:

- La salud es un derecho fundamental cuya responsabilidad recae en los gobiernos de las naciones.
- La participación comunitaria es indispensable para el logro de la promoción de la Salud considerándola un derecho y un deber de la población.
- Se considera esencial una participación multisectorial para alcanzar los objetivos de Salud para todos.
- Existe una estrecha relación entre promoción y desarrollo económico y social.
- La promoción de la salud contribuye a la paz mundial, debido al aumento en la calidad de vida de los habitantes del mundo.

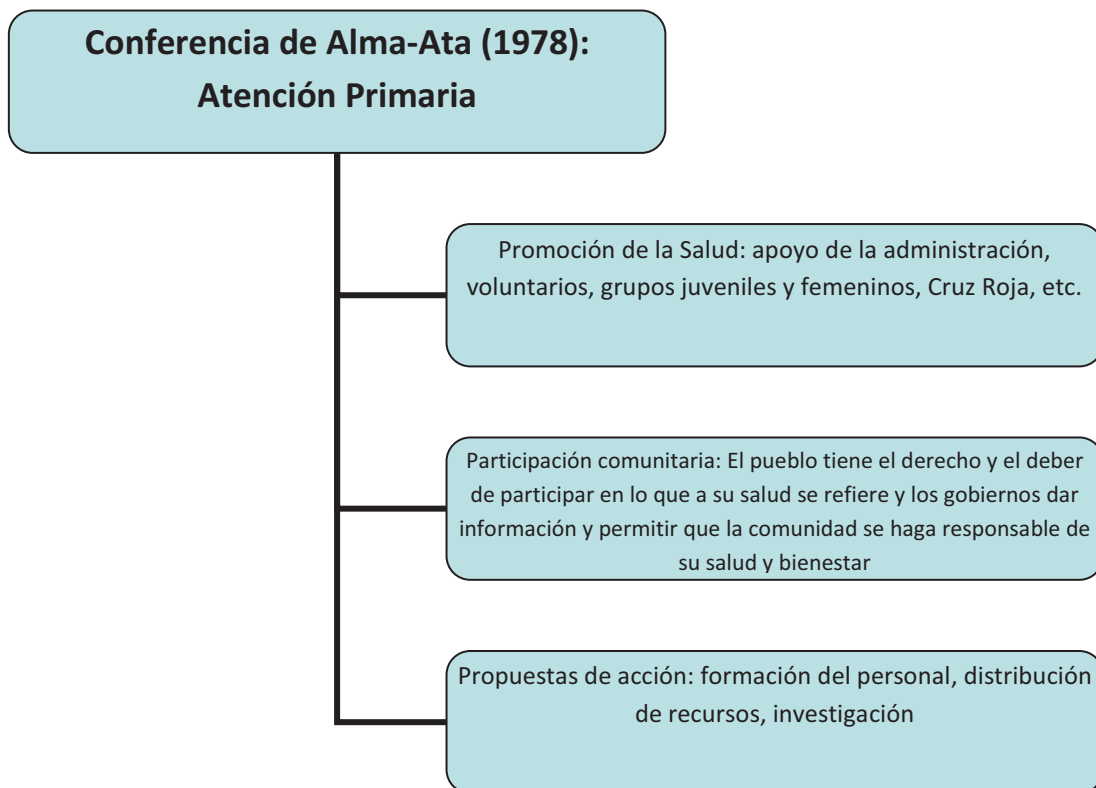


Figura 1.2. Esquema de las aportaciones de Alma-Ata.
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:11).

El nuevo concepto de salud propiciado desde la *Declaración de Alma-Ata*, nos comenta Barriga (1988) lleva a la consideración activa de los usuarios, constituyéndose éstos en agentes de su propia salud. La salud se determina por esa actitud activa, de modo que la participación es expresión de salud y condición para la promoción del propio estado de salud. Se hace necesario introducir la participación en la vida diaria y más concretamente en todas aquellas actividades relacionadas con el campo de la salud.

Hay que decir que las recomendaciones de Alma Ata no eran originales, pero sirvieron para unificar los planteamientos que hasta entonces habían surgido, siendo uno de los referentes más importantes de los últimos tiempos. Sin embargo, la Declaración de Alma Ata tuvo un carácter eminentemente "político", al recoger unas recomendaciones que, aunque muy positivas en sí mismas, reflejaban la perspectiva dominante del desarrollo y mantenía las estructuras económicas y sociales, además de la ideología médica que parte de la salud como resultado del modelo médico-asistencialista dominante.

En distintas obras y reuniones promovidas por la Organización Mundial de la Salud se recogían los inicios "formales" de la participación comunitaria para la mejora de la salud, señalando en la obra de Newell (1975) unos principios generales para su puesta en marcha. El lema "Salud para todos en el año 2000" (OMS, 1977), la Conferencia de Alma-Ata (OMS, 1978), la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986) y la Conferencia de Yakarta (OMS, 1997), son algunos de los eventos que desde la OMS promovieron las estrategias derivadas de esta nueva definición de la salud.

Otro acontecimiento muy significativo en el desarrollo y aplicación de la Promoción de la Salud lo constituye la Conferencia de Ottawa celebrada en 1986, en la que se discutieron diversas estrategias para llevar a cabo la promoción de la salud, concluyendo con la presentación de un esquema de acción global de promoción de la salud, denominada "Carta de Ottawa". En la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) se definía la Promoción de la Salud como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. De ahí la posibilidad de enseñar y aprender sobre la salud.

Además se señalaba la necesidad de promocionar diversos aspectos necesarios para asegurar una participación activa en la promoción de la salud. La *promoción de salud* pretendía proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, lo cual exigía acciones intersectoriales que se adaptaran a las necesidades y posibilidades particulares de cada entorno, entendido como un todo social, económico y cultural. Desde esta concepción, no puede hablarse de *salud* sin superar unos condicionamientos previos (educación, paz, vivienda, justicia social, etc.).

Los principios que rigen la Promoción de la Salud se han definido después de valorar las diferentes experiencias realizadas en este campo desde los años 70, y se pueden resumir en cinco:

1. Ocuparse de la población en su vida cotidiana más que de las personas que padecen un riesgo de desarrollar determinadas enfermedades o que utilizan los servicios sanitarios.

2. Dirigir sus acciones hacia los determinantes responsables de las pérdidas de salud.

3. Combinar diferentes métodos como la educación y la información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud y legislación.

4. Trabajar a partir de intervenciones que incluyan básicamente la participación de la población.

5. Remarcar la importancia de los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en Atención Primaria, puesto que tienen un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y en la facilitación para que estos procesos se lleven a cabo.

Como se desprende de esta declaración de principios, las actividades que pueden derivar de una acción de Promoción de la Salud pueden ser muy diferentes. Los profesionales que participan no siempre son del ámbito sanitario. Las estrategias pueden afectar a diferentes niveles de la administración, y las actuaciones pueden implicar desde un individuo hasta toda una comunidad o un país.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) se ampliaban los principios anteriormente mencionados y se marcaban una serie de indicaciones para llevar a cabo las estrategias de Promoción de la Salud:

1. Establecer políticas saludables: se insta a que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y todos los sectores. Supone identificar e intentar corregir las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario.

2. Crear entornos que favorezcan la salud: la salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por esto la Promoción de la Salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.

3. Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades. Esto significa aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.

4. Desarrollar las aptitudes y recursos individuales: a través de la información y la Educación para la Salud se pretende el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables tanto a nivel personal como a nivel social. Se facilita así un mayor control por parte de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.

5. Reorientar los servicios de salud: debe tenderse a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de promoción y educación para la salud que implique a individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, personal auxiliar, administrativo, etc. Todos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.

Según la OMS, la promoción de la Salud se ha convertido en elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos, con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud. La promoción de la salud aparece como una estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud o, dicho de otro modo, de lo que se trata es de intervenir y actuar para aumentar los determinantes de la salud (Alfonso y Álvarez-Dardet, 1992).

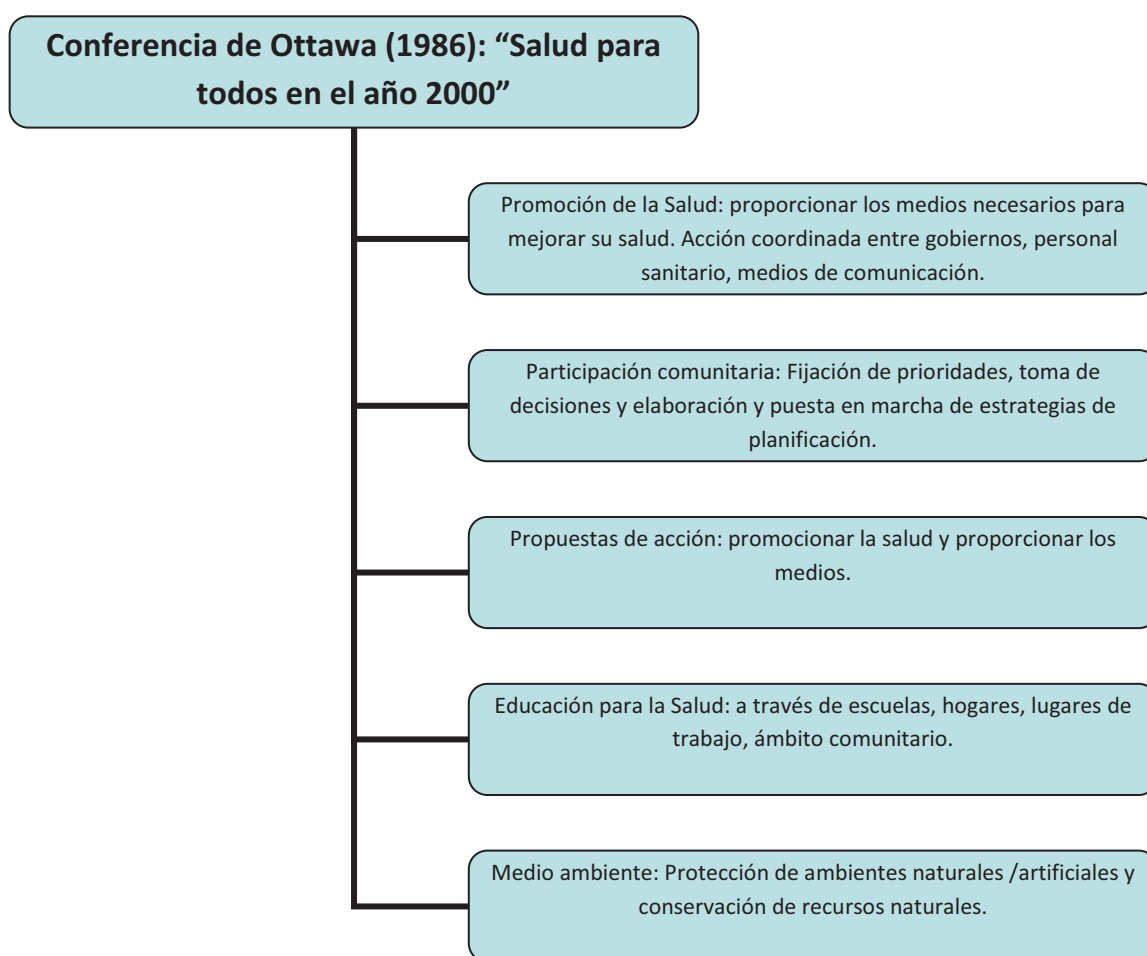


Figura 1.3. Esquema de las aportaciones de Ottawa.
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:13).

Otro de los hitos importantes en la Promoción de la Salud en el ámbito internacional lo supuso la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida (Australia), con el emblema de “Política Sana. Estrategias de Acción” en abril de 1988. En esta Conferencia, se desarrollaron las estrategias recogidas en la Carta de Ottawa situando la intensidad de la discusión en el establecimiento de políticas saludables para incidir en la promoción de la salud de los pueblos.

Se insiste especialmente en una salud igual para todos, corrigiendo las desigualdades existentes mediante cambios en la política de los gobiernos centrales, autonómicos y locales y, además, se aporta un matiz de reconocimiento del valor Salud por parte de la comunidad, no sólo como derecho y deber, sino como impulsor de una mejora en los sistemas de producción de la población, con la consiguiente repercusión en su sistema económico.

Hemos de destacar, como hecho importante, que se hizo hincapié en diferenciar, aun estando estrechamente relacionadas, la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud, fortaleciendo el papel que ésta debe jugar a la hora de poner en marcha los programas de salud (y sin olvidar la participación comunitaria), es decir, como instrumento imprescindible en el desarrollo de la salud a través de la capacitación de los ciudadanos.

Como resultado de esta Conferencia, se elaboró un documento denominado “Recomendaciones de Adelaida”, donde se reflejan como acciones políticas urgentes las siguientes (Nájera, 1996):

- Comprometer a las mujeres como principales promotoras de Salud, respaldando sus organizaciones, optimizando su formación y educación y avalando su autonomía en materia de Salud en las actividades relacionadas con la natalidad, el cuidado de los hijos y de los hogares y la asistencia sanitaria.
- Propugnar una política alimentaria que garantice una alimentación equilibrada y ajustada a las necesidades calóricas de cada persona.

- Prohijar acciones tendentes a reducir el consumo de tabaco y alcohol, sobre todo en los jóvenes.
- Promover la participación activa de todos los sectores implicados de la sociedad en conseguir un ambiente saludable en el sentido amplio del término.

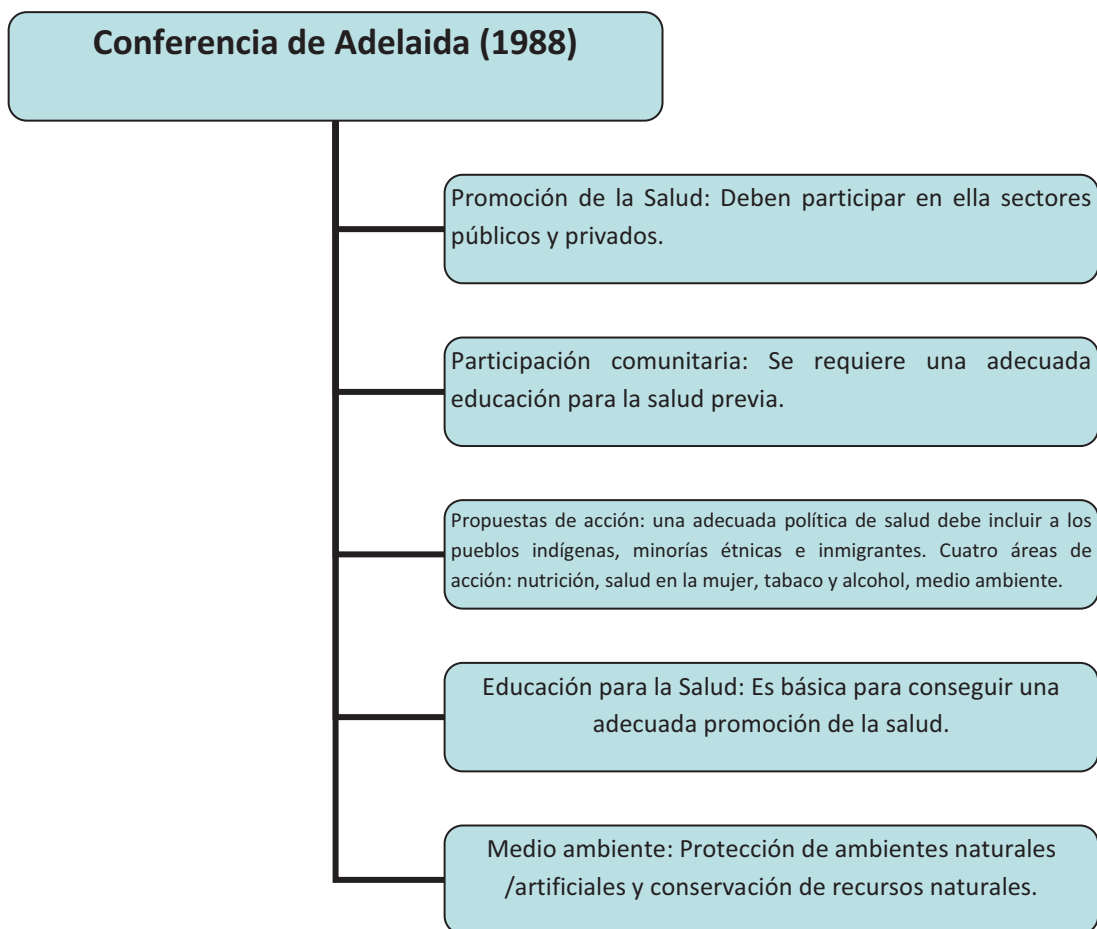


Figura 1.4. Esquema de las aportaciones de Adelaida.
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:14).

Se propone una tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se celebró en Sundsvall (Suecia, 1991), donde se trató principalmente la creación de los medios favorables para la Salud (OMS, 1997).

En el cuadro siguiente pueden apreciarse las aportaciones más significativas de esta conferencia internacional.

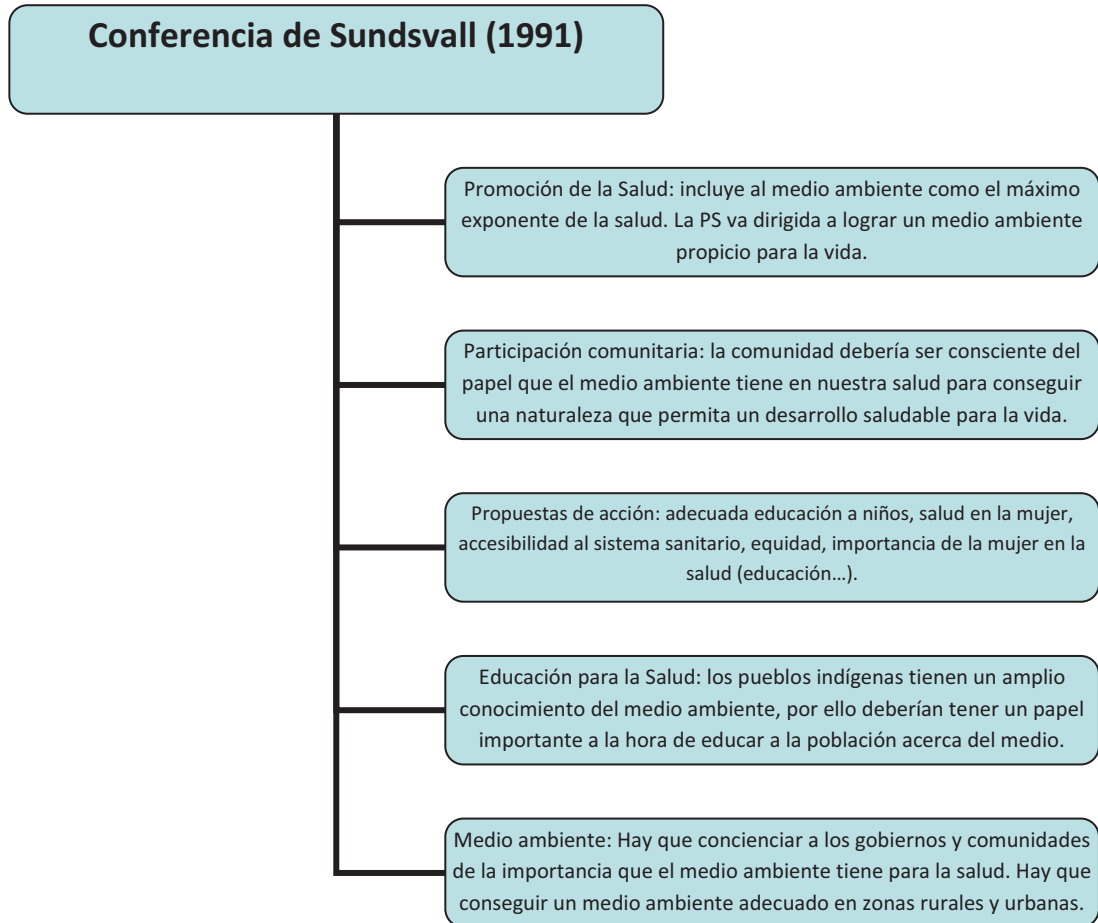


Figura 1.5. Esquema de las aportaciones de Sundsvall.
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:15).

Como otro de los acontecimientos significativos en este campo, se refleja en la “Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI”, declaración que fue adoptada en la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997 en Yakarta, República de Indonesia (OMS, 1997).

Los principios que se reflejan en dicha Declaración son los siguientes:

- La promoción de la Salud es una cuestión capital al ser un derecho fundamental de la persona y un factor indispensable para el desarrollo económico y social. Además se ha de considerar como un elemento esencial

del desarrollo sanitario. La promoción de la salud, de acuerdo con la Declaración, propone una visión de conjunto y la sitúa de cara al siglo XXI, con la intención de utilizar todos los recursos existentes para actuar sobre los determinantes de la Salud en el siglo próximos.

- Los determinantes de la Salud: nuevos desafíos. Las condiciones previas para la instauración de la Salud son la paz, la vivienda, la alimentación, la renta, el ecosistema estable, la utilización adecuada de los recursos, la justicia social, el respeto a los derechos humanos, cuestiones todas reflejadas en anteriores conferencias internacionales de promoción de la salud. Sin embargo, se presta especial atención a la pobreza que, sin duda, supone la amenaza más grave para la salud.
- La Promoción de la Salud como factor de cambio. Las estrategias de la promoción de la salud pueden crear y modificar los estilos de vida, así como las condiciones sociales, económicas y del ambiente que determinan la Salud. La Declaración considera que la Promoción de la Salud es una apuesta concreta para potenciar la igualdad en materia de salud.

Como reflexiones a estas situaciones sociosanitarias, la Declaración estima que se precisan nuevas soluciones, que podrán hacerse realidad en los años venideros y que se concretan en movilizar todo el potencial de la promoción de la salud que existe en numerosos sectores de la sociedad, en las comunidades locales y en el seno de las familias (Flores, García y Rabadán, 2003).

La cooperación entre los poderes públicos, organizaciones gubernamentales o no gubernamentales y entre los sectores públicos y privados es indispensable, y supone la creación de nuevos protagonistas en el cuidado de la Salud.

La Declaración de Yakarta confirma que las estrategias y áreas de acción de la Carta de Ottawa son esenciales para todos los países e identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

a) Promover la responsabilidad social a favor de la salud. Los “decididores” deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. El sector público y privado deberían promocionar la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten dañar la salud a otros individuos,
- Protejan el ambiente y asegure el uso sostenible de los recursos,
- Restrinjan la producción y el comercio de las sustancias y alimentos inherentemente nocivos, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas,
- Salvaguarden al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo,
- Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.

b) Aumentar los recursos para desarrollar la Salud. Esto requiere un enfoque verdaderamente multisectorial, incluyendo recursos adicionales para educación, vivienda, así como para el sector salud. La mayor inversión para la salud, y la reorientación de las inversiones existentes -ambas dentro y entre países-, tienen un potencial significativo para avanzar en el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida. Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, niños, personas mayores, poblaciones indígenas, pobres y marginados.

c) Consolidar y expandir alianzas estratégicas en pro de la salud. La promoción de la salud requiere asociaciones para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gobernación y la sociedad. Las asociaciones ofrecen mutuos beneficios para la salud mediante la compartición de expertos, herramientas y recursos. Cada asociación debe ser transparente y responsable, y estar basada en principios éticos acordados, el entendimiento mutuo y el respeto. Por ello, las asociaciones existentes necesitan fortalecimiento y, a su vez, debe ser explorado el potencial para nuevas asociaciones.

d) *Ampliar las capacidades de la comunidad y empoderar al individuo.* La promoción de la salud es efectuada por y con la gente, no sobre o hacia la gente. Se requiere para ello mejorar la capacidad de los individuos para llevar la acción y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. Hay que tener en cuenta que mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Facultar a los individuos exige más acceso real al proceso de decisión y a las habilidades y el conocimiento esencial para efectuar el cambio. La comunicación tradicional y los nuevos medios de información apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora.

e) *Consolidar una infraestructura necesaria para la Promoción de la Salud.* Para asegurar una infraestructura para la promoción de la salud, se requiere encontrar nuevos mecanismos para consolidarlas local, nacional y globalmente. Deberían desarrollarse incentivos para influir en las acciones de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y sector privado, para asegurar que la movilización de recursos para la promoción de la salud sea maximizada.

Los escenarios para la salud representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los emergentes desafíos de salud significan que nuevas y diversas redes necesitan ser creadas para conseguir la colaboración intersectorial. Tales redes deberían proveer asistencia mutua dentro de y entre países, además de facilitar intercambios de información sobre aquellas estrategias efectivas y lugares donde se desarrollen. La formación y la práctica de las habilidades locales de liderazgo deberían ser fomentadas para apoyar las actividades de promoción de la salud. Asimismo, la documentación de experiencias en promoción de la salud a través de la investigación e informes de proyectos debería ser intensificada para mejorar la planificación, implementación y evaluación. En definitiva, que todos los países deberían desarrollar el medio ambiente político apropiado, legal, educativo, social y económico para apoyar la promoción de la salud. A continuación, y siguiendo el esquema de las anteriores conferencias, reflejamos en la siguiente figura las líneas de acción y propuestas de la Conferencia de Yakarta (1997):

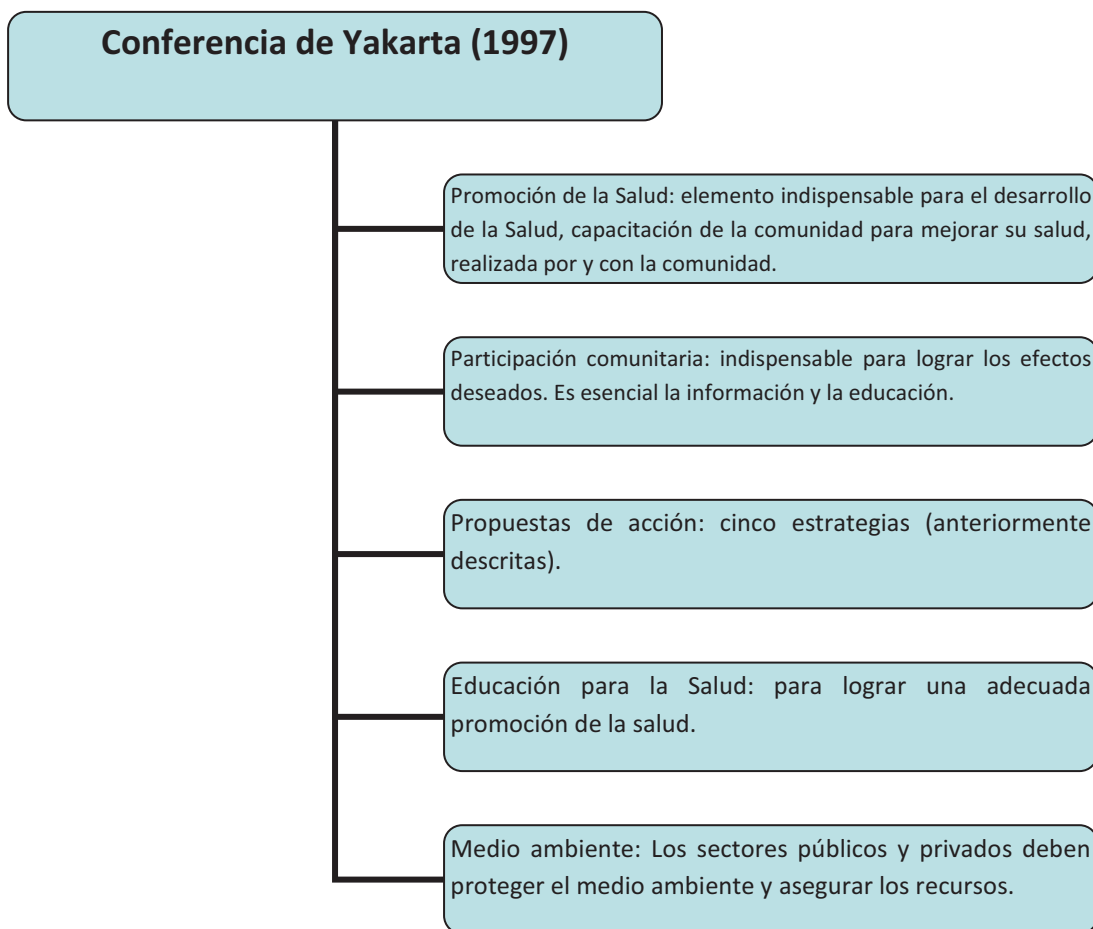


Figura 1.6. Esquema de las aportaciones de Yakarta.
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:16).

Uno de los apartados de la Declaración de Yakarta se refiere a una *Llamada para la Acción*, que se sustenta en una alianza global de promoción de la salud. El objetivo de esta alianza es impulsar las acciones prioritarias para la promoción de la salud expresadas en la Declaración. Las prioridades para la alianza incluyen:

- Tomar conciencia sobre el cambio de los determinantes de la salud.
- Apoyar el desarrollo de colaboración y redes para el desarrollo de la salud.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Acumular conocimientos sobre las mejoras prácticas.
- Hacer posible compartir el aprendizaje.

- Promocionar la solidaridad en la acción.
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en promoción de la salud.

La Conferencia de Ottawa (OMS, 1986), originó el nacimiento de la Promoción de la Salud y juntamente con la Declaración de Yakarta (OMS 1997), han puesto de manifiesto las nuevas estrategias para conseguir determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El documento Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI (OMS, 1998) propuesto por la Región europea a instancias de la OMS, da continuidad a las metas planteadas modificando algunos de ellas, con el fin de garantizar el objetivo común que es la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas desarrollar una vida social y económicamente productiva.

En Mayo de 1998, la OMS en su 51ª Asamblea, aprueba la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI” (OMS, 1998), que en la región europea adopta el nombre de: Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI. Esta estrategia consta de los siguientes elementos principales:

a) El principal objetivo permanente es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.

b) Sus dos metas principales son:

- Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
- Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

Los gobiernos nacionales son llamados a tomar iniciativa, en fomentar y patrocinar redes para la salud, tanto dentro como entre los países. De ahí la necesidad de comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, Agencias de Naciones Unidas, cuerpos inter-regionales, agencias bilaterales, la labor de agencias y cooperativas, así como al sector privado, para avanzar las acciones prioritarias para la promoción de la salud.

En el año 2000 se volvió a celebrar una nueva conferencia Internacional, en este caso en México. Allí se aportaron los siguientes presupuestos: se considera una vez más a la Educación para la Salud como necesaria e imprescindible para que la comunidad participe en el cuidado de su propia salud o autocuidado. Al igual que en la Declaración de Adelaida, vista con anterioridad, se le otorga un papel prioritario en la Educación de la familia a la mujer, como responsable tradicional en el cuidado y educación de los hijos. Asimismo, se insiste en la consideración de una fundamentación científica en la promoción de la Salud y se hace especial hincapié en la participación comunitaria.

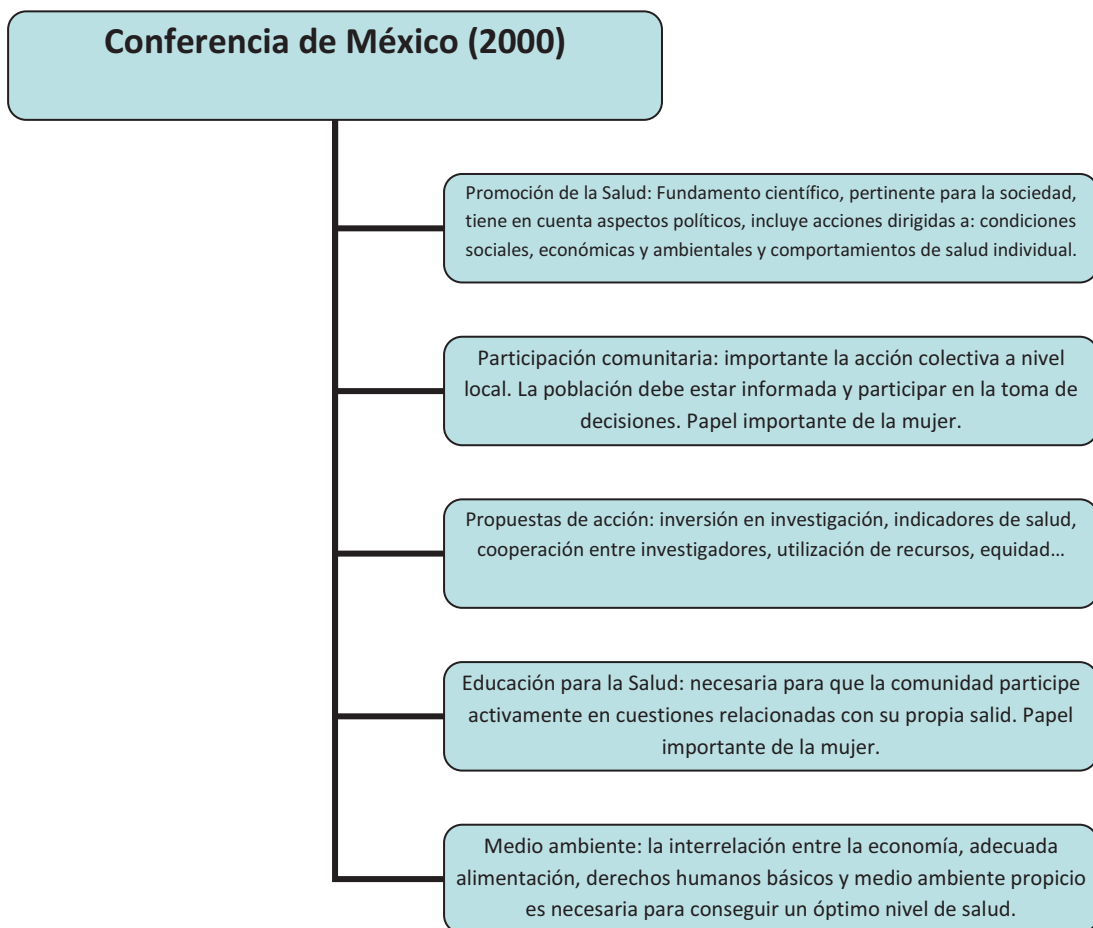


Figura 1.7. Esquema de las aportaciones de México.
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:17).

En el año 2005, se celebró en Bangkok (Tailandia), la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ésta dio como resultado la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

En ella se identifican los nuevos factores críticos y desafíos determinantes para la salud (desigualdades crecientes en los países y entre ellos, nuevas formas de consumo y comunicación, medidas de comercialización, cambios ambientales mundiales, urbanización y cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia adversos) y las nuevas oportunidades que se presentan para mejorar la salud y aumentar la colaboración (los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias).

Asimismo en esta carta se señalan los cuatro compromisos clave a favor de la Salud para Todos (González Alfaya, 2007):

1. Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
2. Lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad esencial de todo gobierno.
3. Lograr que la promoción de la salud sea un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes.
4. Lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

La Carta reafirma los principios fundamentales de la Promoción de la Salud. Este enfoque apunta identificar los factores determinantes de la salud e influir en ellos para que las personas aumenten el control sobre su salud. Un mensaje clave de la nueva Carta de Bangkok es que la promoción eficaz de la salud requiere la participación no sólo del sector salud sino de otros como del desarrollo de derechos humanos, y de seguridad humana, además de las comunidades ambientalistas.

La 7ª y última Conferencia en Promoción de la Salud de la OMS celebrada hasta el momento ha sido la llevada a cabo en Nairobi (Kenia) en el año 2009. En esta conferencia se hace una “llamada a la acción” que identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en Salud y desarrollo a través de la promoción de la Salud. Los cinco mensajes clave que se dan en esta conferencia son:

1. Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo.
2. Situar la promoción de la salud como línea central.
3. Empoderar comunidades e individuos.
4. Ampliar/realzar los procesos participativos.
5. Construir y aplicar el conocimiento.

En la Declaración de Nairobi se describe el valor que la promoción de la salud da a los elementos de desarrollo local, regional, nacional y mundial, y hará una llamada a las agencias de desarrollo, gobiernos nacionales y a la sociedad civil para implementar experiencias exitosas en promoción de la salud. En uno de los documentos expedidos en esta conferencia se menciona que:

“Si no se cierra la brecha de la implementación, no será posible abordar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, la mejora de la salud materna y de la salud infantil, ni tratar las amenazas a la salud, incluyendo la pobreza, la vivienda deficiente, la inseguridad alimentaria, el cambio climático, y la crisis económica” (OMS, 2009).

Como conclusión a estas referencias internacionales sobre la Promoción de la Salud cabe destacar los aspectos siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Todos los países deben comprometerse a poner en marcha un entorno político, jurídico, educativo, económico y social que sea favorable a la promoción de la salud.
- Para aumentar las capacidades de la comunidad al objeto de que puedan elegir libremente, es necesaria una educación integral de los individuos, que les forme en un sentido solidario y participativo para que puedan beneficiarse de todos los recursos del medio.

- El aprendizaje favorece la participación, ya que el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una verdadera participación y responsabilidad de las personas y comunidades en el cuidado y fomento de su salud.
- Las directrices de la OMS deben ser aceptadas para poder conseguir una promoción de la salud eficaz.
- Se tiene que hacer especial hincapié en los grupos más desfavorecidos de la humanidad para conseguir un estado igualitario en salud.

En síntesis, la promoción de la salud se hace efectiva a través de la educación sanitaria individual y colectiva, o dicho en otros términos, la herramienta esencial de la Promoción es la Educación para la Salud. La influencia del medio social sobre la salud exige que se reoriente el enfoque de la Educación para la Salud y se pase de insistir en la modificación del comportamiento individual, como si el individuo fuera el único responsable de su situación a poner el acento en el contexto social en el que vive inmerso el individuo, es decir, en los factores sanitario, políticos, económicos y ambientales que tengan un efecto negativo o neutral sobre el comportamiento (OMS, 1983).

A nivel europeo queremos destacar la *V Conferencia Europea de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud "Hacia una Europa Saludable en el año 2.010"* celebrada del 10 al 13 de Mayo de 2000 en Santander. Una de las contribuciones que allí se presentaron ha sido un estudio de la Escuela Nacional de Sanidad sobre la situación y perspectiva actual de la Educación para la Salud en nuestro país, que recoge que en los últimos años se están observando importantes desarrollos en el campo de la promoción de la salud, tanto en los planteamientos teóricos como en su aplicación como una actividad con personalidad propia en el terreno de la salud pública.

En opinión de los expertos que trabajan en esta área, entre los logros más significativos destaca la contribución de la promoción de la salud para entender la salud desde un punto de vista global e integral, sensibilizar las políticas sanitarias para tener en cuenta otros aspectos y sectores en la salud, ampliando su campo de acción.

Sin embargo, aún existen dificultades, tales como la confusión terminológica, la falta de metodología y la escasez de evaluaciones, contribuyendo todo ello a la falta de credibilidad en la intervención. Los expertos opinan, además, que existe una escasa inversión en recursos humanos y económicos para desarrollar las actividades de promoción y educación para la salud.

A la vista de lo anterior, la Participación Comunitaria y el Desarrollo Comunitario devienen de la unión entre la organización comunitaria y el desarrollo económico, al potenciarse la acción y el uso de recursos locales con la planificación económica a nivel nacional. Ambos conceptos se integran dentro de un "*movimiento de salud comunitaria*" que se centra en la promoción de la salud, considerada desde una perspectiva positiva.

El sector salud se ha mostrado progresivamente interesado en el desarrollo comunitario desde el momento en que se toma conciencia de que las causas de las enfermedades están estrechamente ligadas, en la mayoría de los casos, a la propia comunidad y a sus condiciones particulares (falta de recursos económicos, malnutrición...). Los problemas sanitarios, las enfermedades, han cambiado durante el siglo XX, en los que la prevención y la promoción de salud se presentan como elementos básicos. De ahí la necesidad de una participación eficaz, tanto a nivel individual como colectiva. De este modo, la salud se ha convertido en un asunto profundamente político, donde la participación comunitaria puede ser tomada como su elemento más visible Turabian (1992).

De todas formas, si bien los ciudadanos o pacientes deberían ser los máximos protagonistas, lo cierto es que hasta ahora, generalmente, ha sido la Administración (u otros estamentos) los que han decidido qué era lo mejor y lo más deseable para la población, siguiendo unos criterios en los que no solía aparecer la opinión de aquellos. La participación ciudadana, por tanto, ha sido y es aún muy escasa. Y una de las maneras de potenciarla es a través de la Educación para la Salud.

En definitiva, la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud han demostrado ser las herramientas fundamentales para modificar los estilos de vida de las personas y el medio ambiente hacia un equilibrio saludable.

1.3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL

La Educación para la Salud entendida como parte de la Promoción de la Salud, es un segmento importante de la educación en general y un medio de promover la salud. Es por eso que el sistema educativo se va consolidando como uno de los lugares más adecuados para aplicar programas de Educación para la Salud junto al ámbito comunitario.

Como comentan Sarlet, García y Belando (1996: 99-100) informar para formar en hábitos de comportamientos sanos, es el reto de una Educación para la Salud, eje que atraviesa la educación toda y al hombre mismo desde:

“...la Eugenesia a los cada día más desarrollados cuidados paliativos. Entremedias de la procreación y la muerte, el nacimiento, la crianza, la nutrición, el consumo, las adicciones, el ocio o tiempo libre, el descanso y sueño, el trabajo y la higiene, la economía, los conflictos y la guerra, la sexualidad y el amor,... y otros quehaceres, hacen de la Educación para la salud una manera de vivir, una cosmovisión o humanismo cada día más dibujado en torno a la Salud”.

La necesidad que la Educación para la Salud esté presente en los currícula escolares se hizo patente a partir de la LOGSE. La Política Educativa que aparece reflejada en la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (1990) subrayaba la importancia de darle un tratamiento de transversal curricular, constituyendo así una llamada de atención para los/as educadores/as en cuanto a nuevos planteamientos curriculares en materia de salud y posibilitando a su vez la adecuación del sistema educativo a las necesidades que una sociedad moderna tiene de generar salud. Las posteriores leyes educativas que la sucedieron LOPEG (1995), LOCE (2002) y LOE (2006) redundan de forma implícita o explícita en la idea de mantener esta necesidad educativa.

Siendo conscientes de que el sistema educativo en su conjunto no constituye la comunidad, pero forma parte de ella y es en él donde se van a generar, en gran parte, los hábitos y actitudes con los que el alumnado va a vivir su vida posterior vida como adultos. Es importante, por tanto, que el proceso socializador se dé en unas coordenadas que faciliten la aparición de todas aquellas habilidades que ayuden al sujeto a vivir en plenitud, fomentando el desarrollo de hábitos saludables que contribuyan a su desarrollo personal y social, en definitiva a su desarrollo integral.

La educación para la Salud se debe concretar en la escuela a nivel de objetivos, contenidos, actividades, metodología y evaluación. En definitiva, debe plantearse formalmente dentro del estatus que aporta el proyecto educativo de los centros. La Educación para la Salud entendida como promoción de la salud es una parte importante de la educación en general y un medio de promover la salud.

En nuestro país, en cuanto a la enseñanza de la Educación para la Salud de los/as maestros/as y profesorado de secundaria, parte de la aprobación de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo LOGSE en el año 1990. Desde este momento se empieza avanzar en la implantación de esta asignatura en el currículum de la Diplomatura de Magisterio, y en la Licenciatura en Ciencias de la Educación, hoy día lo que serían los diferentes Grados en Educación y Pedagogía, constituida la materia en la mayoría de los casos como optativa.

La educación para la salud se incluye en el currículum escolar como materia transversal, esto es, como una enseñanza que no pertenece a un área en concreto del desarrollo curricular, sino que debe estar presente a través de las diferentes áreas.

A través de las diferentes normativas autonómicas de desarrollo de los currículos de las etapas de educación infantil, primaria, secundaria, Bachillerato, educación de Personas Adultas se fundamenta la necesidad de la EpS.

En la educación secundaria y el bachillerato, la transversalidad aparece reflejada en sentido holístico, haciendo hincapié en la necesidad de implantar una educación en valores y actitudes, atendiendo al principio de integración de la LOGSE, pero sin delimitar concretamente qué capacidades de los diferentes temas transversales, y en especial el de Educación para la Salud, deben adquirir los estudiantes al finalizar esta etapa educativa.

Después de la LOGSE y de algunos intentos de nuevas leyes educativas no aprobadas, aparece una nueva ley educativa, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE, 2006). Esta ley conserva parte de la LOGSE (1990), algunos extremos de la Ley de Calidad. La comunidad educativa comenzó a debatirla en septiembre de 2004. El texto deroga las anteriores leyes educativas, menos la LODE, de 1985, y entró en vigor el mes de septiembre de 2006. La ley se asienta en tres principios fundamentales:

- Proporcionar una educación de calidad a todos los ciudadanos de ambos sexos, en todos los niveles del sistema educativo.

- El esfuerzo compartido. Todos los componentes de la comunidad deben contribuir a conseguir este objetivo.

- Compromiso decidido con los objetivos educativos planteados por la Unión Europea para los próximos años:

- Mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de educación y formación: capacitación docente, acceso a las TIC, estudios científicos, etc.
- Facilitar el acceso generalizado a los sistemas de educación y formación: aprendizaje abierto, promocionar la ciudadanía activa, igualdad de oportunidades, la cohesión social, etc.
- Abrir los sistemas al mundo exterior: reforzar lazos con vida laboral, con la investigación y con la sociedad, desarrollar el espíritu emprendedor, los idiomas, los intercambios, la cooperación, etc.

Para desarrollar estos principios es necesario actuar en las siguientes direcciones:

1. Concebir la formación como un proceso permanente que se desarrolla a lo largo de la vida.

2. Flexibilidad del Sistema: que conlleva aparejada la concesión de un espacio propio de autonomía a los centros docentes, para adaptarse a la diversidad de sus alumnos. La autonomía lleva aparejada la evaluación y la rendición de cuentas por parte de los centros.

3. La actividad de los centros recae en el profesorado. Es necesario revisar su formación inicial para adecuarlo al entorno europeo. Se requiere el compromiso de las Administraciones para favorecer el desarrollo profesional vinculado a la valoración de su práctica y su reconocimiento social.

4. Simplificación y clarificación de las normas educativas, en un marco de respeto al reparto de las competencias.

5. Cooperación territorial y entre administraciones, para desarrollar proyectos y programas de interés general, para compartir información y aprender de las mejores prácticas.

En base a estos principios, presenta también sus Fines de la educación, que son:

- Pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas.
- Formación en el respeto a los derechos y libertades fundamentales.
- Igualdad afectiva de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual.
- Valoración crítica de las desigualdades.
- Ejercicio de la tolerancia, convivencia democrática, resolución pacífica de los conflictos.

La LOE establece en todos los niveles de la enseñanza obligatoria, objetivos tendentes a desarrollar las capacidades afectivas y psicosociales del alumnado, a que se valoren y respeten los aspectos de género y la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, a afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente.

Además en todas las etapas de la LOE se abordan aspectos importantes para la Educación para la Salud en las áreas de: Conocimiento del medio, Ciencias de la naturaleza, Educación física y Educación para la ciudadanía. La escuela tiene, pues, la responsabilidad de integrar la EpS en sus proyectos, y esto significa sobre todo promocionar el valor de la salud entre todos los grupos que integran la comunidad escolar, a lo largo de todo el periodo de formación, de modo que se faciliten comportamientos saludables, y se promueva la capacidad de decisión y elección personal de estilos de vida saludables desde la autonomía y el asentamiento de actitudes positivas duraderas para el cuidado de la salud.

La LOE (2006), al basarse en la LOGSE (1990), mantiene, en líneas generales, la misma estructura del Sistema Educativo aunque con algunas modificaciones. Respecto a los temas transversales, la LOE hace una lectura fugaz de la transversalidad. Por ello pensamos que la complejidad y evolución didáctica que supuso la LOGSE en estos temas deben mantenerse.

Pero a pesar de las normativas reguladoras, una propuesta de Educación para la Salud desarrollada en los centros educativos a partir de los planteamientos y presupuestos que hemos venido exponiendo no está libre de problemas, especialmente en el paso de la educación para la salud de los programas oficiales a su puesta en práctica (Castillo Lemee, 1993).

El primero de esos problemas es la *actitud de los enseñantes*. En general, son pocos los que se muestran interesados en abordar la EpS, y esto ocurre por múltiples razones: consideran que ella no es de su incumbencia y no se sienten preparados para abordarla, estiman que educar requiere un mayor esfuerzo no remunerado, no les interesa entrar en contacto con los profesionales de la salud porque constituyen un personal extraño a la escuela que viene a inmiscuirse en su quehacer pedagógico sin tener la preparación adecuada, no quieren cambiar, se consideran sobrecargados, y tienen, a menudo, muchos otros problemas de orden personal o familiar que concentran su atención u ocupan totalmente su escaso tiempo disponible.

Es verdad que los enseñantes, en general, no están preparados para educar para la salud. Por ello, es absolutamente necesario que las escuelas formadoras del personal docente incorporen en sus currícula objetivos, contenidos y actividades destinados a hacer de cada maestro o profesor un educador para la salud. Esto requiere revisar los programas de formación y disponer de profesores cualificados en esa disciplina. Los futuros egresados de los institutos de formación pedagógica tendrían así, se supone, una concepción más amplia de su rol y considerarían que educar para la salud forma parte normal de sus funciones. Pero además, quedaría la ardua tarea de reciclar a los miles de enseñantes actualmente en funciones. Sabemos que desde los Centros de Profesores y Recursos se ofertan cursos relacionados con la Educación y Promoción de la Salud, así como de temas vinculados como drogodependencias o sexualidad, pero son pocos los

docentes en activo que se suelen interesar estos cursos de capacitación en EpS, a menos que en ello encuentren algún incentivo suplementario como ganar puntos para el currículum vitae y obtener alguna promoción. Ello no garantiza que, una vez alcanzado ese objetivo, se lancen efectivamente a educar para la salud. Para Castillo Lemee (1998) en la práctica los docentes prefieren capacitarse en otras materias como informática, didáctica de alguna de las disciplinas clásicas u otras técnicas modernas de comunicación. Además la formación que se ofrezca, no puede ser abordada solamente en forma de cursillos teóricos, sino más bien como experiencias prácticas orientadas y llevadas a cabo dentro del marco de su propio trabajo cotidiano. Se podrían organizar por ejemplo, talleres dirigidos por especialistas en EpS, en los que podrían participar no sólo todo el personal de una escuela, sino también profesionales de la salud, representantes de las AMPAS, otros miembros de la comunidad y representantes de los propios estudiantes.

Pensamos que de todos modos hay que seguir intentando sensibilizar a los enseñantes a través de diversas estrategias, porque a pesar de la escasez de resultados, aquí o allá se logra interesar algún maestro o maestra excepcionalmente predispuesto que descubre en la EpS un campo rico de satisfacciones profesionales a la vez que una visión nueva y regocijante de su función social. *“Esos maestros constituyen los pilares de lo que será en el futuro un verdadero movimiento pedagógico de una auténtica educación para la vida”* (Castillo Lemee, 1998:49).

Otro de los problemas que dificultan la implantación de la EpS en las instituciones educativas es la falta de coordinación con los servicios de salud. Mientras los enseñantes no posean una base de conocimientos en salud que les permita sentirse seguros necesitarán apoyarse en profesionales sanitarios. Por ello, estos profesionales constituyen un recurso del cual la escuela puede echar mano en su tarea de formar individuos capaces de proteger, conservar y mejorar la salud. Pero esta relación no puede ser algo puntual, en el que un profesional sanitario tenga la ocasión de exponer frente a una clase un tema de salud que él considera importante. Ya que de más está decir que esa experiencia no sirve de mucho en cuanto a educar a los niños para la salud. No es eso a lo que debemos llegar: la educación para la salud en la escuela debe ser una experiencia de vida en la que los niños, docentes, familias y de alguna manera, la comunidad entera esté comprometida.

Hay, pues, toda una tarea a realizar por delante para lograr que la comunidad se asocie y participe con la escuela en un plan común educativo. Aquí, como en todo trabajo social, lo fundamental es la calidad de las relaciones que se establecen entre el cuerpo de enseñantes y los miembros de la comunidad y sus líderes. Tiene que nacer una confianza mutua, una cierta complicidad al calor del trabajo en común. Y los miembros de la comunidad participantes deben ganar un cierto protagonismo, un reconocimiento social por su colaboración que la escuela puede facilitarles.

Para empezar se pueden organizar una o dos unidades de enseñanza-aprendizaje globalizadas en torno a un tema de salud, que podríamos denominar la “semana de la salud” y la “semana del medio ambiente”, a realizar cada año. Estas constituirían ocasiones suficientes para ir, poco a poco, acostumbrando a la comunidad a participar en la educación para la salud de los estudiantes. Estas actividades, limitadas en el tiempo, deben evidentemente, ser complementadas por otras acciones rutinarias inscritas en el programa de cada centro escolar.

Como comenta Castillo Lemee (1998:56): *“Quizás sea utópico pedirle a la escuela que nos enseñe a ser felices. Pero pidámosle, al menos que nos deje imaginar. Es la única capacidad exclusivamente humana con que nos ha dotado la evolución y en ella reside toda posibilidad de libertad”*.

1.3.1. LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

El desarrollo de la Educación para la Salud en el marco educativo viene avalado por diversas instituciones de reconocido prestigio, como la OMS, la UNESCO, UNICEF, el Consejo de Europa y la Comisión Europea, así como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Todas estas instituciones consideran que se trata del modo más efectivo para promover la adopción —a largo plazo— de estilos de vida saludables y el único camino para que la educación para la salud llegue a los grupos de población más joven (infancia, adolescencia y temprana juventud), independientemente de factores como clase social, género, o el nivel educativo alcanzado por padres y madres.

La importancia de la escuela como medio para la promoción de la salud hizo posible la creación de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, integrada por la Oficina regional europea de la OMS, La Comisión de la Unión Europea y el Consejo de Europa. La colaboración entre los tres organismos que la integran se centra fundamentalmente en:

- Evitar la duplicidad de acciones.
- Aportar un marco coherente para la innovación.
- Difundir ejemplos de prácticas adecuadas.
- Repartir equitativamente, entre las escuelas, a escala europea, los recursos de promoción de la salud.

Este tipo de escuela se define como *“una comunidad humana que se preocupa por la salud de todos sus miembros: alumnado, profesorado y personal no docente así como todas aquellas personas que se relacionan con la comunidad escolar”* (Young, 1995) y no sólo como sistemas eficientes en producir educación. Por otro lado, para la OMS (1997) *“Una escuela promotora de salud se define como aquella que fortalece constantemente las características que la convierten en un entorno sano para vivir, aprender y trabajar.”*

El origen de esta red se sitúa en los trabajos realizados en los años ochenta del siglo pasado dentro del Proyecto Piloto sobre EpS que tuvieron su continuidad en las recomendaciones en la Conferencia sobre “Promoción de la Educación para la Salud”, celebrada en Estrasburgo en septiembre de 1990. Tales propuestas y orientaciones se sitúan tanto en la línea de prioridades establecidas por la OMS en el ámbito de la promoción de la salud, como en la de las conclusiones de la Conferencia de Dublín sobre “Prevención y Educación para la Salud en las escuelas” auspiciada por la CEE (1990). De acuerdo con su organigrama, en cada país existe un coordinador de la red (que en España, miembro de la red desde marzo de 1993, se ubica en el CIDE).

La Red de Escuelas Promotoras de salud, parte de los siguientes criterios básicos (Aranda, 1997):

1. Promover activamente la autoestima de cada estudiante comprobando que ello influye positivamente en la vida del centro educativo.

2. Favorecer buenas relaciones entre el personal docente y el alumnado, y entre los alumnos/as entre sí, en la vida cotidiana escolar.
3. Facilitar la información y los canales de participación para que el alumnado y profesorado entienden claramente el Proyecto Educativo y los objetivos sociales de la escuela.
4. Promover un amplio abanico de actividades que supongan retos estimulantes para todo el alumnado.
5. Aprovechar toda ocasión de mejorar el entorno físico que conforma el centro escolar.
6. Fomentar lazos sólidos entre el centro, el medio escolar y la comunidad.
7. Establecer relaciones de colaboración entre las escuelas primarias y secundarias asociadas para elaborar programas coherentes de Educación para la Salud.
8. Promover activamente la salud y el bienestar del alumnado y de todo el personal docente y no docente que trabaja y colabora en el centro.
9. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en EpS.
10. Resaltar el papel complementario de la alimentación escolar dentro del programa de EpS.
11. Utilizar las posibilidades que ofrecen los servicios de la comunidad como apoyo al programa de EpS.
12. Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de EpS, más allá del simple diagnóstico sistemático.

Sobre esas bases, que dan coherencia a un proyecto global de promoción de la Salud, se intenta desarrollar una actuación coordinada de los sistemas educativo y sanitario, a la vez que garantizar el trasvase de información y de experiencias entre los componentes de la red para lograr un esfuerzo en la dinamización de la EpS.

Simultáneamente, la acción educativa para la salud en el marco escolar debería suponer la aparición de un polo de referencia para la comunidad, mediante la intermediación de las familias del alumnado (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Respecto a las escuelas promotoras de salud nos encontramos con que deben reunir una serie de características para poder definir las como tales. Castillo Lemee señala las siguientes (1998:43):

- a) La escuela promotora de salud considera a la EpS a través de todos los aspectos de la vida escolar y sus relaciones con la comunidad y no sólo en las actividades en el aula.
- b) Se basa en un modelo integral de salud que incluye las interacciones entre los aspectos físico, mental, social y el medio ambiente.
- c) Se centra en la participación activa de los alumnos a través de una amplia variedad de métodos que contribuyen a desarrollar habilidades.
- d) Reconoce que la salud de los alumnos está sometida a múltiples influencias y toma en cuenta creencias, valores y actitudes preexistentes.
- e) Reconoce que existen habilidades y procesos que constituyen la base de todo mejoramiento de la salud y los incluye como objetivos del currículum escolar.
- f) Tiende a desarrollar en el alumno una imagen positiva de sí mismo, y a aumentar su capacidad de autocontrol, como elementos básicos de la promoción de una buena salud.
- g) Reconoce la importancia del medio ambiente físico y sus efectos fisiológicos y efectivos sobre los alumnos y el personal escolar.
- h) Ve la promoción de la salud en la escuela relacionada con el bienestar del propio personal escolar y reconoce el rol de ejemplo que éste juega frente al niño.
- i) Considera a los padres de los alumnos como un apoyo indispensable para la escuela en la promoción de la salud.

- j) Compromete a los servicios médicos escolares a participar en el programa educativo y a ayudar a los alumnos a utilizar mejor los recursos que ellos pueden ofrecer.

En definitiva, la escuela promotora de salud se abre a la comunidad, se integra a sus procesos y utiliza los recursos que aquella pueda ofrecerle asociándola a sus programas.

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud tiene como finalidad facilitar a la comunidad educativa, la adopción de formas de vida saludables en un ambiente favorable a la salud, conviniendo que una escuela promotora de salud es aquella que responde a los siguientes objetivos:

- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones a la vez realistas y atractivas, en materia de salud.

- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.

- Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tengan en cuenta: las condiciones del edificio escolar, de los espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares, los aspectos de seguridad de los accesos, etc.

- Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.

- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico, y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo en todo el alumnado.

- Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno.

- Integrar la EpS en el Proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.

- Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y para que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno.

- Identificar y utilizar los recursos existentes en la colectividad para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.

- Ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

Dichos objetivos responden a una concepción precisa de la función educativa, que remite a que la institución escolar tiene que apoyar a sus alumnos para que, partiendo de una opinión formada y crítica, puedan tomar sus propias decisiones de manera consciente y responsable, a la vez que adquieren los recursos conceptuales, de procedimiento y las habilidades que les permitan actuar con autonomía en la resolución de los problemas que les afectan en el campo de la salud.

Por tanto, la adquisición de habilidades, autodeterminación y acción orientada a la comunidad son conceptos comunes a la promoción de la salud y a la educación cuando son interpretados como un sostén para ser socialmente crítico, reflexivo y cuestionador en el marco de una cultura educativa transformadora. Tal orientación anima a muchos actores, en una escuela inserta en su comunidad, a compartir sus puntos de vista y sus experiencias y a jugar su papel en el desarrollo del conocimiento sobre su realidad y sobre cómo modificarla en la dirección de aumentar su calidad de vida. De este modo, el desarrollo del concepto *Escuela promotora de salud* se ha convertido en un principio fundamental en la orientación de los movimientos de Educación para la Salud (Williams y Jones, 1993).

1.3.2. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

El papel que juega la Educación para la Salud en nuestro país, y más ampliamente en el entorno europeo, está sujeto, según García Martínez (1998), a múltiples debates. Es verdad que la EpS puede considerarse, en primer lugar, como un cuerpo de conocimientos híbrido (¿qué disciplina científica no lo es?) y en fase de consolidación y, en segundo lugar, como un modo de enfocar y contribuir a la salud que, de acuerdo con sus presupuestos preventivos y promocionales, se enfrenta a una concepción consolidada de la salud basada en la atención a la enfermedad y en la confianza en la reparación de sus efectos. Una concepción que, más allá de su apreciación filosófica de la salud, comprende para García Martínez (1998:5):

“Una amplia trama de intereses profesionales (médicos y ATS, paramédicos,...), industriales (industrias farmacéuticas), formativos (facultades universitarias, administraciones, etc.) y de investigación que no parecer estar muy interesada en que el “negocio” de la salud se pierda o deteriore bajo los efectos de una toma a su cargo del establecimiento de mejores condiciones de salud y vida, por parte de las personas individuales y de los grupos sociales”.

El tímido y sólo reciente reconocimiento universitario de la disciplina, con la excepción quizá del título de Pedagogía, donde se constituyó como disciplina con carácter obligatorio (en un par de universidades españolas) y optativo, podemos considerarlo como una consecuencia de esta situación. Sea como fuere, la mayor parte de las teorías que convergen en la EpS apuntan a una acción educativa para la salud que debe integrarse en los diferentes niveles de la sociedad. Así, la EpS consideramos que debe ser enseñada en la escuela y adquirir una dimensión universitaria que permita el progreso del conocimiento y, simultáneamente, ser asumida por todos los agentes sociales que intervienen en el campo de la salud. En particular, el imperativo de su articulación educativa en las escuelas, ya sea como disciplina ya como eje transversal, supone que la función de los docentes incluya la Educación para la Salud como un eje importante de su formación. Ya señalaba el profesor García Martínez (2000), que desde sus inicios la EpS ha aparecido como una disciplina joven, dinámica y con una fuerte incidencia social. Sin embargo, la EpS en contraste con otras disciplinas, no aparece completamente incardinada en los modos de actuar de las sociedades avanzadas.

Por otro lado, La ausencia de reconocimiento universitario y su tardía implantación curricular ha tenido bastante que ver con su subdesarrollo en materia de investigación. Del mismo modo, la anarquía metodológica del sector y las dificultades estructurales que conlleva su evaluación han alimentado el difícil respecto de la pertinencia y a la legitimidad de la Educación para la Salud. Lo que, a su vez, explicaría parcialmente no sólo su debilidad sino también los escasos recursos que se han destinado a un sector de la salud que, a pesar de sus carencias actuales, aparece como estratégico en la consecución del bienestar social e individual.

Como ya hemos visto anteriormente, la Educación para la Salud aparece como temática transversal y depende del ideario y disposición de los centros para incluirlo en sus proyectos de centro. Pero qué ocurre con la formación que reciben esos agentes educativos, maestras y maestros, profesorado, educadoras y educadores,... en las Universidades o en la formación continua que van recibiendo a lo largo de sus años como docentes.

Es un tema que nos preocupa porque entendemos que si no se ha plantado la semilla del valor como conocimiento, procedimientos y actitudes es difícilmente comprensible que vaya a ser un tema que preocupe o que tengan presente esos docentes. Y por ello, nos planteamos investigar el estado de la Educación para la Salud en los planes de estudio del ámbito de las Ciencias Sociales de todas las universidades españolas durante el curso 2008/2009.

La panorámica con la que nos encontramos es la siguiente: del total de 73 universidades ubicadas en el territorio español, de ellas 50 públicas y 23 privadas, encontramos que la Educación para la Salud como asignatura aparece en 25 de esas universidades, y suele presentarse como materia de carácter optativa en la mayoría de los casos y con una carga docente de entre 4.5 y 6 créditos.

Sólo en dos universidades nos encontramos la materia de Educación para la Salud como asignatura obligatoria ya sea en los Planes de Estudio conducentes a la Licenciatura de Pedagogía/Psicopedagogía o la Diplomatura de Educación Social. Por cierto, coincide con universidades donde hay Profesorado Titular de Educación para la Salud.

En la tabla que presentamos adjunta se puede observar la distribución por Comunidades Autónomas y Universidades.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Nombre de la Asignatura	Carácter	Nº de Créditos
ANDALUCIA			
Universidad de Almería	Educación para la Salud y el Consumo	Optativa	6
Universidad de Córdoba	Educación para la Salud	Optativa	4.5
Universidad de Granada	Educación para la Salud y el Consumo	Optativa	6
Universidad de Huelva	Educación para la Salud y el Consumo en la Educación	Optativa	4.5
Universidad de Jaén	Educación para la Salud y del Consumidor. Implicaciones didácticas	Optativa	--
Universidad Pablo de Olavide	Educación para la Salud	Optativa	4.5
ARAGON			
Universidad de Zaragoza	Educación para la Salud	Optativa	4.5
CANTABRIA			
	--	--	--
CASTILLA LA MANCHA			
	--	--	--
CASTILLA Y LEÓN			
Universidad de Burgos	Educación para la Salud	Optativa	4.5
Universidad de Salamanca	Educación para la Salud	Optativa	4.5
Universidad Pontificia de Salamanca	Educación para la Salud	Optativa	4.5
CATALUÑA			
Universidad de Barcelona	Educació per a la Salut	Obligatoria	6
Universidad Autónoma de Barcelona	Educació Ambiental i per a la Salut	Optativa	6
Universidad Rovira y Virgili	Educació per a la Salut	Optativa	4.5
Universidad de Vic	Educació per a la Salut i Interv. Drogodependencia	Optativa	6
MADRID			
Universidad Complutense de Madrid	Educación para la Salud	Optativa	4.5
Universidad Autónoma de Madrid	Educación Ambiental y para la Salud	Optativa	--
Universidad Nacional de Educación a Distancia	Educación para la Salud	Optativa	4.5

NAVARRA			
	--	--	--
COMUNIDAD VALENCIANA			
Universidad de Jaume I	Salud Escolar	Optativa	4.5
Universidad de Valencia	Pedagogía de la Salud	Optativa	--
	Educación para la Salud	Optativa	--
EXTREMADURA			
Universidad de Extremadura	Educación para la Salud	Optativa	4.5
GALICIA			
Universidad de Vigo	Educación para la Salud	Optativa	6
RIOJA			
Universidad de la Rioja	Educación para la salud y el Consumo	Optativa	4.5
PAIS VASCO			
Universidad del País Vasco	Educación para la Salud en el marco comunitario	Optativa	4.5
ASTURIAS			
	--	--	--
MURCIA			
Universidad de Murcia	Educación para la salud. Fundamentos pedagógicos	Obligatoria	6
	Educación para la salud y su enseñanza	Optativa	4.5
ISLAS CANARIAS			
Las Palmas de Gran Canaria	Educación para la Salud	Optativa	6
	Promoción de la Salud en el medio escolar	Optativa	4.5
ISLAS BALEARES			
	--	--	--

Tabla 1.1. Situación de asignaturas relacionadas con la Promoción y Educación para la Salud en las Universidades Españolas. Curso 2008-2009. Elaboración Propia.

1.4. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULUM EDUCATIVO

Todos los agentes educativos sabemos que educar es algo más que informar, que la educación implica no sólo que el educando adquiera conocimientos nuevos, sino que consiste, además, en modificar sus actitudes y valores, y sobre todo, cambiar sus conductas. Eso no impide que, en la práctica, se siga confundiendo información con Educación para la Salud, es decir, con un simple trasvase de conocimientos del cerebro de los técnicos al de los mortales comunes (García Martínez, 1998).

Más allá de esto, hay un problema en el que hecho de que muchos de los que desean educar para la salud no se den cuenta de que educar consiste en poner en marcha un proceso complicado que requiere conocimientos y habilidades especiales. Educar a alguien es fácil y difícil a la vez, porque la gente aprende de todas maneras, a pesar de todo, pero no siempre lo que uno quiere que aprenda. Por otra parte, hay lugar a preguntarse con qué derecho podemos pretender que los demás sean o se comporten como uno quiere. Existen límites poco claros entre el terreno en el que pueden haber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el bien común y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, porque la moral cambia, porque cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad.

García Martínez (1998) opina que quizás sea bueno aceptar que la libertad humana no existe, al menos desde un punto de vista estrictamente material, *“puesto que estamos determinados biológicamente por leyes que regulan toda la biosfera”*. Claro que existen otro tipo de determinismos: sociales, culturales, económicos, políticos, etc., los cuales no son fáciles de erradicar y coartan la existencia de cada persona. Pero, en todo caso, cada individuo debe conocerlos, identificarlos, comprender sus mecanismos de acción y sus orígenes.

Muchos de los problemas de salud resultan de nuestra ignorancia de la biología y sus leyes. Otros, de la falta de comprensión de los mecanismos a través de los cuales la sociedad nos aplasta y nos aliena. En otras palabras, la educación para la salud no debería ser normativa: *“Haz esto, no hagas aquello”*.

Tampoco debería culpabilizar al educando: “Ahí está el peligro; si caes, es tu culpa”. De ello se desprende que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios. Lo que implica que uno de los objetivos de la acción socioeducativa, tanto en el campo de la salud como en otros terrenos, es precisamente el de capacitar a la población destinataria para hacer frente a la resolución de sus problemas mediante la utilización de todos los recursos a su alcance para lograrlo.

La educación para la Salud en la escuela debería ser un trabajo emprendido en común por profesoras y educadores, estudiantes, madres y tutores de familia, técnicos/as de la salud y comunidad, destinado a asegurar la supervivencia de todos y cada uno y a mejorar la calidad de la existencia. Debería ayudar a cada individuo a desenvolverse con éxito en la intrincada red de relaciones que está obligada a establecer entre los medios: físico, biológico y psico-social.

La educación para la Salud en todo caso, creemos que debería ser liberadora en el sentido de crear conciencia de la realidad en que se vive, de sus riesgos, imposiciones y límites así como de los recursos, las ventajas y las posibilidades; la educación para la salud debería ser pragmática y hacer del saber científico una herramienta que permita a cada uno vivir mejor. *“Pero, sobre todo, la educación para la Salud debería contribuir a desarrollar el amor y el respeto por la vida en todas sus formas, la solidaridad humana y la confianza en sí mismo”* (García Martínez, 1998).

Asistimos, pues, en el campo de la Educación para la Salud a la emergencia de nuevas modalidades de intervención que tienen a considerar al sujeto en su globalidad. Si la acción preventiva tendía, bajo el influjo de una orientación fundamentalmente individualista, a mejorar la forma de asumir riesgos particulares (tabaco, alcohol, drogas, Sida,...), difundiendo información y llamadas a la responsabilidad, hoy se empieza a tomar una prudencial distancia respecto de ese modelo, entre otras cosas porque ha sobreestimado la dimensión racional de los sujetos destinatarios y la relación causal existente entre las informaciones racionales y la adopción de los comportamientos esperados.

Consecuentemente, en lugar de focalizar sobre un riesgo en concreto y la forma de protegerse de él, la nueva perspectiva se propone contribuir educativamente a dotar a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios que son necesarios para afrontar tales situaciones a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen. De este modo, la información cuenta menos que la posibilidad de disponer de lugares de intercambio o de dispositivos que permitan mantener o reconstruir los lazos sociales para acrecentar el dominio de las personas sobre su propia existencia y sus capacidades de gestión de los problemas a los que tienen que enfrentarse. Ello supone que las “prácticas de riesgo” han de pasar a un segundo plano, y que deben valorarse las capacidades individuales de reacción ante los problemas, esto es, la actualización de los recursos intelectuales, morales y afectivos que contribuyen a un desarrollo autónomo que les faculte para enfrentarse a sus realidades vitales individuales y colectivas.

De esta forma, La Educación para la Salud puede figurar en el currículum escolar de muchas maneras. En ciertas escuelas, pueda aparecer como un momento inscrito de forma regular en el empleo del tiempo, aunque puede ser enseñada como parte integrante de otras materias o a través de temas de salud. En otros casos, la EpS puede ser incluida en los programas sobre actitudes y valores o, desde luego, aparecer como una combinación de estas posibilidades (García Martínez, 1998).

Pero, quizás más importante que el modo de ponerla en marcha sea el hecho de que la EpS ha de ser planificada y coordinada a través de todo el programa para ajustarla a las etapas de desarrollo de niños y niñas y de adolescentes y jóvenes. Por otra parte, la elección de los métodos pedagógicos y del material apropiado es muy importante: los métodos de aprendizaje activo incitan a los estudiantes a comprometerse con el proceso de aprendizaje, y los métodos de experimentación propia permiten a los estudiantes este aprendizaje en su experiencia vital. En todo caso, los métodos seleccionados deben abordar los valores, actitudes y competencias tanto como los conocimientos, especialmente porque lo que se pretende es el desarrollo de competencias del alumnado para actuar en la vida de un modo saludable.

Aunque algunos docentes, a causa de la disciplina que enseñan o de su interés personal, pueden considerar que la EpS les afecte más que a los demás, es el equipo educativo en su totalidad quien debe implicarse en la elaboración de un medio favorable para el desarrollo de la EpS. Las orientaciones de la escuela en materia de nutrición, sexualidades, adicciones o bulling permitirán que las prácticas internas de la escuela refuercen los aprendizajes del aula por medio de una experiencia concreta y directa.

Dicho de otro modo, el entorno material creado en la escuela tendrá un impacto inmediato sobre la salud y la seguridad de los que estudian y trabajan en ella. Por supuesto, la calidad de las relaciones dentro del equipo educativo, entre el equipo educativo y los estudiantes y de éstos entre sí contribuirá al proyecto escolar. Por ello, en la construcción del proyecto se deberá tener en cuenta los siguientes elementos, de acuerdo con la propuesta formulada por la Diputación General de Aragón (1991:79-88):

- a) *Adecuación a los objetivos generales*: para lo que es necesario partir de las características socioculturales y de salud de la población escolar y del entorno (PEC) para establecer las prioridades para el desarrollo de la EpS en los distintos ciclos y etapas.
- b) *Análisis, secuencialización y organización de los contenidos*: dada la amplitud de los posibles contenidos, el proceso de selección deberá entenderse como el resultado de su adecuación a las necesidades detectadas a corto, medio y largo plazo y a las características psicopedagógicas de los alumnos, a las áreas de conocimiento o ámbitos de experiencia en los que habrán de tratarse y a los conocimientos previos del alumnado. Algunos autores plantean, no prescriptivamente, que cada uno de los sistemas básicos de organización de los contenidos curriculares (globalización, interdisciplinariedad y disciplinariedad) se corresponderían contextualmente con cada uno de los ciclos formativos de la manera más adecuada:

b.1) La *globalización*, que pretende lograr una mayor relación de los estudiantes y lo que aprenden con sus contextos de referencia en orden a una mejor conceptualización científica y a una mejor capacidad

de relación entre los contenidos enseñado, sería la más adecuada a preescolar, ciclo inicial y medio.

b.2) La *interdisciplinariedad*, que implica una aproximación de las disciplinas en función de los contenidos trabajados, aparece como idónea para el ciclo superior.

b.3) La *disciplinariedad*, entendida como el predominio de un área de conocimiento con escasa relación con otras, sería más apropiada para la enseñanza media.

c) *Objetivos terminales de ciclo*: determinan el tipo y grado de aprendizaje que habrá de llevar a cabo el alumnado, lo que, a su vez, permite la diversificación de los aprendizajes en función del tipo de alumnado y sus respectivas diferencias.

d) *Criterios metodológicos*: subraya la importancia de los acuerdos interdisciplinarios en torno a las opciones metodológicas consideradas necesarias para el tratamiento de la EpS, sin que ello suponga una imposición metodológica precisa, lo que sería contradictorio con las diversidades de aprendizaje. Para ello se deberá partir del nivel de desarrollo del estudiante para construir aprendizajes significativos y con la participación activa de los mismos, teniendo en cuenta la validez de todo aquello que facilite el aprendizaje, la coherencia entre las opciones y las actuaciones y la continuidad metodológica precisa para garantizar la adquisición de capacidades. El objetivo es que los estudiantes aprendan a aprender.

e) *Criterios de organización espacio-temporal*: garantizan la acción coordinada entre los distintos ciclos formativos y permiten la coherencia de la acción educativa para la salud. La organización espacial responderá a las características del alumnado y contemplará el aula y el resto de los espacios docentes, mientras que la organización temporal busca crear unas condiciones favorables para el desarrollo de las actividades atendiendo a las necesidades de los estudiantes.

f) *Materiales curriculares y otros recursos didácticos*: se trata de establecer criterios comunes a la elección de los materiales básicos de enseñanza y en su

utilización, de forma que la acción educativa del centro sea coherente (libros de consulta, folletos, lecturas, carteles, medios audiovisuales, juegos,...).

g) *Criterios de evaluación*: permiten, en base a la información recogida, valorar el proceso desarrollado en función de los objetivos establecidos y tomar decisiones que mejoren los procesos de enseñanza.

Por otro lado, la elección de los contenidos a desarrollar, conceptuales, procedimentales o actitudinales deben responder a cuatro factores distintos (Coll, 1986), que también denominamos fuentes, ya que de ellas parten las exigencias de su tratamiento. Son las fuentes sociológica, epistemológica, psicológica y pedagógica que determinan todo currículo (Gimeno Sacristán y Pérez, 1983). También en el currículo de Educación para la Salud se pueden establecer estas cuatro fuentes que pasamos a considerar brevemente:

* *Fuente Sociológica de la Educación para la Salud*. Se basa en las nuevas necesidades sociales y las demandas que hace la sociedad para que ciertos temas se desarrollen en la escuela, por considerarlos necesarios para los ciudadanos del futuro.

* *Fuente Epistemológica de la Educación para la Salud*. Se basa en la estructura interna de la disciplina a desarrollar, los conocimientos científicos, su historia y su estado actual. Establece las relaciones interdisciplinarias pertinentes, diferencia lo fundamental de lo accesorio y presenta una metodología de trabajo. En la EpS es de gran importancia el análisis de la evolución histórica de los diferentes conceptos de *salud*. No es ésta una cuestión anecdótica, puesto que cada concepto ha ido aportando un rasgo diferente y ha marcado el nivel de conocimiento que existe en la sociedad en cada momento, indicando un camino a recorrer para llegar a alcanzar el concepto de salud que poseemos en la actualidad. Esto significa que debemos tener en cuenta el nivel de partida, los preconceptos de salud de nuestros alumnos para, a partir de ahí, iniciar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

* *Fuente Psicológica de la Educación para la Salud*. Se basa en los procesos de desarrollo intelectual, procesual y psicomotor de los alumnos, las regularidades que presentan las diferentes etapas evolutivas, las diferencias individuales existentes, y los

mecanismos y procesos de aprendizaje. En EpS cobra especial importancia el desarrollo de actitudes y pautas de comportamiento, que configuran un determinado estilo de vida. La psicología social nos aporta información sobre las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En general, en el contexto de la educación para la salud, se considera que una actitud es “una predisposición mental adquirida y duradera, que incita a comportarse de una forma determinada frente a un determinado tema de salud” (Salleras, 1985). La adopción o modificación de un determinado comportamiento sólo se puede producir si se presentan actitudes positivas hacia el mismo, aunque no siempre el cambio de actitud lleve inequívocamente a una modificación de la conducta, puesto que también los factores externos (familia, compañeros, amigos), el medio ambiente social del individuo, influyen en ésta. Las actitudes son modificables por el aprendizaje, siempre que este aprendizaje sea significativo e interiorizado, de forma que llegue a cuestionar los valores y creencias. Pero al igual que no existe un único estilo de vida saludable, ya que éste depende del entorno social y cultural en el que nos movemos, tampoco podemos basar la promoción de la salud únicamente en comportamientos individuales, sino que debemos tener un enfoque ecológico, ya que las raíces de los problemas de salud tienen factores políticos, económicos y sociales.

** Fuente Pedagógica de la Educación para la Salud.* Consiste en la intervención del profesorado en el hecho didáctico, diseñando y llevando a efecto una adecuada secuencia de enseñanza-aprendizaje. Se basa en la experiencia docente y en las investigaciones psicopedagógicas. Las actividades planteadas y la metodología empleada deben estar en función de lo que queremos conseguir. Si pretendemos proporcionar destrezas para la vida, aumentar la autoestima, desarrollar la capacidad de elección, de adaptación, de comunicación, de saber gestionar el tiempo con efectividad, y de ser críticos y constructivos con el ambiente que nos rodea, debemos utilizar recursos, estrategias y metodología adecuados para ello. Las simulaciones, presentación de problemas, investigaciones, juegos, caracterizaciones, debates, etc. son estrategias que, usadas adecuadamente y en el momento oportuno, dan resultados óptimos. En este sentido y como propuesta metodológica, debemos contar con la participación de madres y padres, personal sanitario y demás agentes sociales así como tener en cuenta los presupuestos enunciados por Modolo (1979) para una acción de educación para la salud.

Está demostrada la dificultad de obtener algún cambio individual si no hay colaboración en instancias comunitarias que faciliten y refuercen la puesta en práctica de una nueva opción del estudiante a la cual ha podido llegar por decisión personal en el trayecto de su aprendizaje escolar. Ante cualquier tema que consideremos de educación para la salud, debemos contestar a las preguntas planteadas desde las distintas fuentes:

- Desde la fuente *sociológica*: ¿Por qué es importante en la sociedad actual? ¿Qué debe conocer todo futuro ciudadano? ¿Cómo debemos intervenir en los problemas que la sociedad tiene planteados?

- Desde la fuente *epistemológica*: ¿Cuáles son los conocimientos científicos actuales acerca del tema? ¿Cuál ha sido su historia y evolución? ¿Qué tendencias existen? ¿Cuál es el método de trabajo de los/as investigadores/as?

- Desde la fuente *psicológica*: ¿Cuál es el nivel de madurez intelectual de los estudiantes con los que tratamos? ¿Qué intereses poseen y con qué valores se mueven? ¿Cuáles son sus comportamientos y estilos de vida? ¿A qué razones obedecen?

- Desde la fuente *pedagógica*: ¿De qué manera pueden aprender e interiorizar ciertos conceptos, informaciones y valores? ¿Cómo conseguir desarrollar su capacidad de elección? ¿Cómo convertirlos en ciudadanos/as críticos con ellos/as mismos/as y con lo que le rodea? ¿Qué problemas e investigaciones habría que presentar que lleven al aprendizaje deseado?

Las respuestas a estas preguntas, la reflexión sobre ellas y la elaboración de un esquema como el presentado ofrecen las pautas metodológicas de actuación del profesorado y facilitan la concreción de una programación.

Modolo (1979) señala que toda acción de educación para la *salud* debe reunir los requisitos y consideraciones siguientes:

1. La Educación para la Salud no debe centrarse sólo en el individuo, debe comprender al grupo, ya que los comportamientos individuales tienen en gran medida una influencia grupal, social.

2. Se deben abordar problemas concretos, relevantes y percibidos. No se deben tratar problemas no sentidos, pues carecen de significación, ni tampoco generales, que por ser excesivamente amplios, difuminan una posible actuación. Es importante recoger las vivencias de los individuos.

3. La acción debe ser continua y no puede quedarse en actuaciones puntuales, esporádicas o de «campañas». La formación de actitudes y comportamientos requiere un tiempo superior al necesario para la mera información.

4. Se debe tener en cuenta la competencia de individuos. Cada persona tiene unos comportamientos y actitudes debido a una historia y a una serie de condicionantes que ella misma conoce y valora, por lo que decidirá cambiarlos o no en función de su escala de valores.

5. El profesional de la educación para la salud no debe establecer una relación de autoritarismo, presentando un mensaje de forma dogmática como “la verdad”, sino que debe presentarse como colaborador en la búsqueda de soluciones a problemas de interés para todos.

6. La información suministrada debe ser veraz e íntegra, es decir, no debe ser parcial, falsa o deformada. Reconociendo la dificultad de la neutralidad, se debe buscar anular las tendencias por confrontación de los datos provenientes de diversas fuentes.

7. Se debe procurar la motivación necesaria para que los individuos acepten los mensajes, superando los obstáculos y resistencias culturales y psicológicas hacia determinados problemas, ayudándolos a poner en práctica las soluciones encontradas.

1.4.1. OBJETIVOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El objetivo de la educación para la salud, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente (Sáez, Marqués y Collel, 1995).

Los objetivos generales que se plantea la EpS se concretan en la consecución de unos niveles óptimos de salud física, emocional y social en todos los grupos que constituyen el conjunto de la comunidad educativa. Con ello se aspira también a alcanzar la prevención —y, a largo plazo, la reducción— de las actuales cifras de incidencia de enfermedades, discapacidades y mortalidad evitables que se producen en nuestro entorno y que son atribuibles a comportamientos y situaciones de riesgo que se inician o pueden producirse en las etapas tempranas de la vida de las personas.

Gómez Ocaña (2005) formula al menos tres clases de objetivos generales referidos a la EpS: conocer, organizar y evaluar.

A) Conocer todo lo relativo a la Prevención y Promoción de la salud teniendo en cuenta las posibilidades de los estudiantes de las distintas etapas evolutivas.

- a.1. Facilitar la comprensión de los conceptos de salud y enfermedad.
- a.2. Conocer las funciones vitales de nutrición, relación y reproducción.
- a.3. Promover el conocimiento de los problemas de salud y de los factores de riesgo.
- a.4. Dar a conocer los instrumentos y servicios de prevención en sus tres niveles.
- a.5. Ayudar a comprender y aceptar la función del médico y del personal sanitario, sus posibilidades y limitaciones, así como la necesidad de colaborar con ellos.
- a.6. Tomar conciencia de la responsabilidad personal en todos los problemas de salud/enfermedad, tanto desde el punto de vista individual como social.
- a.7. Conocer los servicios de salud de su comunidad.
- a.8. Analizar y valorar los factores contaminantes de su entorno.
- a.9. Analizar y valorar estrategias para evitar o paliar dicha contaminación.

B) Organizar y poner en práctica acciones para eliminar los factores de riesgo o introducir factores de bienestar físico, psíquico y social.

- b.1. Generar y consolidar hábitos saludables.

b.2. Eliminar los hábitos no saludables.

b.3. Consolidar actitudes positivas hacia los problemas de salud.

b.4. Poner en práctica estilos de vida saludables en el marco escolar.

b.5. Crear un ambiente físico y social saludable en la escuela.

b.6. Enseñar a utilizar adecuadamente los servicios de salud.

b.7. Ser capaces de poner en práctica y generar un proceso didáctico, conocimiento/acción/evaluación.

C) EVALUAR: Los objetivos de esta tercera categoría, se consiguen evaluando cada uno de los objetivos de las otras dos categorías.

1.4.2 AMBITOS Y ÁREAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Todo programa de educación que pretenda promocionar la salud deberá basarse en unos principios básicos que serán los primeros que deberemos inculcar al alumnado, como son: el respeto a la vida individual, colectiva y la naturaleza. Hemos de transmitir el concepto de salud como algo unitario ya que el hombre es una unidad bio-psíquico social, que vive y se desarrolla en interacción con su ambiente físico social. Sin embargo, a efectos exclusivamente metodológicos Gómez Ocaña (2005) establece tres grandes áreas en la Educación para la Salud: salud física, salud psíquica y social y por último salud ambiental.

1.4.2.1 SALUD FÍSICA

Cuando analizamos algunas definiciones de salud, como las vistas en apartados anteriores, encontramos que en una primera etapa se tendió a entender la salud como ausencia de enfermedad, sin embargo actualmente como ya hemos puesto de manifiesto, sabemos que el concepto de salud va más allá de la mera falta de enfermedad.

Gómez Ocaña (2005) entiende desde una concepción subjetiva la salud como la ausencia de malestar y dolor. Si nos remontamos al clásico Galeno, él entendía la salud como “el bien que posee una persona cuando puede moverse sin dolor dentro del programa elegido”.

Por otra parte, y recordando lo apuntado anteriormente, en el documento que la OMS denominó “Salud para todos en el año 2000”, se observa una cierta preponderancia del aspecto físico de la Salud: añadir años de vida, reducir algunas enfermedades, eliminar otras como el sarampión, rubéola congénita, combatir el cáncer, etc...Teniendo en cuenta que el hombre es un sistema psicobiológico que se desarrolla en un contexto social, y al que hay que contemplar en su totalidad, no podemos atender la enfermedad sólo desde un punto de vista físico; sino también una perspectiva psíquica y social, ya que todos ellos aspectos están íntimamente relacionados.

Implantar en la escuela un programa de “Educación para la Salud “nos parece de enorme importancia. Sabemos que los efectos educativos siempre son a largo plazo, pero si uno de los objetivos prioritarios de la OMS es integrar al joven y al adulto en una vida sana, se debe empezar a trabajar en la escuela y desde la escuela, así como en la familia, desde el inicio de la escolarización. En el ámbito de la salud física pretendemos no sólo informar, sino fomentar un cambio de conducta, que asegure un mayor grado de salud y bienestar, creando unos hábitos adecuados, que conlleven la aparición de actitudes positivas hacia la Salud, colaborando así a la obtención de una mayor calidad de vida.

Según el momento histórico pueden adquirir unos valores preponderancia sobre otros, actualmente parece que en el orden de prelación de los valores que constituyen los patrones sociales, el valor “Salud”, va adquiriendo mayor importancia que en el pasado, en el sentido que se hace mayor hincapié en la Promoción y Prevención de la Salud. En el ámbito de la salud física se tratarán los siguientes temas:

- Crecimiento y desarrollo.
- Alimentación y nutrición.
- Higiene.

- Prevención de enfermedades y accidentes.
- Actividad/Fatiga Descanso/ocio.

Todos estos aspectos contribuyen a la promoción de la salud. Debemos recordar que muchas mejoras conseguidas, en cuanto a la salud física se refiere, son debidas sobre todo a mejoras en la calidad de vida de los sujetos, más que a los avances de las ciencias médicas propiamente dichas.

1.4.2.2 SALUD PSÍQUICA Y SOCIAL

Para Gómez Ocaña (2005), la salud mental sería el estado de equilibrio psíquico en el que las funciones mentales operan de forma adecuada y producen respuestas coherentes. Así, el término salud mental supone el desarrollo y la actualización de las funciones intelectuales y afectivas del sujeto.

Desde esta perspectiva, la salud mental hace referencia a la existencia en el ser humano de otro tipo de procesos distintos a los puramente biológicos. Ahora bien, en tanto que éstos tienen lugar dentro de un cuerpo concreto, cualquier situación o estado que se produzca en éste afecta, igual que ellos poseen la virtualidad de incidir en el organismo en el que se desarrollan. De esta forma podemos decir que ambos están mutuamente influyéndose en una constante interacción.

En opinión de Ribes (1990), tres son los factores que entraña la salud mental:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
2. Las competencias que define la afectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa e indirectamente afectan al estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto “inicial” con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Por ello, entendemos por persona mentalmente sana, aquella que es capaz de satisfacer sus propias necesidades de índole intelectual y emocional, al tiempo que posee la capacidad de percibir la realidad acompañada de los conflictos y diversas situaciones en su propio beneficio.

En suma, los objetivos prioritarios a conseguir por la Educación para la Salud dentro de este ámbito deberían centrarse en conseguir que el sujeto se acepte a sí mismo, adquiriendo progresivamente aquellos recursos personales básicos para la elección de un estilo de vida propio, controlando su entorno y sus relaciones sociales.

En otro sentido, nos parece importante lograr que el sujeto sea capaz de soportar las tensiones provenientes de su medio externo, afrontando los problemas con realismo. Y en última instancia, ser capaz de generar los mecanismos de defensa adecuados que lógicamente le ayudarán a establecer y mantener su propio equilibrio bio-psico-social. Ahora bien, hemos de señalar que dicho equilibrio, entre otros aspectos, se encuentra fundamentado en la existencia de unas relaciones personales estables que contribuirán al logro de un autoconcepto y autoestima positivo y, también conducirán a un equilibrio a nivel emocional. Por ello, pensamos que debería revertir en una perfecta adaptación familiar, escolar y en definitiva social. Por el contrario, toda situación que lleve implícitas relaciones insatisfactorias en cualquiera de los ámbitos ya citados y a cualquier nivel intrapersonal y/o interpersonal podrá desembocar en problemas de conducta (inadaptación, delincuencia, neurosis, etc...).

Podemos concluir, afirmando que la salud mental supone una actitud personal y positiva. En un sentido más estricto, hace referencia a la integración armónica de los distintos rasgos de la personalidad del sujeto a modo de actos autónomos conscientes y críticos y, por último, a las propias manifestaciones constructivas que va realizando de su medio externo.

1.4.2.3 SALUD AMBIENTAL

El concepto de salud ambiental supone considerar el conjunto de condiciones de orden físico, químico, biológico y social que de forma directa o indirecta incide en la salud o enfermedad de la población.

Así pues, el hombre está continuamente sometido a una serie de influencias externas que condicionan su estado de salud y superan el ámbito del ecosistema o soporte físico de la vida.

Se entenderá como integrante del medio la totalidad compleja de factores biológicos, climáticos, sociales, culturales, etc... que actúan sobre un organismo o una comunidad y condicionan su supervivencia. Cada individuo tiene su medio, ya que posee un especial tipo de relaciones familiares y ambientales que son distintas para cada persona y a las cuales dará distinta respuesta.

Según Gómez Ocaña (2005) desde un punto de vista didáctico, suele dividirse el medio en dos partes:

- El medio natural: compuesto por recursos de aire, agua, suelo, flora, fauna y energéticos.
- El medio construido: compuesto por su equipamiento (vivienda, trabajo), su infraestructura (servicios, energía, transporte) y la ordenación de su espacio (uso del suelo).

En la práctica, o intervención educativa, hay que tener presente, el equilibrio existente entre los aspectos físicos y psíquicos del individuo integrado a su vez en su contexto cultural y social. Las tres áreas antes mencionadas tienen un comportamiento sistémico, de manera que la alteración de una de ellas repercute en todas las demás.

En nuestra propuesta, partimos de una concepción de ser humano como sistema abierto, considerándolo así, como ser posible, indeterminado e inconcluso, en continua progresión y evolución.

Es esa concepción de humano la que nos permite pensar en la posibilidad de intervenir sobre él con el objeto de crearle unas actitudes, que le permitan vivir y desarrollarse con plenitud hacia una vida sana, asistiendo a un desarrollo integral del ser humano estableciendo una conjunción dialéctica entre realidad biológica, psicológica y social.

La construcción del sujeto se realiza en una integración constante entre los factores neurológicos de la maduración y los elementos sociales de relación (Wallon, 1990). Siendo coherentes con lo anteriormente expuesto, al referirnos a la salud, lo hacemos desde una concepción holística del término donde confluyen las acepciones de salud física, psíquica y socioambiental.

La salud hace referencia, según Rochon (1991) al bienestar físico, mental y social del sujeto. Así, se percibe la idea de globalidad, ya que el hombre es una unidad biopsíquica que vive en interacción con el medio cuya parcelación no puede ser sino limitativa y reduccionista.

1.5. LA METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

De acuerdo con el planteamiento de Bochenski (1976), la metodología es la forma y manera de proceder en cualquier dominio, es decir, de plantear una actividad y ordenarla para conseguir un fin. Es, por tanto, una vía de acceso hacia la consecución de determinados objetivos, existiendo una intrínseca relación entre el método y el fin, entre los objetivos y el procedimiento para alcanzarlos.

Por ello, y siguiendo a Gómez Ocaña (2005), la metodología utilizada en Educación para la Salud supondrá:

- Coordinar e integrar las intervenciones y recursos de todas las agencias educativas/formativas.
- Identificar el propio objetivo dentro de un objetivo común: “la promoción de la persona” favoreciendo su pleno desarrollo.

En todo caso, la oferta metodológica ha de apoyarse, necesariamente, en unos objetivos de aprendizaje, unos contenidos que desarrollen esos objetivos, unas estrategias de trabajo (tanto del profesorado como de los estudiantes) y en una evaluación de las tareas realizadas por todos los implicados en el proceso.

Por otra parte, el enfoque de la enseñanza de la Educación para la Salud deberá considerar tanto los elementos externos al hecho educativo, de carácter estructural y cultural, como las características del aula en cuanto unidad espacial que posibilita la relación educativa. La articulación de estas dos perspectivas nos aproxima al conocimiento de la Educación como sistema formal, fruto de un conjunto de aspectos de orden cultural y organizacional.

1.5.1. LA INTEGRACIÓN DE LOS TEMAS TRANSVERSALES EN EL CENTRO EDUCATIVO

La transversalidad es una herramienta de trabajo valiosísima y que constituyó uno de los aspectos más innovadores de la reforma educativa de 1990. Incluir las temáticas transversales supuso una llamada de atención sobre la necesidad de convertir la acción educativa en una acción globalmente humanizadora, una acción que hace posible el perfeccionamiento integral del sujeto.

Según González Lucini (1993) a medida que vas aproximando los llamados temas transversales a los procesos de enseñanza aprendizaje propuestos en cada una de las Etapas Educativas y de las Áreas, se reafirma en que el planteamiento que comúnmente se hace de la transversalidad, se está incurriendo en dos errores o desenfocos importantes.

En primer lugar, hay que recalcar de manera rotunda que el concepto de transversalidad en ningún caso responde a unas enseñanzas o contenidos que surgen separados o en paralelo a las áreas curriculares y por lo tanto distantes de ellas.

En segundo lugar, desde una perspectiva holística de la educación, donde se defiende una visión integradora de los aprendizajes escolares; los aprendizajes forman un todo radicalmente inseparable, los temas transversales no se pueden concebir sino formando parte de las áreas, por lo que los procesos de enseñanza aprendizaje por cada

una de las áreas serán siempre incompletas si no se desarrollan en el contexto de los temas transversales.

La transversalidad, por tanto, hay que entenderla como el espíritu, el clima y el dinamismo humanizador que ha de caracterizar a la acción educativa, porque lo importante de la transversalidad es la ayuda que supone para la formación integral de los alumnos (González Lucini, 1993).

Las claves del diseño y de la programación de la transversalidad, dentro del currículum escolar, no se hallan tanto en cómo introducir ciertos temas en las áreas, sino en profundizar y en hacer operativo el modo en que esas áreas pueden contribuir dinámicamente al desarrollo del humanismo, es decir, en concretar cómo se puede apoyar y fomentar, desde todas las áreas, la creación por parte de los estudiantes, de unos proyectos personales de vida dignos, que en ningún caso podrán ni deberán estar descontextualizados.

La educación para la salud en la escuela, por tanto, debe tener como finalidad inculcar conocimientos, hábitos y actitudes saludables, que favorezcan el crecimiento y desarrollo, el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, en definitiva que los predisponga a la calidad de vida (Serrano, 1997).

La Ley básica del sistema educativo en el estado español (LOGSE) estableció, entre otros principios, una educación integral en conocimientos destrezas y valores morales del alumnado en todos los ámbitos de la vida personal, familiar, social y profesional. Los valores morales que han inspirado el modelo de estado social y democrático de derecho que establece para España nuestra Constitución, han ido emergiendo a lo largo de la historia: la libertad, la igualdad y la solidaridad. Este último, inspira una serie de derechos que se han ido plasmando en sucesivas declaraciones de la ONU y el derecho a vivir en un mundo saludable, el derecho a la calidad de vida, a la paz, a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, el respeto a la propia cultura, a disfrutar de una naturaleza conservada y sostenible, a la seguridad vial, a la información y a la protección de los consumidores/as.

Los temas o ejes transversales son contenidos educativos valiosos que recogen los derechos antes enunciados y que responden a un proyecto válido de sociedad y educación y que por consiguiente están plenamente justificados dentro del marco social en el que ha de desarrollarse toda la educación. Considerar, por consiguiente, desde la óptica de la educación en valores, aspectos de especial relevancia para el desarrollo de la sociedad en relación con la igualdad, la paz, el medio ambiente, la salud, el consumo, etc.

La presencia de los temas transversales en un sistema educativo, es un indicador de la concepción pedagógica que los orienta: estamos en principio ante un sistema que opta por educar frente a enseñar simplemente. La educación es una implicación más amplia y rica que la enseñanza, además de que la comprende. Así, mientras que por enseñanza entendemos una actividad destinada a suministrar conceptos y procedimientos, la educación supone una actividad más compleja que atiende además a los valores y las actitudes.

Los temas transversales incluyen problemas de importancia social, que nuestros estudiantes conocen y que forman parte de su vida diaria y que por consiguiente requieren un tratamiento y una respuesta educativa. De modo que no es de recibo considerarlos como:

- Compartimentos estancos de saber.
- Asignaturas añadidas al currículum, sin intersección apreciable con otras asignaturas.
- Responsabilidad de unos pocos.
- Elementos prescindibles en un proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Temas sobre valores éticos-teóricos, sin reflejo en la vida real.

Algunas de las características pedagógicas de los temas transversales son éstas:

Sus contenidos se incluirán con los de las áreas curriculares y con las de otras transversales.

Los contenidos que tratan tienen que ver con valores, actitudes y normas, pero también abarcan contenidos conceptuales (saber) y procedimientos (saber hacer).

Son abiertos y flexibles.

Constituyen una responsabilidad de toda la comunidad educativa.

De acuerdo con sus contenidos conceptuales esenciales podemos clasificarlos dentro de los siguientes ámbitos:

SALUD- MEDIO AMBIENTE- SOCIEDAD

<i>Educación para la salud</i>	<i>Educación sexual</i>
<i>Educación para el consumo</i>	<i>Educación vial</i>
<i>Educación medio ambiental</i>	<i>Educación para la paz</i>
<i>Educación para el consumidor</i>	<i>Educación moral y cívica</i>
<i>Educación para la igualdad de oportunidades de ambos sexos</i>	

Tabla 1.2. Temáticas transversales. Fuente: Gómez Ocaña (2005).

Estos ámbitos mantienen interrelaciones, que son obvias si consideramos los diferentes temas transversales. Los centros educativos organizan su actividad dentro del marco de los proyectos: El Proyecto Educativo de Centro (PEC) y el Proyecto Curricular de Etapa o de Área (PCE, PCA). Estos tres proyectos constituyen los instrumentos clave para planificar el tratamiento de la transversalidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje escolares. En el caso del proyecto educativo, encontramos que constituye la norma básica de un Centro educativo. Los elementos que estructuran el proyecto educativo orientan el tratamiento que recibirán las áreas curriculares y también los temas transversales.

El Proyecto Educativo de Centro (PEC) se entiende como el marco que da coherencia a todas las actuaciones educativas y, por tanto, también a todas aquellas que pretenden promover y mejorar las actuaciones relacionadas con la Salud que quiera desarrollar el centro. Será en el Proyecto Educativo de Centro donde se pueda actuar con garantía de eficacia, dado que facilita la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos y estilos de vida saludables, en un ambiente favorable a la salud física, emocional y grupal, no sólo mediante la instauración de contenidos curriculares adecuados, sino también a través del fomento de un entorno físico, psicosocial y relacional saludable y seguro.

El marco que ofrece el PEC permite incluir todas las dimensiones, actuaciones, medidas, métodos, prácticas y contenidos, adaptados a cada etapa educativa, que, desde el respeto a las necesidades individuales de cada alumno o alumna, tienen como objetivo el desarrollo de sus capacidades cognitivas, sus necesidades afectivas y sus condiciones físicas, aspectos que en conjunto le permitirán vivir una vida lo más saludable posible.

Estas actuaciones, de carácter universal, es decir, que se dirigen a toda la comunidad educativa, ofrecen las oportunidades necesarias para el fomento, promoción y desarrollo individual de actitudes, valores y habilidades que capacitarán a cada persona para adoptar un estilo de vida respetuoso con su salud física y mental, equilibrada en sus hábitos y solidaria con las personas de su entorno y su comunidad.

Las razones básicas que se encuentran para incorporar la promoción de la salud en el Proyecto Educativo de Centro son las siguientes (MEC, 2009:23):

1. Constituye una de las estrategias clave de las que puede disponer un centro educativo, no sólo para incrementar los niveles de salud del alumnado, sino también para mejorar el clima interno del centro escolar, optimizar sus procesos de gestión y alcanzar mejores resultados educativos, incluidos los académicos.

2. La infancia y la adolescencia son las épocas del desarrollo vital en las que se adquieren los principales hábitos de vida que se consolidarán con los años. La obligatoriedad de la educación desde los 4 hasta los 16 años facilita que el acceso a la población infantil y adolescente sea casi total.

3. El ámbito educativo proporciona un marco de intervención social que cuenta con agentes que disponen de una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico: el profesorado.

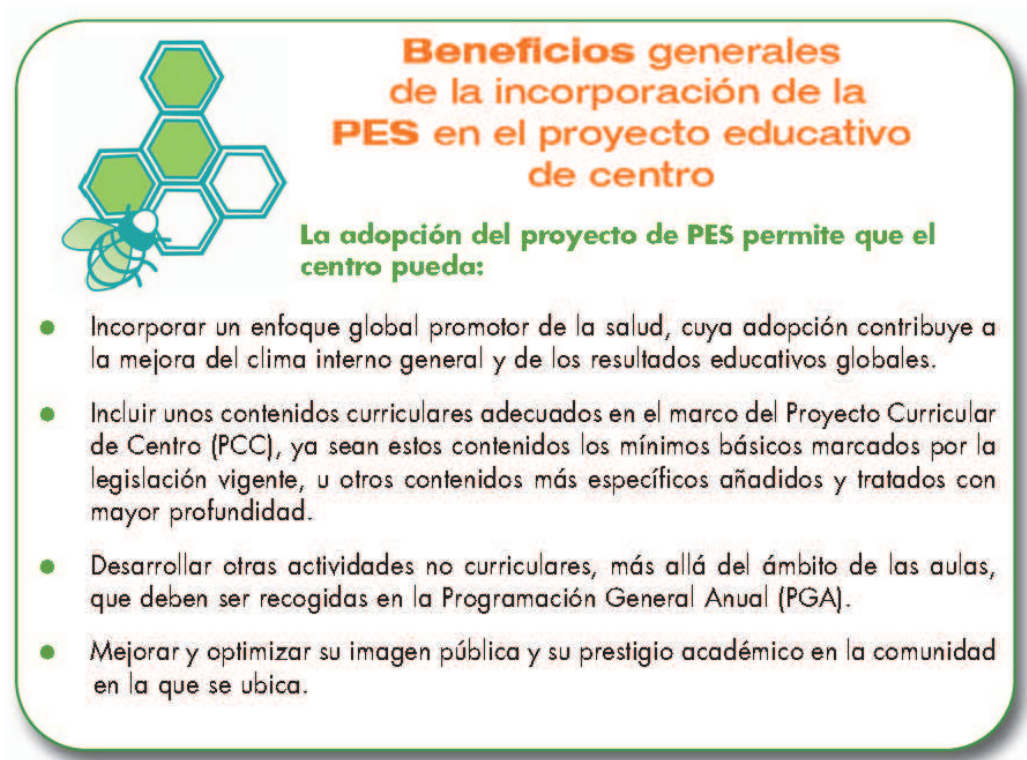


Figura 1.8. Beneficios generales de la incorporación de la Promoción y Educación para la Salud en el PEC.
Fuente: MEC (2009:44).

Existen unos aspectos básicos comunes y obligatorios cuya implantación en el Proyecto Curricular de Centro, así como en la Programación General Anual, permiten garantizar la calidad de los proyectos, actuaciones o materiales adoptados para la introducción de la EpS en un centro escolar. Para ser eficaces, los proyectos de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela deben tener en cuenta los siguientes aspectos (MEC, 2009: 44-52):

1. Contar con las aportaciones de las diferentes áreas del conocimiento.

Este aspecto está asegurado por el propio texto de la LOE para cada etapa educativa. Así, la integración de las distintas áreas del conocimiento en la programación didáctica del centro y en el currículo escolar, está asegurada por el marco legal vigente.

2. *Partir de modelos validados*, que promuevan los factores de protección, modificando —en lo posible— los factores de riesgo y primando los modelos comprensivos sobre los de influencia o mera transmisión de la información.

3. *Incorporar los grandes paradigmas pedagógicos: transversalidad, interactividad y participación*, como condiciones metodológicas básicas para obtener los resultados que pretende la PES. La interactividad y la participación implican la incorporación de métodos educativos que incluyen: A) La toma en consideración de los intereses del alumnado, así como sus puntos de vista, y a partir de ellos plantear el desarrollo de los contenidos educativos y de los aprendizajes. B) La aplicación de métodos participativos y C) El fomento y estimulación del espíritu crítico, el fortalecimiento de valores prosociales, de habilidades para la vida y de actitudes democráticas y de respeto mutuo. Para ello se requiere la revisión tradicional de la manera en que se organiza el espacio educativo en general y el aula en particular.

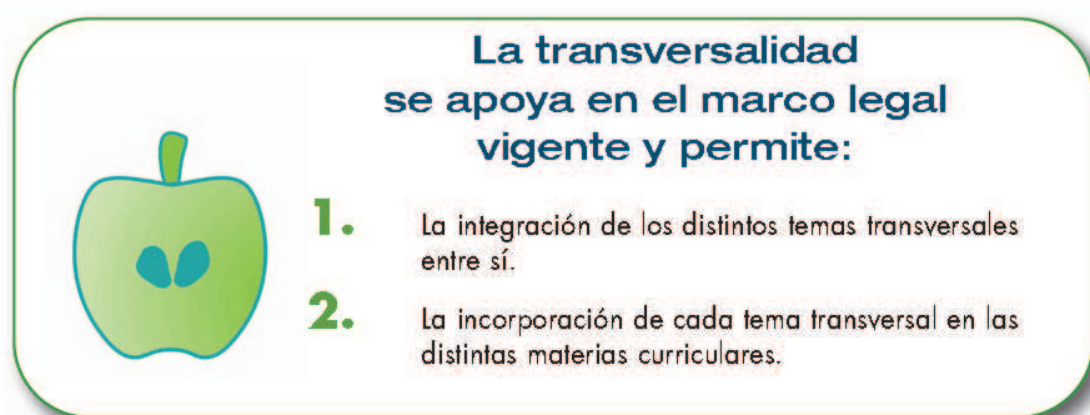


Figura 1.9. La Transversalidad en la escuela. MEC (2009:45).

La consideración de estos aspectos convierte el aula en un espacio para la investigación y la cooperación en grupo y —a diferencia de los métodos convencionales— se utiliza un método de trabajo activo y participativo acorde con el marco conceptual de la EpS. Estos métodos de aproximación al conocimiento permiten el análisis, el debate y la discusión en grupo, y se muestran especialmente útiles para promover y fomentar el compromiso y la sensibilidad que cada educando necesita para adoptar un estilo de vida saludable, tanto desde sus necesidades personales como desde las necesidades de su colectividad.

4. Incorporar en los contenidos específicos del currículo la educación en valores, habilidades para la vida y conocimientos relevantes en Salud.

Este enfoque implica, además, prestar una especial atención al balance entre ámbitos, incorporando algunos que hasta ahora han tenido un tratamiento muy mejorable (por ejemplo: salud mental, prevención de lesiones y accidentes, etc.).

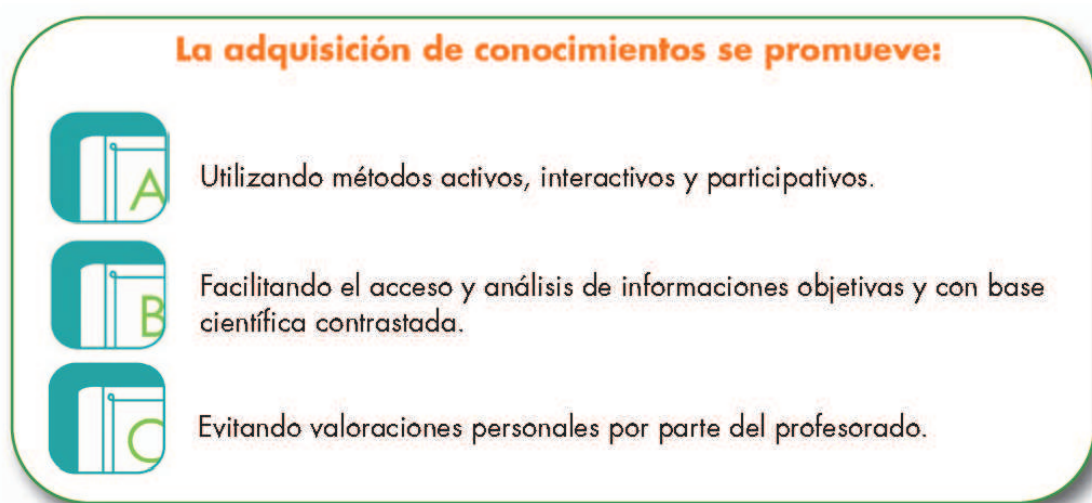


Figura 1.10. Promoción de la adquisición de conocimientos en EpS. Fuente: MEC (2009:51).

Los contenidos troncales básicos en EpS se hallan integrados en las distintas áreas y materias curriculares señaladas por el desarrollo de la LOE, y se pueden consultar a través de los siguientes textos legales (MEC, 2009:49):

- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE núm. 106, del 4 de mayo.
- Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil.
- Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación primaria. BOE núm. 293, del 8 de diciembre.
- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. BOE núm. 5, del 5 de enero de 2007.

5. *Sensibilidad ante las necesidades existentes en cada centro.* Esto incluye dos aspectos: Partir de los datos objetivos y observables y considerar además las necesidades expresadas por el alumnado, y que hacen referencia a cualquier aspecto relacionado con la salud física, mental, emocional y de convivencia en la comunidad educativa.

6. *Ser comprensivos y desarrollarse a largo plazo.* Si en situaciones de crisis se realizan actuaciones puntuales, hay que tender a que se reconduzcan hacia proyectos más globales. Y procurar desarrollar intervenciones sencillas y sostenibles en el tiempo, que puedan integrarse en el PEC en el que se establezcan objetivos de EpS a medio y largo plazo, y se definan los recursos de apoyo necesarios para lograrlo (formación, materiales, colaboraciones con recursos externos, solicitud de apoyo a las Administraciones públicas de ámbito local o autonómico, etc.).

7. *Incorporar un tratamiento global sensible a los aspectos de género.* Para aumentar la efectividad de los proyectos debemos considerar las características específicas que dependen del género y que definen cada situación. Este enfoque deberá traducirse en la atención a los aspectos de género en todo el proyecto (objetivos, actuaciones y valoración de resultados).

8. *Responder a las especificidades del alumnado.* También es necesario considerar otros aspectos de identidad; por ejemplo, origen cultural, lengua materna, religión, raza, etc. Este enfoque deberá igualmente impregnar todo el proyecto (objetivos, actuaciones y valoración de resultados).

9. *Facilitar la formación continuada del profesorado.* Permite dotar al profesorado de recursos de calidad para intervenir y apoyar su trabajo de aplicación posterior, facilitando su formación específica en PES y respaldando su intervención. Conlleva además la necesidad de aumentar la conciencia entre el profesorado de su importancia como agentes de salud, su influencia y su capacidad de actuación en toda su magnitud (función modélica, transmisión y fomento de valores, etc.).

Todos los temas transversales comparten entre sí muchos aspectos básicos, tanto en contenidos como en métodos educativos, y esta realidad debe permitir establecer sinergias que repercutirán positivamente en una mejora del tratamiento de cada ámbito, en lugar de entrar en competición entre ellos.)

Hoy día, tras veinte años de la introducción en la escuela de la EpS como materia transversal se ha podido apreciar, por una parte, la aplicación de distintas modalidades de puesta en marcha de la misma, lo que puede suponer un riesgo yuxtaposición, cuando no de desconexión, en relación al currículum escolar y, por otra, las escasas experiencias donde la participación del alumnado haya sido una realidad afectiva (Busquets y Leal, 1993). Lo que denota, una vez más, la existencia de conflictos, latentes o no, en el marco educativo y, más específicamente, en lo que hace referencia a la incorporación de una de las materias transversales.

En este complejo marco cabe exponer algunas de las consideraciones sobre las condiciones necesarias para la práctica educativa de la EpS, como tema transversal, dentro del currículum escolar y de los procesos de enseñanza-aprendizaje (González Lucini, 1993):

- a) Conecta, como tema transversal, con el proceso educativo que implica el desarrollo integral de la personalidad del estudiante.
- b) Metodológicamente, debe participar de un proceso dinámico que suponga la transformación personal del alumnado.
- c) Debe partir de situaciones reales y de vivencias personales como del análisis de situaciones, realidades y problemas.
- d) Por último, la EpS debe ser diseñada en el contexto de la transversalidad. Lo que se pretende es inundar las unidades temáticas de “contenido saludable” (MEC, 1992), ya que sólo así la EpS podría ser aprendida y experimentada.

Igualmente afectará al conjunto de los contenidos curriculares, tanto en su acepción y división entre conceptuales, procesuales y actitudinales, como de temas de salud entre los que suele destacarse: la alimentación y nutrición, la educación sexual, la educación para evitar dependencias, la actividad física, la prevención de accidentes y la educación vial.

Estas pretensiones pasan, a nuestro entender, por la implicación plena de la institución escolar a la hora de introducir en su seno la EpS y la participación en salud, ya que sólo sería posible conseguir mayores cuotas de bienestar y salud desde el compromiso activo de las personas, individual y colectivamente consideradas. Ello requiere para García, Sáez y Escarbajal (2000) de un proceso educativo que tome como modelo orientador el enfoque sociocrítico, que propugna una educación contextualizada y, dada su pretensión de emancipación y bienestar de las personas, proceso de un modo colaborativo.

En efecto, la postura de estos autores apunta hacia una EpS en la escuela que se sustenta en un concepto de salud relacionado con el bienestar colectivo, más que con la enfermedad, y con la concurrencia de la participación de las personas para hacer posible un estado dinámico de salud en la comunidad. Consecuentemente, también se parte de una comprensión de la EpS incardinada dentro de la concepción integral de la educación, que se orienta a conseguir que las personas puedan participar activa y responsablemente en la conquista de aquellas condiciones que favorecen la salud escolar sino también en la cooperación de otras agencias socializadores, especialmente en las instancias de poder, que si bien potencian la EpS a través del sistema educativo con unas orientaciones coincidentes, en términos generales, con la propuesta promocional de la salud, presenta profundas incoherencias en cuanto a la continuidad sociocultural de los planteamientos ecológicos de la Educación para la Salud.

La EpS por tanto, debe aspirar a desbordar las aulas escolares para convertirse en un proyecto educativo social que, para ser operativo debe tener como referencia inexcusable el plano comunitario de actuación y de promoción de la salud.

De este modo, la EpS se sitúa según García, Sáez y Escarbajal (2000:126) *“en el contexto de una Educación social al servicio del desarrollo de la comunidad, en la que el proyecto educativo se reconoce a sí mismo como una acción procesual intersubjetiva que opera como factor de cambio social”*.

1.6. LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE Y SU VINCULACIÓN CON LOS TEMAS TRANSVERSALES

En el panorama socioeducativo actual nos encontramos con que educar para la muerte no es una tarea sencilla. Y sin embargo, consideramos que es ineludible su tratamiento para conseguir que los seres humanos puedan hacer frente a su experiencia vital en las mejores condiciones personales, psicológicas y sociales. Porque como afirman García y Aura (2010), *“la muerte tiene un potencial educativa extraordinario”*.

En nuestro país, ya se han realizado investigaciones iniciadas tanto en el ámbito educativo como tanatológico (esta tesis no deja de ser una contribución a ello), que van allanando el camino para avanzar en la creación de bases que profundicen en la calidad de vida/calidad de muerte, partiendo de la misma opción de promocionar la salud desde los presupuesto de la Educación para la Salud (García, Sáez y Escarbajal, 2000). Pero las resistencias con las que nos encontramos desde la escuela y el sistema educativo en general sólo se explican porque ella forma parte de nuestra sociedad, una sociedad que se ampara en esa cultura de fantasía que reniega, inútilmente, de la muerte. Por lo que abogamos por elaborar una pedagogía de la muerte no para eliminar el dolor ni el miedo que la caracterizan, sino para sustituir el tabú que la envuelve y la parálisis que a muchos provoca su evocación y su realidad. Como afirma el profesor García Martínez (2010:95), *“Una pedagogía capaz de enseñarnos a acompañar y a acompañarnos a nosotros mismos hacia el horizonte definitivo que significa”*. O en palabras de De la Herrán y Cortina (2006:99):

“Siguiendo la misma línea de la evolución hacia la tolerancia, la humanización y la profundidad del conocimiento, adelantamos hoy que la Educación para la Muerte es una de esas áreas de experiencia y conocimiento pendientes, cuya normalización en la enseñanza (desde su planificación y desarrollo) es sólo cuestión de unos cuantos vaivenes de opinión, reflexión e investigación en las aulas y un poco más de tiempo y de complejidad de conciencia”.

Consideramos que Educar para muerte no sería otra cosa que educar para la finitud. Ya que debemos encontrar sentido al presente, porque el aquí y el ahora, el momento presente, se justifica en la medida en que algún día tendrá su fin. Si la persona tuviese un tiempo infinito a su alcance, el mañana sería tan bueno como el hoy, y no habría ninguna razón para hacer nada, para empezar nada.

El presente, en este marco, dejaría de tener sentido. Sin el horizonte de la finitud no existe ilusión por el instante, por los momentos precarios, frágiles. Es importante que descubramos el sentido de la muerte que siempre va unido al sentido de la vida, y que aprendamos a transmitirlo con acierto a las futuras generaciones. Una educación para la muerte, una pedagogía de la vida, tiene que empezar desde la infancia, como algo natural. No debemos temer que los niños y las niñas vean a sus familiares muertos y participen del duelo, que vayan al entierro, y que lloren y nos vean llorar. Todo esto es humano, y si educar para la muerte es alguna cosa, sobre todo es educar humanamente.

Queremos dar a entender cómo el sentido de la vida puede darnos una respuesta al interrogante de la muerte y prepararnos para la muerte de nuestros seres queridos y también para la propia. El conocimiento de la evolución psicológica del niño y del joven en relación con el tema de la muerte y el duelo, permitirá poder llevar a cabo una tarea pedagógica más serena y auténtica. En definitiva, el objeto último de la Pedagogía de la Muerte es conectar la vida con la muerte.

Lee (1995) manifestó la necesidad de que cuestiones como la pérdida o la ruptura figuren en los programas escolares ya que la gente no dice la verdad al respecto porque tiene miedo de asustarte. Pero la única cosa que te preparará sobre esto es la verdad, saber que otros también sufren, que no eres el único. Ella y nosotros creemos que es necesario educar en este tema a las personas. Es necesario que comprendan lo que les sucede, porque si lo entienden serán bastante más capaces de enfrentarse a la situación. De otro modo, algunas se pasarán toda su vida, tratando de rehacerse de una pérdida o de una ruptura porque nadie les preparó para pasar por ello.

Las personas deberíamos familiarizarnos con las ideas y los sentimientos relativos a la pena y al dolor psíquico. No hay ninguna pena comparable a la que experimentamos con la muerte de un ser querido. Y un duelo no resuelto puede acarrear otro tipo de problemas y enfermedades psicológicas, como la depresión, la angustia, la ansiedad y el estrés, enfermedades todas ellas muy propias del siglo en el que vivimos.

Diversas voces se han alzado defendiendo la necesidad de una educación en este terreno: Elisabeth Kübler-Ross, Louis- Vincent Thomas, Sogyal Rimpoché, Octavi Fullat, Javier Gafo, Karl Jaspers... Todos ellos se preguntan: ¿por qué tenemos que educar para

Eros y no tenemos que hacerlo para Tánatos? Si tanto la muerte como el sexo pertenecen a la vida, ¿qué razón hay para educar sexualmente y no tanáticamente? ¿Qué motivo hay para descuidar la pedagogía de la muerte?

Estamos de acuerdo con Concepció Poch (2000:86) cuando afirma que:

“No tenemos que proteger de la muerte a nuestros niños y jóvenes, sino que desde pequeños les tenemos que introducir en su verdadera naturaleza y en lo que puedan aprender de ella. Nuestra cultura está mal educada con relación al tema de la muerte, o incluso no está educada en absoluto. La preocupación hacia ella no ha entrado ni en el hogar ni en la escuela, y las actitudes que más se dan son el miedo, la angustia o la evasión”.

La expresión *educación para la muerte* (en adelante EpM) se refiere a una variedad de actividades educativas y experiencias relacionadas con la muerte, y abarca temas básicos tales como los significados y las actitudes ante la muerte, los procesos de muerte y duelo, y de la atención a personas afectadas por la muerte. La educación para la muerte, también conocida como educación sobre la muerte, el morir y el duelo, se basa en la creencia de que evitando la negación de la muerte (y asumiéndola como parte de la vida), las actitudes y las prácticas en la cultura occidental pueden ser transformadas, permitiendo que los individuos y la sociedad en su conjunto, estén en mejores condiciones de hacer frente a las prácticas relacionadas con la muerte, como resultado de los esfuerzos educativos.

En opinión de García Martínez (2010) hay dos razones principales para desarrollar la EpM. En primer lugar, la educación para la muerte es fundamental para la preparación de profesionales que trabajan en campos próximos a ella (y no solamente en el ámbito sanitario), para ayudarles a lograr sus propósitos, como constataremos en las conclusiones de esta Tesis Doctoral. En segundo lugar, a través de la EpM se ofrece al público en general los conocimientos básicos y la sabiduría desarrollada en este campo.

El objetivo general de la EpM no será otro que promover la calidad de vida y la calidad de muerte. Y este se puede lograr a través de los conocimientos, nuevos o ampliados desde diferentes ámbitos disciplinares, así como de los cambios en las percepciones culturales que rodean la muerte.

Ampliando esta idea, nos encontramos con que los objetivos de una educación para la muerte que Poch (2000:86-87) propone pueden ser diferentes según la edad y las necesidades de los niños y de las niñas, pero algunos son importantes y válidos para todos. He aquí algunos:

- Reflexionar sobre el valor de la propia vida y la necesidad de vivir con profundidad cada momento como único e irrepetible.

- Hacer posible que los niños y los jóvenes entiendan la muerte como parte integrante de la vida y como su fin natural.

- Ayudar a los niños y a los jóvenes a crecer con el mínimo posible de angustia en relación con la muerte, y conseguir que ésta nunca se convierta en motivo de desesperación.

- Dar instrumentos a los niños y a los jóvenes para que puedan prepararse para la muerte de personas queridas y también reflexionar serenamente sobre la propia.

- Entender la dinámica del duelo y las diversas formas de reacción ante la pérdida de seres queridos.

- Ser capaces de expresar serenamente los propios sentimientos ante la pérdida de personas queridas y de respetar al mismo tiempo la expresión de afectos y vivencias de otras personas.

- Reencontrar la importancia del duelo en el hogar y el hecho de poder morir rodeado de personas queridas.

- Procurar que el hecho de la muerte de una persona querida pueda ser una ocasión de crecimiento personal y de ofrecimiento de ayuda a los que sufren.

- Fomentar la capacidad de autoobservación y de reflexión interna ante el misterio de la muerte.

La aplicación de la educación para la muerte variará en los objetivos específicos, metodologías, temporalización e intensidad de acuerdo con las características de los participantes, pudiéndose dar tanto en un plano formal como informal.

La EpM se puede ofrecer en todos los niveles educativos, desde la Educación Infantil hasta la enseñanza universitaria. En el ámbito formal puede encontrarse tanto en el currículum académico oficial, (introduciéndose como una temática más dentro de la Educación para la Salud o una materia propia), como organizarse de forma más puntual a través de cursos, módulos o unidades didácticas de forma independiente, como se está dando actualmente en diferentes universidades españolas: Pablo de Olavide (Sevilla), Murcia y Autónoma (Madrid).

La educación informal para la muerte se produce cuando surgen ocasiones en el hogar, en la escuela, o en situaciones sociales que son reconocidas y utilizadas como momentos oportunos para enseñar. Por ejemplo: en el hogar, la enfermedad de un hermano/a o la muerte de una mascota pueden naturalmente dar lugar a interacciones que permitan responder a alguna de las preguntas del niño/a sobre la muerte. En la escuela, la muerte súbita de un estudiante puede desencadenar procesos educativos de seguimiento, además de servir como mecanismo para aconsejar frente a la crisis que tal suceso pueda provocar.

Recuerdo que en mi primer año como docente, cuando trabajaba en el Ayuntamiento de Cartagena impartiendo charlas en los IES, murió una alumna de 1º ESO del instituto Issacc Peral. Todo sucedió precipitadamente, en 5 días la niña cogió una neumonía y falleció. Estaba dando un taller de habilidades sociales en ese grupo. Les había dado una sesión la semana anterior y volvía para continuar con la segunda sesión, cuando me encontré con un panorama totalmente desolador. Un aula llena de niños/as tristes, llorando, siéndose impotentes. Las compañeras y compañeros de la niña fallecida no eran capaces (lógicamente) de asumir la muerte totalmente repentina de su compañera y no sabían gestionar sus emociones y sentimientos ante la situación tan dolorosa que estaban viviendo, ya que posiblemente era para muchos la primera gran pérdida de sus vidas. Hablé con la tutora de la clase para cambiar la sesión del taller, por otra centrada en el duelo, ya que le expliqué que estaba investigando este tema para mi Tesis Doctoral y sabía cómo abordarlo. Aún no he olvidado la respuesta que me dió: “es mejor no tratar el tema, no tocarlo”.

Sin duda, ella me hablaba desde una actitud de negación ante la muerte, aunque sus alumnos/as de 12 años quisieran recordar a su compañera, despedirse de ella, gestionar su dolor. Fue imposible trabajar con estos alumnos/as el duelo por su amiga. Muchos/as de ellos/as seguirán arrastrando durante años esa pérdida y el dolor asociado a ella, quizás durante toda la vida. Es más, el cómo se hayan enfrentado ante el afrontamiento de la muerte de su compañera, les condicionará la forma de resolver futuras pérdidas. En esa ocasión no pudo ser. No fue la única maestra que se negó a tratar este tema en el centro. A lo largo de estos años, me he encontrado con muchos otros docentes, profesionales del mundo educativo, que viven con el temor de tratar el tema por no saber cómo afrontarlo en el aula y cómo gestionar el dolor de sus alumnos/as así como el suyo propio. Teniendo en cuenta, que la muerte de un ser querido supone uno de los máximos estresores a los que se enfrenta el ser humano a lo largo de su vida, incluirla como contenido educativo no es un capricho sino una *necesidad*.

Una auténtica pedagogía de la muerte no esconderá nunca un difunto a los ojos de una niña o un joven, sea cual sea su edad, sobre todo si ellos mismos piden esta visión así como poder participar en los ritos sociales de la muerte. Por ejemplo, en el ámbito familiar, se pueden aprovechar las visitas que se hacen el día de todos los Santos (1 de noviembre) al cementerio, para que los menores descubran y valoren este elemento cultural y dejen de tenerle miedo y considerarlo morboso.

“Si nuestra juventud desconoce el cementerio es obvio que nos encontramos en un ciclo educativo-cultural condenado a la más absoluta ignorancia sobre la muerte. La causa más probable de esta ignorancia es la que considera que una vivencia de la muerte en los niños es perjudicial para su psicología. Esto es radicalmente falso” (Mèlich, 1989: 127).

La necesidad de poner en práctica una Pedagogía de la Muerte con niños y jóvenes no se pone en duda entre los que hemos profundizado seriamente en el tema. No podemos empobrecer nuestra tarea pedagógica descuidando, por ignorancia, desidia, miedo, o peor aún, conscientemente, un aspecto tan importante. Es un tema tan amplio que puede ser tratado prácticamente en todas las materias del currículum de nuestros menores, desde la biología a la religión, pasando por la literatura, la filosofía y las ciencias sociales.

Preguntémonos honradamente: ¿Cómo justificar el silencio de las vivencias educativas referidas a la muerte? ¿Por qué callar y esconder esta dimensión esencial de nuestra existencia?

Coincidimos con Poch (2000) en que girar la cara en esta cuestión sería autoengañarnos; de hecho, ya sabemos que los/las niños/as no ignoran el tema y que, tal como pasa con el sexo, son capaces de encontrar otras formas de información menos fiables y mucho más alejadas de la realidad que las que les podemos ofrecer honrada y sinceramente los educadores y las educadoras, los padres y las madres.

Se podría objetar que educar para la muerte implica crear seres angustiados, pero no debemos confundir la angustia con la desesperación. De hecho, tenemos que elegir entre estas dos opciones: educar para la muerte y para la singularidad y la verdad, o bien educar para la ignorancia de la muerte, para la felicidad y para la mentira.

Dos enfoques metodológicos útiles para la enseñanza estructurada de los temas relacionados con la muerte son para García y Aura (2010) la didáctica y la experiencia. El enfoque didáctico tiene por objeto mejorar el conocimiento (a través de charlas, conferencias o presentaciones audiovisuales). El enfoque de la experiencia se utiliza para la participación activa de los participantes que evocan sentimientos y permiten aflorar actitudes relacionadas con la muerte que deben modificarse. Por ejemplo: a través de un sencillo torbellino de ideas, se puede llegar a establecer las diferentes actitudes personales ante la muerte de los estudiantes de un aula. Estas actitudes suelen ser en un principio de negación y rechazo, en definitiva tabuización de la muerte. A partir de ellas se debe trabajar hacia el establecimiento de la *aceptación*, como la actitud más positiva para afrontar la única realidad certera de nuestra vida. El enfoque de la experiencia incluye además intercambios de experiencias en grupos de discusión, sociogramas, así como una variedad de otros ejercicios de simulación, que requieren el establecimiento de una atmósfera de confianza mutua. En la práctica, la mayoría de educadoras y educadores utilizamos una combinación de ambos enfoques.

En el ámbito escolar, la muerte es un tema que está presente y constante en todos los temas transversales, en toda actividad (aunque no se trabaje de forma explícita), por ser reflejo de la vida misma.

Ya que por un lado, su manifiesta ausencia en el currículo no evita que esté presente en el currículo oculto. Por ello, y por su condición de ámbito importante y formativo de la vida, consideramos necesario que su educación se haga explícita. Por otro, del mismo modo que las áreas curriculares convencionales se enriquecen con las perspectivas transversales, éstas ganan en coherencia, y se ahorman más cuando se impregnan de los contenidos de este tema *radical* o espiral de transversales.

Por otro lado, nos encontramos con una clara vinculación entre Educación para la Salud y Educación para la Muerte. En primer lugar, no podemos olvidar la relación existente entre la EpS y EpM, ya que en ambas se trabaja la vida-muerte no como una dicotomía sino como un continuo en el que encontramos conceptos como, calidad de vida, gozo o placer de vivir, pero también enfermedad, pérdida y duelo. Si entendemos la salud, como ya hemos expuesto repetidamente, no sólo como ausencia de enfermedad, ésta ha de ser una forma de estar en la mejor calidad de vida posible, física, mental y social, para vivir plenamente, muerte incluida.

Y educar para la salud debería ser, hacer responsable al alumno y asumir la salud de cada uno de una forma cada vez más autónoma, gozosa y solidaria posible. Como educadoras y maestros, promotores de un concepto tan amplio de salud que incluye toda la vida-muerte, poco podemos hacer con factores biológicos, genéticos o sanitarios, salvo contar con ellos como requisitos de la culminación educativa, desde la consideración de lo genético y lo psicosomático. Pero debemos preocuparnos por entender, decidir, programar, evaluar, cómo trabajar... para que en nuestra escuela y por extensión en nuestra sociedad, se valore y busque un estilo de vida y un entorno saludable.

Una escuela promotora de salud debe estar integrada en los programas educativos sanitarios de la zona, contando con el apoyo técnico de otros profesionales e instituciones. Es también necesario conocer y dar respuesta a los factores socioambientales que la condicionan y determinan. Todos estos factores estarían incompletos si no incluyeran un tratamiento saludable del tema la muerte. Compartimos la idea de que: *“La Educación para la Salud debe impregnar el conjunto de la actividad educativa, hasta convertirse en una línea de actuación preferente en los centros, que tendrán que subrayarla en sus programaciones generales”* (Nieda, 1992:17).

Siendo así, los objetivos y contenidos de la educación para la salud son los propios de cada etapa y ciclo educativo, asumidos, adecuados, apropiados, enriquecidos y secuenciados, siempre con la participación necesaria y deseable de todos los miembros del centro y por supuesto, de los padres y madres.

A continuación, trataremos más a fondo las relaciones entre los temas transversales tradicionales, vinculándolos con la Educación para la Muerte tal y como establecen De la Herrán y otros (2006).

1.6.1. EDUCACIÓN MORAL Y CÍVICA

En la infancia y adolescencia, los niños definen los valores desde la perspectiva del adulto y desde otros niños y niñas de sus grupos, pero paulatinamente su juicio, junto con su inteligencia, le llevará a una moral más autónoma, una interiorización y un sentido crítico, responsable y maduro frente a sí, los otros y el mundo. Si la vida escolar se mueve en un ambiente de educación, respeto y confianza, será fácil que en el aula el maestro/a pueda mantenerlo. La infancia disfrutará así de una relación cálida, comprensiva, auténtica, comprometida y creativa con los iguales y con los adultos.

En ocasiones, los problemas que afectan e interesan a los niños/as pueden hacer que el educador/a se sienta personalmente incapaz de afrontarlas y/o darles respuesta. Sería importante que, en estos casos, la respuesta no fuera superficial ni inmediata, sino que, siguiendo a Piaget, se la pudiéramos devolver en forma de pregunta para que, desde sus apreciaciones y conclusiones, se acercasen a la respuesta que no poseemos. El respeto didáctico debe presidir toda labor docente en todas las etapas educativas.

Uno de los conflictos que más bloqueos puede producir al educador/a, incitándole a eludirlo, proyectarse o dar una respuesta fácil y predeterminada, es el tema de la muerte. Ante esto puede apoyarse en sus experiencias anteriores, en su reflexión, pero, sobre todo, en su sensibilidad para entender y escuchar los sentimientos del menor, sus inquietudes y miedos para paliarlos desde la situación concreta en que la niña o el niño se encuentren. El educador/a debería tener presente la positividad de la mortalidad como valor orientador de la vida.

1.6.2. EDUCACIÓN PARA LA PAZ

En el aula, la Educación para la Paz implica, sobre todo, la atención a la diversidad desde el equipo docente y la comprensión de la diversidad por parte de todos, porque todos somos iguales con y gracias a nuestras diferencias. Los conflictos, al igual que las diferencias, enriquecen al grupo, es necesario no eludirlos. Hemos de darles su debida importancia, trabajando de modo explícito la búsqueda de posibles soluciones, valorando el proceso y el respeto ante las diversas respuestas sin intentar llegar a un resultado preestablecido e inamovible.

La muerte es un conflicto. Cuanto más nos acerquemos a una respuesta crítica y personal, más fácilmente interpretaremos prejuicios, doctrinas, miedos, inseguridades, iras, odios, consiguiendo así acercarnos al otro sin ataduras de persona a persona, haciendo posible la paz. Al respecto, las intervenciones educativas han de promover respuestas ajustadas a las características individuales y grupales de los alumnos. En Educación Infantil los contenidos son fundamentalmente de tipo procedimental y actitudinal, y los conceptuales se van elaborando poco a poco. En Educación Primaria los conceptos pasan a ocupar un lugar de relevancia creciente, y en Secundaria es posible una complejidad mayor.

En la escuela encontramos diferencias sociales, culturales, físicas, funcionales, intelectuales, de actividad, etc. Y es en el terreno de la educación donde la promoción de la igualdad tiene mayores éxitos, por su importancia preventiva, paliativa y encauzadora, para promover la igualdad de oportunidades del individuo y de los grupos. Por encima de las condiciones previsibles o diagnosticadas, ya sean económicas o culturales, será más eficaz cuanto antes comience, y cuanto más claras tengamos las dificultades que se deben superar. Lo mejor sería no tener que hablar de diferentes grupos, etnias o patologías, sino de diferentes individuos y referentes, relativizando la identidad-diversidad, luego la semejanza, y estableciendo una diferenciación positiva no discriminatoria que permita y facilite la convivencia.

1.6.3. EDUCACIÓN AMBIENTAL

Desde los primeros meses de vida se experimentan impresiones, sensaciones y percepciones del medio cercano que será educativo si le impulsa a desarrollar una exploración, a responder a unos estímulos, a sentir unos cambios. Con ellos las niñas y niños y los adolescentes irán construyendo poco a poco su experiencia personal. La interacción de esta experiencia con su desarrollo irá configurando su educación ambiental.

En la adolescencia, sus intereses se mueven en torno a necesidades cercanas, lo que lleva asociada una dificultad para valorar a largo plazo las consecuencias de las acciones observadas y realizadas. Este obstáculo no está lejos de la dificultad para experimentar la empatía (sensibilidad por el sentir desde otros puntos de vista), que tampoco se aplica en el caso del medio ambiente. Sin embargo este rasgo no debe asimilarse en exclusiva a la adolescencia, porque tal y como indican las conclusiones del Programa de la ONU para el Medio Ambiente (2005) el deterioro ambiental de la tierra está llegando a extremos nunca alcanzados. Este indicador confirma que aquellos rasgos que hemos descrito para la adolescencia siguen presentes en la sociedad en su conjunto, por lo que estamos de acuerdo con De la Herrán (2003) en hablar de sociedad inmadura (egocéntrica) o sociedad adolescente.

Desde las edades más tempranas, la mejora del entorno inmediato puede ir ampliándose al centro, al parque, al barrio, hasta llegar a entender la importancia del medio ambiente para la calidad de vida presente y futura. La progresiva ampliación de la conciencia ambiental ayudará a que el adulto futuro trascienda las fronteras para conservar la naturaleza y apueste sinceramente por un desarrollo sostenible.

1.6.4. EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR

Educar para el consumo significa analizar nuestro entorno, buscando soluciones viables para cada caso, atendiendo al ahorro y buena utilización del agua, la energía, tratamiento de los residuos, el cuidado y mantenimiento de la naturaleza, el uso de productos reciclados o reciclables.

Todo ello para ir ampliando esta preocupación al resto del planeta, rechazando los productos que dañan la capa de ozono, la calidad del agua y valorando otros hábitos y otros esfuerzos que, desde otras culturas, contribuyen a un desarrollo sostenible.

1.6.5. EDUCACIÓN VIAL

La concentración demográfica hace que, en nuestro país, el entorno sea mayoritariamente urbano. El comportamiento vial está en la base de la siniestralidad que afecta a los menores. Por su seguridad vial, nos planteamos, por un lado, la formación de peatones, viajeros, conductores y pilotos de triciclos, bicicletas, monopatines, ciclomotores... orientándolos hacia unos comportamientos seguros y respetuosos con las normas, atendiendo así a su seguridad vial. Por otro, buscamos la educación ciudadana vial, que conlleve la posibilidad de optar por la ecología, la solidaridad, el placer del encuentro, y la comunicación y la toma de conciencia del valor negativo que suponen la contaminación atmosférica y acústica, la agresividad, el estrés y las barreras que suelen darse en el medio vial sobre todo en las grandes ciudades. El énfasis puede caer sobre una u otra vertiente, pero ambas, seguridad vial y educación ciudadana vial, son Educación Vial para la infancia y nuestro futuro. Recordemos que hoy día los accidentes de tráfico son unas de las principales causas de muerte en la juventud.

Los padres y madres son el marco de referencia de las niñas, niños y adolescentes, en cuanto a Educación Vial se refiere, y los responsables directos de la seguridad de sus hijos e hijas. Según la Dirección General de Tráfico, se ha comprobado que el mejor recurso para el aprendizaje vial son los adultos, actuando en situaciones reales y con mucha intención educativa. El aumento de información sobre los contenidos de Educación Vial dado a los padres y madres mejora las actitudes tanto de éstos como de sus hijos. Por estas razones en el tema de Educación Vial la colaboración y el trabajo con las familias cobra una especial importancia.

1.6.6. EDUCACIÓN PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO

La Educación tiene entre sus funciones la compensación de las desigualdades sexuales, sociales, raciales, económicas, clase social, etc. La escuela es el segundo ámbito de socialización tras la familia. En ella, los menores entran en contacto con otros niños y niñas y con otras personas adultas. Esta relación posibilita la adquisición de nuevos roles, nuevas experiencias, costumbres etc. Es una oportunidad única para saberse igual y diferente, luego semejante: sigue siendo hijo/a, pero también alumno/a; no depende sólo de sus familiares, también de su maestro/a; ya no es hijo/a único/a, ni sólo entre sus hermanos/as, sino que forma parte de un grupo y lo que se espera de él no es lo mismo.

Un aspecto importante del sexismo en la cultura, lo refleja con claridad el lenguaje en lo que llamamos código-género. Por ejemplo el zapato-la zapatilla, el zona-la zona, el barco-la barca, etc. Lo mismo ocurre con el concepto de muerte, que se suele nombrar en femenino cuando nos referimos a lo cotidiano o familiar, como en la parca, la desdentada, la pelona, la igualadora, etc. Y, en masculino, cuando normalmente se refiere a una muerte colectiva o al poder de la muerte: ángel exterminador, Apocalipsis, final, etc.

La ya popular frase “Todos iguales, todos diferentes” cobra especial significado si nos referimos a la muerte, ya que ella es la gran igualadora de sexos, edades, poderes, colores, tamaños, etc. Igualdad y diferencia, representación y fenómeno convergen, se hacen semejantes hasta difuminarse en la muerte, como la mayor síntesis de la (in)existencia.

Por último acabamos explicando la vinculación directa entre la Educación para la Salud y Educación Sexual y la Educación para la muerte.

1.6.7. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

De la Herrán y otros (2006) detallan los contenidos que se establecen en la temática transversal de la Educación para la Salud, a saber:

1. Alimentación

La función elemental de la comida es aportar los nutrientes esenciales para la vida. Pero el ser humano, ha modificado los aspectos instintivos del nutrirse como acto reflejo y automático frente al hambre, transformándolo en el acto voluntario de alimentarse, en una forma de goce, cultura y comunicación.

2. Educación sexual

El equilibrio sexual del adulto depende de su sexualidad de menor y de su educación. Con este equilibrio psicosexual puede estar relacionada la curiosidad científica (epistémica) y la actitud para enfrentarse sin temor y de forma abierta a lo desconocido, como por ejemplo a la muerte.

Es importante el conocimiento de los órganos sexuales y de las diferencias externas entre los sexos, partiendo de sus intereses, tantas veces manifestados en las actividades de la vida cotidiana. Conviene tratar estos temas con naturalidad, para no generar miedos e inhibiciones.

Los/las menores y adolescentes acaban por interiorizar la moral sexual de los/las adultos/as y del medio social y comunicativo, que a veces es errónea. Es muy importante satisfacer sus diferentes curiosidades sexuales y no sexuales sin sobrepasarlas ni sobrepasarles. Cuando nos preguntan algo relacionado con el sexo o con cualquier otro tabú como la muerte, las tendencias habituales son: evadirse, aplazar, descalificar, callar, reír, mentir... con respuestas como: “ya te lo explicaré luego”, “¡qué cosas preguntas!”, “cuando seas mayor”, etc. Con mucha frecuencia, su finalidad interrogativa no es tanto una respuesta cerrada, sino saber que cuenta con el apoyo del adulto de referencia para las cosas de la vida que le importan y preocupan. Procuremos entonces dar una respuesta adecuada, sentida, honesta y vivida desde nuestra experiencia que le invite a seguir preguntándose e indagando, y a buscar sus propias respuestas, que irán cambiando conforme vaya madurando su conocimiento.

3. Educación para evitar dependencias

El niño, en principio, es un ser dependiente que tiende a madurar, es decir, a una creciente autonomía. Esto hace que el planteamiento de los problemas de dependencia infantil pueda articularse desde unos objetivos claros. Y al contrario, si se instalase en la dependencia de personas, espacios, juguetes, normas estrictas, caprichos, obsesiones, manías, soluciones preestablecidas, ciertos prejuicios, doctrinas, etc., podría constituirse en una serie de aprendizajes significativos con evidentes consecuencias para el futuro no siempre positivas.

Estas invitaciones a identificarse, aprender bien y depender, en ocasiones, se desarrollan desde objetivos curriculares implícitos, cuyo motivo manifiesto es proteger a el/la menor y al adolescente, enseñarle lo mejor para él/ella, preservarle del error o asegurar su permanencia en el orden. Con ello, lo más probable es que, sin desearlo, se logre que crezcan sin conocer, experimentar ni cuestionar, convirtiéndose en campo abonado donde pueden instalarse ellos/ellas mismos/mismas en una vida más pasiva, donde creen vivir plenamente sin hacerlo del todo siendo la vida la que les pase por encima, porque no han ejercido su libertad de elección ni comenzado a ejercitar su pensamiento propio, pese a ser nietos y nietas de Kant.

Ante este fenómeno social y cotidiano, muy eludido por la educación, uno podría pensar que, a veces, podemos no sentirnos vivir. Por ello como mecanismo de defensa, las dependencias inducidas no son indeseadas sino necesarias, por lo que el fenómeno pasa desapercibido.

4. Actividad física

Desde el nacimiento, el menor adopta sus reacciones corporales a la quietud-movimiento de la madre, utilizando la quietud para sentirlos y sentirse, y el movimiento para actuar sobre y con los otros. La actividad física ayuda a las niñas, niños y adolescentes a progresar en la adquisición de hábitos y actitudes relacionados con el bienestar, la seguridad personal, el fortalecimiento de la salud, la higiene, la socialización y la autoestima.

Al dormir, se experimenta un estado de conciencia complementario a la vigilia. Al no poder sentirse, se puede tener un cierto miedo porque “no se está”, “no se es”. Ayudar al menor a valorar tanto la quietud como el movimiento, asegurando su alternancia, facilitará la anticipación de su acción, la sensación de seguridad y un sueño más tranquilo. Para no pocas personas, dormir es una mini-muerte, una muerte parcial. Y para algunos poetas, la muerte tiene algo de sueño.

5. Prevención de accidentes

Lo deseable sería que, en los centros nuevos, los equipos educativos y el personal de administración y servicios se contratasen desde la fase de proyecto de construcción. Y lo ideal sería que todos los centros se asentasen en entornos seguros y sin riesgos, que atendiesen a las peculiaridades de su actividad y del desarrollo de niños y niñas y adolescentes. Así mismo, el mobiliario, las instalaciones y los materiales deberán adecuarse a las normas que garanticen su seguridad.

Conseguido un entorno adecuado, nos ocuparemos de educar en la prevención de accidentes, desde el proyecto educativo de centro, en el que se establecerá la actuación ante la señal de alarma: control emocional, evacuación de las aulas, lugar donde situarse, salidas de emergencia, situación de los extintores, comunicación de la situación, etc.

Por otra parte es muy importante establecer con la familia una comunicación en dos sentidos:

a) Coordinando familia y escuela, para tomar decisiones preventivas, definiendo riesgos asumibles.

b) Informando a padres, madres y tutores de los accidentes más frecuentes en el hogar y de las formas de evitarlos.

En el aula de Educación Infantil debemos ser conscientes de que el/la menor no ha alcanzado un pensamiento causal ni reversible, lo que dificultará su capacidad de anticipar los resultados de sus acciones. En las aulas de Educación Primaria y Educación Secundaria, aunque hayan alcanzado esta competencia, anticipar peligros es una tarea en la que tenemos la obligación de ayudarles, para su seguridad.

6. Salud e higiene

Actualmente nadie duda de la relación, científicamente contrastada, entre higiene y salud. Hoy la escuela debe incluir, en todas sus programaciones, actividades educativas que establezcan hábitos de higiene: no coger alimentos del suelo, dejar la clase ordenada y limpia, utilizar papeleras, lavarse las manos antes y después de comer, de tocar a un animal, de preparar una comida, de ir al baño, etc. Una mala higiene puede deteriorar el medio ambiente y producir enfermedades.

7. Salud mental

Los/las educadores/as, padres y madres tenemos que ayudar no solo al desarrollo físico e intelectual, sino al desarrollo emocional, que es la base de la salud mental. Los hábitos de convivencia, las normas en general, los límites, etc. cumplen una función importante en la formación del menor y el adolescente. Pero éstos deben basarse en el descubrimiento o por lo menos, en la comprensión del porqué de los mismos.

Niñas, niños y adolescentes perciben y amplían los estados de ánimo de quienes les rodean. Como consecuencia, deberíamos plantearnos nuestras reacciones. Así, por ejemplo, los padres y madres deben saber separarse del menor para que él o ella pueda crecer feliz, transmitiéndole la seguridad y confianza que le permita ser autónomo y equilibrado y realizar una inserción social sin conflictos. Enseñarles a controlar sin reprimir, a posponer el placer o a superar las pequeñas frustraciones es mostrarles el camino hacia la autonomía y la libertad. Por otra parte, ocurre lo contrario: hay otros miedos, como a dormir, a la oscuridad, a la enfermedad, a la muerte... que el adulto quisiera erradicar, sin tener en cuenta su base psicobiológica. Sólo desde el respeto, la comprensión y la empatía les ayudaremos a que evolucionen en sus temores y a paliar sus consecuencias.

8. Enfermedades, limitaciones y pérdidas

Muchas veces, en todas las etapas educativas, la salud es un valor que se da por supuesto. Del menor se dice que es sano por naturaleza. Pero la salud en grado máximo es una quimera. Siempre hay variaciones y limitaciones en salud sensorial, afectiva, motora, memorística, lingüística, funcional, social, etc. Todas las expresiones de salud condicionan el diseño y desarrollo de las fases preactiva, interactiva y postactiva de la comunicación didáctica. A veces es el maestro o la profesora quien está enfermo/a, o un proceso gripal puede dejar la clase reducida, y obligar a reprogramar las actividades. En otras ocasiones, se asiste a clase con deficiencias de salud crónicas o pasajeras. Si en lugar de sobrellevarlas se asumen de forma activa y se integran en un verdadero proceso educativo que tienda a la promoción de capacidades como la constancia, los ritmos o la atención sistemática a los problemas de salud, estaremos generando programaciones y creando condiciones adecuadas para la Educación para la Salud. En este tema, la participación e implicación de padres y madres es muy importante, sobre todo si el/la menor precisa una Adaptación Curricular Individual (ACI), para garantizar la continuidad, globalidad y utilidad educativa de nuestra intervención.

1.7. CONCLUSIONES

En esta Tesis, justificamos un concepto de Educación para la Salud y la muerte integrado. Cuando nos referimos a la educación, creemos que debemos hacer hincapié en su aspecto globalizador como realidad, bio-psico-social, donde las relaciones son parte fundamental. Sería falaz, por nuestra parte proponer, un modelo de Educación para la Salud que no tuviera como base el principio de globalidad, tratando de separar los aspectos de la salud de todas las demás dimensiones humanas. Creemos, que los conocimientos referidos a la salud, la calidad de vida y muerte en todos sus múltiples y diversos aspectos, deben ser incluidos en el currículum, tratándose en los niveles, materias y temáticas transversales que corresponda. Así, se podrá lograr, la coordinación del profesorado obteniéndose la tan necesaria visión global y completa de los problemas de salud (Fortuny, 1984).

En la escuela, la EpS es un área transversal, pero hasta el momento no ha conseguido integrar todas las temáticas relacionadas con la calidad de vida-muerte. En concreto, se sigue ignorando el tema de la finitud ya que aparentemente el currículum actual no puede articular establemente el tema de la muerte. Sin embargo, sería posible su integración de forma naturalizada, ya que observamos que el tema de la muerte atraviesa a todos los temas transversales sin ser en concreto una materia prescrita.

En nuestra experiencia, podemos confirmar que el tema de la muerte o la finitud se comporta como un tema *espiral o radical a todos ellos* (como afirma el profesor Herrán, estudioso de la didáctica de la muerte a lo largo de sus múltiples publicaciones en la última década), es en definitiva un tema perenne, que no se podría presentar como un área curricular más, pero tampoco encajaría exactamente con las características de los temas transversales ordinarios, vinculados a necesidades sociales expresas. Podría ser la hora de afrontar con normalidad, conocimiento y recursos el último tabú sustantivo. La Educación para la Muerte podría ser *uno* de los muchos asuntos *radicales y perennes* capaces de iniciar el camino hacia otra Nueva Educación, hacia otra (re)volución educativa, ésta vez centrada en la profundidad, ampliación, complejidad y elevación de la conciencia.

Aparentemente, el currículo actual no podría integrar, soportar o articular establemente a la muerte. Sin embargo, esto sería posible a través de la formalización de un descubrimiento que, por tanto, no añadiría ningún elemento nuevo a lo que ya hay, pero haría buena la reflexión de Schrödinger¹. Para explicarnos... Actualmente los objetivos, contenidos y criterios de evaluación del currículo se organizan en dos dimensiones o clases de ámbitos educativos: a) áreas curriculares y b) temas transversales.

Sin embargo, observamos que la *muerte* atraviesa a todos los temas *transversales* sin ser un área o materia prescrita. “¿O acaso no hay relaciones evidentes entre muerte y ciclos biológicos, la educación para la paz, para el consumo, para el progreso social, para la salud, para la igualdad de oportunidades, o la educación ambiental, sexual, vial, etc.?” (De la Herrán, 1998: 38).

Diríase que se comporta como una espiral o *radical* a todos ellos, entendiendo por *radical* relativo al fondo o a la raíz de la cuestión, pero también a su solidez y orientación: cuando las raíces son largas y fuertes, el árbol puede ser alto y sostenerse. Siguiendo la opinión de De la Herrán y Cortina (2006) no se podría presentar como un *área curricular* más, pero tampoco encajaría exactamente con las circunstancias de los temas *transversales* ordinarios, vinculados a necesidades sociales expresas. De hecho, los Diseños Curriculares Base (1989) conceptuaban los *temas transversales* como: “un conjunto de aspectos de especial relevancia para el desarrollo de la sociedad durante los últimos años”.

Por lo que, queremos reflejar algunos de los posibles temas *radicales o perennes* de revolución educativa para el futuro, que constituyen ese tercer eje (entre las temáticas longitudinales y las transversales) y son claves para la promoción del cambio social hacia la evolución humana, propuestos por De la Herrán y Cortina (2006: 101-102):

a) El ego(centrismo) humano: como clave del desempeoramiento individual, grupal y social.

¹ Este físico aludía a la creatividad argumentando que se basaba “no tanto en ver lo que otros no ven, sino de pensar lo que otros no han pensado sobre lo que todos ven”.

b) El autoconocimiento, como el más importante aprendizaje que puede descubrirse, adquirible desde el «reconocimiento de la propia añadidura», aunque también admite otras vías de acceso.

c) La complejidad de la conciencia desde el conocimiento, como enfoque para el desarrollo de la capacidad sobre la que radica la evolución interior.

d) La evolución interior, como consecuencia de la reducción de ego y el incremento de conciencia.

e) La humanidad, como contenido del que es preciso hablar mucho más de lo que se hace y sobre el que los alumnos de toda etapa deben pensar, por ser mucho más real que cualquiera de sus particiones, o como la única realidad. Podría decirse que hay que actuar y trabajar prioritariamente para el mejoramiento de la humanidad. Esta es la gran consigna a atender desde lo concreto.

f) La universalidad, como tema semilla-raíz o expresión natural de una conciencia originaria conscientemente recuperada y actualizada como gran objetivo interior-exterior, más allá de lo parcial.

g) El lenguaje universal como inversión para el mejor aprovechamiento de la energía humana, nunca excluyente con las lenguas locales. Su fundamento se asienta en la verdadera lengua materna, a saber, la comunicación de conciencia a conciencia. A dos o tres generaciones vista, supondría ganancia en comprensión y en unidad, y el fin de los imperialismos lingüísticos actuales.

h) La convergencia y la cooperación no selectivas (no-narcisistas), como actitudes sanas y superiores, de todo orden: personal, institucional, etc.

i) El amor² como conciencia aplicada, y la conciencia, como amor aplicado. La conciencia o es amor o no es conciencia.

² Saramago (2005), Nobel de Literatura en 1998, desarrolló en su novela «Las intermitencias de la muerte» la idea de que «la única defensa contra la muerte es el amor». Discrepamos con él por dos razones complementarias a las que damos respuesta en esta obra: el amor no es la única, sino que si se quiere, puede ser una defensa entre varias que a su vez están entrelazadas. En segundo lugar, no nos parece que ante la muerte la más sabia actitud sea una defensa: este enfoque es dual, y nuestro caminar es dialéctico, complejo y evolutivo.

j) El prejuicio y el odio, como lastres relacionados a soltar a través del conocimiento, la empatía y el proyecto evolutivo común, y no sólo con alianzas egocéntricas y defensivas.

k) La duda, como soporte más fiable del saber y como aprendizaje instrumental orientado a un mejor uso de la razón, que pueda permitir (des)aprendizajes significativos y (re)aprendizajes transformadores y el desarrollo de conocimientos autónomos y autógenos, no-parciales y tendentes a lo universal, a la altura de la naturaleza «dudosa» del mismo conocimiento.

l) La muerte, como clave de una más realista y consciente orientación y responsabilidad de la vida propia y de los demás: la muerte como amor aplicado y el amor como muerte aplicada.

Cada uno de ellos contiene a los demás. La conciencia los interrelaciona mutuamente. Todos son umbrales y portones de conciencia. A todos ellos la conciencia desemboca. Cada uno de ellos es conciencia aplicada.

La educación para la Muerte podría iniciar otra clase de cuestiones radicales que mirarían por la profundidad que entendemos falta en la oferta curricular actual en todas las etapas educativas: infantil, primaria, secundaria y universidad (al menos y por coherencia en las carreras docentes).

Lo anterior conllevaría un cambio radical de mirada del currículo en el que aparecería la orientación evolutiva como sentido propio de la complejidad de conciencia, a su vez comprendida como motor, síntesis y resultado principal de la evolución posible. No se trata sólo de una cuestión de pensamiento, ni siquiera exclusivamente de conocimiento; lo que De la Herrán y Cortina (2006) están proponiendo es una (re)volución de la educación centrada en la conciencia, de la cual la muerte, la salud y su educación son constructores y fenómenos fundamentales.

SEGUNDO BLOQUE:
MARCO METODOLÓGICO
DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO II:
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

Tabla de contenido

CAPÍTULO 2: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	167
2.1. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	167
2.1.1. CONCEPTO DE PARADIGMA	168
2.1.2. PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN	170
2.1.3. DERIVACIONES METODOLÓGICAS DE LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN	179
2.1.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	191
2.2. DISEÑO Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN	213
2.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	218
2.3.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL	220
2.3.2. ENTREVISTAS	225
2.3.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN	231
2.3.4. REGISTROS: OBSERVACIONES Y NOTAS DE CAMPO	233
2.3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	236
2.4. METODOLOGÍA CUANTITATIVA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	240
2.4.1. DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS: CUESTIONARIO	240
2.4.2. PRUEBA PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO	244
2.4.3. IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS	246
2.4.4. MUESTREO Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS	246

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se han realizado estudios exploratorios que verifican que las temáticas relacionadas con la muerte, el duelo y la finitud no forman parte de los contenidos curriculares educativos. Ante esta situación nos planteamos la realización de una investigación educativa cuya metodología expondremos a continuación y de la que Dendaluce (1989:47) señala que:

“Todo esfuerzo de investigación en educación tiene como último propósito: llegar a un conocimiento que pueda utilizarse para la acción, ya se trate de una acción en el ámbito político, ya de un cambio de práctica en la clase. Así, pues, la vía que sigamos al estudiar un determinado problema depende, en gran medida, de qué clase de conocimiento deseamos obtener mediante nuestros esfuerzos investigadores”.

A lo largo de este capítulo ofrecemos una justificación epistemológica y metodológica de nuestro trabajo, describiendo detalladamente el diseño y los procesos metodológicos implementados. Partiendo de que *“el fin último de la ciencia es la generación y verificación de una teoría”* (McMillan y Schumacher, 2005:10) comenzaremos describiendo los fundamentos metodológicos dentro de los cuales nos posicionaremos en un enfoque de investigación, detallando a continuación los principios metodológicos asumidos.

Posteriormente expondremos en profundidad, de forma detallada y estructurada, las dos metodologías empleadas (cualitativa y cuantitativa) para el estudio del foco de la presente investigación, describiendo e ilustrando de manera específica cada uno de los pasos seguidos a lo largo de nuestro proceso investigador.

2.1. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

La investigación social es una actividad organizada y orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación y desde una perspectiva científica.

Citando a Dendaluce (1995:9), al hablar de investigación hacemos referencia al procedimiento o conjunto de procedimientos cuya finalidad es: *“Mejorar nuestras teorías sobre nuestro campo de interés con sistemas cada vez más coherentes de conceptos y relaciones, y con generalizaciones a niveles progresivamente más amplios”*.

Toda investigación social es abordada desde un punto de vista metodológico que se desarrolla a partir de modelos conceptuales o paradigmas, que representan distintas perspectivas desde donde explicar la realidad social objeto de estudio. Por ello es fundamental estudiar las distintas corrientes metodológicas o paradigmáticas, para determinar aquella en que mejor encuadre nuestra investigación. Sin perder la perspectiva de que *“la investigación contribuye a elaborar y reelaborar el conocimiento profesional, con independencia de las perspectivas epistemológicas y metodológicas bajo las que se afronte”* (Pérez Serrano, 2001:21).

2.1.1. EL CONCEPTO DE PARADIGMA

Si bien el concepto de paradigma admite pluralidad de significados y diferentes usos, aquí nos referiremos a un conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo "compartida" por un grupo de científicos que implica una metodología determinada. El paradigma es un esquema teórico, o una vía de percepción y comprensión del mundo, que un grupo de científicos ha adoptado.

Kuhn (1970) considera al paradigma como *“realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”* o en otras palabras *“un paradigma es lo que los miembros de una comunidad científica y sólo ellos comparten”*.

Patton (1990) define el paradigma como una visión del mundo, una perspectiva general, un modo de desmenuzar la complejidad del mundo real. En el mismo sentido, para Filstead (1986: 60), también tomando las palabras de Kuhn: *“es un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto al mundo social que proporciona un marco filosófico para el estudio organizado de este mundo”*.

Shulman (1986: 3, citando a Gage), por su parte, aclara que *“los paradigmas no son teorías, sino más bien maneras de pensar o modelos para la investigación que, cuando se llevan a cabo, pueden conducir al desarrollo de la teoría”*.

Para finalizar, y citando a un autor más actual y del ámbito educativo, Sabariego (2004:66) afirma sobre el concepto de paradigma que: *“Se utiliza ampliamente para referirse a las diferentes aproximaciones a la investigación, con el propósito de clarificar y ofrecer soluciones a los retos que actualmente plantea la educación”*.

De la misma manera, para Popkewitz (1988) la idea de paradigma llama la atención por el hecho de que la ciencia contempla diferentes concepciones, costumbres y tradiciones que constituyen reglas de juego que orientan la labor investigadora. En este mismo orden de ideas, Castillo y Gento (1995: 27) lo definen como *“el marco de referencia ideológico o contexto conceptual que utilizamos para interpretar una realidad”*. Martínez (1991) concibe la noción de paradigma como el cuerpo de creencias, presupuestos, reglas y procedimientos que definen cómo hay que hacer ciencia; serían los modelos de comprensión y acción para la búsqueda de conocimiento de una determinada realidad.

Así, el paradigma vendría a ser una estructura constituida por una red de creencias supuestas, teóricas y metodológicas (patrones o reglas operativas) entrelazadas que permiten la selección, evaluación y crítica de temas, problemas y métodos. Los paradigmas, de hecho, se convierten en patrones, modelos o reglas a seguir por los investigadores de un campo de acción determinado. Filstead (1986:61) aporta, además, algunas características asociadas al concepto de paradigma. Según esta autora, las funciones que cumple un paradigma son:

1. Sirve como guía para los profesionales de una disciplina, porque indica cuáles son los problemas y las cuestiones importantes con los que ésta se enfrenta.

2. Se orienta hacia el desarrollo de un esquema aclaratorio (es decir, modelos y teorías) que puede situar estas cuestiones y estos problemas en un marco que permitirá a los profesionales tratar de resolverlos.

3. Establece los criterios para el uso de herramientas apropiadas (es decir, metodologías, instrumentos y tipos y forma de recolección de datos) en la resolución de estos enigmas disciplinarios.

4. Proporciona una epistemología en la que las tareas precedentes pueden ser consideradas como principios organizadores para la realización del trabajo normal de la disciplina.

En nuestro caso, consideramos el paradigma como una estructura constituida por un marco teórico conceptual y unas creencias metodológicas compartidas por una comunidad científica. Respecto a las Ciencias Sociales, se observa que existen diferentes formas o tendencias teóricas y metodológicas para abordar o explicar una realidad; por lo tanto, es innegable la coexistencia de distintas formas específicas para hacer ciencia.

2.1.2. LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN

Tradicionalmente el tema de los paradigmas y su correspondiente debate se ha tratado dicotómicamente: metodología cuantitativa *versus* cualitativa; explicar frente a comprender; conocimiento nomotético frente a conocimiento ideográfico; investigación positivista frente a investigación humanística. Esta dicotomía deriva de las dos grandes tradiciones filosóficas predominantes en nuestra cultura; realismo e idealismo. Ante el problema paradigmático se plantean diversas posiciones:

- a) Incompatibilidad de paradigmas.
- b) Complementariedad de paradigmas.
- c) Unidad epistemológica.

Para Carr y Kemmis (1988), desde el vértice de la teoría crítica de la enseñanza, se establecen tres posturas paradigmáticas a partir de la relación entre teoría y práctica: positivista, interpretativa y sociocrítica.

Si bien, la terminología para denominar a los paradigmas es amplia, hablaremos de los tres tipos de paradigmas determinados por Carr y Kemmis como categorías que recogen y clarifican mejor el sentido de las perspectivas de investigación.

A. PARADIGMA POSITIVISTA

El Positivismo, según Carr y Kemmis (1988), también llamado paradigma cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, ha sido considerado el modelo dominante en las ciencias sociales. Su finalidad es la de describir, explicar, controlar y predecir una realidad. Por su naturaleza, la metodología utilizada es experimental, manipulativa y cuantitativa. En los hechos y/o fenómenos observados debe primar la objetividad. Los instrumentos para recabar las informaciones deben ser válidos y confiables; los resultados se analizan a partir de procedimientos estadísticos que son utilizados para hacer generalizaciones sin importar el tiempo y el contexto para, finalmente, formular teorías. El positivismo es una escuela filosófica que defiende determinados supuestos sobre la concepción del mundo y del modo de conocerlo:

a) El mundo natural tiene existencia propia, independientemente de quien estudia.

b) Está gobernado por leyes que permiten explicar, predecir y controlar los fenómenos del mundo natural y pueden ser descubiertas y descritas de manos objetiva y libre de valor por los investigadores con métodos adecuados.

c) El objetivo que se obtiene se considera objetivo y factual, se basa en la experiencia y es válido para todos los tiempos y lugares, con independencia de quien lo descubre.

d) Utiliza la vía hipotético-deductiva como lógica metodológica válida para todas las ciencias.

e) Defiende la existencia de cierto grado de uniformidad y orden en la naturaleza.

Como señala Popkewitz (1988), este enfoque se puede configurar a partir de supuestos interrelacionados:

- I. La teoría ha de ser universal, no vinculada a un contexto específico ni a circunstancias en las que se formulan las generalizaciones.
- II. Los enunciados científicos son independientes de los fines y valores de los individuos. La función de la ciencia se limita a descubrir las relaciones entre los hechos.
- III. El mundo social existe como un sistema de variables. Éstas son elementos distintas y analíticamente separables en un sistema de interacciones.
- IV. La importancia de definir operativamente las variables y de que las medidas sean fiables. Los conceptos y generalizaciones sólo deben basarse en unidades de análisis que sean operativizables.

Con este enfoque se debe procurar atender determinadas características entre las que se cuentan:

- a. Los estudios realizados dentro de esta perspectiva conceden especial importancia al cuidadoso diseño de la investigación, a la medición fiable de las variables, a la manipulación estadística de los datos y al examen detallado de las pruebas.
- b. Se formulan hipótesis para expresar los conocimientos presumiblemente obtenidos y se considera a éstos confirmados cuando los corroboran las estadísticas deductivas que alcanzan determinados niveles arbitrarios de significación.
- c. Las hipótesis confirmadas (hallazgos) pueden generalizarse a otras poblaciones o contextos similares al estudiado.

- d. Se supone la existencia de relaciones simples entre los términos y conceptos técnicos del investigador/a, las operaciones de investigación, los descubrimientos y las conclusiones de la investigación.
- e. Se considera que la investigación social ofrece los medios de generar pruebas objetivas y evitar la subjetividad y los juicios de valor.
- f. Se asume que los resultados obtenidos son independientes del investigador/a, de modo tal que se debería llegar a similares conclusiones cada vez que se estudia la misma hipótesis.

En el ámbito educativo, la aspiración es descubrir las leyes por las cuales se rigen los fenómenos educativos, que lleven a formular teorías que orienten la acción. Al respecto, Carr y Kemmis (1988) señalan que las teorías educativas deben ser elaboradas conforme a criterios científicos; para ellos, la teoría es quien orienta la práctica. Las teorías deben ser explicativas y garantizar que el conocimiento sea objetivo, libre de estar contaminado por preferencias subjetivas e inclinaciones personales y utilizar como metodología el método hipotético-deductivo. Para ello se parte de una hipótesis que se formula a modo de leyes generales y su validación resulta al comparar sus consecuencias deductivas con los resultados de las observaciones y experimentos.

B. PARADIGMA INTERPRETATIVO

También llamado “paradigma cualitativo”, “fenomenológico”, “naturalista”, “humanista” o “etnográfico”. Se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social en un contexto determinado.

Este paradigma intenta sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción. Busca la objetividad en el ámbito de los significados utilizando como criterio de evidencia el acuerdo intersubjetivo en el contexto educativo.

Desde esta perspectiva se cuestiona que el comportamiento de los sujetos esté gobernado por leyes generales y caracterizado por regularidades subyacentes. Los investigadores de orientación interpretativa se centran en la descripción y comprensión de lo que es único y particular del sujeto más que en lo generalizable. Lo que pretenden es:

- Desarrollar conocimiento ideográfico.
- La realidad es dinámica, múltiple y holística.
- Cuestionar la existencia de una realidad externa y valiosa para ser analizada.

Este paradigma se centra, dentro de la realidad educativa, en comprenderla desde los significados de las personas implicadas y estudia sus creencias, intenciones, motivaciones y otras características del proceso educativo no observables directamente ni susceptibles de experimentación.

La investigación cualitativa intenta comprender lo que el profesorado y el alumnado hacen en los grupos en que trabajan, cómo desarrollan tareas basándose en la observación, el uso de los relatos de los propios sujetos, para comprender la experiencia de los propios sujetos de investigación, la descripción a través de la creación de textos escritos.

Para Carr y Kemmis (1988), partiendo de la teoría crítica de la enseñanza, la investigación supone un intento de hacer aflorar desde dentro del sujeto la construcción de significados que permitan la retroalimentación, los rasgos relativos al entorno. La experiencia del investigador/a es un aspecto al que hay que prestarle atención, la aprehensión inteligente de las cualidades del contexto le da el sentido. Los hallazgos se representan a través de la utilización de un lenguaje (discurso) preposicional, que se construye con aserciones y el cual disminuye los rasgos afectivos y personales.

En este mismo sentido, otros autores hablan de cómo el paradigma interpretativo pretende sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción.

Su finalidad no es buscar explicaciones casuales de la vida social y humana, sino profundizar en el conocimiento y comprensión del porqué de una realidad. El propósito dentro de esta postura es revelar el significado de las cosas, mediante la articulación sistemática de las estructuras de significado subjetivo que indican las maneras de actuar de los individuos; es decir, la objetividad de las cosas se logra por acuerdos intersubjetivos.

C. PARADIGMA SOCIOCRTICO

Para Foster (1982), la teoría crítica o el paradigma sociocrítico nace como:

“...una respuesta a las tradiciones positivistas e interpretativas; con él se pretende superar el reduccionismo instrumental y técnico de la primera y el conservadurismo de la segunda, admitiendo la posibilidad de que una ciencia social no sea ni puramente empírica ni sólo interpretativa”;

Las contribuciones del paradigma sociocrítico, de acuerdo con Pérez Serrano (1990), se originan a partir *“de los estudios comunitarios, de la investigación femenina y de la investigación participante entre otros”*.

Este paradigma tiene como objetivo el análisis de las transformaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas. Popkewitz (1988: 75) señala que algunos de sus principios son:

- a) Conocer y comprender la realidad como praxis.
- b) Unir teoría y práctica: conocimiento, acción y valores.
- c) Orientar el conocimiento a emancipar y liberar al hombre.
- d) Implicar al docente a partir de la autorreflexión.

En el marco de este paradigma se cuestiona la supuesta neutralidad de la ciencia y, por ende, de la investigación, a la que se le atribuye un carácter emancipador y transformador de las organizaciones y procesos educativos.

Al respecto, Pérez Serrano (1990) apunta que ni la educación ni la investigación son neutrales, por lo que es imposible obtener conocimientos imparciales y que, por lo tanto, es falsa la neutralidad de la ciencia.

El paradigma sociocrítico no sólo no rechaza, sino que incorpora el elemento ideológico de manera explícita; esta orientación exige que el investigador sea militante y de este modo incorpora procesos de autorreflexión permanente sobre los procesos y situaciones investigadas. Tiene como objetivo el análisis de las transformaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas, lo que implica la generación de propuestas de cambio, es decir, construir una teoría a partir de las reflexiones de la praxis, como análisis crítico del hacer.

Escudero (1987) señala las siguientes características del paradigma sociocrítico:

- a) Asume una visión global y dialéctica de la realidad educativa. La educación es un fenómeno y una práctica social que no puede ser comprendida al margen de las condiciones ideológicas, económicas, políticas e históricas que la conforman, y a cuyo desarrollo, en cierta medida, contribuye.
- b) La investigación crítica asume una visión democrática del conocimiento así como de los procesos implicados en su elaboración. En esta sentido la actividad investigativa es una actividad participativa en la que tanto el investigador como los sujetos investigados comparten responsabilidades en la toma de decisiones.
- c) Subyace una visión particular de la teoría del conocimiento y de sus relaciones con la realidad y con la práctica. Teoría y realidad están en una constante tensión dialéctica.
- d) La investigación crítica trata de articularse, generarse y organizarse en la práctica y desde la práctica. La investigación es construida desde una realidad situacional, social, educativa y práctica de sujetos que tienen intereses, preocupaciones y problemas.

e) La investigación crítica está decididamente comprometida, no ya con la explicación de la realidad, tampoco con la comprensión de la inteligibilidad que los sujetos tienen de la misma, sino con la transformación de esa realidad desde una dinámica liberadora y emancipadora de los individuos implicados en ella.

Después de todo lo expuesto, podemos deducir que ningún método tiene patente de exclusividad al hacer investigación científica o ciencia, o entender por tal lo que se hace al adoptar una perspectiva. Por lo tanto compartimos la posición de Cobos Sanchiz (2007:218) cuando afirma:

“Hoy no podemos hablar ya de un paradigma único. Sino más bien de la aportación de diversas tendencias a una visión de la realidad socioeducativa más global y plural. Está claro que la investigación, en todo caso, parte siempre de una determinada concepción política e ideológica del mundo. Ningún modelo es neutral por cuanto que presenta el sesgo cultural de los valores y la óptica propia del investigador y de su mundo. Aunar objetividad y rigurosidad científica con praxis es el gran reto”.

Entendemos que hay distintas formas de hacer ciencia que llevan a la explicación comprensiva y a la comprensión explicativa de los fenómenos que son objeto de estudio. Ambas perspectivas son necesarias, ambas pueden funcionar conjunta y complementariamente. Cook y Reichardt (2000) defienden en su obra que la preocupación debería estar en dar una *explicación comprensiva* y realizar una *comprensión explicativa* de los fenómenos. Esta idea implica tomar la opción más coherente y rigurosa en cada momento, atendiendo a los objetivos y propósitos de la investigación. En cada fase del estudio debemos reflexionar sobre los fines y cuál es el método o estrategia más idónea para generar conocimiento científico. Es decir, si buscamos *explicar* (enfoque cuantitativo), *comprender* (enfoque cualitativo) o, incluso, contribuir a *cambiar* la realidad (teoría crítica) (Colás y Buendía, 1994).

Una síntesis de las características de los paradigmas de investigación tratados a lo largo de este apartado y tomando en consideración la clasificación de Paradigmas de Investigación Educativa puede ser la siguiente:

DIMENSIÓN	POSITIVISTA	INTERPRETATIVO	CRITICO
Intereses	Explicar, controlar, predecir	Comprender, interpretar (comprensión mutua compartida)	Emancipar, criticar e identificar el potencial para el cambio
Ontología (Naturaleza de la realidad)	Objetiva, estática, dada, singular, única, tangible, fragmentable, convergente.	Dinámica, divergente, construida, holística, divergente, múltiple	Construida, holística, compartida, dinámica, divergente
Relación Sujeto - Objeto	Independiente, neutral, libre de valores. No se afectan. Investigador externo. Sujeto como "objeto" de investigación	Dependencia. Se afectan. Implicación investigador/a. Interrelación, relación influida por factores subjetivos	Interrelacionados. Relación influida por el fuerte compromiso para el cambio. El investigador/a es un sujeto más
Propósito: Generalización	Generalizaciones libres de contexto y tiempo, leyes, explicaciones (nomotéticas): deductivas, cuantitativas centradas sobre semejanzas	Hipótesis de trabajo en contexto y tiempo dado, explicaciones idiográficas, inductivas, cualitativas, centradas sobre diferencias	Lo mismo que el interpretativo
Explicación: Causalidad	Causas reales, temporalmente precedentes o simultaneas	Interacción de factores	
Axiología (papel de los valores)	Investigador/a libre de valores. Neutros. Métodos es garantía de objetividad.	Valores dados. Influyen en la selección del problema, teoría, método y análisis. Explícitos. Influyen en la investigación	Valores dados. Critica de ideología. Compartidos. Ideología compartida.
Fundamentos	Positivista lógico. Empirismo	Fenomenología. Teoría interpretativa	Teoría crítica
Finalidad de la investigación	Explicar, predecir, controlar los fenómenos, verificar teorías. Leyes para regular los fenómenos	Comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, intenciones, acciones	Identificar potencial de cambio, emancipación de los sujetos. Analizar la realidad
Teoría - practica	Disociadas, constituyen entidades distintas. La teoría, norma para la práctica	Relacionadas. Retroalimentación mutua	Indisociables. Relación dialéctica. La practica es teoría en acción
Criterios de calidad	Validez, fiabilidad, objetividad	Credibilidad, confirmación, transferibilidad	Intersubjetividad, Validez consensuada
Técnicas: Instrumentos y estrategias	Cuantitativos. Medición de tests, cuestionarios, observación sistemática.	Cualitativo, descriptivos. Investigador/a principal instrumento. Perspectivas participantes	Estudio de casos. Técnicas dialécticas
Análisis de datos	Cuantitativo: Estadística descriptiva e inferencial	Cualitativo: Inducción, analítica, triangulación	Intersubjetivo. Dialéctico

Tabla 2.1. Dimensiones de los paradigmas de Investigación Educativa.

Fuente: Koetting (1984: 296).

Lo que importa en cualquier caso, en la dinámica de la investigación, es lograr una amplia base de datos, aspecto en el que distintos autores coinciden, para explicar y comprender los fenómenos estudiados, la flexibilidad y la adaptabilidad de los métodos vienen a ser, como reconocen Cook y Reichardt, la solución más adecuada. En definitiva, todo método que sirva de estudio y de conocimiento de un asunto determinado puede ser útil, pues siempre se quiere *“información variada recogida por diversas técnicas”*, como también señala Cronbach (1980: 8).

Cook y Reichardt (2000) consideran el debate no sólo como un desacuerdo respecto a las ventajas y desventajas relativas a los métodos cualitativos y cuantitativos, sino sobre todo como un choque básico entre paradigmas metodológicos.

Según esta concepción, cada tipo de método se halla ligado a una perspectiva paradigmática distinta y única, y son estas dos perspectivas las que se encuentran en conflicto. Estos autores sospechan que la distinción más notable y fundamental entre los paradigmas corresponde a la dimensión de verificación frente a descubrimiento. Parece que los métodos cuantitativos han sido desarrollados más directamente para la tarea de verificar o de confirmar teorías y que, en gran medida, los métodos cualitativos fueron deliberadamente desarrollados para la tarea de descubrir o de generar teorías. No es sorprendente que cada tipo de método haya llegado a ser asociado con estas distintas posiciones paradigmáticas y que los métodos tengan también su mejor rendimiento cuando son empleados para esos fines específicos.

Para Corbetta (2003), los dos enfoques, y sus respectivas técnicas cuantitativas y cualitativas, conducen a conocimientos diferentes. Pero eso no lo concibe como una limitación, sino por el contrario, como un enriquecimiento, en tanto que existe la necesidad de una aproximación múltiple y diferenciada a la realidad social para poder conocerla efectivamente en su totalidad.

2.1.3. DERIVACIONES METODOLÓGICAS DE LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN.

A nuestro entender se pueden distinguir tres metodologías de investigación que derivan directamente de los paradigmas anteriormente expuestos: las metodologías de corte positivista, interpretativa y crítica.

Para la exposición y comparación de las características más relevantes de estas metodologías nos serviremos de los apartados esenciales del proceso de investigación que determina Koetting (1984: 297) como son: problemas, diseño, muestra, técnicas de recogida de datos, análisis de los datos, interpretación, y por último, criterios de validez de la investigación.

A) Problemas de la Investigación

- *Positivismo*: Los problemas surgen de teorías o postulados existentes, a la iniciativa del investigador/a.
- *Interpretativo*: Los grupos sociales son los originarios del problema que hay que investigar. El objeto del problema es conocer una situación y comprenderla a través de la visión de los sujetos.
- *Desde la perspectiva crítica*: los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto transformar esa realidad cara al mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. La selección del problema la hace el propio grupo que cuestiona la situación inicial. Esta peculiaridad la diferencia claramente de las posiciones anteriores en las que el investigador/a es el único que tiene el poder de decisión, tanto en la selección del problema como en el planteamiento y en la planificación de su resolución.

B) Diseño de Investigación

- El diseño de investigación desde la perspectiva *positivista* es estructurado y prefijado; no admite variaciones sustanciales en su desarrollo.
- En el enfoque *interpretativo* el diseño es abierto, flexible y emergente.

- Desde el paradigma *crítico* el diseño de investigación se puede definir como dialéctico, se va generando a través del diálogo y consenso del grupo investigador, que se va renovando con el tiempo, convirtiéndose en un proceso en espiral.

C) La Muestra

- *Positivismo*: La selección previa al estudio de una muestra representativa cuantitativa y cualitativamente de la población de la que procede será requisito imprescindible para la generalización de los resultados. Por tanto, se utilizarán procedimientos estadísticos - probabilísticos para la determinación de ésta.

- *Interpretativo*: La muestra se va ajustando al tipo y cantidad de Información que en cada momento se precisa. Se trabaja generalmente con muestras pequeñas y estadísticamente no representativas.

- *Crítico*: La muestra del estudio la constituye el propio grupo que aborda la investigación.

D) Técnicas de recogida de datos

- *Positivismo*: A las técnicas e Instrumentos de recogida de datos se les exige fiabilidad y validez a fin de garantizar la objetividad de la Información obtenida.

- *Interpretativo*: Trabaja eminentemente datos cualitativos. Las técnicas de recogida de datos tienen un carácter abierto originando multitud de interpretaciones y enfoques. Prevalece el carácter subjetivo tanto en el análisis como en la Interpretación de resultados.

- *Crítico*: A pesar de utilizar procedimientos cualitativos y cuantitativos en la recogida de datos, se pone un mayor acento en los aspectos cualitativos y en la comunicación personal.

E) Análisis e interpretación de datos

- *Positivismo*: Los datos se transforman en unidades numéricas que permiten a su vez un análisis e interpretación más exacta. Se aplican fundamentalmente análisis estadísticos que argumentan matemática y objetivamente los resultados.

El análisis y tratamiento de datos ocurre después de su recogida, teniendo un carácter estático y deductivo. Los resultados obtenidos se interpretarán en función de la hipótesis de partida.

- *Interpretativo*: El análisis e interpretación de datos ocupa una posición intermedia en el proceso de investigación. Con él se pretende delimitar el problema, avanzar hipótesis, etc. Adopta un proceso cíclico interactivo que se convierte en el elemento clave para la generación del diseño de investigación.
- *Crítico*: El análisis de interpretación de datos posee algunas peculiaridades:
 - Participación del grupo de investigación en el análisis e interpretación de datos que se realiza mediante la discusión e indagación.
 - Alto nivel de abstracción.
 - En la interpretación de datos se interrelacionan factores personales, sociales históricos y políticos.

F) Paradigmas y perspectivas de evaluación

La discusión sobre los procedimientos metodológicos para llevar a cabo el proceso de evaluación está ligada a las posturas paradigmáticas que prevalecen en los modelos de investigación. Por eso encontramos la clasificación de las perspectivas de evaluación en dos grandes categorías: cuantitativa y cualitativa.

- a. *Perspectiva cuantitativa*. La tendencia cuantitativa de la evaluación aplicada al campo educativo se basa en la aplicación de procedimientos que requieran de la medición y cuantificación de los procesos y/o productos educativos. Mediante este tipo de evaluación se utilizan procedimientos apropiados que la garanticen la mayor objetividad posible en las informaciones. Por lo general sus resultados son expresados de manera numérica y existe la posibilidad de establecer generalizaciones a partir de los datos obtenidos.

- b. *Perspectiva cualitativa.* Quienes abogan por los procedimientos cualitativos consideran a cada fenómeno educativo como algo único, el cual se encuentra condicionado por el contexto donde se produce; esto dificulta la posible generalización de sus resultados. Con este tipo de evaluación se estudian los fenómenos educativos en su contexto sociocultural y se utilizan procedimientos que permitan captarlos de manera integral.

G) Criterios de rigurosidad en la investigación

- *Positivismo:* Validez interna y externa, fiabilidad y objetividad son factores esenciales en la valoración de la investigación a la vez que determinan su calidad.

- *Interpretativo:* No existe unanimidad de posiciones en estas cuestiones. Algunos autores apoyan sus diferencias basándose en la estrecha relación entre métodos y lógica de validación, proponiendo términos más adecuados al enfoque cualitativo: credibilidad, transferibilidad, dependencia, confirmabilidad. Pero, en cualquier caso, todos los/las autores/as participan de la aplicación de técnicas propias de validación, entre los que podemos destacar la triangulación, observación persistente, réplica paso a paso, etc.

- *Crítico:* La condición esencial para que un presupuesto sea válido es la potencia de acuerdo con los otros -validez consensual-. La validez, por tanto, recae en la acción.

Según estos apartados, que contiene todo proceso de investigación, vamos a determinar las características más relevantes de las metodologías de los paradigmas de investigación de forma esquemática como queda reflejado en la siguiente tabla:

ESTRUCTURA	POSITIVISTA	INTERPRETATIVO	CRÍTICO
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	Teóricos	Percepciones y sensaciones	Vivencias
DISEÑO	Estructurado	Abierto y flexible	Didáctico
MUESTRA	Procedimientos	No determinada	Los intereses y necesidades de los sujetos determinan los grupos de investigación
TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	Instrumentos validos y fiables	Técnicas cualitativas	Comunicación personal
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	Técnicas estadísticas	Reducción Exposición Conclusiones	Participación del grupo en el análisis Fase intermedia
VALORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	Valoración interna y externa Fiabilidad Objetividad	Credibilidad Transferibilidad Dependencia Confirmabilidad	Validez consensual

Tabla 2.2. Características de los paradigmas de Investigación Educativa.

Fuente: Koetting (1984:297).

Una comparación entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa la encontramos esquematizada en la siguiente tabla:

PARADIGMA CUANTITATIVO	PARADIGMA CUALITATIVO
Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos	Aboga por el empleo de los métodos cualitativos
Positivismo lógico; ya que busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los subjetivos de los individuos	Fenomenologismo y comprensión de la conducta humana desde el propio marco de referencia y estados de quien actúa
Medición penetrante y controlada	Observación naturalista y sin control
Objetivo	Subjetivo
Al margen de los datos; perspectiva “desde fuera”	Próximo a los datos, perspectiva “desde dentro”
No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista e hipotético deductivo	Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista
Deductivo	Inductivo
Orientado al resultado	Orientado al proceso
Fiable: datos “sólidos” y repetibles	Válido: datos “reales, ricos y profundos”
Generalizable: estudios de casos múltiples	No generalizable: estudios de casos aislados
Particularista	Holístico
Asume una realidad estable	Asume una la realidad dinámica

Tabla 2.3. Comparación entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa.

Fuente: Rodríguez y Beltrán (1988).

Nuestra investigación, dada su naturaleza, se sitúa en el paradigma interpretativo. El enfoque interpretativo tiene una larga tradición en las ciencias sociales, siendo sus iniciadores los teólogos protestantes del siglo XVII. Éstos acuñan el término hermenéutica para denominar todo un sistema de interpretación de significados de la Biblia diferente del eclesiástico (Colás y Buendía, 1998). Esta metodología se extenderá a la literatura, arte, música, filología, derecho, etc. A finales del siglo XIX y comienzos del XX Dilthey, Rilckert y Weber, entre otros, tratan de difundir la tradición hermenéutica y perfeccionarla hasta convertirla en una base epistemológica alternativa a los planteamientos positivistas de las ciencias sociales.

Sin embargo, no comienza a implantarse como modelo de investigación sociológica hasta que se hacen más acuciantes las críticas al enfoque positivista en el periodo de 1960-1980 (Carr y Kemmis, 1988). Este enfoque posee una variedad de fuentes y posiciones (Jacob, 1987); la fenomenología, el historicismo y el interaccionismo simbólico constituyen algunas de las bases de esta perspectiva. Todas estas tipologías diversas se integran en torno al concepto de “*Verstehen*”-comprensión de los significados de las acciones humanas-. Colás y Buendía (1998:49) resumen los postulados en

a) La ciencia no es algo abstracto y aislado del mundo, sino que depende del contexto social, sin el cual es difícil comprender la conducta humana.

b) La conducta humana es más compleja y diferenciada que en otros seres vivos, por tanto, es imposible explicarla de la misma forma como se explican los fenómenos en las ciencias naturales. La *comprensión* se ofrece como alternativa a la explicación causal y predicción de la propuesta positivista, posibilitando entender las motivaciones de los actos humanos.

c) Las teorías son relativas, ya que cada sociedad actúa con valores propios y éstos cambian con el tiempo. Se deriva de este relativismo el cuestionamiento del criterio de validez universal, el de objetividad y el de cientificidad. Ningún método puede considerarse como definitivo y, menos aún, modelo universal.

Como hemos visto, la elección de un método de investigación no debe hallarse condicionada por la adhesión arbitraria a un paradigma. Para Cook y Reichardt (1986), el investigador no puede adherirse ciegamente a uno de los paradigmas polarizados, sino elegir libremente entre los atributos y métodos que mejor atiendan al problema de investigación con que se enfrenta.

En definitiva, asumido que *no* tiene mucha razón de ser tal dicotomía, y ateniéndonos a las características y postulados descritos hasta ahora, estableciendo un *continuum* de lo cuantitativo a lo cualitativo, nuestra investigación se situaría en ambos, ya que a través de la metodología llevada a cabo, y que posteriormente explicaremos, contamos con datos de tipo tanto cualitativo como cuantitativo. Atendiendo a la siguiente figura, hemos utilizado Metodología cuantitativa, Método no experimental de tipo predominantemente descriptivo.

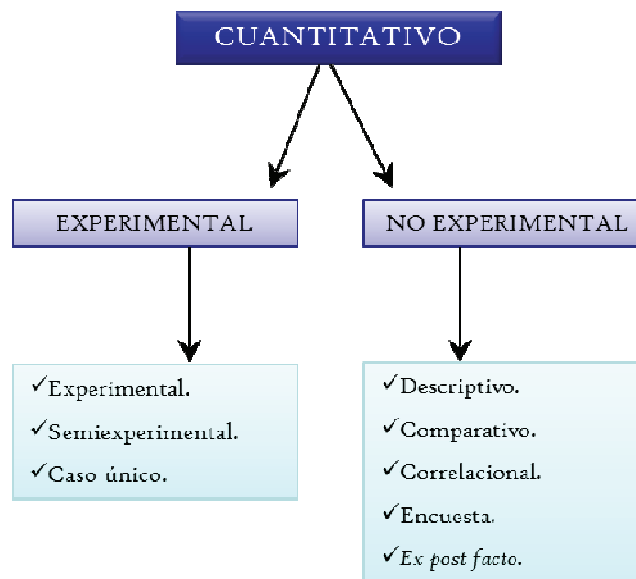


Figura 2.1. Modalidades de Investigación cuantitativa.
Fuente: McMillan y Schumacher (2005:37).

Respecto a la investigación cualitativa LeCompte proporciona una definición amplia y poco precisa de lo que entiende por ella:

“se define de forma poco precisa como una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeo casetes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos” (LeCompte, 1995).

Por nuestra parte, compartimos la tesis de Pérez Serrano (2000:29) cuando postula que:

“La investigación cualitativa no hace referencia tan sólo a cierta forma de plantear problemas, de recoger datos y tratarlos, sino a determinados enfoques o formas de producción o generación del conocimiento científico, que se fundamentan en concepciones teóricas y epistemológicas concretas”.

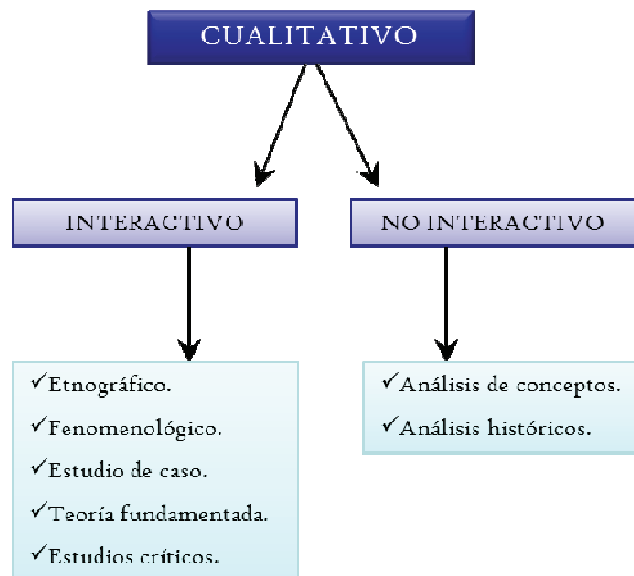


Figura 2.2. Modalidades de Investigación cualitativa.
Fuente: McMillan y Schumacher (2005:37).

Partiendo de este paradigma interpretativo y de la escasa investigación existente sobre el tema de la Educación para la muerte y la Pedagogía de la Finitud, hemos decidido utilizar métodos descriptivos para acercarnos a nuestro objeto de estudio. Colás y Buendía (1998) afirman que los métodos descriptivos tienen como principal objetivo describir sistemáticamente hechos y características de una población dada o área de interés de forma objetiva y comprobable.

Para Fox (1981), estos métodos desempeñan un papel importante en la ciencia al proporcionar datos y hechos, e ir dando pautas que posibilitan la configuración de teorías. Se trata de un referente básico para la construcción del conocimiento científico; en palabras de Mateo Andrés (2009: 197):

“La investigación en su forma más elemental trata sobre la descripción de fenómenos naturales o debidos a la acción del hombre, así analizar su forma, acción, cambios producidos por el paso del tiempo, similitudes con otros fenómenos, etc., ha constituido a lo largo de la historia el primer paso para conocer de forma sistemática la realidad y debe ser considerada como de vital importancia en los procesos de construcción del conocimiento; está sin duda en la base de muchos logros científicos”.

Los métodos descriptivos resultan muy apropiados en determinados campos educativos facilitando, según Van Dalen y Meyer (1981):

- a) Recoger información factual que describa una determinada situación.
- b) Identificar problemas.
- c) Realizar comparaciones y evaluaciones.
- d) Planificar futuros cambios y tomar decisiones.

Como principales virtualidades de estos métodos podemos reseñar la posibilidad de proveer información básica para la toma de decisiones y aportar conocimientos sobre situaciones, actitudes y comportamientos en el ámbito educativo. Respecto a las características y modalidades de los métodos descriptivos, nos encontramos con tres características específicas que los definen (Bartolomé, 1984):

- I. Utilizan el método inductivo.
- II. Hacen uso de la observación como técnica fundamental.

III. Tienen como objetivo descubrir hipótesis.

La denominación de métodos descriptivos engloba toda una variedad de métodos específicos que participan de objetivos y procedimientos científicos comunes. Colás y Buendía (1998) identifican cuatro tipos básicos de métodos descriptivos:

a) Los estudios tipo encuesta o “*Survey*”, orientados a la descripción de una situación dada.

b) Los estudios analíticos en los que el fenómeno es analizado en términos de sus componentes básicos.

c) Los estudios observacionales caracterizados porque la información es recogida de forma directa de los sujetos observados y no mediante respuesta de ellos.

d) Los estudios sobre el desarrollo que tienen como principal objetivo investigar patrones y secuencias de desarrollo y/o cambio como una función del tiempo.

Buendía (1999), amplía los diversos estudios que pueden calificarse como investigaciones descriptivas:

1. Estudio de casos
2. Encuestas
3. Estudios de tipo evolutivo
4. Estudios de seguimiento
5. Análisis documental
6. Análisis de tendencias
7. Estudios de correlación

Los datos descriptivos pueden ser de esta forma, tanto cuantitativos como cualitativos. En nuestro caso hemos combinando ambos tipos de datos.

Para concluir, siguiendo el esquema propuesto por Bisquerra (2009:35), encontramos que nuestra investigación pretende obtener conocimiento básico, a través de descubrir conclusiones generales mediante la vía inductiva y para ello hemos utilizado métodos predominantemente descriptivos.

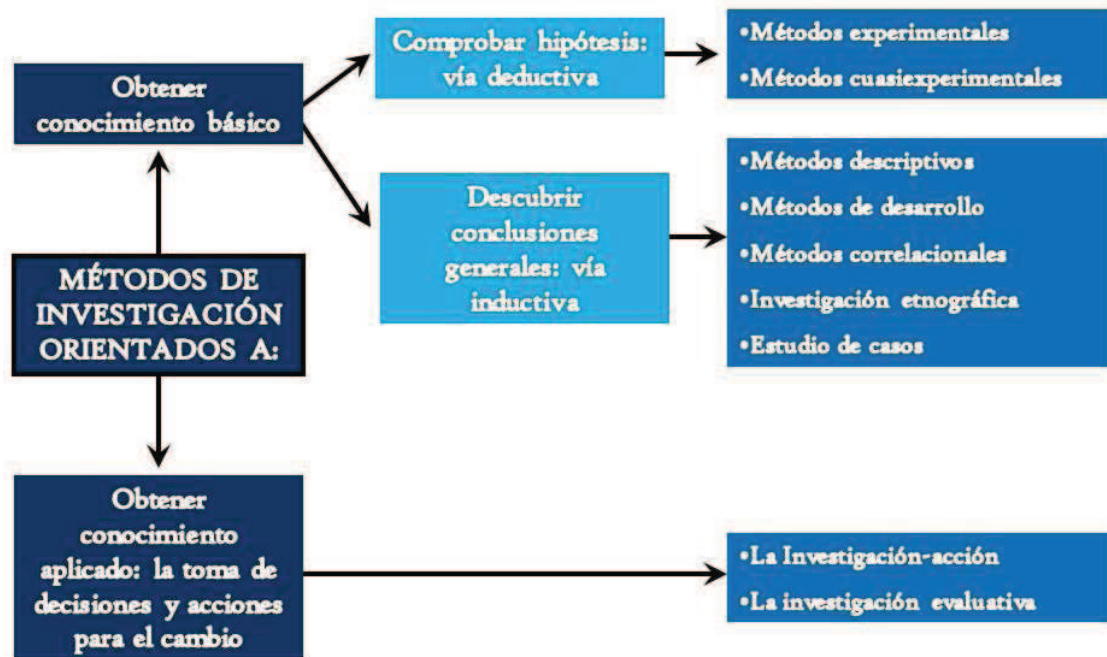


Figura 2.3. Métodos de investigación.
Fuente: Bisquerra (2009:35).

2.1.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE CORTE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Como ya comentábamos anteriormente, hemos apostado por la utilización de métodos descriptivos y por la complementariedad de las metodologías cuantitativa y cualitativa, ya que creemos que la triangulación entre-métodos supone un enriquecimiento al facilitar una aproximación múltiple y diferenciada a la realidad social para poder conocerla efectivamente en su totalidad.

En nuestro trabajo de investigación hemos utilizado una metodología de corte cuantitativo, a través de un cuestionario, y una metodología de corte cualitativo, desarrollada a través de entrevistas a informantes clave y grupos de discusión.

En este sentido, hemos tenido especial cuidado en la idoneidad, con sus potencialidades y debilidades, de realizar una investigación de las características que venimos describiendo, intentando no perder con ello un ápice de rigurosidad y coherencia. En verdad, si concebimos que un método es la guía que nos lleva a un determinado escenario, a la hora de plantearnos un diseño metodológico, hemos de tener muy claro el propósito que pretendemos conseguir con nuestra investigación, puesto que diferentes propósitos pueden demandar diferentes estrategias metodológicas.

En primer lugar hablaremos de los pasos que debemos seguir para poder elegir la técnica adecuada a cada momento:

- Seleccionar el grupo, colectivo o sector poblacional que se quiere estudiar.
- Segmentar los planos o niveles que se van a estudiar: socioeconómico, cultural, socioeducativo, histórico, físico-natural, institucional, etc.
- Priorizar los niveles de estudio que nos interesan en función de la finalidad que tengamos.
- Decidir los individuos o grupos que pueden facilitarnos la información necesaria:

○ *Testigos privilegiados o personajes claves*: personas significativas que por su capacidad de liderazgo o porque son socialmente relevantes representan un buen referente. Son informantes claves que viven en una comunidad y tienen un buen conocimiento de ella.

○ *Testigos presenciales*: personas que por su presencia habitual en la calle tiene una información actualizada de lo que está ocurriendo y conocen a muchas personas. Estos “testigos”, por determinadas circunstancias, perciben directamente información de acontecimientos relevantes de la comunidad. En muchos casos son las primeras personas que se enteran de las noticias.

○ *Instituciones*: aquellas que aportan algo interesante al estudio o aquellas que pueden colaborar en la puesta en marcha del futuro programa.

○ *Profesionales*: que aportan información ya elaborada o informan de aspectos o recursos no tenidos en cuenta por el desconocimiento previo de la realidad.

Elegir la técnica más adecuada teniendo en cuenta:

- Que sea la más adecuada para el objetivo que se persigue.
- El nivel de formación de las personas destinatarias.
- La experiencia previa en ese tipo de técnicas.
- El rigor de la técnica: que los datos que extraigan sean fiables o al menos contrastables.
- Que el lenguaje sea cercano y entendible.
- La sencillez de la misma, de forma que permita explicarla fácilmente y extraer datos con facilidad.

Sabemos que las técnicas para el análisis de la realidad se pueden clasificar en función del objetivo que pretenden conseguir y del momento de análisis en el que nos encontremos. Basándonos en la siguiente clasificación catalogaremos las técnicas según quedan recogidas en el cuadro siguiente:

MOMENTOS DEL ANÁLISIS	OBJETIVOS	TÉCNICAS
DESCRIPCIÓN	Conocer los recursos e intereses, las carencias y necesidades.	Recopilación documental Entrevistas estructuradas
	Provocar la reflexión conjunta.	Cuestionarios Observación Las Tribus
PERCEPCIÓN SOCIAL	Conocer lo que las personas piensan de su realidad.	Grupos de discusión Entrevistas en profundidad
	Analizar su situación.	Mesas redondas Contactos informales Reuniones Debates El árbol social El pictograma
INTERPRETACIÓN/ EXPLICACIÓN	Analizar por qué la realidad es así.	
	Conseguir una toma de conciencia por parte del colectivo.	Seminarios Grupos de estudio
ALTERNATIVAS: DISEÑO DE FINALIDADES	Facilitar la creatividad colectiva: generar ideas	Método Delphos Tormenta de ideas
	Diseñar un cambio en la realidad	El pasado mañana
	Formular finalidades.	Miremos el más allá
AJUSTES	Ordenar necesidades	DAFO
	Ajustar las expectativas a las posibilidades	Discusión de grupos
	Iniciar la planificación	

Tabla 2.4. Clasificación de las técnicas en función de sus objetivos.
Fuente: Cembranos, Montesinos y Bustelo (1997).

En nuestro caso, dada la complejidad de la investigación planteada, se hizo precisa la utilización de estrategias de investigación diversas, que fueron demandadas por los objetivos y las características de las tareas de investigación a abordar en cada una de las fases de la investigación. Este enfoque metodológico se encuadra dentro del paradigma interpretativo, según el cual, el investigador “*debe enfocar el mundo a través de los ojos del actor y, no suponer que lo que él observa es idéntico a lo que el actor observa en el misma situación*” (Valles, 1997).

Las técnicas derivadas de dicha metodología, han sido seleccionadas teniendo en cuenta su idoneidad con los objetivos perseguidos en la investigación, lo que nos ha posibilitado recoger los datos y la información necesarios para efectuar, posteriormente, el análisis de la realidad investigada, a partir de las variables objeto de estudio. Las técnicas aplicadas en nuestra investigación han formado un continuo cuantitativo/cualitativo. Todas ellas están orientadas, tanto a conocer *in situ* la realidad social y educativa, como conocer la percepción y la imagen que del fenómeno de la educación para la muerte o pedagogía de la finitud, tienen los actores sociales involucrados en el proceso.

En cualquier investigación cabe plantear un uso mínimo o complementario de documentos de todo tipo para dar perspectiva histórica al estudio. En nuestro caso, la utilización *de investigación documental o uso de documentación* como estrategia metodológica está, si cabe, mucho más justificada dada la peculiaridad de nuestro objeto de investigación. Pero con la sólo utilización de este procedimiento no se podía cubrir la total recogida de información, ya que teníamos planteados una serie de objetivos que no hubieran quedado investigados con la obtención de ese único tipo de datos. Razón por la cual consideremos necesario usar la complementariedad de técnicas cualitativas y cuantitativas.

Como plantea Bourdieu (1975), si renunciamos a la construcción teórica, el hiperempirismo desemboca obligatoriamente en aspectos puramente espontáneos. Es por ello necesario, al iniciar una investigación, reflexionar sobre cuál debe ser la naturaleza de la relación entre teoría y actividad empírica.

Ibáñez (1989) señala dos líneas de interrelación: la teoría respecto a la actividad empírica alumbrará la búsqueda de los datos pertinentes y será su horizonte de comprensión. No se debería caer, por lo tanto, en utilizar únicamente las técnicas cuantitativas para aproximarse a la realidad. Lo mismo cabría decir de aquellos otros investigadores que tan sólo manejan técnicas cualitativas para conseguir sus objetivos. La importancia de ambos factores para llegar a un mejor conocimiento de la realidad social que se investiga, nos lleva a afirmar que no hay un polo cuantitativo frente a otro cualitativo (Valles, 1997), sino más bien un *continuo* entre ambos.

Ello supone romper con la imagen tradicional en la que el investigador/a hacía uso de los métodos y técnicas de una manera excluyente, como ya hemos explicado anteriormente. Esto quiere decir que, en los estudios concretos, se practica de hecho una clase de estrategia, la multimétodo, a la que Denzin y Lincoln (1994) se refieren como: *“la combinación de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores en un sólo estudio se entiende mejor como una estrategia que añade rigor, alcance y profundidad a cualquier investigación”*.

Las estrategias utilizadas para la recogida de la información se han tenido en cuenta en función de los objetivos de nuestra investigación. Para alcanzarlos hemos utilizado una combinación de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas de recogida de información. Pasamos en un primer momento a describir en qué consisten cada una de estas técnicas utilizadas para la recogida de información:

A. ANÁLISIS DOCUMENTAL Y DE CONTENIDO:

El Análisis de Contenido no es una técnica cualitativa independiente, sino un paso más de las técnicas cualitativas, y ello es debido a que de una manera intuitiva no es posible analizar el contenido de un texto buscando su significado y, a partir de él, extraer inferencias o conclusiones acerca del autor/a del documento, de la realidad social a la que se refiere, la ideología que contiene... Dicho de otra manera, y en palabras de Bardin, (1996):

“El análisis de contenido es un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de la descripción del contenido de los mensajes. El objetivo o propósito es la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción con ayuda de indicadores (cuantitativos o no). Si la descripción (enumeración resumida después del tratamiento, de las características de un texto de entrevista) es la primera etapa necesaria y la interpretación (la significación acordada a estas características) es la última fase, la inferencia es el procedimiento intermedio que permite el paso de una a otra”.

Aquí el analista está obligado a transformar el texto mediante un proceso de manipulación, lo que equivale a su codificación sistemática. El Análisis de Contenido se centra en dos momentos clave:

- La codificación: reducción de las palabras del texto mediante su clasificación en un número mucho menor de categorías.
- El tratamiento de los datos clasificados: listado de palabras clave en su contexto, concordancias, clasificación de palabras en categorías de contenido, recuento de categorías de contenido, reelaboración basada en categorías y concurrencias.

Una vez efectuada la categorización y codificación de la información, tiene lugar el análisis propiamente dicho; para ello se procede al análisis de las categorías para conocer en qué contexto se usan, los elementos formales o datos de identificación que también son importantes, ya que dan idea de la relevancia dada al tema. Después se procede a efectuar las inferencias sobre la base de los resultados obtenidos.

La primera tarea de cualquier investigador, incluido el social, es conocer la documentación sobre el problema objeto de estudio; de esta forma una fase fundamental en toda investigación es el análisis de los documentos referentes al tema estudiado. Sin embargo, hay que tener en cuenta la variedad de documentos existentes, ya que su clasificación es difícil dada su abundancia y heterogeneidad. Marín Ibáñez y Pérez Serrano (1985) establecen la siguiente clasificación:

1. *Documentos impresos*: libros, artículos o periódicos que tienen un carácter verbal sin descuidar su valor gráfico o numérico. Dentro del material impreso se analizan los libros, revistas, memorias... En este sentido, los datos estadísticos tienen una importancia ineludible.

2. *Documentos de carácter icónico*: fotografías, diapositivas, filmes.

3. *Documentos sonoros*: discos, cassettes, CDs, etc.

4. *Documentos verbo-icónicos*: la televisión, el cine, el video, DVDs.

También se pueden clasificar las fuentes documentales en:

- *Fuentes Primarias* (de primer orden): son fuentes directas, las fuentes escritas las que se refieren a los textos legales, Normativas, Decretos, etc.

- *Fuentes Secundarias* (de segundo orden) cuando recopilamos documentos escritos libros, revistas, estudios, etc.

- *Fuentes Terciarias* (de tercer orden): las fuentes que comentan analizan a otras fuentes.

A pesar de la gran diversidad de fuentes documentales, la más importante es el vestigio escrito. No obstante, el documento escrito como fuente de observaciones sociales tiene carácter secundario, ya que no ofrecen los mismos fenómenos sociales que han tenido lugar, sino el resultado de percepción e interpretación por el/la autor/a, que siempre es parcial e incompleta.

El análisis de contenido en Investigación Social es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, que tiene como primer objetivo interpretarlas. Para el análisis de contenido se pueden emplear técnicas parciales pero complementarias, que consisten en explicitar y sistematizar el contenido de los mensajes y la expresión de ese contenido con indicios cuantificables o no. Todo ello con la finalidad de efectuar deducciones lógicas y justificables concernientes a la fuente o a los efectos de los mensajes.

B. CUESTIONARIO:

El cuestionario según Asensi Díaz (1989) es un tipo de test o prueba que consiste en presentar al sujeto una lista de preguntas que, generalmente, se responde por escrito y que se refieren a: datos personales, opiniones, gustos, intereses, comportamientos diversos, sentimientos, actitudes, etc. Los resultados son analizados estadísticamente y permiten cuantificar los rasgos o dimensiones exploradas.

Las encuestas, entendidas en su sentido amplio, incluyen tanto los estudios que utilizan como técnica de recogida de datos un cuestionario, como los que se realizan mediante entrevistas. La denominación de encuesta y cuestionario suele utilizarse para referirse al mismo procedimiento. Aunque algunos investigadores reservan el concepto “encuesta” para referirse, bien al procedimiento para las distintas fases que tienen lugar hasta la presentación definitiva del cuestionario, bien para referirse a sus aplicaciones temáticas (encuesta por muestreo, sondeo o encuesta de opinión), dejando la noción de “cuestionario” para el formulario definitivo que se les administra a los sujetos.

El Cuestionario se puede entender como un listado de preguntas por escrito, que se pasa a un número importante de personas y que permiten extraer conclusiones que pudieran generalizarse si la muestra es suficientemente grande y representativa de la población. Es una técnica de recogida de información que permite la obtención masiva de datos difíciles de conseguir por otros medios. Por lo tanto, es un instrumento básico en investigación y posiblemente el más empleado. Se le considera una entrevista formalizada y la sustituye cuando no se puede entrevistar a un gran número de personas.

El proceso para elaborar un cuestionario es muy similar al que se sigue para realizar una entrevista, aunque el medio para extraer y analizar los datos suele ser la tabulación. En la elaboración del cuestionario se debe cuidar mucho la redacción y el lenguaje utilizado, que ha de ser normalizado, claro, concreto y adecuado al ambiente y contexto de la población objeto de la investigación.

Las preguntas pueden ser “Cerradas” (dicotómicas, de elección múltiple en abanico, de elección múltiple de estimación) o “Abiertas”: la proporción de preguntas abiertas en un cuestionario deberá disminuir a medida que aumenta el número de encuestados, ya que la tabulación puede dificultar la codificación.

Algunas sugerencias a tener en cuenta a la hora de elaborar un cuestionario, según Barquín Fernández (1992) son:

- Las preguntas cerradas deben contemplar todas las posibles respuestas.
- Evitar inducir al encuestado/a en una determinada respuesta.
- Las preguntas generales se situarán al principio y se irán concretando a lo largo de la encuesta.
- Es conveniente incluir alguna pregunta dos veces, pero formulada de manera distinta para detectar el grado de coherencia y veracidad de las respuestas. Y a su vez no repetir preguntas parecidas de las que se obtengan la misma información.
- No excedernos en el número de preguntas.

Los cuestionarios suelen tener tres apartados claramente diferenciados: contexto, datos personales y opiniones; los dos primeros suelen ser muy breves y siempre que sean pertinentes con el objeto de investigación. Las preguntas abiertas, aunque son las que más dificultades entrañan a la hora de tabular, nos pueden aportar mayor información a la investigación, ya que pueden aparecer aspectos no previstos.

La elección de esta técnica de recogida de información se fundamenta básicamente en las ventajas ofrecidas para aproximarnos a nuestros objetivos, ya que el cuestionario destaca por:

1. Su adecuación para obtener información muy diversa de un conjunto amplio de personas dispersas geográficamente.

2. Elevado grado de fiabilidad (estabilidad y consistencia en la mediciones obtenidas), facilitada por el enunciado de las preguntas y por las alternativas de respuesta.

3. Permite la comparación de la información obtenida según diversos patrones.

4. Permite la generalización de resultados, según la fundamentación matemática y muestral.

Estas ventajas no pueden hacernos olvidar las desventajas y limitaciones que también presenta esta técnica de investigación:

1. La información obtenida es restringida a la que nos aporta un individuo en función del esquema ofertado por el/la investigador/a.

2. La presencia del/la investigador/a provoca efectos reactivos en las respuestas.

3. La carencia de referentes contextuales y vitales de los individuos limita las interpretaciones de resultados obtenidos.

4. Es imprecisa a la hora de estudiar los lazos de causalidad.

5. La aleatoriedad de la muestra siempre se ve mediatizada por la mayor o menor accesibilidad a determinadas categorías de individuos (por razones físicas o sociales).

C. ENTREVISTA:

Herrera Menchén (1998) describe la entrevista como una formulación de preguntas que permite conocer datos sobre un aspecto concreto. La entrevista se define como un proceso de comunicación programada, en el que las personas ofrecen explicaciones sobre sus conductas y acciones para reflexionar sobre sus prácticas, hechos y fenómenos.

Según Ruiz (1996:76) la entrevista directa y en profundidad, es *“el método de recoger información en el que se utiliza una conversación sistemática en la que el investigador, utilizando la técnica mayéutica, ayuda y colabora con el actor a que este reproduzca la realidad social tal y como ha sido producida”*. La entrevista constituye una relación entre dos o más personas, es una vía de comunicación bidireccional y requiere unos objetivos prefijados.

Los tipos de entrevista, según su nivel de estructura, pueden ser:

- Entrevista Abierta: son no estructuradas, no directivas y tiene como objetivo la recolección de información, indagar en un tema, buscar preguntas guías y comprender perspectivas. Pueden ser útiles para estudiar Historias de vidas, Aprendizajes de acontecimientos que no se pueden observar y para estudiar un número grande en un lapso breve. Permite que la gente hable, hay que saber dinamizar, requiere prestar atención y suele utilizar como registro las grabaciones.

- Entrevista Semiestructurada: se trata de un guión previo pero abierto, que se enseña al entrevistado, y el objetivo es recoger información para explorar un determinado campo. Se plantea como una entrevista estructurada que deja margen al entrevistador/a para proceder en ocasiones fuera del guión preestablecido.

- Entrevista Cerrada: es estructurada y estandarizada, con preguntas cerradas cuyo objetivo es describir, buscar respuestas concretas, medir, cuantificar. Un ejemplo de este tipo de entrevista lo constituyen los cuestionarios. En la entrevista cerrada se pretende no dejar nada al azar, y puede ser un cuestionario dirigido oralmente a muestras más amplias.

Según el grado de formalidad, la entrevista puede clasificarse en formal y no formal:

- Entrevista formal: es realizada previa invitación y cita, con plena consciencia de ser entrevistados.

○ Entrevista informal: diálogo con personas de un grupo de estudio cuya información se registra a posteriori y se utiliza sobre todo en investigaciones etnográficas. Tiene el carácter de conversación informal.

Se tenemos en cuenta el número de entrevistados, las entrevistas pueden numerarse en los siguientes tipos:

- Entrevistas individuales.
- Entrevistas en grupo: se reúne a un número de personas en un espacio para que expresen sus opiniones, revelen sus actitudes o manifiesten sus conductas.
- Entrevistas de grupo: se efectúa entre los miembros de un grupo pero sin reunirlos en un espacio físico y sin interacción entre ellos.
- Entrevistas con grupos: las personas investigadas adquieren el papel de coinvestigadores además de cosujetos investigados.

El proceso para elaborar y realizar una entrevista puede ser el siguiente: Definir los aspectos o variables que se desean conocer; Elaborar las preguntas correspondientes a cada aspecto que se desea conocer, con las mínimas preguntas necesarias para recoger el máximo de información posible; Planificar el tiempo y el lugar adecuado para desarrollarla; Preparar los medios para la recogida de datos, como grabadora u otros; Fijar un tiempo máximo que se le comunica al entrevistado con antelación; Realizar y transcribir la entrevista; Analizar y Elaborar conclusiones.

Según Alonso (en Delgado y Gutiérrez, 1994):

“La entrevista, por tanto, es una variedad especializada de conversación, como interacción estereotipada de las posiciones de poder lingüístico y social – el entrevistado siempre tiene la potestad de orientar la entrevista en función de sus intereses – que se plasman en un pacto o contrato implícito o explícito de comunicación”. Ahora bien, la excesiva ambigüedad o la constante reorientación de estas pautas discursivas crea un status conversacional variable e indeterminado y, por consiguiente, poco utilizable como entrada relevante en el marco de una investigación. Por el contrario el abuso de la situación de supuesto poder del entrevistador – dentro de esa conversación – puede provocar inmediatamente la ruptura del pacto y crear la imposibilidad misma de comunicar”.

A la hora de realizar entrevistas para analizar una situación desconocida sería aconsejable que nos encontramos con un mínimo marco pautado que constituya un guión temático previo, que recoja los objetivos de la investigación y focalice la interacción, pero tal guión no está organizado ni estructurado secuencialmente.

Se trata de que en estos primeros momentos de recogida de información durante la entrevista, la persona entrevistada produzca información sobre todos los temas que nos interesan, pero no de ir inquiriendo sobre cada uno de los temas en un orden prefijado. El objetivo es crear una relación dinámica en que, por su propia lógica comunicativa, se vayan generando los temas de acuerdo con el tipo de sujeto que entrevistamos, arbitrando un primer estímulo verbal de apertura que verosímilmente sea el comienzo de esa dinámica que prevemos.

En este sentido, las entrevistas abiertas pueden servir complementariamente a los grupos de discusión, porque en éstos lo que obtenemos son siempre representaciones de carácter colectivo, no individual.

D. GRUPO DE DISCUSIÓN:

Según expone Bas (2002), los grupos de discusión se enmarcan en la investigación cualitativa y en la metodología de investigación-acción, como un proceso activo y riguroso de indagación dirigida, orientada a la práctica y que requiere la presencia de un grupo.

El grupo de discusión está constituido por personas que interaccionan entre sí, tienen conciencia de pertenencia y de compartir objetivos comunes, las relaciones que se establecen producen cambios en ellos, las ideas y pensamientos que se expresan promueven a la reflexión individual y colectiva, promoviendo la escucha activa. Aportan ideas y conocimientos sobre conceptos, actitudes, valores y opiniones de los participantes mediante la formulación de preguntas abiertas que promuevan la participación y la observación mediante la discusión grupal. La calidad de las preguntas influye en el éxito del grupo de discusión.

En este sentido, el grupo de discusión no nace, sino que se hacen perteneciendo e interviniendo en él y requieren ciertas habilidades para progresar y mantenerse. Los grupos pasarían por diferentes etapas, desde la inmadurez e independencia a la madurez y dependencia.

La iniciativa en la formación de grupos de discusión puede tener un carácter institucional o privado, individual o de un grupo de la comunidad y en cualquier caso debe contar con personas formadas para llevar a cabo la investigación con rigor. Deben establecer unas normas básicas de organización y funcionamiento que favorezcan el proceso de discusión, en relación con los objetivos marcados, en relación a los participantes y al grupo, en relación a los espacios y tiempos.

El proceso de investigación con Grupos de Discusión supone contar con:

- a) Diseño
- b) Estructura y formación del grupo de discusión
- c) Proceso de funcionamiento del grupo
- d) Interpretación y análisis del discurso del grupo

Se pueden utilizar los Grupos de Discusión en los tres momentos de una investigación, de acuerdo con los principios de investigación acción:

1. Al Inicio: Recoger Información; Valorar las Necesidades, conocer su Viabilidad; Descubrir la naturaleza de la toma de decisiones de las personas.

2. Durante la Intervención: Búsqueda e incorporación de nuevos participantes para los programas que se están desarrollando; Evaluar la eficacia de programas que están en marcha.

3. Posteriores a la Intervención: Valorar los efectos de una intervención; Evaluaciones aditivas o convergentes; Retroalimentación.

Canales y Peinado (1994) indagan en el discurso social que se genera en los grupos de discusión. Para ellos;

“Si el discurso social se halla diseminado en lo social mismo, el grupo de discusión equivaldría a una situación discursiva, en cuyo proceso este discurso diseminado se reordena para el grupo. El grupo actuaría así como una retícula que fija y ordena, según criterios de pertinencia, el sentido social correspondiente al campo semántico concreto en el que se inscribe la propuesta del prescriptor.” (...) Si el universo del sentido es grupal (social), parece obvio que la forma del grupo de discusión habrá de adaptarse mejor a él que la entrevista individual, por abierta (o en profundidad) que sea”.

Respecto a la “muestra” que aquí nos ocupa, no responde a criterios estadísticos, sino estructurales; no atendemos a la extensión de las variables entre la población objeto de estudio, ni nos interesa tomarlas como términos o elementos. Por el contrario, esta “muestra” obedece ya a relaciones. Buscamos tener representadas en nuestro estudio determinadas relaciones sociales; aquellas que en cada caso se hayan considerado pertinentes a priori.

La manera concreta de resolver el diseño de los grupos de discusión comienza por pensar qué “tipos” sociales queremos someter a nuestra escucha (jóvenes o adultos; jóvenes trabajadores o estudiantes; obreros, clases medias, etc.), cada uno de los cuales representaría una variante discursiva. Habitualmente, se emplean variables sociodemográficas (sexo, edad, status y población) conjugadas con atributos pertinentes para el estudio de que en cada caso se trate (que consuman tal o cual producto, o que no lo consuman; que pertenezcan a tal o cual ideología, etc.).

Si en vez de pensar la composición de los grupos de manera concreta, partimos de atributos desagregados (como por ejemplo: sexo, edad, clase social, población y otros atributos específicos dependientes de los objetivos particulares del estudio), y luego nos dedicamos a cruzarlos para configurar cada grupo, probablemente no consigamos sino multiplicar exponencialmente el número de escenarios. Hay que tener en cuenta que, en el diseño de esta técnica, cada variable que introduzcamos depende de todas las demás con lo que pudiera darse el caso de que así definimos finalmente grupos cuyos participantes serán difíciles de encontrar, y aún grupos que no responden a la realidad social.

Hay, no obstante, una norma que conviene seguir al pie de la letra: los grupos, todo grupo individualmente considerado, ha de combinar mínimos de heterogeneidad y de homogeneidad.

Mínimos de homogeneidad para mantener la simetría de la relación de los componentes del grupo. Mínimo de heterogeneidad para asegurar la diferencia necesaria en todo proceso de habla. El límite de la heterogeneidad lo constituyen las relaciones sociales de exclusión (la barrera que separa a los agentes sociales).

El tamaño del grupo de discusión se situaría entre los cinco y los diez actuantes. Esos son los límites mínimo y máximo entre los que en un grupo de discusión funciona correctamente. Se trata de una característica espacial que afecta a la dinámica del grupo.

Respecto al espacio físico donde desarrollar el grupo de discusión, lo aconsejable es contar con la presencia de una mesa, ya que potencia el grupo de trabajo. A su vez, la mesa es recomendable que sea redonda, ya que inscribe a los actuantes en un círculo que mira hacia su centro; facilita espacialmente la comunicación, pues el centro físico es el centro del grupo, y cada actuante equidista de él.

El texto producido por los grupos de discusión es registrado en cinta magnetofónica y/o en video. Esto permite la transcripción de los componentes lingüísticos. El video registra también los componentes secundarios kinésico y proxémico. Estos últimos no añaden realmente gran cosa a un análisis que es principalmente de carácter semántico. En determinadas ocasiones, permiten reconstruir el sentido de algunas locuciones que, de otro modo, permanecería oscuro. El registro cumple dos funciones: por un lado, recoge el texto en toda su extensión y literalmente, de modo que el análisis puede operar sobre este material bruto, sin ningún filtro intermedio. Por otro, viene a objetivar la dimensión de trabajo del grupo.

Respecto a la duración normal de un grupo de discusión oscilará entre los sesenta minutos y las dos horas. En cuanto a la dinámica del grupo de discusión debemos hacer una intervención inicial donde se incluyan los siguientes componentes:

- a) El tema se debe enunciar de modo general pero haciendo un encuadre.
- b) Se debe realizar también un encuadre técnico de un modo conciso pero suficiente.

c) La infatuación narcisista del grupo, que comienza con el agradecimiento por la asistencia, y se retoma más adelante al hacerles ver la importancia de sus opiniones para el buen curso de la investigación.

Una intervención inicial tipo, podría ser algo como lo que sigue: *“Buenas tardes. Antes de comenzar queríamos agradecerles su asistencia. Les hemos convocado para hablar de sobre la educación para la muerte; estamos llevando a cabo una investigación sobre este tema en la universidad, y para ello estamos realizando diversas reuniones como ésta, en las que se trata de que ustedes discutan sobre el tema, como en una mesa redonda, abordándolo inicialmente desde la perspectiva que les parezca más relevante u oportuna. Después iremos concretando los diversos aspectos que vayan apareciendo espontáneamente y otros de interés para el estudio. Como comprenderán, para esta investigación es de capital importancia que sometan a discusión aquí sus opiniones, y que comenten todo cuanto se les ocurra sobre el tema”*.

La primera intervención del prescriptor/a habrá de conllevar, por tanto, el establecimiento de un estatuto legal para el grupo. La legitimidad de la palabra del grupo, y de cada uno de sus miembros procede, decimos, del prescriptor. Este enuncia una demanda que contiene el reconocimiento del valor de la palabra de los allí reunidos. Reconocimiento que es mutuo.

Cuando el prescriptor/a concede valor a la palabra del grupo, está sosteniendo el narcisismo indispensable para que aquella se exprese. El prescriptor/a no sabe, ya que no saber es requisito indispensable para la escucha. El que sabe no tiene nada que escuchar. Por grande que sea el conocimiento previo que el investigador posea sobre un tema determinado, no sabe. Y no sabe porque de lo que ha de saber es del texto que allí habrá de producirse. Y si no se ha producido, aún no sabe. En este sentido, el prescriptor/a no puede querer situarse por encima del grupo y ocupar el lugar del Saber, teorizando en exceso o interpretando constantemente. Esta actitud es siempre perniciosa. El prescriptor/a no está en posición simétrica con el grupo, pero tampoco puede planear sobre él (Corbetta, 2004). Por ello, el prescriptor/a tiene que intervenir durante la sesión de diferentes formas:

a) Operando como motor del grupo. Esto implica que ha de fomentar las relaciones simétricas, la igualdad de los miembros.

b) Intervenir como testigo del encuadre, no permitiendo que los discursos vaguen por caminos ajenos a él.

c) Por último, interviniendo en los nudos del discurso. Bien requiriendo el completamiento de determinados argumentos, bien, señalando aquellas contradicciones en el texto, que el grupo no aborde espontáneamente. Pero también abriendo temas conexos e, incluso, interpretando. La interpretación, con todo, es siempre peligrosa, pero supone una posición de Saber exterior al propio discurso. Si el grupo la acepta, puede continuar operando con ella. Pero si no lo hace, se puede abrir una brecha entre el grupo y el prescriptor/a.

Todas estas intervenciones tienen también su regla formal. Deben hacerse mediante enunciados que no hagan presente la subjetividad del investigador/a, que en el grupo ha de ser antes que un sujeto (que posee su propio deseo, sus opiniones, sus creencias, etc.), una función.

E. OBSERVACIÓN:

Para Buendía (2002), la observación es una técnica de recogida de información tanto cualitativa como cuantitativa, que puede ser complementaria y no excluyente, por lo que es un proceso riguroso de investigación que permite describir situaciones y/o contrastar hipótesis, siendo un método científico de indagar en una realidad para actuar sobre ella. Cualquier tipo de observación debe responder a los siguientes aspectos: objetivo y propósito de la investigación, lugar y fecha, descripción de participantes, factores desencadenantes o consecuentes de las conductas, frecuencia y duración del comportamiento observado, procurar la descripción sin carga emotiva del investigador/a o en su caso ser consciente de las interpretaciones subjetivas. Se establecen diferentes tipos de observación según el criterio que se tome de referencia:

○ Según el grado de precisión científica de las observaciones nos encontraríamos con tres tipos:

✓ Observación no sistematizada, ocasional o no controlada: es la que no se planifica, la que solemos hacer en la vida diaria en el transcurso de una actividad o trabajo. El observador/a parte de ideas muy generales y los tipos de registros pueden ser: “in situ” (notas de campo, registros anecdóticos) y “a posteriori” (el diario). Como métodos de apoyo: grabadoras, cámaras...

✓ Observación sistematizada o controlada: muestra una mayor precisión, pretendiendo describir con exactitud determinados elementos de la conducta; y supone haber estudiado previamente la realidad que vamos a observar con el fin de determinar los datos que vamos a recoger, a través de hoja de registro, su clasificación y categorización (sistemas de categorías, lista de control, escala de estimación). Puede ser una “observación preparada”, determinando un campo, o una “observación equipada” cuando utilizamos instrumentos como test, cuestionarios, etc.

✓ Observación muy sistematizada: se estructura en variables de comportamiento, indicadores y categorías de observación definidas con mucha precisión, y en torno a ellas el resto de observaciones relevantes, al ser tan sistematizada y rigurosa corremos el riesgo de deformar lo que vamos a observar.

○ Según el objeto de la observación:

✓ Observación documental: la que se realiza analizando los documentos históricos y actuales que recogen y reflejan fenómenos y datos de interés social;

✓ Observación mediante encuesta: como interrogatorio a los sujetos que participan en la investigación mediante cuestionarios, entrevistas, etc.

✓ Observación directa: cuando describimos los hechos que ocurren en la realidad sin manipulación alguna.

○ Según el grado de participación del observador/a:

✓ Observación externa o no participante: el observador/a no pertenece al grupo objeto de estudio, investiga no actúa, no hay contacto ni interacción entre el observador/a y el observado/a, es decir, el observador/a se centra exclusivamente en observar los acontecimientos y tomar notas de lo ocurrido al mismo tiempo.

Como desventaja señalamos que la presencia del observador/a en el lugar puede provocar cambios en los comportamientos de los sujetos y dificultar de este modo la validación de los resultados obtenidos. Este tipo de observación puede ser “externa y directa” cuando se trata de un contacto directo con la realidad y observación “indirecta” cuando podemos encontrar los datos en fuentes documentales.

✓ Observación interna o participante: es un proceso en el que el/la observador/a comparte las actividades y circunstancias de los sujetos que está observando mediante un contacto directo. Es la más utilizada por los/las investigadores/as sociales en sus trabajos de campo para recoger información sobre múltiples aspectos, y se suele complementar con otras técnicas como fuentes documentales, diarios, historias de vida, estudios de casos, etc. para obtener los datos necesarios en una investigación.

✓ Auto-observación: el/la observador/a es a la vez sujeto y objeto, observa y es un elemento del conjunto observado; debe procurar distanciarse de su propio proceso para analizar desde un punto de vista más objetivo.

Dentro de la técnica de la Observación podemos utilizar instrumentos para la recogida de datos como son: *listas de control*: listado de rasgos, operaciones o secuencias de acción que el investigador utiliza para registrar su presencia o ausencia como resultado de la observación; *escalas de estimación*: se registra el grado o intensidad con el que el observador percibe la presencia del rasgo; y *escalas de actitudes*: para conocer el grado en que se muestran determinadas actitudes.

F. DIARIO/NOTAS DE CAMPO:

Son notas improvisadas, pretenden dar cobertura a las notas memorísticas del observador/a. El hecho ha de ser muy significativo y distante a la realidad del observador/a para que éste pase a ser un dato de la memoria inmediata a la memoria a largo plazo. Por ello es importante su registro inmediato, son necesarios en todas las situaciones y durante todo el proceso de observación participante.

Los detalles en las situaciones observadas pueden ser relevantes para la comprensión del fenómeno: si no los registramos no habrán existido. Las anotaciones no pueden registrarse a la vez del suceso porque pueden modificar la observación, pero habrá de registrarse en el plazo de tiempo más inmediato. Para ello podemos emplear un cuaderno de notas de bolsillo. Las notas de campo responden a la necesidad metodológica de delimitar y clasificar de acuerdo al valor de los datos observados. De acuerdo a la naturaleza del dato, se clasificará en notas metodológicas: sobre conductas grupales o normas sociales; notas descriptivas: datos a través de los cuales se llega a comprender las situaciones; notas analíticas: para su construcción requiere del análisis de las notas metodológicas y descriptivas, son la base de conclusiones y reflexiones.

Después de analizar los paradigmas de investigación y atendiendo a la naturaleza del trabajo desarrollado en esta Tesis Doctoral, adoptaremos el paradigma interpretativo y, en función de los objetivos de la investigación, utilizaremos igualmente métodos descriptivos, teniendo en cuenta la complementariedad de metodologías cualitativa y cuantitativa.

2.2. DISEÑO Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez han quedado definidos los objetivos de la investigación y conocidos los principios que asumimos en nuestro planteamiento metodológico, el siguiente paso es describir el diseño de investigación.

Afirmaremos de entrada que mientras que en la metodología cuantitativa los pasos vienen marcados por una secuencia de tipo temporal y la ejecución de uno de ellos requiere haber concluido el anterior, en la de tipo cualitativo se producen una serie de interacciones, de forma que a lo largo del proceso se pueden generar transformaciones en los objetivos que marcan la investigación (García Llamas, 2003).

Por ello, en nuestro caso, el diseño de la investigación se ha caracterizado por ser, en una primera fase del proceso investigador lineal, para posteriormente convertirse en un proceso *flexible, emergente y cíclico*, estando abierto a modificaciones en función de su desarrollo y en las diferentes fases de realización de la Tesis. Debemos indicar que el proceso no estuvo cerrado previo a la recogida de datos, sino que ha estado abierto durante el curso de la investigación. Se decidieron las técnicas y métodos a emplear conforme se avanzaba en la información.

De esta forma, podemos afirmar que el diseño de la investigación ha seguido un proceso cíclico. Ese proceso cíclico, se puede justificar mejor si tenemos en cuenta, que desde que se empezó a investigar en esta temática hasta el depósito de esta Tesis Doctoral han transcurrido diez años. En ese tiempo se han producido diferentes modificaciones y adaptaciones en los objetivos y la metodología empleada, se ha revisado cada cierto tiempo la bibliografía de las diferentes temáticas que componen la Tesis, se ha incorporado de forma directa en la asignatura de Educación para la Salud el tema de la Pedagogía de la Muerte y la Finitud, incluyéndose las aportaciones que estudiantes y compañeros han realizado, etc.

En definitiva, hemos realizado una serie de acciones e intervenciones que van allá de un proceso estrictamente investigador. Se ha producido un proceso emergente en sí mismo, donde las diferentes fases de la investigación han ido surgiendo y modificándose en función de las necesidades científicas.

El proceso investigador nos ha llevado a continuas revisiones y modificaciones en los pasos previos, de modo que hemos ido ajustando el trabajo a los nuevos elementos y datos obtenidos. Con respecto a las fases de nuestra investigación podemos determinar que han sido básicamente cinco:

En un primer lugar, partimos del *problema* observado: la muerte se configura como un hecho actualmente ocultado e ignorado en nuestra sociedad y más concretamente en el sistema educativo, aunque nosotros considerábamos que el tema tiene un potencial educativo extraordinario. Por ello empezamos a investigar cómo se aborda el tema de la muerte desde diferentes perspectivas: médica, psicológica, social, religiosa, filosófica, ética y educativa.

Este enfoque multidisciplinar nos permitía una visión poliédrica del objeto de estudio, la muerte, y nos configuraba *per se* diferentes temas de investigación, lo que aumentaba la complejidad de análisis y suponía una inversión de tiempo mayor en esta fase.

Una vez traducido el problema en diferentes temas de investigación; lo que constituyó el Estado de la cuestión sobre la muerte desde diferentes perspectivas y su relación con la Educación para la Salud, nos planteamos los objetivos de la misma. Esa tanda de objetivos estaban directamente relacionados con ese estado de la cuestión.

En esa primera labor investigadora se puso de manifiesto que efectivamente no había estudios ni constatación de experiencias en el ámbito educativo sobre esta temática, por lo que podíamos afirmar que ésta era una temática ignorada en los centros educativos y de formación del profesorado. A su vez, nos planteamos que queríamos cambiar este hecho y comenzar a educar a los futuros/as maestros/as, educadores/as, pedagogos/as, psicopedagogos/as, en definitiva a los agentes socioeducativos en general, implicados de alguna forma en el ámbito educativo. Esto nos llevó a introducir la temática de la educación para la muerte, igual que se habían incorporado otras temáticas como las drogas, la sexualidad, los trastornos de la alimentación,... en la asignatura Educación para la Salud.

Como profesores universitarios, creemos que este tipo de educación se debe realizar desde la Universidad, como medio de adquisición y creación de conocimientos para su aplicación práctica en ámbitos formales o no formales.

Sabemos que los estudiantes que se formen en la Universidad empezarán a trabajar y aplicar sus conocimientos en ámbitos educativos como pedagogas, maestras o educadores ya preparados para abordar el tema y dispuestos al cambio, lo que establecerá a su vez un cambio a nivel social, ya que habrá personas dispuestas a hablar de esta temática y abordarla desde el conocimiento y no desde el rechazo, la negación o la tabuización. Por ello, en el año 2006 empezamos a impartir formación puntual a los estudiantes universitarios de las titulaciones de Educación Social y Trabajo Social. Ésta la podemos considerar como la segunda fase de nuestro proceso investigador.

Posteriormente, nos planteamos si los estudiantes (de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide), sobre todo aquellos que no cursaban la asignatura de Educación para la Salud, también podrían estar interesados en recibir formación en esta temática y si sería para ellos útil como futuros profesionales. A partir de esta cuestión, nos planteamos una serie de objetivos empíricos que se tradujeron en la elaboración de un cuestionario y grupo de discusión para los estudiantes, y una entrevista para el profesorado relacionado con el ámbito de Educación para la Salud.

Nuestra forma de entender la investigación nos encuadró en un paradigma y una metodología concreta, y a partir de ahí comenzamos lo que sería la tercera fase: elaboración del marco metodológico, elaboración y validación de instrumentos y, finalmente, recogida de la información.

En la cuarta fase, reducimos y analizamos la información y empezamos a extraer conclusiones. Y en la quinta y última fase, terminamos de redactar el informe, presentar los datos, revisar y maquetar todo el texto para su posterior publicación y difusión.

A continuación expondremos qué metodologías se han empleado tanto en el ámbito cuantitativo como en el cualitativo, justificando por qué se han utilizado dichos procedimientos de recogida de información, su proceso de diseño e implementación, y por último, cuál ha sido la estrategia empleada para el desarrollo del análisis de la información (tanto cuantitativa como cualitativa) y los programas informáticos utilizados a tal efecto (SPSS y AQUAD); también explicitaremos algunas dificultades surgidas durante el proceso de investigación.

En definitiva, vamos a hacer un recorrido por todos los instrumentos metodológicos empleados (cuestionario, entrevistas en profundidad, grupos de discusión, recopilación y análisis documental, diario investigador), así como por los procesos de triangulación y categorización de la información obtenida.

Entendiendo que este planteamiento de investigación ofrece una visión holística sobre los fenómenos sociales y educativos, respetando la perspectiva poliédrica de la realidad, consideramos que se ajusta al planteamiento y objetivos de esta Tesis Doctoral. Por lo tanto, conjugamos metodología cuantitativa y cualitativa.

La figura 2.4 resume el trabajo realizado, señalando los procedimientos llevados a cabo en cada fase de la investigación.

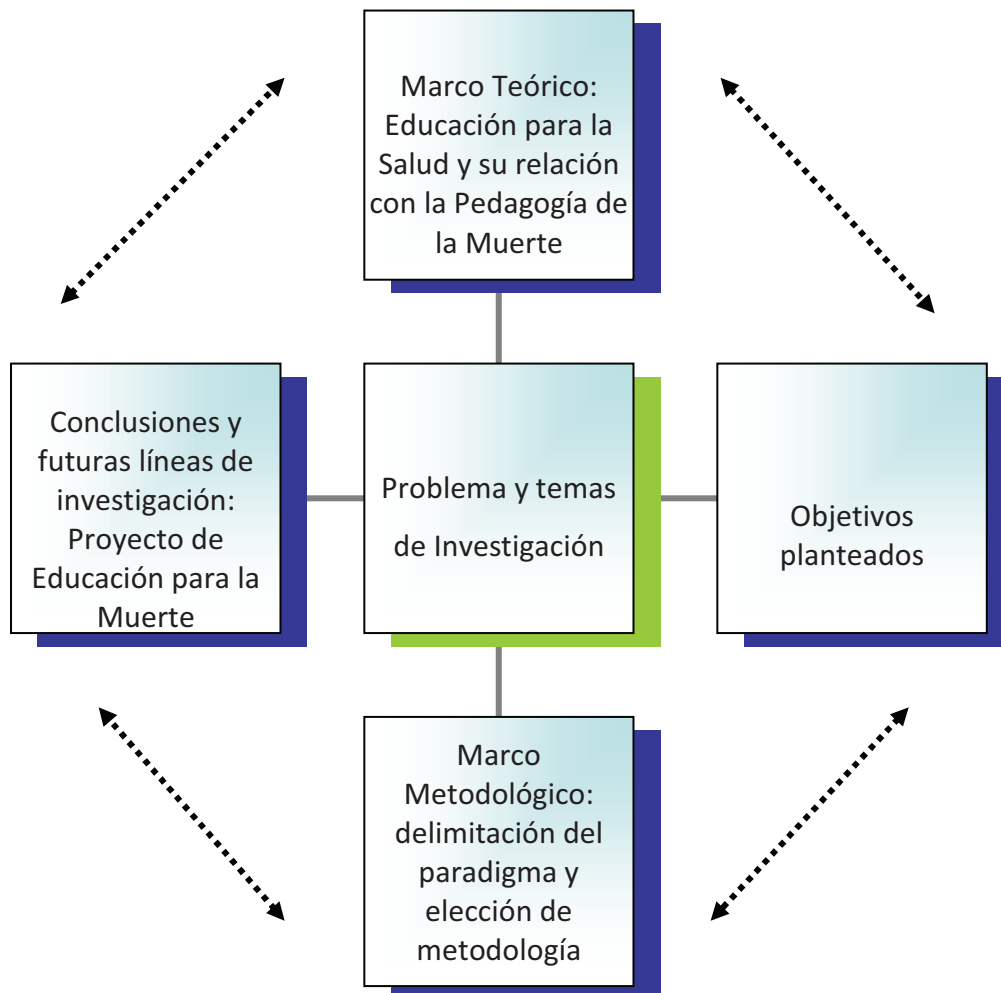


Figura 2.4. Diseño y fases de la investigación. Fuente: Elaboración propia.

2.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Erickson (1986) afirma que realizar un buen trabajo de investigación y análisis interpretativo –cualitativo– implica que el/la investigador/a debe buscar activamente los significados y las interpretaciones que los participantes dan a sus acciones en un proyecto y usarlas para organizar mejor su esquema de análisis. Nos encontramos con un acuerdo en la literatura para establecer las tres principales finalidades del análisis cualitativo, como nos indican Amezcua y Gálvez (2002: 425): *“la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad”*.

Para que la investigación cualitativa tenga calidad, como señalan Castillo y Vásquez (2003), es necesario que los/as investigadores/as cumplan con los cánones del rigor metodológico o de fidelidad. En este sentido, son varios los principios a los que ha de atenerse una investigación para ser considerada científica, y para nosotros, uno de ellos es la coherencia epistemológica y otro el de la rigurosidad metodológica. Por este motivo, y por la singularidad de las características que configuran y dan sentido al paradigma interpretativo en investigación educativa, consideramos que la triangulación de métodos sería lo más aconsejable para ayudarnos a profundizar más adecuadamente en la consecución de los objetivos de la presente investigación.

En nuestro caso, por un lado, la triangulación metodológica como un procedimiento a través del cual se converge desde diferentes métodos sobre un mismo problema: en el análisis cualitativo que vamos a realizar se utilizan las técnicas de análisis documental, entrevistas y grupos de discusión. Y, por otro lado, utilizamos la triangulación para valorar la consistencia, ya que a través de los grupos de discusión elaborados comparamos los datos con los obtenidos en el cuestionario.

González Río (1997) considera que una de las principales ventajas que nos ofrece la Triangulación entre-métodos es afrontar el argumento según el cual muchos de los hallazgos efectuados en la investigación podrían ser, en realidad, creaciones del método que se está aplicando.

La utilización de diferentes métodos en una misma estrategia de investigación potencia la validez de los hallazgos que se efectúen, dado que éstos muestran una cierta independencia con respecto a cada método considerado por sí solo. Sieber (1973) argumenta con respecto a la triangulación metodológica que deben integrarse determinados métodos, optimizando de este modo el diseño de investigación. Esta vía de pluralidad metodológica no sólo actúa favorablemente en lo que se refiere a la solución de los problemas técnicos que pudieran aparecer, sino que potencia la integración de los métodos de investigación, aportando una coherencia al proceso mismo de investigación. Ninguno es, de por sí, una panacea universal para afrontar el conocimiento de la realidad social. Además, el hecho mismo de congregar diferentes métodos y técnicas permite, qué duda cabe, una mayor integración de éstos.

La Triangulación metodológica tiene una lógica esencial: deben emplearse diferentes métodos en la medida en que no compartan las mismas debilidades. Complementar las debilidades de una técnica con otra, u otras, que sean potentes en esos mismos aspectos, es la idea clave de la triangulación.

La finalidad última que perseguimos en nuestra investigación con la triangulación entre-métodos no es generalizar, sino comprender y mejorar los contextos y las situaciones estudiadas. Para desarrollar este Tesis Doctoral hemos llevado a cabo diferentes técnicas metodológicas: análisis documental, entrevistas a informantes clave, grupos de discusión a lo largo de las diferentes fases del proceso investigador.

A continuación vamos a desarrollar, dentro de la metodología cualitativa, el diseño e implementación de los instrumentos de recogida de información que hemos utilizado.

2.3.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL

En una primera fase de la investigación hemos englobado el tema de la muerte dentro de la rama científica de la Tanatología, como disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos desde diferentes ámbitos del saber. En este caso, hemos recurrido a utilizar la Investigación documental como procedimiento científico, el cual implica un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema (Alfonzo, 1994).

Cuando se establece que el modelo de investigación se basará en la utilización de datos secundarios, es decir, aquellos que han sido obtenidos por otros y nos llegan elaborados y procesados de acuerdo con los fines de quienes inicialmente los elaboran y manejan, estamos realizando una investigación documental.

Por ello, este tipo de investigación lo asumimos como un proceso de construcción de conocimientos, de descubrimiento y explicación de una realidad que se desconocía. Hemos procurado, en ese sentido, llevar a cabo un trabajo sistemático, objetivo, producto de la lectura, análisis y síntesis de la información producida por otros, para dar origen a una nueva información monográfica donde se aborda el tema de la muerte desde múltiples perspectivas.

En el proceso de investigación documental se dispone, esencialmente, de documentos, que son el resultado de otras investigaciones y reflexiones teóricas, los cuales han constituido la base teórica del área objeto de investigación, y el conocimiento se ha construido a partir de la lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos. Pero en este tipo de trabajo, como hemos podido comprobar, no se trata de realizar una copia textual o una yuxtaposición de párrafos. Por el contrario, requiere un gran nivel de creatividad y originalidad, además de una gran capacidad de análisis, síntesis y reflexión. Sintetizamos en la siguiente figura lo que supone el análisis documental en nuestra investigación.



Figura 2.5. La investigación documental. Fuente: Elaboración propia.

Aunque fueron otros quienes produjeron inicialmente gran parte de la información, el investigador/a documental vive una experiencia de investigación similar a las que vivieron los otros: busca información, descubre la naturaleza del problema, establece conexiones, analiza, sintetiza e interpreta, para apropiarse de la información y convertirla en conocimiento. En definitiva, reconstruye de manera diferente y original la información que es producto de muchos otros.

Según Alfonso (1994), tres serían los elementos distintivos de la Investigación Documental:

1. La investigación documental en su proceso de producción de conocimientos, parte de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad (por ejemplo: producción de teorías, conocimientos antropológicos, etc.), dichas informaciones vienen explícitas en documentos.
2. Como paso inicial de un proceso de investigación mucho más amplio y completo.

3. Como investigación bibliográfica/documental especializada para producir asientos bibliográficos.

Además para llevar a cabo el análisis documental se han seguido una serie de fases y pasos que detallamos a continuación:



Figura 2.6. Fases en el análisis documental. Fuente: Elaboración propia.

En nuestro caso, la metodología de análisis documental nos llevó a investigar sobre los diferentes aspectos de la muerte: médicos, psicológicos, filosóficos, éticos, sociales, religiosos y educativos. Por ello, los objetivos generales que nos planteamos en esta primera fase de investigación son los siguientes:

- a) Aproximarnos a las diferentes ramas científicas que estudian el proceso de muerte: tanatología.
- b) Establecer la dimensión pedagógica del saber morir como estrategia educativa para mejorar la calidad de vida.

En primer lugar, realizamos una búsqueda temática por materias y signaturas dentro de las ciencias que consideramos que están más estrechamente relacionadas con el tema de la muerte, con el fin último de realizar una triangulación teórica, ya que consideramos necesario evitar aquello que se podría llamar etnocentrismo teórico. Es sabido que unos datos pueden ser contrastados a la luz de diferentes teorías. Por lo tanto, según González Río (1997), la Triangulación teórica postula una necesaria flexibilidad en la aproximación a la interpretación de los datos.

No obstante, la posibilidad de una lectura sobre los datos que contemple múltiples perspectivas, no es la más frecuente, a excepción de que la investigación sea esencialmente exploratoria, y esa era la finalidad de nuestra primera fase de investigación. Explorar en primer lugar, para después poder describir.

De esta forma, conseguimos aproximarnos a las diferentes ramas científicas que estudian el proceso de la muerte. Una vez quedaron seleccionadas las temáticas, introducimos aspectos clave que deberían abordarse para establecer el estado de la cuestión. En la siguiente tabla aparecen reflejadas las ramas científicas seleccionadas, así como las temáticas y los aspectos clave a abordar dentro de cada una de ellas.

Este análisis documental, que se constituye como primera fase de la investigación, nos llevó varios años de trabajo debido a la ingente cantidad de documentación a la que tuvimos acceso. Una vez justificado la elección del análisis documental, establecidos los objetivos que se van a conseguir con esta técnica y delimitadas las fases seguidas, pasaremos a exponer en el próximo capítulo los resultados obtenidos de este análisis documental, a través de una monografía que aborda todas las temáticas clave que investigan el proceso de la muerte y el morir.

Ramas científicas seleccionadas	Categorías temáticas a abordar
Generalidades	Idea de la muerte, hecho de la muerte, miedo a la muerte, actitudes ante la muerte, muerte propia (orientaciones), muerte ajena (duelo).
Medicina	Envejecimiento y muerte como proceso (sentido biológico y psicosocial), la enfermedad terminal: etapas y miedos, el moribundo: evaluación del sufrimiento y aceptación de la muerte, muerte digna: unidades de cuidados paliativos, el acompañamiento: la familia del enfermo.
Psicología	Psicología del sufrimiento y de la muerte: perspectiva evolutiva del concepto de muerte. Duelo: los procesos de duelo: fases, etapas o tareas, tipos de duelo: complicado, no complicado y grupos de apoyo.
Sociología	El morir en la actualidad: causas y sentido de la muerte, el tabú de la muerte, los ritos y las vivencias de los sobrevivientes.
Religión	La muerte y los orígenes de la religión, el tratamiento de la muerte en las grandes religiones mayoritarias: judaísmo, cristianismo, islamismo, hinduismo, budismo.
Filosofía	La teoría Heideggeriana de la muerte: el concepto de angustia, Viktor Frank y la pregunta por el sentido de la vida.
Ética	La Bioética y humanización de la medicina. Eutanasia y el derecho a morir con dignidad: pros y contras, atenciones básicas para una muerte digna, el testamento vital.
Pedagogía	Hacia una pedagogía de la muerte: evolución curricular más allá de la transversalidad y formación del profesorado.

Tabla 2.5. Temáticas a abordar en el análisis documental. Fuente: Elaboración propia.

2.3.2 ENTREVISTAS

Partimos de la consideración de que la entrevista implica una interacción vinculante entre personas, por lo que los vínculos o lazos que se establecen entre entrevistador/a y entrevistado/a constituyen un elemento decisivo. En este sentido, tenemos que destacar que existe una gran variedad de tipos de entrevistas; no obstante, atendiendo a Taylor y Bogdan (1986), nos encontramos con un tipo de entrevista denominada en profundidad que para nosotros ha constituido un referente fundamental. En efecto, siguiendo a estos autores, utilizamos la expresión “*entrevistas en profundidad*” para referirnos al procedimiento de investigación cualitativa consistente en reiterados encuentros cara a cara entre el/la investigador/a y las personas informantes. Estos espacios de diálogo interactivo están orientados hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus propias vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras.

En nuestra investigación hemos entendido la entrevista a los informantes clave como una conversación formal y estructurada, de tal manera que este tipo de entrevistas nos han ayudado para saber lo que piensan sobre las necesidades y las demandas del profesorado universitario en relación a la formación en la educación para la Salud, calidad de vida y educación para la muerte, lo cual ha posibilitado la contrastación de informaciones, algo sumamente enriquecedor y necesario en un trabajo como el que venimos presentando.

Las entrevistas han sido utilizadas como técnica de recogida de información adicional en la primera fase de la investigación para obtener información facilitada a través de informantes clave, en este caso profesores de la asignatura de Educación para la Salud de las universidades de Murcia, Pablo de Olavide, Sevilla, Huelva y Granada.

Por otra parte, entre las razones por las que nos hemos decantado por esta modalidad de entrevista se encuentran las siguientes (Taylor y Bogdan, 1986; Eisner, 1998; Angulo y Vázquez, 2003):

En primer lugar, se trata de una herramienta metodológica que se desarrolla en un escenario interactivo en donde el lenguaje es la guía que nos permite indagar y comprender más que explicar.

En segundo lugar, este procedimiento no ofrece datos positivos o negativos para la comprensión de los fenómenos. En un trabajo que pretende construirse desde el enfoque interpretativo, no hay significados separados de sus contextos sociales y culturales. En efecto, las entrevistas son una magnífica herramienta que ofrecen datos llenos de significados que hay que tratar de interpretar y analizar críticamente.

En tercer lugar, es un instrumento que permite la expresión tanto del informante como del propio entrevistador en acción, con todas las implicaciones que a nivel interactivo, comunicativo y expresivo pueden darse. En cierta medida, las entrevistas en profundidad, entendidas como conversaciones reflexivas, están abiertas a lo imprevisible desde la mirada abierta a conocer lo que dice el otro como legítimo otro.

En cuarto lugar, podemos señalar que las entrevistas en profundidad se constituyen como un instrumento abierto y flexible de recogida de información cualitativa, en el que la interacción de los sujetos en conversación es clave para entender el propio devenir del significado de los contenidos expresados por el propio informante protagonista a través de retroalimentaciones y discursos en espiral.

Finalmente, hay que decir que permiten acceder al contenido de las percepciones, ideas, situaciones y vivencias de los sujetos, y además, siempre existe la posibilidad de aclarar esas ideas o concepciones mediante la formulación de nuevas cuestiones por parte del investigador/a.

Por otra parte, y en relación más específica con las entrevistas realizadas en nuestra investigación, debemos expresar que la misma se estructura en torno a varios núcleos temáticos, los cuales se desglosan como objetivos fundamentales para aproximarnos al pensamiento de los profesores, colectivo al que iba dirigido la entrevista elaborada a tal efecto:

- a. Conocer las ideas que el profesorado posee sobre la Educación de la Salud (EpS) y la Pedagogía de la Muerte (EpM).
- b. Conocer la formación recibida por el profesorado en EpS y EpM.
- c. Conocer si existe relación entre Salud, la Calidad de Vida y Muerte para el profesorado.
- d. Conocer las actitudes de afrontamiento ante la muerte y el duelo del profesorado en sus aulas.
- e. Comprobar la necesidad y/o demanda desde el ámbito universitario de las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte.
- f. Conocer la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional del profesorado.

Realmente, tal y como hemos apuntado con anterioridad, nos parece primordial el hecho de ser conscientes de la necesaria contrastación de los datos obtenidos de las entrevistas utilizando otros procedimientos de recogida de datos, a partir de la voluntad de enriquecer nuestro propio proceso de investigación, así como de complementar la información que nos puedan proporcionar tanto docentes como estudiantes, en el sentido de profundizar en aquellas premisas –y criterios– que toda investigación cualitativa se precie, es decir, credibilidad, veracidad y rigurosidad.

Con respecto a la selección de la muestra de individuos a entrevistar, ésta no se realiza, como en los estudios cuantitativos, basándose en criterios estadísticos. Indicar que nos hemos decidido por una muestra que se caracteriza por su dimensión cualitativa y se ha elegido a personas que sean significativas en relación con los objetivos de la investigación. En concreto, se selecciona a personas que son *representantes típicos* o *informantes privilegiados*, *expertos* del tema en cuestión. En cuanto al número total de entrevistas a realizar, se establece teniendo en cuenta la combinación, primero, del criterio de *diversificación* y, en un segundo momento, el criterio de *saturación* o *redundancia*.

En realidad estas y otras decisiones muestrales se han ido tomando sin perseguir la *representación estadística*, más que la generalización, entendida en términos de estadística inferencial.

La idea que subyace, es que la muestra de entrevistas ha de recoger la variedad/diversidad de situaciones que nos interesa analizar y que, en principio, consideramos relevantes. Siempre dejando abierta la posibilidad de introducir nuevas entrevistas, si en el transcurso del trabajo de campo descubriéramos una nueva variable que no hubiera sido tomada en cuenta “siendo ésta una de las ventajas de los diseños cualitativos: la posibilidad de modificar, sobre la marcha, la estrategia planteada en principio”.

En cuanto al criterio de *saturación*, nos referimos, como señala Bertaux (1993) a aquel fenómeno por el que, una vez superado un cierto número de entrevistas, se tiene la impresión de no descubrir ya nada nuevo respecto del objeto de la investigación, diciéndose entonces que se ha alcanzado el *punto de saturación*. Así pues, el límite significativo, según esta dimensión, el número de casos observados no se sitúa... “entre diez y once, o entre treinta y treinta y una entrevistas, sino en el punto de saturación” Bertaux (1982). La muestra total de las entrevistas vendrá determinada por el denominado punto de saturación, es decir, cuando empezamos a detectar que los sujetos repiten la misma información (saturación). Por lo que, el muestreo ya lo discutimos tomando la base en los estudios de Goetz y LeCompte (1988). Recordamos que tomamos en consideración la selección basada en criterios para buscar la representatividad de los datos y evitar obtener datos redundantes (saturación de la información).

A tal efecto, se envió un correo a todo el profesorado del Departamento de Ciencias Sociales en abril de 2008, pero que en ese momento no recibimos contestación alguna, por lo que nos decidimos a reducir la muestra entre los que consideramos informantes clave, es decir el profesorado que imparte docencia en la asignatura de Educación para la Salud.

Igualmente, tenemos que apuntar que no ha sido necesario promover un clima de confianza en las entrevistas ya que conocíamos a todos los informantes clave que han participado en ellas. Las entrevistas se desarrollaron en los meses comprendidos entre abril y junio de 2008.

De este modo, podemos decir que el diseño e implementación de este instrumento de recogida de información ha tenido como fin hacer una indagación que muestre algunas pautas generales entre las necesidades, demandas, percepciones y consideraciones sobre la EpS y la EpM de un grupo de profesorado que imparte docencia en la materia Educación para la Salud.

Así mismo, en la fase del diseño de la entrevista, al igual que ocurrió con el cuestionario, se plantearon los temas que iban a aparecer en el mismo y sus correspondientes respuestas, ya que en tres preguntas se contemplan respuestas de opción múltiple categorizadas y las de datos personales las dejamos abiertas. Después, se redactaron varios borradores de la entrevista, hasta elaborar la entrevista definitiva. Aunque fuera una entrevista estructurada, a la hora de implementarla se dejaba en manos de la investigadora incorporar otras cuestiones que salieran a colación de las que aparecían en la entrevista.

La entrevista se elaboró durante un periodo de dos meses, en los que me reuní periódicamente con los directores de la Tesis Doctoral. La entrevista fue construida de manera interactiva con ellos, partiendo de la revisión bibliográfica que realicé y del cuestionario previamente elaborado. No partíamos de investigaciones previas en estas temáticas, por lo que es de elaboración propia. Gracias a estas sesiones de trabajo, la entrevista se va depurando y ajustando a las necesidades del estudio, ya que era importante recoger sólo aquellas cuestiones que realmente nos resultaban de interés para los objetivos de la investigación. El instrumento se puede consultar en el Anexo 3.

Posteriormente, las preguntas de la entrevista se validaron por profesorado experto en metodología y educación de las universidades de Murcia, Sevilla y Pablo de Olavide. En esta ocasión, se modificaron pequeñas cuestiones de forma explicitadas por los expertos, lo que sin duda contribuyó a mejorar la entrevista.

El instrumento de recogida de información trata de recoger tanto preguntas que giran en torno a la educación para la salud como aquellas relacionadas con la pedagogía de la muerte y la relación entre ambas y la calidad de vida. De manera más precisa, la entrevista cuenta con 30 ítems agrupados en ocho categorías temáticas:

- a) Datos generales
- b) Percepción sobre la existencia de la materia de Educación para la salud y de la Educación para la Muerte en su Universidad
- c) Necesidad y demanda de formar a los estudiantes en EpS y EpM
- d) Percepción del nivel de formación en EpS / EpM
- e) Relación entre EpS/Calidad de Vida /Muerte
- e) Introducción a la temática de la muerte y la educación para la muerte
- f) Actitudes de afrontamiento ante la muerte del profesorado
- g) Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM

De forma más detallada, indicar que la entrevista contiene 9 preguntas sobre datos generales, 4 cuestiones sobre percepción de la existencia de la materia de Educación para la salud y de la Educación para la Muerte en su Universidad, 11 preguntas sobre la necesidad y demanda de formar a los estudiantes en EpS y EpM, 3 sobre Percepción del nivel de formación en EpS / EpM, 2 sobre la Relación entre EpS/Calidad de vida /Muerte, 2 de Introducción a la temática de la muerte y la educación para la muerte, 4 sobre las Actitudes de afrontamiento ante la muerte del profesorado y 5 preguntas sobre la Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM. En la tabla adjunta se puede apreciar esta distribución:

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	CORRESPONDENCIA CON LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA
Datos generales	Lo constituyen las 9 primeras preguntas que no están numeradas.
Percepción sobre la existencia de la materia de Educación para la salud/Educación para la Muerte en su Universidad	Nº1, 2 y 3/ 23
Necesidad y demanda de formar a los estudiantes en EpS/EpM	Nº 4, 5, 8, 9 y 10 / 15, 16, 17, 23, 24, 25
Percepción del nivel de formación en EpS/EpM	Nº 6, 7/ 26
Relación entre EpS/Calidad de vida /Muerte	Nº 11 y 14
Introducción a la temática de la muerte	Nº 12, 13
Actitudes de afrontamiento ante la muerte del profesorado	Nº 18, 19, 20 y 21
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM	Nº 22, 27, 28, 29 y 30

Tabla 2.6. Categorías temáticas de la entrevista. Fuente: Elaboración propia.

2.3.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN

Con los grupos de discusión realizados se ha creado un espacio de comunicación o foro donde se puedan intercambiar diferentes puntos de vistas y significa una puesta en común para conocer las opiniones que se abordan sobre la temática de la EpM. De este modo, se ha querido conocer cuál es la realidad de los estudiantes universitarios frente a estos temas de los que no se suele hablar en el ámbito académico.

Hemos realizado dos grupos de discusión con estudiantes de la UPO de las titulaciones de Educación Social, Trabajo Social y la Doble Titulación de Trabajo y Educación Social, que han proporcionado un espacio de diálogo y reflexión para abordar la temática de la Educación para la Muerte (EpM).

Para comenzar el grupo de discusión, se realizó una distribución en círculo para que todos/as pudiésemos vernos y facilitar así la comunicación de tú a tú.

En un primer momento se plantea el objetivo general del grupo de discusión y se lanzaron al aire una serie de cuestiones a tratar por cada uno/a de los/as participantes, intentando que ninguna de las personas monopolizara el grupo y dentro de lo posible que se respetaran los turnos de palabra para que no se pisasen los diálogos. Se acuerdan entre todos/as los/as participantes las normas, el tiempo para cada exposición y para el desarrollo global de la sesión.

La discusión se desarrolló en un clima democrático y con el mayor estímulo a la participación posible. Cada miembro del grupo va exponiendo libremente sus ideas y puntos de vista. La discusión transcurre de forma cordial, cooperativa, ecuaníme. En algunos momentos la discusión se aparta un poco del objetivo por lo que se procede a reconducirla. De vez en cuando se recapitula y se hace alguna indicación sobre la marcha de la discusión. Se intenta llegar a conclusiones por acuerdo o por consenso y al finalizar se hace un resumen de todos los aspectos tratados y se formulan las conclusiones de acuerdo con el grupo.

Las cuestiones que se trataron en el grupo de discusión fueron las siguientes:

1. ¿Crees que se habla de la muerte en nuestra sociedad? Justifícalo
2. ¿Crees que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad? Justifícalo
3. ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de vida? Justifícalo
4. ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de vida como EpS, habría que educar en la muerte?
5. ¿Has recibido alguna vez información y/o formación en EpM?
6. ¿Crees que necesitas recibir formación en Educación para la Muerte?
7. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?
8. ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?
9. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serte de utilidad en tu futura profesión?

Como se ve, formulamos preguntas de diferentes tipos para tratar en el grupo, desde preguntas de opinión más o menos cerradas, que se pueden responder con un Sí/No, hasta preguntas totalmente abiertas a la opinión del grupo y de cada uno/a de los/as participantes, e incluso algunas cuestiones que te orientan a la reflexión y a la elaboración de un discurso personal.

El objetivo del grupo de discusión era poder comparar los resultados de los discursos de los estudiantes con respecto a las preguntas del cuestionario relacionadas con la temática de la muerte y la EpM. En este sentido, y siguiendo con el esquema utilizado en el cuestionario, podemos determinar una serie de categorías temáticas y su correspondencia con las 9 preguntas formuladas en el grupo de discusión. El instrumento puede consultarse en el Anexo 2, junto a la transcripción de los dos grupos de discusión realizados.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	CORRESPONDENCIA PREGUNTAS GRUPO DE DISCUSIÓN
Introducción a la temática de la muerte y la Educación para la Muerte	1,2,4
Relación entre EpS/Calidad de Vida /Muerte	3
Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Muerte: contextos y temáticas	5
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM	6,7,8,9

Tabla 2.7. Categorías temáticas del grupo de discusión. Fuente: Elaboración propia.

2.3.4. REGISTROS: OBSERVACIONES Y NOTAS DE CAMPO

Junto a las entrevistas, grupos de discusión y análisis documental, hemos registrado notas de campo y observaciones que se han convertido en relevantes fuentes de información para la investigación. Los registros se han enfocado desde una perspectiva conjunta, esto es, notas de campo y observaciones dentro del mismo formato o texto por el carácter tanto descriptivo como interpretativo de ambas herramientas.

Así pues, hemos incluido las observaciones como un aspecto más de la información contenida en el diario investigador al entender que ilustraban mejor los aspectos Interpretativos y personales contenidos en él. Este instrumento, flexible y variado, tanto en su forma y contenido, ha cumplido la importante función de dar forma a los pensamientos que tenía como investigadora respecto a todo el proceso – personal y profesional– desarrollado a lo largo de la misma.

Además, ha sido una pieza clave a la hora de ir reflexionando respecto a los pasos dados, sobre todo en la parte del diseño y metodología de la investigación, así como en el elemento recordatorio de anécdotas, miradas, pinceladas y matices, con significados que difícilmente pudieran en otro tipo de instrumento de recogida de información.

De manera más concreta, podemos señalar que el diario del investigador es una herramienta que hemos utilizado fundamentalmente con las siguientes intenciones:

1) Dejar constancia de cada uno de los pasos que se iban llevando a cabo a lo largo del proceso investigador y las decisiones adoptadas.

2) Describir todos aquellos elementos de información que nos permitan atender y comprender la secuenciación llevada a cabo.

3) Narrar los sucesos, sentimientos, anécdotas, dilemas y otros hechos que han ido aconteciendo a lo largo de los estudios de casos.

4) Reflexionar sobre las dudas, los interrogantes y las dificultades que iban surgiendo sobre el propio proceso de investigación.

Ciertamente, la importancia de esta herramienta de recogida de información tiene que ver con la propia idiosincrasia del enfoque metodológico que hemos empleado para desarrollar esta investigación. Tal y como venimos describiendo, las observaciones se han incluido dentro del mismo diario investigador, llevándose a cabo la observación no participante, es decir, aquella que se obtiene en el contexto mismo donde suceden los acontecimientos a estudiar, sin ningún tipo de implicación comunicativa o emocional del investigador.

En verdad, las observaciones nos permiten obtener información sobre un fenómeno o situación tal y como ésta se produce. En este punto es interesante destacar que entendemos la observación como un proceso riguroso que atiende a todos aquellos datos que son importantes para que otras personas puedan *leer* las propias observaciones, es decir, datos tanto del contexto como de los propios actores que se sitúan en el escenario que observamos. De tal manera que nos ha parecido fundamental reflejar de la forma más precisa y descriptiva posible todo lo que estaba ocurriendo en los escenarios donde se han desarrollado las observaciones, para hacer de éstas un espacio definido que nos permitiera narrar lo observado.

Particularmente, hemos pensado en la importancia del lenguaje como recurso fundamental del investigador interpretativo, y es que a través de lo que escribimos, diferenciamos lo que hemos visto de lo que ponemos en juego como observaciones rigurosas y precisas. De ahí la diferencia entre ver y observar, y en este caso, observar con una intención interpretativa.

Por tanto, atendiendo a esta línea de pensamiento, así como en coherencia con la propia estructura y marco epistemológico –y metodológico– del que hemos partido, nos parece importante exponer a continuación diversos aspectos en relación a las observaciones que hemos recogido en nuestro diario investigador:

En primer lugar, hemos estimado oportuno que el número de observaciones para obtener información no fuera numeroso ni intenso en su configuración. Consideramos que las observaciones efectuadas resultan adecuadas y suficientes en función de las propias necesidades de disposición limitada de datos para nuestra investigación, dado que nos facilita la triangulación para la realización y desarrollo de un análisis exhaustivo y riguroso de la información obtenida.

En segundo lugar, las observaciones se han realizado en distintos días y durante el período en que realizábamos los cuestionarios, entrevistas con los informantes clave y los grupos de discusión.

Estas observaciones han quedado reflejadas en las notas de campo, que han sido los registros utilizados para recoger la información durante las entrevistas y las observaciones en los grupos de discusión, que han apoyado la transcripción de las mismas.

2.3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El proceso de análisis de datos cualitativos se ha iniciado una vez recogida toda la información de las técnicas utilizadas. A continuación, desvelamos los aspectos más importantes del proceso de categorización y del análisis realizado con el programa informático AQUAD 6.

Debemos destacar la importancia del trabajo desarrollado en cuanto al sistema de categorización de la información dada su profundidad, variedad y extensión, así como la propia organización de la información en función de las categorías finalmente establecidas, y que será fundamento clave en el cuarto capítulo, dedicado a exponer los resultados de la investigación, con los respectivos informes de la metodología cualitativa y cuantitativa. En este punto, hay que reseñar el hecho de que esta tarea de análisis es clave fundamental para el establecimiento progresivo de comprensiones e interpretaciones por nuestra parte, en tanto este momento ha supuesto que se diese cuenta de numerosos aspectos importantes e interesantes en la investigación, lo cual será primordial en las conclusiones finales de la misma.

También cabe señalar el hecho de que tras encontrar sentido a la información que hemos recogido y analizado de forma sistemática y rigurosa, es muy importante el hecho de la comunicación en nuestra investigación. De tal manera, podemos decir que nuestro informe es fruto del análisis, la contrastación y reflexión sobre las distintas categorías que se han ido estableciendo a lo largo del proceso de investigación, atendiendo a los aspectos tanto de descripción y de las evidencias de las propias informaciones obtenidas procedentes de los distintos informantes y contextos objeto de estudio, así como de las interpretaciones hechas por nuestra parte.

Las categorías temáticas son las claves que nos van a permitir explicar y comprender la realidad objeto de nuestro estudio, a partir de un minucioso sistema de análisis de la información que explicamos a continuación.

Tenemos que expresar nuestro propósito de vertebrar los resultados de la parte cualitativa de la Tesis Doctoral desde esas claves –atendiendo lógicamente a las categorías establecidas–, no desde una recopilación comparativa de datos, sino desde el pensamiento de ir entrelazando e interrelacionando descripciones y evidencias que nos ayuden a contextualizar nuestras interpretaciones para facilitar la lectura del presente documento a todas las personas interesadas y a la comunidad científica.

Por otra parte, tenemos que expresar la importancia que tiene para nosotros el hecho de comunicar la comprensión del foco de investigación estudiado, no como un punto final de este proceso de investigación, sino más bien como un nuevo punto de partida, en tanto que esperamos que el presente trabajo suscite curiosidades así como nuevos focos o materiales para la discusión y el debate en torno a la educación para la salud y la pedagogía de la muerte. De ahí que queramos mostrar en este documento nuestro propósito de que el análisis e interpretación de la información obtenida, sirva como elemento para que las personas interesadas (también los propios informantes y protagonistas de los grupos de discusión) participen en la investigación como agentes activos de la misma.

Así mismo, un hecho que nos preocupa radica en la circunstancia de que las personas que lean el informe cualitativo puedan apuntar a la realidad estudiada reconociéndola, lo cual implicaría que hubiésemos conseguido algo muy importante, y es que puedan reconocer aspectos de la realidad, no como elementos generalizables, sino como aspectos que apuntan a una realidad que, por supuesto, como toda clave social, es cambiante, dinámica y a su vez global. De manera más específica, y en relación al proceso de categorización en sí mismo, hay que reseñar que las categorías empleadas en esta investigación para la reducción y síntesis de las informaciones no han estado predefinidas ni prefijadas, sino que han sido elaboradas a partir de sucesivas lecturas de las transcripciones de los distintos datos obtenidos por diferentes medios de recogida de información.

Así pues, a partir de una primera lectura de toda la documentación recogida, establecimos un primer conjunto de categorías, que después de sucesivas lecturas y re-categorizaciones de las transcripciones se han visto modificadas, hasta llegar a categorías anteriormente mencionadas.

Es cierto que, en cada caso, y a partir de un listado bastante numeroso de categorías, decidimos indagar en una reelaboración unificadora de las mismas, que partiendo de estas categorías y de los propósitos que se persiguen en esta investigación, sirviera para la exposición de la información obtenida. En verdad, hemos tratado de ordenar la exposición de los resultados y categorías establecidas en función de la información obtenida de las protagonistas de cada caso, así como en función de las otras fuentes de información –tanto informantes como documentos– de las que hemos dispuesto.

Además, queremos recalcar que la estrategia empleada a la hora de elaborar el sistema utilizado para analizar las informaciones obtenidas ha sido la *triangulación* (de informantes, instrumentos y de documentos), así como el propio diálogo y debate con los Directores de la Tesis Doctoral, y con otras profesoras universitarias que también se hallaban inmersas en sus propias investigaciones de Tesis Doctoral.

Respecto a la triangulación, decir que en nuestra investigación hemos atendido a diversas perspectivas sobre el foco común de estudio, lo cual ha sido extraordinariamente rico y fructífero para poder contrastar la información ofrecida por las diferentes personas que han participado en la investigación, así como por la diversidad de documentos de los que hemos dispuesto para que el propio proceso de categorización de todas las informaciones fuera rigurosa. En este punto, debemos decir que la triangulación se ha realizado desde la plena conciencia –y necesidad– de atender a la diversidad de fuentes de información (informantes), instrumentos (metodológicos) y documentos utilizados en nuestro proceso investigador, de tal manera que el propio sistema de categorización se ha visto enriquecido por la propia integración de este procedimiento en la lógica y coherencia interna del mismo.

ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

Como hemos comentado anteriormente, de este primer proceso de categorización, surgieron una gran cantidad de unidades temáticas categorizadas, realizadas de una manera flexible y emergente, esto es, que fuimos creando las categorías para la reducción y clasificación de la información obtenida conforme íbamos leyendo y analizando los textos.

En efecto, el proceso de reelaboración de categorías ha supuesto una lectura compleja de una gran cantidad de información ya categorizada, pero en unidades temáticas muy pequeñas, las cuales eran escasamente operativas para poder vertebrar un análisis e interpretación de las características precisas para poder realizar informes rigurosos. Esta acción la hemos realizado directamente sobre el equipo informático y agrupando de manera unificada grandes unidades temáticas de información categorizada. En efecto, tras sucesivas lecturas de todo el conjunto de las informaciones ya transcritas, han emergido sucesivos listados de categorías ya vertebradas en torno a ejes temáticos más amplios, en un proceso que podemos denominar de reelaboración.

Hay que señalar que son muchas las posibilidades que el programa informático ofrece para la investigación cualitativa e interpretativa, desde la función básica de poder categorizar pequeños fragmentos textuales, hasta realizar recuentos de códigos (o nudos de información), o realizar búsquedas de códigos similares o interrelacionados desde el punto de vista de la información temática (Rodríguez, 1996).

Sin embargo, la función que hemos utilizado con mayor frecuencia en esta investigación para el análisis de los textos, ha sido solicitar al programa que realizara búsqueda de segmentos de información, bien en los que apareciera una categoría, o bien en la que apareciera distintas relaciones entre ellas mismas. A partir de la introducción de todas las informaciones en el formato requerido por este *software* (entrevistas en profundidad y grupos de discusión), hicimos una codificación informática.

Así mismo, el propio programa informático de análisis de datos cualitativos nos ha servido para realizar una triangulación intrínseca, ya que las categorías incluyen material temático de diferentes fuentes de información de manera automática, gracias al procedimiento de reducción, clasificación y codificación que realiza el programa que determina el uso y la propia función del trabajo realizado por este *software*.

2.4. METODOLOGÍA CUANTITATIVA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

A continuación vamos a ir trazando los aspectos más significativos dentro del diseño e implementación del instrumento utilizado para recoger la información cuantitativa en la presente investigación. La utilización de un cuestionario viene determinada por la necesidad de indagar en las opiniones, ideas y concepciones generales que tienen los estudiantes sobre los aspectos y temas más relevantes y de interés para la consecución de los objetivos del presente trabajo.

2.4.1. DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS: CUESTIONARIO

Como hemos dicho antes, nos ha interesado en el planteamiento de la investigación el diseño de un instrumento para la recogida de una información cuantitativa valiosa y de interés para el cumplimiento de las expectativas y objetivos propios de la investigación.

Concretamente, el cuestionario se estructura en torno a varios núcleos temáticos, los cuales se desglosan como objetivos fundamentales para aproximarnos al pensamiento del alumnado¹, colectivo al que iba dirigido el cuestionario elaborado a tal efecto:

- a) Conocer las ideas que el alumnado posee sobre la Educación de la Salud y la Pedagogía de la Muerte.

¹ Cuando mencionamos en los objetivos a estudiantes, nos referimos de forma específica a los Estudiantes de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

- b) Conocer la formación recibida por el alumnado en los ámbitos de EpS y EpM.
- c) Establecer la relación entre la formación recibida en Educación para la Salud, la necesidad de ampliar su formación y la utilidad futura de la misma.
- d) Conocer si el alumnado establece relación entre la Salud, la Calidad de Vida, y la Muerte.
- e) Comprobar la necesidad y/o demanda desde el ámbito universitario de las Ciencias Socioeducativas una Pedagogía de la Muerte.
- f) Conocer la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional del alumnado.

A estas valoraciones generales de los estudiantes sólo podíamos acceder después de haber consultado a una muestra suficientemente significativa en relación a la población total. Para ello, necesitábamos una herramienta que nos permitiera, por un lado, recoger datos en todos los casos, con lo que las respuestas debían ser cerradas, de modo que obligáramos a los/las estudiantes a que sus opciones de respuestas fueran iguales; y por otro lado, necesitábamos un instrumento que pudiera ser sencillo en su aplicación y realización, ya que teníamos en cuenta las características y experiencias anteriores con el colectivo de estudiantes y su relación con este tipo de técnicas.

De este modo, el diseño e implementación del cuestionario ha tenido como fin hacer una indagación que muestre algunas pautas generales entre las necesidades, demandas, percepciones y consideraciones de un grupo representativo de estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. Así mismo, en la fase del diseño del cuestionario se plantearon los temas que iban a aparecer en el mismo y sus correspondientes respuestas, ya que contempla preguntas cerradas, otras de opción múltiple categorizadas y, respecto a las de datos personales, las dejamos abiertas.

Posteriormente, se redactaron varios borradores del cuestionario y le dimos un formato sencillo de lectura y de aplicación, codificando con un número las contestaciones de todas las preguntas con el propósito de facilitar así el análisis de datos posterior con el programa SPSS 17.0.

Durante el diseño del cuestionario también se redactó la carta de presentación dirigida al profesorado que impartía docencia para permitirnos pasar el cuestionario en su hora de clase. En ella se les indicaba que el cuestionario había sido elaborado para recoger las necesidades y demandas de los estudiantes de las titulaciones de Educación Social, Trabajo Social, y la Titulación Conjunta de Educación Social y Trabajo Social de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla en relación a la formación en educación para la salud, calidad de vida y educación para la muerte. También se les explicaba que esta investigación formaba parte de una Tesis Doctoral, por lo que agradecíamos enormemente su colaboración. La mayoría del profesorado se mostró muy receptivo y nos facilitaron el acceso a las aulas para llevar a cabo el cuestionario entre sus estudiantes.

El cuestionario se elaboró durante un periodo de dos meses, en los que me reuní periódicamente con mis Directores de Tesis. El cuestionario fue construido de manera interactiva con ellos, partiendo de la revisión bibliográfica que había realizado. En este sentido, no partíamos de investigaciones previas en estas temáticas, por lo que es de elaboración propia. Gracias a estas sesiones de trabajo, el cuestionario se fue depurando y ajustando a las necesidades del estudio, ya que era importante recoger sólo aquellas cuestiones que realmente nos resultaban de interés para los objetivos de la investigación. Posteriormente el cuestionario se validó por 5 profesores expertos en metodología y educación de las universidades de Murcia, Sevilla y Pablo de Olavide. Se modificaron posteriormente las pequeñas cuestiones de forma y fondo explicitadas por los expertos, lo que mejoró considerablemente el cuestionario.

El instrumento de recogida de información, como se puede observar en el Anexo 1, trata de incluir tanto ítems que giran en torno a la educación para la salud como aquellos relacionados con la pedagogía de la muerte, y la relación entre ambas y la calidad de vida.

De manera más precisa, el cuestionario ofrece 25 ítems agrupados en siete categorías temáticas:

- a) Datos generales.
- b) Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Salud: contextos y temáticas.
- c) Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpS.
- d) Relación entre EpS/Calidad de Vida /Muerte.
- e) Introducción a la temática de la muerte y la Educación para la Muerte.
- f) Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Muerte: contextos y temáticas.
- g) Necesidad y demanda actual de recibir formación en EpM.

El cuestionario está compuesto tanto por ítems de respuesta cerrada, como por ítems de respuestas múltiples. En relación a lo anteriormente comentado, y de forma más detallada, señalar que contiene 5 preguntas sobre datos generales, 5 cuestiones sobre la formación recibida en Educación para la salud: contextos y temáticas, 3 sobre la necesidad, demanda actual y utilidad profesional de recibir formación en EpS, 2 que relacionan la EpS/Calidad de vida /Muerte, 2 de introducción a la temática de la muerte y la educación para la muerte, 4 sobre la formación recibida en Educación para la muerte: contextos y temáticas y 4 preguntas sobre la necesidad, demanda actual y utilidad profesional de recibir formación en EpM.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	CORRESPONDENCIA CON LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO
Datos generales	Nº 1, 2, 3, 4, y 5
Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Salud: contextos y temáticas	Nº 6, 7, 8, 9 y 10
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpS	Nº 11, 12 y 13
Relación entre EpS/Calidad de Vida /Muerte	Nº 14 y 17
Introducción a la temática de la muerte y la Educación para la Muerte	Nº 15, 16 y 18
Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Muerte: contextos y temáticas	Nº 19, 20 y 21
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM	Nº 22, 23, 24 y 25

Tabla 2.8. Categorías temáticas del cuestionario. Fuente: Elaboración propia.

2.4.2. PRUEBA PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO

Una vez elaborada la carta de presentación y el cuestionario, decidimos llevar a cabo un estudio piloto a fin de comprobar si las preguntas y respuestas estaban formuladas de una manera comprensible, y si recogían la información que nos interesaba. Para ello, se realizaron un número limitado de cuestionarios (diez) en los que teníamos como objetivo conocer las dificultades e incidencias que manifestaba el alumnado al realizar los mismos; así como otros aspectos de tipo formal (tiempo que empleaban en la realización del cuestionario, si tenían problemas con el lenguaje empleado o había confusiones semánticas, etc.). El objetivo de este estudio era precisamente señalar en el cuestionario piloto aquellos fallos o errores que se habían encontrado, las preguntas que habían resultado más difíciles de entender por el alumnado, y aquellas cuestiones que estaban mal planteadas y que no recogían la información que realmente se pretendía.

En verdad, hay que señalar que a partir de las diferentes reuniones mantenidas con los Directores y tras la validación de los expertos, se han llevado a cabo tres revisiones del cuestionario a fin de conocer sus limitaciones y potencialidades antes de considerar adecuado realizar la prueba piloto. Se pretendía conocer sobre todo cuales eran las dificultades que tenían los estudiantes a la hora de responder las distintas preguntas del cuestionario, y si estas preguntas estaban formuladas correctamente, esto es, que eran fácilmente comprensibles para ellos, y que las respuestas se ajustaban a su visión de la realidad.

También era importante observar si las opciones dadas como respuestas eran suficientes en su opcionalidad o en su propia estructuración como respuesta múltiple o no, para abarcar las distintas percepciones y opiniones de los estudiantes en determinadas preguntas.

Se pasaron cuestionarios a estudiantes de las titulaciones de Educación Social y Trabajo Social, así como la Doble Titulación de Trabajo y Educación Social de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, a mediados del mes de abril de 2008. La recogida de estos cuestionarios se produjo en el mismo instante.

En este sentido, indicar que esta prueba piloto nos sirvió para reformular, modificar y cambiar aspectos del cuestionario, algo lógico y absolutamente necesario ya que hicimos partícipes de manera indirecta al alumnado en el proceso investigador, esto es, que fueran sujetos activos a la hora de confeccionar un instrumento de recogida de información de la importancia que, a nuestro entender, tiene el citado instrumento. En términos generales, la mayoría de modificaciones fueron encaminadas a hacer más accesible e interesante el cuestionario: solicitud de cambio de tipo de respuestas de cerrada a opción múltiple, reformulación de alguna pregunta que coaccionaba la respuesta, cambios de palabras para evitar confusiones conceptuales o ambigüedad.

2.4.3. IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

La recogida de información, o implementación de los cuestionarios se realizó en una sola fase durante los meses de mayo y junio de 2008 en las aulas de la Universidad Pablo de Olavide. Es en ese momento cuando se inicia la fase de análisis de la información obtenida. Para ello, además de comenzar con la informatización de los cuestionarios en una base de datos, también se hace una primera lectura de las diferentes preguntas para tratar de establecer áreas sensibles o temáticas a fin de facilitar posteriormente el análisis categorizado de la información.

2.4.4. MUESTREO Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS

Los manuales clásicos de epistemología suelen definir la ‘población’ como el conjunto de todas las medidas o personas de un cierto tipo, y la hacen sinónima del concepto más antiguo de ‘universo’ (Jiménez Fernández, 1983; Sierra Bravo, 1988; Gil Pascual, 2004). Otros autores distinguen entre ‘universo’ y ‘población’ (Fox, 1981; Marín Ibáñez, 1985; Buendía, Colás y Hernández, 1998; Latorre, Rincón y Arnal, 2003). *“El término universo designa a todos los posibles sujetos o medidas de un cierto tipo... La parte del universo a la que el investigador tiene acceso se denomina población”* (Fox, 1981: 368).

La mayoría de investigadores casi nunca, o nunca, tiene acceso a todas las posibles medidas, elementos o personas y, por tanto, utilizan el término universo para designar “esa entidad que lo incluye todo”, reservando el concepto de población a la parte del universo de la que se selecciona la muestra y sobre la que deseamos hacer inferencia o aplicación de las generalizaciones que obtengamos de la investigación. *“Población es un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra. Es el grupo al que se intenta generalizar los resultados”* (Buendía, Colás y Hernández, 1998: 28).

Marín Ibáñez (1985: 167) señala las diferencias entre ‘población’ o ‘universo general’ y ‘universo de trabajo’.

El primero hace referencia a toda la población a la que queremos extender las conclusiones de la muestra, mientras que el universo de trabajo “*son los casos que de alguna manera tenemos consignados y de los que podemos extraer la muestra*”.

Siguiendo la propuesta de Marín Ibáñez, nos encontramos con que nuestro “universo de trabajo” estaba constituido por el alumnado matriculado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide, en los diferentes cursos de las titulaciones de Trabajo Social, Educación Social y estudios conjuntos de Educación Social-Trabajo Social durante el año académico 2007/2008. Pero como no podemos acceder a todos los elementos de esta población realizamos un muestreo.

Entre las ventajas que proporciona el muestreo (Latorre, Rincón y Arnal, 2003) suele señalarse: el ahorro de tiempo en la realización de la investigación, la reducción de costos y la posibilidad de mayor profundidad y exactitud en los resultados. Respecto a los inconvenientes más comunes son: dificultad de utilización de la técnica de muestreo, una muestra mal seleccionada o sesgada distorsiona los resultados, las limitaciones propias del tipo de muestreo y tener que extraer una muestra de poblaciones que poseen pocos individuos con la característica que hay que estudiar.

En nuestro caso, a la hora de elegir la muestra tuvimos en cuenta las cuatro condiciones fundamentales que ha de cumplir según Sierra Bravo (1988:175):

1. Que comprendan parte del universo y no la totalidad de éste. Teniendo en cuenta que para Sierra Bravo población y universo son sinónimos.
2. Que su amplitud sea estadísticamente proporcionada a la magnitud del universo. Esta condición se halla en relación con el punto práctico de determinación del tamaño de la muestra y sirve para decidir si, según las unidades que comprende respecto al universo, una muestra es o no admisible.
3. La ausencia de distorsión en la elección de los elementos de la muestra. Si esta elección presenta alguna anomalía, la muestra resultará por este mismo hecho viciada.

4. Que sea representativa o reflejo fiel del universo, de tal modo que reproduzca sus características básicas en orden a la investigación. Esto quiere decir que si hay sectores diferenciados en la población que se supone ofrecen características especiales, a efectos de los objetivos de la investigación, la muestra también deberá comprenderlos y precisamente en la misma proporción, es decir, deberá estar estratificada como el universo.

En nuestra investigación, para cumplir estas condiciones, fue necesario aplicar unas determinadas técnicas de selección de la muestra que garantizaron su representatividad, determinar el tamaño óptimo de la muestra y tener en cuenta el 'error muestral' que desarrollaremos a continuación.

La selección aleatoria de la muestra garantiza la ausencia de sesgo en el proceso de selección de la misma, ayuda a garantizar su representatividad, pero esta circunstancia no es garantía total para que estemos seguros de que la muestra al azar es representativa de la población de la que se ha extraído (Kerlinger, 1985). Se espera que sea representativa de las características relevantes de la población, pero pudiera no serlo. Lo normal es que lo sea, ya que lo típico, lo representativo de la población, es lo que aparece con más frecuencia, pero no hay seguridad total.

En nuestro caso realizamos un Muestreo probabilístico: Conocido también como muestreo de selección aleatoria, utiliza el azar como instrumento de selección, pudiéndose calcular de antemano la probabilidad de que cada elemento sea incluido en la muestra. Para Marín Ibáñez (1985) este tipo de muestreo es el que alcanza mayor rigor científico, y se caracteriza porque se cumple el principio de la equiprobabilidad, según el cual todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de salir elegidos en una muestra.

El muestreo por azar o probabilístico presenta varias modalidades, en nuestro caso el muestreo seleccionado es el estratificado. Este muestreo se utiliza cuando la población está constituida en estratos o conjuntos de la población homogéneos con respecto a la característica que se estudia. Dentro de cada estrato se puede aplicar el muestreo aleatorio o sistemático.

Consiste en subdividir la población en subgrupos o estratos con arreglo a la/s característica/s que se consideren y en elegir la muestra de modo que estén representados los diferentes estratos.

Para la obtención de la muestra estratificada se siguen los siguientes pasos:

a) se divide la población en estratos; b) de cada estrato se extrae una muestra por algún procedimiento de muestreo; c) el número de individuos de cada estrato se puede decidir por paridad o proporcionalidad; y d) la suma de las muestras de cada estrato forman la muestra total 'n'. (Latorre, Rincón y Arnal, 2003).

Este es el método de muestreo que seguimos: muestreo estratificado ya que se realizó un muestreo independiente en cada uno de los estratos o categorías considerados (las tres titulaciones específicamente vinculadas con las áreas educativas: Educación Social, Trabajo Social, Conjunta de Trabajo Social-Educación Social). En cada estrato se llevó a cabo un muestro aleatorio (al azar sistemático).

La siguiente tabla muestra (para un grado de confianza del 95%) el tamaño de la muestra para tres grados distintos de error "absoluto" que estemos dispuestos a aceptar (5, 2 y 1 puntos porcentuales) y para los diversos valores de la dimensión N de la población.

En la siguiente Tabla se muestra el tamaño n requerido para la muestra, en el caso de muestreo aleatorio simple, por precisión de la estimación (error máximo cometido, en puntos porcentuales absolutos) y dimensión N de la población (nivel de confianza de la estimación del 95 por 100).

Precisión de la estimación					
5%		2%		1%	
N	N	N	n	N	N
100	80	100	96	100	99
300	170	300	270	300	296
500	220	500	415	500	475
1000	285	1000	715	1000	910
5000	370	5000	1660	5000	3330
>8000	400	10000	2000	10000	5000
		>50000	2500	20000	6350
				>200000	10000

Tabla 2.9. Precisión de la estimación. Fuente: Corbetta (2003).

Al medirse la dispersión por \sqrt{pq} , es fácil constatar que este índice toma el valor más elevado cuando $p=q=0,50$. Por lo tanto, se calcula el tamaño requerido a la muestra en el caso más desfavorable, es decir, cuando $p=q=0,50$; con mayor razón, dicha muestra será suficiente para las variables que presentan proporciones distintas de 0,50.

En la presente Tesis fijamos el nivel de confianza en dos sigmas –probabilidad del 95,5%–, y se procedió a calcular el tamaño de la muestra necesaria en cada estrato. Teniendo en cuenta que en cada uno de ellos, los universos a estudiar, según su amplitud, eran finitos (población inferior a los 100.000 sujetos), y aplicando las fórmulas estadísticas pertinentes (Kish, 1972), se obtuvo que la muestra debían oscilar entre 389 y 398 individuos.

POBLACIÓN TOTAL EN LAS TITULACIONES	N	N
Estudiantes de Educación Social (Cursos 1º, 2º, 3º)	180+46=226	121
Estudiantes de Trabajo Social (Cursos 1º, 2º, 3º)	751+113=864/216	124
Estudiantes de la Titulación Conjunta de Educación Social Trabajo Social (Cursos 1º, 2º, 3º, 4º).	260+41=301	210
Total	1391	455

Tabla 2.10. Población total encuestada. Fuente: elaboración propia.

Para realizar el presente estudio cuantitativo, hemos utilizado una muestra representativa total de 455 estudiantes, entre los cuales hay 394 mujeres y 61 hombres, aproximadamente un 86,6% de mujeres y un 13,4% de hombres. Porcentajes de proporción similar a la de los/as matriculados/as en las titulaciones encuestadas.

Con esta población, consideramos que el mejor análisis que podríamos hacer de los datos es uno descriptivo ya que criterios técnicos y metodológicos nos hacen ser prudentes a la hora de establecer otro tipo de análisis más avanzados.

No obstante, hemos creímos relevante realizar cruces de diferentes variables al objeto de conocer algunas pistas sobre las relaciones de dependencia que se pueden establecer entre diferentes variables que hipotéticamente pueden resultar estadísticamente significativas, obviando aquellas menos relevantes o carentes de significación estadística. Para ello, hemos optado por el empleo de la prueba de Chi-cuadrado y el análisis de las tablas de contingencia.

Para tratar y estudiar la información recogida en los cuestionarios hemos utilizado el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (conocido como SPSS) en su versión 17.0. De manera más precisa, para llevar a cabo esta fase de análisis e interpretación de los datos, se han seguido los siguientes pasos:

En primer lugar, una vez recogimos todos los cuestionarios, procedimos a corregirlos uno por uno, para ver si había que eliminar alguno o no se consideraba válido, situación que no se dio. Más tarde, comenzamos a introducir los resultados en la base de datos correspondiente, confeccionada a tal efecto en el mencionado programa de análisis estadístico. Así, a medida que insertábamos la información, nos encontramos con una serie de incidencias que tuvimos que ir resolviendo de manera progresiva. Entre estas incidencias citaremos fundamentalmente las siguientes: errores o ausencia de alguna respuesta, elecciones múltiples en preguntas de opción única y dificultades técnicas en la categorización de preguntas de opción múltiple. A continuación, se procedió a la extracción y organización de los resultados obtenidos en tablas de frecuencia de índole puramente descriptiva.

Aunque a primera vista pudiera parecer todo lo contrario, lo cierto es que esta etapa y la anterior fueron las que más retardaron todo el proceso de investigación de la parte cuantitativa, porque la base de datos y el programa SPSS 17.0 plantearon la necesidad de un aprendizaje intensivo para su estudio y manejo, tanto en el planteamiento de la base de datos como en la necesidad de conocer las distintas posibilidades de análisis del programa como potente analizador estadístico.

El siguiente paso fue la realización de un estudio profundo acerca de la idoneidad de emplear pruebas no paramétricas (cruces y prueba del chi cuadrado). En este punto, además de repasar los objetivos y la estructura del propio cuestionario, se tuvieron en cuenta aspectos de pura teoría estadística que nos aconsejaba ser prudentes en la realización de este tipo de análisis. De esta manera, consideramos que, a pesar de haber realizado un número importante de estos cruces, es muy difícil asegurar la validez de las significaciones estadísticas, por lo que nos decantamos por la realización de análisis descriptivos y de tablas de frecuencia fundamentalmente. No obstante, debemos manifestar que sí se han realizado algunas tablas de contingencia aún cuando debamos ser cautos y prudentes en este tipo de análisis estadístico.

Finalmente, cuando ya tuvimos en nuestras manos todas las tablas de frecuencia y las tablas de contingencia, elaboramos las gráficas correspondientes a las respuestas obtenidas y a aquellos cruces de variables que, o bien habían resultado significativos, o bien habíamos considerado interesante reflejar. La idea de confeccionar gráficos explicativos, además de plasmar los datos en tablas, se debió fundamentalmente a que las gráficas resultan más fáciles de “leer” o interpretar que las tablas, ya que se puede hacer uso de una amplia gama de colores y de formas que permiten contrastar más cómodamente las diferencias de frecuencias y porcentajes que existe entre unas respuestas y otras.

CAPÍTULO III:

ANÁLISIS DOCUMENTAL

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DOCUMENTAL

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DOCUMENTAL	253
3.1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA MUERTE	261
3.2. ASPECTOS MÉDICOS	293
3.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	327
3.4. ASPECTOS SOCIALES	361
3.5. ASPECTOS RELIGIOSOS	397
3.6. ASPECTOS FILOSÓFICOS	435
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	461
3.8. ASPECTOS EDUCATIVOS	497

3. ANÁLISIS DOCUMENTAL

Este capítulo, está dedicado íntegramente, a la exposición del análisis documental realizado desde el abordaje de una perspectiva pluridisciplinar de la muerte. Como ya hemos indicado en el segundo capítulo de esta Tesis Doctoral, en la *primera fase* de investigación nos planteamos como objetivo aproximarnos a la temática desde diferentes ramas del saber, que de un modo u otro, han abordado el proceso de la muerte. Esto nos llevó a investigar sobre sus diferentes aspectos, tal y como ya hemos comentado: médicos, psicológicos, filosóficos, éticos, sociales, religiosos y educativos.

Para ello, recurrimos a la investigación documental entendiéndola como un proceso de construcción de conocimientos, de descubrimiento y explicación de una realidad que se desconocía. Hemos procurado, en ese sentido, llevar a cabo un trabajo sistemático, objetivo, producto de la lectura, análisis y síntesis de la información producida por otros, para dar origen a una nueva información monográfica donde se aborda el tema de la muerte desde múltiples perspectivas; construyendo así la base teórica del área objeto de investigación, para el posterior desarrollo de un programa de Educación para la Muerte que se presentará en el capítulo quinto.

Para desarrollar el análisis documental, realizamos en primer lugar, una búsqueda temática por materias y signaturas dentro de las ciencias que consideramos que están más estrechamente relacionadas con el tema de la muerte; con el fin último de realizar una triangulación teórica, ya que creemos necesario evitar el etnocentrismo teórico. No obstante, la posibilidad de una lectura sobre los datos que contemple múltiples perspectivas, no es la más frecuente, a excepción de que la investigación sea esencialmente exploratoria, y esa era la finalidad de nuestra primera fase de investigación. Explorar en primer lugar para después poder describir.

De esta forma, delimitamos las ramas científicas donde se estudia el tema de la muerte y posteriormente dentro de la variedad temática existente, definimos una serie de categorías temáticas a abordar en cada rama científica. En la siguiente tabla, aparecen reflejadas las ramas científicas seleccionadas, así como las temáticas y los aspectos tratados dentro de cada una de ellas.

Ramas científicas seleccionadas	Categorías temáticas a abordar
Generalidades	Idea de la muerte, hecho de la muerte, miedo a la muerte, actitudes ante la muerte, muerte propia (orientaciones), muerte ajena (duelo).
Medicina	Envejecimiento y muerte como proceso (sentido biológico y psicosocial), la enfermedad terminal: etapas y miedos, el moribundo: evaluación del sufrimiento y aceptación de la muerte, muerte digna: unidades de cuidados paliativos, el acompañamiento: la familia del enfermo.
Psicología	Psicología del sufrimiento y de la muerte: perspectiva evolutiva del concepto de muerte. Duelo: los procesos de duelo: fases, etapas o tareas, tipos de duelo: complicado, no complicado y grupos de apoyo.
Sociología	El morir en la actualidad: causas y sentido de la muerte, el tabú de la muerte, los ritos y las vivencias de los sobrevivientes.
Religión	La muerte y los orígenes de la religión, el tratamiento de la muerte en las grandes religiones mayoritarias: judaísmo, cristianismo, islamismo, hinduismo, budismo.
Filosofía	La teoría Heideggeriana de la muerte: el concepto de angustia, Viktor Frank y la pregunta por el sentido de la vida.
Ética	La Bioética y humanización de la medicina. Eutanasia y el derecho a morir con dignidad: pros y contras, atenciones básicas para una muerte digna, el testamento vital.
Pedagogía	Hacia una pedagogía de la muerte: evolución curricular más allá de la transversalidad y formación del profesorado.

Tabla 2.5. Temáticas a abordar en el análisis documental. Fuente: Elaboración propia.

Una vez formulado el tema-problema, recopilamos información de diversas fuentes. En esta fase hemos podido constatar que en todas las ramas científicas, excepto la pedagogía, tenemos muchísimo material para poder investigar. En ese punto, nos encontramos con el problema de seleccionar, delimitar, acotar,... para posteriormente leer, reflexionar, interpretar y poder elaborar una monografía donde se tratan aspectos clave. Las fases y tareas seguidas en este proceso de análisis documental han sido las siguientes:



Figura 2.6. Fases en el análisis documental. Fuente: Elaboración propia.

Una vez justificada la elección del análisis documental, establecidos los objetivos que se van a conseguir con esta técnica y delimitadas las fases seguidas pasaremos a exponer la monografía que aborda todas las temáticas clave que investigan el proceso de la muerte y el morir.

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.1. Aspectos generales sobre la muerte

Tabla de contenido

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINAR A LA MUERTE	263
3.1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA MUERTE	263
3.1.1. LA IDEA DE LA MUERTE	263
3.1.2. EL HECHO DE LA MUERTE HOY.....	264
3.1.3. EL MIEDO A MORIR: LA SOLEDAD Y EL SILENCIO FRENTE A LA MUERTE	268
3.1.4. LA MUERTE: ACTITUDES ANTE SU MISTERIO	279
3.1.4.1. ACTITUDES DE LAS PERSONAS MAYORES ANTE LA MUERTE	285
3.1.5. LA MUERTE DE UN SER QUERIDO: INTRODUCCIÓN AL DUELO.....	286
3.1.6. LA MUERTE PROPIA: ORIENTACIONES PARA AFRONTARLA.....	287
3.1.6.1. UN PRIMER PASO INDISPENSABLE: COMPRENDER Y ACEPTAR	289

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINAR A LA MUERTE

3.1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA MUERTE

3.1.1. LA IDEA DE LA MUERTE

La muerte es un hecho cotidiano, implícito a la vida y posiblemente la única certeza que tiene el ser humano. A pesar de esto, la idea de la muerte queda relegada, apartada e incluso eludida por la mayoría de las personas, constituyéndose como un tema tabú. Su presencia nos provoca miedo, dolor y sufrimiento al no saber cómo tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad, ya que de acuerdo con nuestra cultura, se la concibe como fracaso: personal, biológico, médico y/o tecnológico.

La idea de la Muerte ha sido abordada desde distintas disciplinas que enfocan el quehacer del hombre: filosofía, antropología, medicina, psicología..., y en ellas encontramos que la muerte, al igual que la vida, está condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, y, si bien es una inquietud que aparece en cualquier momento de la vida; basta toparnos con ella para que la idea se vuelva movilizante. Aunque, claro, la muerte es siempre de *otros*, siempre parece ajena.

Por ello, creemos que trabajar este tema requiere un aprendizaje que se debe producir a lo largo de toda la vida, que debe incidir en la idea de la muerte propia como ese hecho universal y necesario que va a ocurrir inevitablemente (estemos preparados o no), y que repercutirá en cada persona de forma singular y única. No hay dos muertes iguales, al igual que no existen dos vidas idénticas, por lo que prepararnos para morir hace que debamos relativizar las pérdidas y los fracasos y disfrutemos más el momento presente (*carpe diem*).

La forma de concebir nuestra propia muerte y los modos de construir los duelos formarán parte de nuestro quehacer diario asumiendo, analizando y aceptando estas situaciones con una actitud psíquica saludable, lo que conlleva una apuesta sin duda por la vida, y sobre todo por una mayor calidad de vida.

3.1.2. EL HECHO DE LA MUERTE HOY

Es evidente que hoy día resulta incómodo y difícil, hablar con claridad y abiertamente sobre la muerte. Intentarlo, y aún más, hacerlo, se tiene por una muestra de mal gusto y se califica como tal. Incluso implica con frecuencia ser considerado morboso. Tal vez por ello, se ha producido un alejamiento de la muerte en nuestra vida cotidiana y este hecho parece una característica de nuestra civilización. El modelo de las sociedades industriales distancia el tema de la muerte de las conversaciones familiares y amistosas. Antes se nacía y se moría en público. Ahora se exige con frecuencia que el enfermo ignore la gravedad y la inminencia de su muerte, y ésta llega, en ocasiones, sin que el moribundo se dé cuenta; a éste se le suele tratar como a un niño, su papel de protagonista se convierte en papel mojado. De esta forma, creemos (sobre todo en occidente) que basta con ignorar a la muerte y tal vez muchos piensen que con la ayuda de la ciencia y de la razón, un día, no demasiado lejano, la muerte será vencida.

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra reconocida mundialmente como una autoridad en materia de tanatología, constata como la negación de la muerte es, en parte, responsable del vacío en la vida de las personas, responsable del vivir sin un objetivo; cuando se vive como si se hubiese de «durar» siempre, es muy fácil posponer las cosas que tienen que hacerse. Pero cuando conseguimos entender que cada día que vivimos puede ser el último, aprovechamos el tiempo de este día para crecer, para llegar a ser algo más y mejor de lo que ya somos.

La muerte de calidad, la muerte digna, a nuestro entender, es aquella que sucede cuando pensamos que hemos vivido con objetivos e ideales, que quedará parte de nosotros en el recuerdo de los vivos que nos amaron, en definitiva, que nuestra vida ha tenido sentido: no hay ningún método para apartar la vejez de su oscuro destino, pero una vida plena compensa en calidad aquello que no puede añadir en cantidad, como sostenía el pensamiento heroico.

Aprender a morir no es nada más que un capítulo de la asignatura de aprender a vivir, y parece evidente que la angustia frente a la muerte es inversamente proporcional a la satisfacción de la vida: aquél que sabe dar sentido a su vida vive más serenamente la muerte.

Jaspers (1985) afirma que la preocupación por la muerte puede ofrecernos una confianza para saber morir. Muchos filósofos han dicho que el ser humano es un ser para la muerte, y prepararse para ella es una forma de aprender a vivir. Es necesario asumirla no sólo como una idea, sino también de forma existencial. Vivir plenamente es ir dando un sentido auténtico a nuestra muerte. Aceptarla equivale a rehusar el deseo superficial de pretender vivir eternamente.

Una vida llena de sentido se articula, como afirma Poch (2000), asumiendo nuestra propia muerte y la de nuestros seres queridos, porque sólo así creemos que podremos liberarnos de la angustia, alejarnos de la superficialidad y vivir responsablemente.

En el contexto actual, observamos hace algunas décadas, como los ritos de muerte, todavía importantes en gran parte de sociedades rurales, van desapareciendo en las grandes ciudades, y la muerte permanece escondida. Los funerales y los entierros tienen el común denominador de la brevedad, que incluso es agradecida por muchos de los asistentes; la exteriorización del dolor no está demasiado bien vista, las lágrimas en público sólo están permitidas a las mujeres, tal vez porque el modelo que nos impone la sociedad es de felicidad, de alegría, de buenas caras, de sonrisas estereotipadas.

No obstante, nunca como ahora el espectáculo de la muerte violenta y trágica - accidentes, atentados, guerras...- había estado tan presente entre nosotros. La televisión y el cine son los máximos exponentes de este fenómeno y nos ofrecen una cadena de escenas que ya casi no son capaces de impresionar a nadie. Siempre muere el *otro*, otro anónimo, sin rostro, sin afecto. Es la *muerte impersonalizada* que provoca la indiferencia ante ella. Incluso cuando es una muerte personalizada, con nombre y apellidos, como pudimos apreciar en el ahorcamiento de Saddam Hussein el 30 de diciembre de 2006, nos parece lejana y poco familiar y ya no se nos avisa de que esas imágenes pueden dañar la sensibilidad del espectador. ¿Es que acaso ya no tenemos sensibilidad? ¿O estamos tan anestesiados ante la muerte cotidiana que ya no percibimos dolor?

De esta forma, muchas personas captan la muerte como un accidente externo que tienen que evitar y mantener en silencio.

La premisa la “*persona es mortal*” ha sido sustituida por la “*persona muere de...*”, como si el hecho de morir viniese siempre de fuera, como si la muerte fuese un ente ajeno a nosotros mismos y tuviese vida propia por cuenta suya. Pero, de hecho, la muerte no es *la*, sino que “*la muerte somos nosotros*”. Y es que, en definitiva, en la persona que muere captamos nuestra propia finitud, y eso nos atemoriza. La muerte ha llegado a ser un tema prohibido, tanto a nivel de lenguaje como de pensamiento.

El nuevo modelo imperante de la muerte: hospitalización, falta de rituales, ocultación de la misma, etc., va unido a la instalación de las modernas estructuras sociales: progreso técnico, consumo, secularización, hedonismo, juvenalización... Además, es preciso tener en cuenta otros aspectos como la pérdida del sentido del dolor, la creciente superficialidad de la existencia humana, el régimen de compañía permanente que nos ofrece la sociedad... no hay lugar para el silencio y la soledad deseada, y en estos contextos no queda espacio para la muerte.

Los habitantes de las sociedades desarrolladas deseamos morir rápidamente, sin tener tiempo para pensar. A veces morimos más como objetos que como personas. En general, todos mostramos una clara tendencia a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida.

La muerte ya no es un hecho con mayúsculas ni se vive comunitariamente; sólo hay muertes pequeñas: las que ofrecen los medios de comunicación, las de las series televisivas, las de los videojuegos. La muerte se ha convertido en un *accidente* que contradice esta eterna imagen juvenil de la vida, hacia la cual la publicidad y el consumismo nos empujan constantemente, y que pretende negar la presencia de la muerte en nuestro ciclo vital. Vivimos más en lo efímero, lo huidizo, lo puntual, en la prisa activadora de muchas y rápidas acciones... que en la reflexión, la relación comprometedora, la fidelidad. Todos los aspectos externos de la finitud humana se han de esconder, disimular. El culto tradicional a la muerte se reduce prácticamente a la visita al cementerio el día de Todos los Santos y en asistir a funerales y entierros de personas próximas o simplemente conocidas.

Como dice Meyer (1983:32):

«No solamente las representaciones religiosas del más allá pierden fuerza, sino que la idea de la inmortalidad en general ha desaparecido de la vida pública. Sólo en la capilla del tanatorio o del cementerio y en las esquelas mortuorias mantiene su modesta vida, como tolerada para consuelo de los seres queridos más próximos».

La sociedad nos enseña a huir de la muerte, a no pensar en ella... y es frecuente constatar cómo, en la escuela y en casa, casi nunca se habla ni de la enfermedad, ni del sufrimiento ni de la muerte. A última hora, pues, tenemos que improvisar, salir lo más airosos posible de estos temas cuando se plantean; nos cuesta darnos cuenta y, sobre todo, creernos de verdad que la muerte es un hecho inseparable del hecho de ser viviente. Este aprendizaje no se hace de un día para otro, nos tenemos que preparar. Hay muchos elementos externos y superfluos que nos impiden buscar o construir el sentido de nuestro vivir, de nuestro sufrimiento, de todo aquello que en última instancia nos configura como seres humanos.

Se ha dicho que el gran tabú de nuestro siglo es la muerte. El principal sociólogo de la muerte, Philippe Ariès, constata como este tabú ha sustituido en el siglo XX al tabú del sexo del siglo XIX. En este sentido, Elisabeth Kübler-Ross y Ernest Becker fueron unos aliados insólitos que fomentaron la revolución cultural que sacó a la luz la muerte y el proceso de morir en el siglo XX. Al mismo tiempo que Kübler-Ross nos instaba a practicar el arte del bien morir, Becker nos enseñaba que el pasmo, el miedo y la ansiedad ontológica eran los acompañantes naturales de contemplar el hecho de la muerte.

Ariès (1982) interpreta como un indicio de la represión de la muerte que los cadáveres sean incinerados en lugar de inhumados, ya que supone, según él, el método más expeditivo de hacer desaparecer y olvidar los restos mortales, de exterminarlos totalmente. La muerte se está convirtiendo en un hecho que cada vez con más frecuencia pertenece a profesionales especializados, lo que origina el nacimiento de una profesión nueva, la *tanatología*, que tiene como objetivo prioritario ayudar a «morir discretamente», compensando en cierta medida las funciones que la familia ya no puede o no quiere realizar: acompañar al moribundo, amortajar el cadáver, velarlo...

El nacimiento y la muerte forman parte de los acontecimientos naturales. Por esta razón, más que esconder la muerte, ha de prevalecer la idea de devolverle el lugar que ocupa en la vida. De este modo se facilitará su aceptación y se extinguirán las falsas representaciones y tabúes que la envuelven. Asumir y aceptar la muerte de las personas que amo y la mía propia, con dignidad y respeto, es una condición imprescindible si optamos por una existencia auténtica.

Incluir la muerte en nuestra vida supone que no todo es como uno quiere, que no siempre se puede conquistar aquello que se desea, que no hay nada que sea para siempre, que no somos ni eternos ni omnipotentes.

Si se pretende argumentar -como afirma Mèlich (1990)- que el hecho de preocuparse de la muerte significa una evasión frente a la vida, consideramos que más bien sucede lo contrario: la integración de la muerte en el pensamiento humano permite vivir de acuerdo con propuestas más conscientes, más meditadas, y su reflexión nos coloca frente a frente con la certeza inexorable.

No querer hablar de ella representa, a nuestro entender, una importante obstrucción en el camino de la educación, pues se nos escamotea una de las herramientas más válidas para conseguir el objetivo final de toda pedagogía: el crecimiento de las personas en responsabilidad y en libertad.

3.1.3. EL MIEDO A MORIR: LA SOLEDAD Y EL SILENCIO FRENTE A LA MUERTE

Las personas morimos según dos modelos básicos: uno es instantáneo, súbito, pasamos sin evolución de la vida a la muerte; y el otro es progresivo: la vida se va yendo poco a poco y la muerte se instala progresivamente. La certeza de la muerte, en cualquiera de las formas en que se presente, nos atemoriza por lo que supone de soledad definitiva y total. Mientras estamos vivos la sociedad nos ofrece compañía más o menos permanente y -si nosotros lo permitimos- no nos deja solos ni un momento, se dedica a acumular sobre nosotros todo tipo de cosas, nos viste durante toda la vida. Por el contrario, la muerte representa la máxima soledad; ella nos lo hace dejar todo, nos convierte en pobres, nos *desnuda*.

Tanto desde la perspectiva que enfatiza el morir como el punto final, como desde la que subraya que se trata de un tránsito, la muerte despierta sentimientos de temor ante posibles sufrimientos o situaciones de soledad y desamparo. En torno al *después* se agrega el miedo a lo desconocido. Los que tienen la creencia en un cielo o en el encuentro con Dios y los seres queridos (católicos y musulmanes), o de la existencia de nuevas vidas o reencarnaciones (budistas e hinduistas), ponen mucha atención en el cuidado de estos conceptos.

Pero, de todos modos, ya tomemos en consideración la idea de muerte como *final*, como el principio de una nueva vida o *iluminación*, o como la *no-existencia*, la vida se ubica en el centro de los planteamientos, entendiéndose que debe mantenerse una disposición a afrontar la muerte como inherente a la vida que deviene en valorizar el tiempo de vivir.

El *miedo a morir* se confunde con el propio miedo a vivir. Con el miedo a la muerte se vinculan los miedos a la enfermedad, al sufrimiento, a la vejez, pero el miedo a la muerte tiene como punto de referencia el miedo al no ser y a la duda existencial del por qué ser ahora y no ser después: qué sentido tiene ser si algún día se dejará de ser. Morir supone, además, el temor ante el misterio y lo desconocido. De hecho, la preocupación y el miedo a lo que hay o pueda haber tras la muerte ha dado pie a uno de los máximos fenómenos culturales de la civilización: las religiones. El misterio y la sensación de incertidumbre que provoca la muerte tiene forzosamente que producir miedo. Todo lo desconocido produce temor pero si, además es irreversible y representa la imposibilidad de retorno, es lógico que se produzca miedo. *“Este sólo es comparable si se integra la muerte en el fenómeno global de la vida y se logra sentir por ella suficiente pasión y entusiasmo para compensar el temor a su final.”* (Corbella, 1990: 276).

Becker (2000) expone que la acumulación de investigaciones y opiniones sobre el miedo a la muerte es ya demasiado abundante como para lidiar con ella y resumirla de modo sencillo. El resurgimiento del interés sobre la muerte en las últimas décadas ha originado una enorme cantidad de bibliografía, y esa literatura no apunta en una sola dirección.

Hinton (1996) comenta como son innumerables las emociones que la muerte suscita: temor, tristeza, angustia, desesperación, resentimiento, resignación, desconfianza, lástima, avaricia, sensación de triunfo, de abandono y, hasta cierto punto, prácticamente todas las emociones que pueden darse en el hombre. La más común de todas, sin embargo, es la de *temor*. Constituye también la tristeza un importante factor al respecto, la tristeza que se experimenta ante la pérdida de algo que se tiene en aprecio, cuando una existencia que se estima toca a su fin.

También la indignación se halla estrechamente relacionada con la muerte, que puede culminar en el asesinato o en el resentimiento ante ella, lo cual es capaz de destruir todo gozo y esperanza.

Como comenta Belando (1998), la muerte, provoca en el hombre miedo, preocupación, ansiedad, etc. Este miedo puede variar en intensidad, de modo que se puede considerar como normal un cierto miedo, pero se puede dar, también, un miedo patológico, caracterizado, por su agudeza y su permanencia; es lo que denominan *tanatofobia*, y se observa en los individuos a los que les aterroriza el simple hecho de pronunciar la palabra «muerte» o hablar de los muertos. Para sobrellevar ese momento crítico y decisivo en la vida de toda persona es necesario conocer lo mejor posible qué es la muerte, con el fin de llegar a una mayor comprensión de ésta.

Se ha escrito mucho sobre el temor a la muerte, pero, sin duda, la doctora Kübler-Ross ha sido una de las autoras más reconocidas a nivel mundial en esta materia. Ella recomienda librarse de la negatividad y tomar la vida como un reto en el que poner a prueba las capacidades internas y la fuerza.

Otros autores reconocen tres miedos principales: *a lo desconocido* (es el más absurdo de todos los miedos, ¿por qué lo que no conocemos ha de ser negativo o perjudicial para nosotros?), *a la pérdida* (no se da en las personas autónomas, ya que este miedo se basa en el apego y conduce a que no se pueda disfrutar de las cosas), y *a la muerte* y, paralelamente, a la vejez, por asociación de ésta con aquélla.

El miedo a la muerte ha sido ampliamente analizado por el antropólogo francés Thomas (1991) que diferencia tres tipos de miedo a la muerte: miedo a morir, miedo a lo que ocurre tras la muerte, y miedo a los muertos. Y según comenta este autor, el miedo a morir es el que se considera más importante.

En relación a la discusión sobre si el miedo a la muerte aumenta con los años o es independiente de la edad, Lehr (1980) cuenta que Stanley Hall, a través de investigaciones empíricas, llegó a la conclusión de que no es cierto que con el envejecimiento aumente el miedo a la muerte y, por ello, halla una más sólida relación con la religión; en realidad los jóvenes tienen más miedo a la muerte, y hay una mínima correlación «miedo a la muerte-actividad religiosa».

También Kalish (1983) opina que el miedo a la muerte es menor en los viejos que en los jóvenes, aunque los primeros suelen pensar más frecuentemente en ella. Kalish explica que quizá este temor menor puede ser debido a que en la edad avanzada se es más consciente de ello, además la persona que se encuentra en esta etapa de la vida ya se ha enfrentado a otras pérdidas y, por otro lado, su presente y su futuro no es tan atractivo como, por ejemplo, el de las personas jóvenes.

Otro autor que apoya esta idea de que el miedo a la muerte no es consecuencia propia del envejecimiento es Cohen (1991). Para éste, el miedo o angustia por la "amenaza" de la muerte debiera considerarse como *«indicio de una depresión subyacente»*, y critica que la noción de tiempo (en relación a la proximidad de la muerte) en los ancianos no ha sido tratada adecuadamente (ya que la esperanza de vida es todavía considerable, o sea, no se puede pensar que la muerte está cerca cuando, según los promedios, al anciano le quedan alrededor de unos quince-veinte años de vida), lo que ha originado la ausencia o elusión de algunos tratamientos importantes.

Friedan (1994) señala que hay que aceptar la muerte como parte de la vida para vivir una buena vejez, lo que ayudará, asimismo, a superar la obsesión de tener a alguien que nos cuide en los últimos momentos. Sin embargo, el hombre no se puede acostumbrar a la idea de su propia muerte, ésta se va retrasando siempre, es como si pensáramos que son los otros los que se mueren y que a nosotros nos queda mucha vida por delante.

Esto ocurre porque el hombre no es un ser para la muerte, aunque ésta sea un carácter esencial de la existencia, como afirmaba Heidegger. Según Kübler-Ross (1993), para nuestro inconsciente es inconcebible morir por una causa natural o por vejez, sólo podemos ser matados, de ahí que la idea de la muerte se asocie a un acto de maldad, que provoca terror y que exige pena y castigo. Y, para San Martín, Pastor y Aldeguer (1990), la muerte provoca el respeto al misterio, al temor, por ello, se respeta a todos los muertos, aún cuando en vida no merecían respeto; en opinión de estos autores, este falso respeto es la expresión del temor a la muerte propia. La preocupación por la muerte y su sentido ha originado que, desde los pueblos más primitivos y en todas las razas, el hombre se haya planteado el porqué del origen de ella y sus causas.

De la aversión a la muerte que encontramos en la sociedad actual podemos deducir dos situaciones principales: a) mientras que, en la Edad Media, la muerte era un hecho social relevante, donde el que muere lo hace rodeado de familiares y amigos, se ha pasado en la sociedad urbana industrial a un alejamiento de la muerte, a no querer saber nada de ella, y, como consecuencia, han ido desapareciendo los duelos, las ceremonias fúnebres son más discretas, y los moribundos mueren con frecuencia lejos de su hogar y de su familia; y b) el desarrollo de la criobiología por la que se detiene la vida inmediatamente antes de la muerte por el frío, conservando el cuerpo en helio líquido a 320° Fahrenheit, con el objetivo de mantenerlo así hasta que se descubra la curación a su enfermedad y hasta que la ciencia encuentre la forma de devolver a la vida el cuerpo congelado.

Por lo que respecta al afrontamiento del temor a la muerte, Skinner y Vaughan (1986) proponen una serie de ideas o estrategias. Entre ellas recomiendan hacer testamento, lo que da al anciano la seguridad de saber que todo lo que tiene será para las personas que él mismo haya decidido; también aconsejan la donación de órganos como una forma de alargar la vida de una parte del cuerpo, además de ser una actitud altruista y la satisfacción que de ello puede derivar. Por otro lado, estos autores aclaran que lo que produce temor no es la muerte en sí, sino hablar y pensar en ella, y esto se puede evitar. Por ejemplo, con todas las acciones que se realizan para tener un envejecimiento activo y saludable, ya que el tiempo y la atención que se dedique a la vida y al bienestar no se ocupa de la muerte.

Para Mantegazza (2006), temer la muerte significa, en efecto, amar la vida, y sólo una vida digna puede ser amada hasta el punto de temer su límite. Temer la muerte supone temer su aguijón venenoso, pero esto no es posible en una vida impregnada de veneno. Para aprender el auténtico temor ante la muerte es necesario poder vivir, y vivir bien. Por este motivo, los grandes pensamientos filosóficos, artísticos y religiosos sobre la muerte surgen en épocas o en clases sociales protegidas del exterminio, la inanición y la mordedura inmediata de la muerte, y precisamente en estos grandes pensamientos se manifiesta el verdadero temor a la muerte. El *memento mori* tiene sentido y se convierte en arte, religión o filosofía, sólo cuando no son el tanque blindado o el único río del pueblo envenenado, los que nos recuerdan que debemos morir.

El temor a la muerte remite a la materialidad de la vida, a su carnalidad. Lo que se teme es no poder gozar de estas flores ni de estas músicas, ni repetir los rituales de la cotidianidad. La promesa del más allá, el paraíso pensado y mostrado con todo su resplandor ante la mirada humana, debe ajustar cuentas con la radicalidad de la experiencia vital que nutre el temor de morir. Incluso si hubiera algo más allá de la muerte, ese algo ya no sería vida, no al menos esta vida. Entonces, *“el temor a la muerte como constatación de una pérdida irreparable, ante la cual la especificidad humana consiste en nombrar lo que se pierde y lo que se gana, es el fundamento de una verdadera experiencia de la muerte y de una pedagogía propia”* como afirma (Mantegazza, 2006:25).

Gran parte de la ansiedad que la inminencia de la muerte produce es completamente normal, y tiene valor biológico. De no darse tal temor, se arriesgaría la vida muchas veces sin necesidad, y la muerte prematura se produciría con demasiada frecuencia, de modo que se pondría en peligro la supervivencia de la especie. Parece, en efecto, que tal temor forma parte de la naturaleza humana y que es necesario para la existencia de los propios individuos.

En parte al menos, tiene su origen en los instintos bien determinados genéticamente, y, en parte, también en la experiencia misma, como comenta Hinton (1996).

Uno de los factores que más influyen en el desarrollo del temor a la muerte viene constituido, sin duda, por las relaciones entre padres e hijos. Los hijos, en efecto, se encuentran condicionados no solamente por el ejemplo y la educación recibida de sus progenitores, sino por el mayor o menor grado de seguridad emocional que experimentan. Numerosos autores confirman que en los niños se forma ya una idea de la muerte hacia los cinco años. Tal concepto, en esta temprana edad, se halla, naturalmente, formulado de forma defectuosa, pero el niño puede ya experimentar el temor de ir a dormir sin que pueda despertar de nuevo, de morir a manos de malhechores, de ahogarse y el miedo a los fantasmas de los muertos.

Tales temores surgen quizás ante la muerte de alguna persona de su casa, o después de la asistencia a un funeral; frecuentemente, sin embargo, no obedecen a una causa evidente. Los niños entre cinco y nueve años conciben la muerte como una persona, o bien como una imagen pálida, tal vez horripilante. En su conjunto, los niños no rehúyen sin fundamento el pensamiento de la muerte, y, por lo general, se encuentran dispuestos a hablar de ella.

Resulta obvio en la experiencia cotidiana, naturalmente, que los adultos rehúyen con frecuencia toda alusión a la muerte cuando comporta una connotación personal. Es muy raro, en efecto, hablar de la muerte de otro en su misma presencia. Si alguien habla de su propia muerte, los demás se apresurarán a señalar amablemente que ésta no tendrá lugar por el momento. Esta evasión proporciona quizás una tranquilidad momentánea, pero no definitiva en lo que concierne al doloroso suceso. La preocupación encubierta por la muerte puede aparecer de forma solapada, sin que se reconozca la fuente que origina el temor. Además, la continua evasión de los pensamientos de muerte puede contribuir a crear una perturbación mayor cuando aquélla se presente de modo ineludible.

Hinton (1996) expone que los jóvenes adultos tienen menos motivos para pensar en la muerte. ¿Por qué van a hacerlo, si poseen larga vida por delante? Cuando comienzan a descubrir y a utilizar sus capacidades aún en desarrollo, las reflexiones en torno a la muerte carecen de importancia.

Esta impresión viene confirmada por los diversos estudios que se han llevado a cabo acerca de las actitudes que las personas adoptan frente a la muerte. Por ejemplo, en una encuesta llevada a término entre estudiantes citada en Hinton (1996: 29), más del 90 por ciento confesó que rara vez pensaba en la muerte desde un punto de vista personal, mientras que en otros sondeos entre personas mayores, sólo del 30 al 40 por ciento podía mantenerla alejada de su conciencia. La gente con frecuencia reconoce francamente que no quiere pensar en la muerte. Confiesan muchas personas que no es tanto la misma muerte lo que temen cuanto la agonía, y quienes la asocian con ideas de violencia encuentran frecuentemente a la muerte demasiado temible como para pararse siquiera a contemplarla. El deseo comúnmente expresado era el de dejar de existir tranquilamente durante el sueño, si bien hubo algunos que deseaban un pequeño lapso de tiempo para despedirse.

La mayoría de las personas experimenta, de vez en cuando, el miedo que normalmente causa la muerte, sea cuándo ciertos síntomas o una circunstancia en concreto le ocasionan un temor fatal, sea cuando parece que una persona querida se halla expuesta a la muerte. A veces, sin embargo, el temor de una persona a la muerte se presenta como completamente anormal -a pesar de que no se puede trazar fácilmente una frontera bien precisa entre la normalidad y la anormalidad a este respecto-. El miedo exagerado a la muerte toma generalmente su fuerza irracional de otras fuentes de preocupación.

Resulta fácil comprobar por qué la ansiedad se concentra en torno a la muerte y a la agonía. Una persona que es víctima del temor advierte que su corazón se halla palpitando apresuradamente, o que su respiración se hace más dificultosa, y todas estas sensaciones con frecuencia producen pánico por creer que se encuentra próxima a morir. Además la muerte se halla implicada en las angustias, a causa de sus numerosas conexiones con el temor.

Un psicoanalista ha llegado a afirmar que todo temor es, en último término, un temor de la muerte; parece, con todo, que se trata de una simplificación excesiva del problema. Se teme a la muerte por lo que tiene de separación, de soledad, de castigo, de destrucción, de confusión, etc.

Y, a la inversa, cualquier situación que amenaza con la separación, soledad o cosas por el estilo puede hacer surgir por asociación el miedo a la muerte. La desviación del temor de las fuentes propias que lo han originado se observa con frecuencia en los pacientes que solicitan ayuda médica, porque les asalta frecuentemente la obsesión de que se encuentran próximos a morir. Es útil, con todo, el descubrimiento de las raíces de esta preocupación misma.

Un aspecto importante de la muerte lo constituye el hecho de que las personas que mueren desaparecen, y es probable que surjan de esta impuesta e imprevista separación mórbidos temores. Los sentimientos de indignidad personal pueden ser origen, por su parte, de preocupaciones en torno a la muerte o la agonía.

Con tantos factores de preocupación en torno a la muerte, parece, tal vez, que ha de considerarse la agonía como un período lleno de temor. Es cierto, naturalmente, que quienes se encuentran próximos a morir se hallan bajo el influjo de sus actitudes previas y de sus temores ante la muerte, aunque hayan sido sus ideas normales o anormales. No quiere esto decir, sin embargo, que mientras se encuentra próximo a morir vengan al individuo los más desagradables pensamientos de la muerte. Afortunadamente, la gente adopta con frecuencia una actitud de serena valentía, aceptando el suceso inevitable como nunca lo hicieron durante su vida pasada. Los temores que anteriormente habían confluído en el de la muerte frecuentemente retornan a su lugar.

Cada uno de nosotros muere sin nadie más. Pensamos que Pascal tiene razón: morimos solos. Por mucho que tengamos al lado una mano amiga, una sonrisa compasiva y tierna, lo único que pasará es que todo será un poco más soportable, pero la soledad seguirá estando presente, será incluso omnipresente. La compañía, física y psíquica, y la asistencia, ya sea médica o espiritual, no pueden hacer desaparecer lo que supone la muerte como trance imposible de compartir. No solamente se da en soledad, sino que es soledad, como una puerta estrecha por la cual nunca podrán pasar juntas dos personas. Probablemente la muerte sería menos temida si se pudiese morir acompañado. Como escribe Jaspers (citado en Poch, 2000:38) «Cada uno muere solo; la soledad ante la muerte parece absoluta, tanto para el que muere como para el que se queda».

Ariès (1982) constata que la sociedad se ocupa del muerto pero no demasiado del moribundo; alarga la vida del enfermo, pero no le ayuda a morir. Se ha intentado explicar por qué muchos médicos abandonan a sus pacientes cuando no ven posibilidades de recuperación. Algunos estudios indican que, de todas las profesiones, la medicina es probablemente la que atrae a las personas más angustiadas por la muerte.

Cabadas (2004) nos dice que el miedo a la muerte es un miedo ancestral ante lo desconocido que el ser humano no ha conseguido superar, a pesar del influjo amortiguador que los sistemas de creencias religiosos, místicos, animistas, y más recientemente psicológicos, pretendieron ejercer apropiándose, de ese mundo sutil, inaccesible y oscuro a la luz de los sentidos, y de la realidad palpable de ese mundo que acompaña como una sombra a la vida y que es el protagonista absoluto después de la muerte. Sin embargo, hasta el momento, ninguna tradición antigua ni moderna ha logrado traer una respuesta autoconvinciente que deje al individuo indagador y cuestionador, tranquilo y sereno con respecto a su destino *post-mortem*. Por eso, la muerte sigue siendo el tema de mayor actualidad evolutiva.

La muerte plantea una enorme paradoja precisamente porque es el único argumento de la vida humana para el que existe una respuesta certera: todos sabemos que un día vamos a morir. Aun así, tiene la potencia de suscitar una tremenda inquietud y a su vez provocar innumerables preguntas, por ejemplo: ¿cómo es posible que tengamos en nuestro mundo occidental tan poca cultura acerca de la muerte?, ¿qué tipo de intereses se siguen alimentando detrás de esto que llamamos muerte?

El miedo a la muerte, más allá de tratarse de un miedo a lo desconocido, está principalmente relacionado con el miedo a perder la individualidad. Todo indica que para la conciencia, dejar de ser uno mismo, dejar de existir, es un hecho incomprensible y hasta cierto punto insoportable. Hay en el individuo algo implícito con la vida, que es su capacidad creativa, su capacidad de autotransformación y que hace que nos resulte intuitivamente inconcebible todo lo que no sea estar vivo. Además de ello, observamos, sin remedio, cómo la vida se organiza para renovarse permanentemente a nuestro alrededor.

Microorganismos, bacterias, vegetación, todo aquello que constituye dominios vitales inferiores prosperan por todas partes a pesar de los peores cataclismos, mientras que nosotros, conciencias, infinitamente más complejas y capaces de observar y reflexionar acerca de todo eso, ¿nos tenemos que conformar con la total desaparición?

El miedo a la muerte sigue arraigado en el miedo al cambio y a la renovación, en el miedo a los finales, en el miedo a perder el poder sobre la circularidad conocida y los mediocres gananciales que el individuo cree poseer. El miedo a morir se nutre de la falta de perspectiva sobre los procesos de la evolución consciente que entienden que la conciencia evoluciona adquiriendo conocimiento y experiencia de sí misma, en muchos niveles de realidad que trascienden la materia y el espacio-tiempo. La vida humana es sólo una visión sesgada de la realidad global del individuo (Cabadas, 2004).

Las respuestas al debate de la continuidad existencial siguen siendo todavía hoy, un proceso de búsqueda personal, un camino de investigación y de autoconocimiento que, por el momento, no está avalado ni por los paradigmas materialistas de la ciencia convencional, ni por los sistemas de creencias al uso.

La muerte siempre fue en el pasado un acto sencillo ligado al orden de la naturaleza y a la resignación colectiva de la especie ante el destino. El moribundo en la Edad Media, por ejemplo, era consciente de cuando le llegaba la hora de su muerte. Solía tomar una postura que, por su naturalidad, terminó izándose socialmente, dando así pistas a los presentes de que estaba a punto de abandonar definitivamente el cuerpo humano. Giraba la cara hacia la pared, cruzaba los brazos sobre el pecho y, de este modo, en una ceremonia familiar y sin excesos, donde había cabida incluso para el curioso de la calle, ha muerto la gente durante siglos. Tolstoi también describe la soledad del moribundo en su obra *La muerte de Iván Ilich*. Nos llama enormemente la atención la descripción que hace del moribundo que se siente solo y no puede compartir con nadie su pesar, es una soledad aplastante que deja huérfano al protagonista y que adopta la postura comentada “...esta soledad de Iván Ilich mientras descansaba con la cara girada hacia el respaldo del diván” (2001:102).

En la actualidad, poco queda de esa muerte familiar. El miedo a la desaparición, a la desconexión con todo lo conocido, a la pérdida de la individualidad; el hecho de no tener perspectiva alguna sobre la continuidad existencial, ni disponer de elementos fiables de comprensión para algo tan inexorable como es la muerte, ha llevado tal vez al hombre actual a *aparcar* la idea de la muerte y a aferrarse a un falso vivir como si eso de morir no fuera con él. De tal manera que la muerte se ha deshumanizado. Ahora la gente se muere en el hospital, a solas, entre aparatos. Al moribundo se le oculta la gravedad de su situación, a ser posible que no se entere de que se muere. De tal forma que la persona se termina muriendo a hurtadillas. Incluso la ciencia vigente tampoco sabe muy bien si la muerte es la que deja al individuo sin conciencia o sin aliento. A este respecto, Simone de Beauvoir nos relata en *Una muerte muy dulce* (1977) la vivencia en el hospital de los últimos meses de vida de su madre, donde finalmente muere. Beauvoir nos deja como reflexión estas palabras:

“...su vano encarnizamiento desgarraba el velo tranquilizador de la superficialidad cotidiana. No existe muerte natural: nada de lo que sucede al hombre es natural puesto que su sola presencia cuestiona el mundo. Todos los hombres son mortales: pero para todos los hombres la muerte es un accidente y, aunque la conozca y la acepte, es mucha violencia indebida” (1977:155).

En este sentido, es conveniente pensar si compartimos la reflexión del doctor Nuland (1995), cuando dice que el problema no es morir sino cómo morimos. Dicho todo esto, se nos plantea con más fuerza que nunca la necesidad de una pedagogía de la muerte, que pueda hacer frente a la angustia que genera la finitud y abra caminos para poder tratar el tema auténtica y naturalmente, en casa y en la escuela.

3.1.4. LA MUERTE: ACTITUDES ANTE SU MISTERIO

En principio, y de modo esquemático, podemos señalar que existen tres actitudes básicas ante la muerte, éstas son: miedo o temor, negación y ansiedad.

Moragas Moragas (1991) comenta que la actitud frente a la muerte está condicionada por la situación personal, pero, en general, las personas mayores la aceptan mejor que los jóvenes, y las mujeres mejor que los hombres, y, previsiblemente, las personas religiosas o creyentes mejor que los no practicantes.

No obstante, el autor señala que esto es variable dependiendo de las culturas y naciones. En opinión de Blanco Picabia (1992), existen diferentes factores que influyen sobre las actitudes y las reacciones ante una muerte concreta.

Dichos factores no dependen de la propia persona, ya que existe un gran acervo de condicionantes externos, y son:

a) La noxa letal: su tipo y duración, el tipo de síntomas que produce, la existencia o no de dolor, etc.

b) La personalidad del sujeto: su historia de aprendizajes y experiencias, sus estilos de vida, aspiraciones, etc.

c) La asistencia dispensada: tanto técnica, como social, afectiva, hostelera, humana en resumidas cuentas.

Moragas Moragas (1991) distingue, asimismo, actitudes positivas y negativas ante la muerte. Se puede reaccionar positivamente cuando se considera la muerte como la liberación de una situación negativa, como puede ser una enfermedad, pero, también se la percibe positivamente cuando la persona cree que le llevará a una existencia espiritual, superior o mejor que su vida terrenal.

En cuanto a las actitudes negativas parece que están ocasionadas por la asociación del proceso de morir a dolor y sufrimiento porque se piensa que sucede demasiado pronto y porque quedarán sin terminar o resolver trabajos o actividades que estaban realizando o que tenían que hacer; además, es también valorado como negativo por el dolor que provoca en los demás.

Según Brantner (citado por Mishara y Riedel, 1986:203), el miedo a morir se presenta a través de tres temores fundamentales: el miedo a morir solo, el miedo a morir en la oscuridad, y el miedo a sufrir.

Mishara y Riedel (1986) consideran que las actitudes hacia la muerte son variables dependiendo de las culturas y de la edad. Y parece ser que la religión no influye en los sentimientos provocados por la muerte (en esto difieren de Moragas Moragas, 1991).

En cuanto a los factores culturales, estos autores señalan que inciden en la experiencia de la muerte los siguientes:

1. La urbanización. Ésta distancia a las personas de esta experiencia por el desarrollo de las técnicas fúnebres.

2. El declive de la religión, y con ella el debilitamiento de las relaciones sagradas y racionales que el hombre mantenía con la muerte. También afecta al modo y la duración del proceso de duelo.

3. La evolución de la técnica médica. Por una parte, con ésta parece que existe curación para todas las enfermedades, y, por otra, se han reducido las visitas a domicilio, por lo que las personas suelen morir en los hospitales, y en éstos se suele ocultar la muerte tanto al moribundo como a sus familiares, e incluso, en ocasiones, al personal.

4. El paso de la familia numerosa a la familia nuclear. Ello ha conducido a una disminución de la relación entre los familiares y los moribundos, no sólo por la distancia física o geográfica, sino también porque ello provoca una reducción en las relaciones personales.

5. Las modificaciones epidemiológicas. Al producirse una disminución en la mortalidad infantil y un aumento en la esperanza de vida, en la actualidad, se asocia la muerte con la vejez.

6. El advenimiento de la era atómica. Se ha creado la sensación general de que podemos morir todos en cualquier momento y en cuestión de unos segundos.

7. La evolución de las prácticas y de las costumbres fúnebres. Antes la familia se encargaba de todo, pero ahora hay empresas que se dedican a ello, como ejemplo podemos apuntar el auge de los tanatorios.

La postura ante la vida y la actitud ante la muerte son inseparables. Ante ellas es posible un amplio abanico de posturas y comportamientos que, especialmente en el caso de la muerte, van desde la más estricta indiferencia hasta la angustia más desgarradora. Poch (2000:45-49) propone, entre otras posibilidades, la siguiente aproximación a las maneras de encararnos a la muerte:

1. NEGACIÓN

En esta postura la muerte aparece como algo inoportuno en lo cual vale más no pensar. El filósofo alemán Martín Heidegger afirma que en el morir de los demás llega a verse una inconveniencia social, cuando no una falta de tacto que no debe divulgarse. Aranguren, en su *Ética*, confirma como el pensamiento de la muerte perturba y paraliza la vida, le resta energías desde el punto de vista pragmático. Aunque la muerte no puede ser eliminada, sí que lo puede ser la preocupación por ella... pero una cosa es alejar la muerte como pensamiento y otra muy diferente es rechazarla como realidad, porque tal como dice Morin, negar el concepto no es negar la cosa; Pascal también afirma que las personas, no pudiendo escapar de la muerte, han decidido, para ser felices, no pensar en ella. Esto es todo lo que han sido capaces de inventar para consolarse.

Constatamos a menudo cómo ésta es una actitud común a toda la cultura occidental: evitar la muerte, disfrazarla, esconderla, negarla... Si somos lúcidos, nos damos cuenta de que el hecho real de la muerte no queda en absoluto eliminado con las premisas anteriores, y que lo primordial es *encontrar el sentido de la vida sin eludir la certeza de la finitud*.

2. DESAFÍO/OMNIPOTENCIA

Ante la muerte, cabe una actitud de reto: plantarle cara más o menos conscientemente, jugarse la vida. Si vivir es posiblemente el riesgo más importante, para algunas personas, sobre todo para los jóvenes, este riesgo da un cierto grado de omnipotencia.

La insatisfacción, la rutina y el aburrimiento pueden conducir, como contrapeso, a realizar acciones generadoras de fuertes emociones y que incluso rocen la muerte, aunque ésta no se tenga presente o bien lo esté de una manera difusa y esporádica. El deporte de aventura y el gusto por la velocidad excesiva son algunos de los canalizadores más frecuentes en los que los amantes del riesgo invierten sus energías. En el fondo hay una evidente negación de la posibilidad de la propia muerte: a mí no me puede pasar nada malo. La forma es el reto, el desafío.

3. DESESPERANZA

Otra actitud es la de los desesperados y angustiados, representados por la filosofía de Heidegger. Este pensador alemán habla del hombre en su libro *El ser y el tiempo*, como un ser-para-la-muerte, con un talante desesperanzado ante esta profunda realidad, pero que al mismo tiempo implica el descubrimiento positivo de la persona con existencia auténtica, alejada de la superficialidad y de la banalidad.

4. ESPERANZA

La verdadera actitud esperanzada nos sitúa ante la muerte como un tránsito hacia otra vida. La esperanza alcanza su máxima plenitud en las religiones, y de una manera especial en el cristianismo. La fe cristiana asegura que la noche de la muerte introduce en un día nuevo, cuya belleza supera todo lo que nosotros podemos conocer aquí abajo. Las personas esperanzadas poseen en su interior la profunda convicción de que todo adquiere sentido cuando se ha alcanzado firmemente la creencia en el más allá.

5. ACEPTACIÓN/REALISMO

La actitud realista: ni angustia ante la realidad de la muerte, ni esperanza en un mundo que trascienda la vida. Es un talante que acepta la muerte como una verdad radical y auténtica, tal como es: el hombre, como todo ser finito, ha tenido un principio y ha de tener un final.

Una reflexión filosófica sobre la muerte en esta línea se encuentra con los epicúreos. Según estos pensadores, para poder disfrutar de la vida hay que superar el temor a la muerte.

De hecho, yo y mi muerte somos incompatibles: cuando ella llegue yo ya no estaré para experimentarla. Por lo tanto, la muerte no nos ha de dar ningún miedo y la persona tiene que concentrarse en el gozo sereno de la vida.

Asimismo, los estoicos propugnan ante la muerte una serenidad y una libertad fruto del convencimiento de que se trata de algo externo a nosotros contra lo que no podemos rebelarnos, ya que la única actitud posible es aceptarla como un acontecimiento ineludible. Incluso el suicidio se tolera cuando las circunstancias hacen absolutamente imposible la vida. El estoico Séneca afirma que, pese a que la vida es corta y breve, y precisamente por eso, se tiene que vivir plenamente; si la aprovechamos adecuadamente, la existencia humana siempre será, según él, suficientemente larga.

Una diferenciación en la actitud resignada es la que afronta la muerte como liberación. Existen situaciones especialmente dolorosas que hacen que la muerte sea vista y sentida como la única salida posible.

Evidentemente, se pueden encontrar otras actitudes a la hora de situarnos ante la muerte. Cada uno puede pensar cuál de las expuestas -o ninguna de ellas- se acerca más a la suya y, al mismo tiempo, cuál se aleja más de la propia concepción sobre la vida y la muerte. Y siempre teniendo en cuenta que las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando con la evolución del tiempo y de las distintas sociedades y culturas.

La muerte en la cultura postmoderna, con su lógica del consumo, su desprecio por la experiencia pasada, la urgencia de vivir rápido y pasar, no es soportable porque es considerada como fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista y de los otros (la muerte solitaria con los respiradores, sondas y sueros como únicos acompañantes, tanatorios y cementerios alejados de las ciudades).

Pero también las actitudes se modifican a lo largo de la propia vida (biografía) y en relación a la realidad sociocultural de cada individuo, lo que imprime un sello único. Esto viene dado en gran medida por la historia personal en cuanto a las pérdidas vividas y a la forma de elaborar modos de construir los duelos frente a las mismas, así como por el contexto afectivo y el apoyo social con el que cuentan las personas mayores.

3.1.4.1. ACTITUDES DE LAS PERSONAS MAYORES ANTE LA MUERTE

Las personas mayores constituyen un colectivo que se siente especialmente cercano a la muerte. Por ello, han sido objeto de numerosos estudios en este tema. Generalmente se han venido considerando tres actitudes que también se pueden encontrar en el resto de la población: miedo o temor, negación y ansiedad. Sin embargo, autores como López Aranguren (2001:34-35), han estudiado ampliamente este tema y aportado algunas propuestas en el sentido de que la actitud que cada cual adopte ante la muerte dependerá ciertamente de las creencias religiosas o agnósticas, de la concepción filosófica, así como de la capacidad para enfrentarse con la realidad de la vida o con la realidad o no de la muerte. López Aranguren analiza las siguientes actitudes ante la muerte:

1º *Muerte eludida*: no puedo imaginar un mundo en el que yo no exista, por lo que mi muerte es impresentable, produciéndose incluso una represión natural del pensamiento de mi muerte. No sólo niego mi muerte, sino que hoy la muerte del otro tiende a hacerse desaparecer o nos anestesia ante ella. Tal vez con la vana esperanza de hacerla desaparecer, de la cuasi-eliminación de la muerte, convertida en utopía más o menos pseudo científica. Es una forma de eludir la muerte teniéndola presente y luchando contra ella.

2º *Muerte negada*: desde esta actitud se percibe la muerte como tránsito, “salida” en continuidad, de una situación a otra, de “esta vida” a la “otra vida”. Continuidad absoluta (platónica inmortalidad del alma) o relativa (resurrección cristiana del cuerpo humano).

3º *Muerte apropiada*: en este caso, vivir es inseparable de morir, por lo que debemos, como pide Rilke, “trabajarla” e, incluso, “dar la luz”. Heidegger precisará que la muerte es consubstancial a la vida.

4º *Muerte buscada*: como seguimiento del impulso fanático freudiano o aceptación de la “nada” que en definitiva somos.

5º *Muerte absurda*: ya que, según Sastre, priva a la vida de toda significación y le arrebatada su sentido.

Moragas Moragas (1991) distingue actitudes positivas y negativas ante la muerte. Por consiguiente, se puede reaccionar positivamente cuando se considera la muerte como:

- Liberación de una situación negativa o
- Que proporcionará una existencia espiritual superior o mejor que su vida terrenal.

Las actitudes negativas estarían ocasionadas por la asociación del dolor y el sufrimiento en el proceso de morir, porque suceda demasiado pronto o queden sin resolver trabajos que se estaban realizando o se iban a hacer. Y también por el dolor que provoca en los demás.

3.1.5. LA MUERTE DE UN SER QUERIDO: INTRODUCCIÓN AL DUELO

La muerte del otro nos enfrenta inevitablemente a nuestra propia finitud, y cada vez que se nos muere un ser querido muere una parte de nuestro propio yo. En realidad, sólo la muerte del otro puede ser objeto de experiencia, porque nuestra propia muerte sólo puede ser pensada o imaginada pero nunca vivida, ya que esto supondría la contradicción de no estar muerto.

Rodríguez (2002) expone dos vías que parecen abrirse ante la muerte de los demás. Una, la de la acción, nos convida a prestar apoyo y ofrecer lo mejor de nosotros, los sentimientos, a quien ya no puede acumular nada y a quienes están a punto de perder mucho. La otra, la de la reflexión, podría ser vista como un generoso pago a nuestra relación afectiva con el moribundo, como una fundamental inversión de futuro, como un aprendizaje vicario que nos lleva de la mano a aprender a morir, de la misma forma que otros aprendizajes vicarios nos enseñaron a vivir. Cualquiera que sea la cultura humana, vivir y morir son actitudes que sólo pueden aprenderse a partir de la experiencia ajena. No es fácil saber estar cara a cara con una persona que va a morir, pero es necesario aprenderlo, por su bien y por el nuestro.

Compartir tiempo y espacio con un moribundo, especialmente si es una persona querida, es un privilegio que debe degustarse con naturalidad, estando tranquilo y relajado. Es la última oportunidad de compartir vida, vivencias y emociones con esa persona, vale la pena aprovecharla, pero sin agobios para nadie. No se puede hacer, compensar o precipitar aquello que no se hizo con esa persona durante todo el tiempo de vida anterior.

La realización del duelo, es el proceso universal que nos permite a todos asumir y superar la muerte de los seres queridos, pero también hay que aprender a realizar el duelo de la mejor manera posible, algo que nunca es fácil y siempre requiere del apoyo de los demás. Estamos solos ante la muerte, pero necesitamos desesperadamente poder llegar bien acompañados hasta ella. La muerte, ajena o propia, puede y debe racionalizarse, pero, en cualquier caso, siempre debe vivirse con la misma naturalidad que el resto de la existencia.

En un apartado posterior, el referente a los aspectos psicológicos de la muerte, nos detendremos a definir y explicar ampliamente el proceso de duelo y los mecanismos implicados en él. Les remitimos a ese apartado para un análisis más profundo de esta temática.

3.1.6. LA MUERTE PROPIA: ORIENTACIONES PARA AFRONTARLA

Resulta indiscutible que cada cual debe vivir su propia muerte, circunstancia que sólo se experimenta muriendo de verdad. Para conocerla debe estarse en ella, agonizar en ella, convertirse en ella... pero entonces ya es demasiado tarde para aprender de ella y también para ilustrar a los demás desde ella. En cualquier caso, sea como fuere, todos vamos a desembocar en ella y no está de más prepararse para afrontar su encuentro.

Cientos de millones de personas en todo el mundo imaginan un misterio trascendente tras la muerte, y sus respectivas creencias religiosas les presentan las explicaciones más diversas sobre el más allá y una vía para poder transitar hacia él y por él.

Cada creencia a propósito de la muerte y de una anunciada vida *post mortem*, por diferente que sea, cumple una función importantísima a fin de que sus creyentes incorporen en sus vidas, con normalidad, la idea de la muerte. Como expone Rodríguez (2002), cada marco de creencias ofrece un modelo explicativo de la muerte que resulta coherente dentro de esa creencia, aunque no así en el ámbito de otras, ni tampoco para quienes no comparten ninguna fe.

Pero, tal como muestra la realidad actual, no basta con creer para que la muerte pierda su carga amenazante y terrible; así, por ejemplo, en el mundo cristiano de hoy, la gran mayoría de los creyentes declara tenerle miedo a la muerte, y en sus conductas personales y sociales lo demuestran con creces. Estar seguro de que a uno le espera una vida *post mortem* puede tranquilizar su ánimo ante la extinción pero no capacita necesariamente para poder afrontar la dolorosa experiencia de la pérdida ajena y la certeza de la inevitable extinción propia.

De hecho, aunque una diversidad de estudios muestra que la vivencia de lo religioso de buena parte de los creyentes es más infantil -irreflexiva, emocional, superficial, etc.- que adulta y madura, no debería haber problema alguno para que fe y madurez personal contribuyan complementariamente a enfrentarse a la realidad de la muerte, cualquiera que sea su sujeto. Nada hay mejor o peor ante la muerte si sirve para poder integrarla en la vida. Desde el punto de vista de las estrategias psicológicas de afrontamiento de la muerte, tan razonable es la postura de quienes la sitúan dentro del campo de lo trascendente como quienes la limitan a un hecho biológico. La muerte jamás puede ser un sinsentido, aunque, lógicamente, el sentido que le puede dar un creyente, un ateo o un agnóstico no sea el mismo.

En realidad, a los efectos de afrontamiento de la muerte, compartimos con Rodríguez (2002) su visión de que lo importante no es el sentido que se le dé a ésta sino, precisamente, el que se le dé alguno, y que éste se integre en la conciencia que tiene esa persona del universo del que forma parte. Si fuésemos capaces de abstraernos de lo que implica la muerte para cada uno de nosotros, quizá veríamos que la extinción personal sólo carece de sentido o representa un misterio si se le carga de construcciones culturales, de corte metafísico.

En el fondo este tipo de construcciones nada tienen que ver con ella, o no se estará jamás en condiciones de poder constatar, al menos mientras se permanezca vivo. El horizonte de la muerte exige un previo vivir en el *aquí y ahora*, no en el *a partir de ahora*, ni, menos aún, tras el *después*. Con o sin creencias religiosas, la idea de la muerte, lo que implica, puede controlarse de forma racional, puede afrontarse de forma realista y, en este aspecto, que no depende de la fe ni de la voluntad divina, radica lo mucho que los humanos podemos hacer para encarar con fortaleza nuestra inevitable extinción.

3.1.6.1. UN PRIMER PASO INDISPENSABLE: COMPRENDER Y ACEPTAR

Como expone Rodríguez (2002), ante el fin que a todos espera, la gran diferencia radica en la conciencia que uno puede llegar a tener del hecho mismo de morir. Estamos tan apegados a la frágil construcción que hemos llegado a hacer de ese “*ser*” que identificamos como “*uno mismo*”, que somos incapaces de racionalizar que lo que “*somos*” y “*tenemos*” es un efímero, aunque maravilloso préstamo derivado de una organización multicelular que se expresa a través de nosotros y no al revés.

Pensar la muerte implica situarse ante una ruptura, ante una crisis total, que no puede resolverse de ninguna manera y de la que tampoco puede saberse nada esencial a través de la muerte de los demás. Porque la muerte es un ejercicio individual, un acto individual, el último que haremos, que dependerá, básicamente, de cómo hayamos vivido, de qué se ha aprendido, y de qué recursos emocionales se ha adquirido para enfrentarse a las situaciones de crisis. Morirse es siempre algo nuevo y absolutamente desconocido para cada uno, por ello, máxime siendo un paso de tanta trascendencia, es lógico que angustie.

La muerte es algo que puede y debe comprenderse y aceptarse, pero esto sólo resulta posible emprenderlo y lograrlo en cada uno de nosotros, en su fuero interno y mediante los propios medios. Pero si no se acepta previamente la normalidad e incluso la necesidad del hecho de la muerte, sin importar la fórmula o convicción adoptada para ello, no podrá actuarse en ninguna dirección razonable que permita poder afrontarla con serenidad y madurez.

Cuanto más consciente se llegue a ser durante la vida de aquello que falla en uno mismo y más se afronte para intentar mejorarlo, cuanto más coherente sea la expresión de cada vida, cuanto más se acepte todo lo realizado -con sus aciertos y errores- a lo largo de la vida, cuanto más plena haya sido la existencia -aunque se haya vivido en la pobreza, pues la plenitud no tiene nada que ver con los medios disponibles-, cuantas menos deudas emocionales se haya adquirido o queden pendientes de cancelar..., mejores serán las condiciones disponibles para poder enfrentarse a ese inicio de Juicio Final en el que cada uno, dentro de su propia conciencia, se convierte en reo y juez al mismo tiempo.

A la muerte solamente se la puede enfrentar con lo que uno “es”, sus recursos emocionales (compuestos por la propia madurez personal y, también, en cierta medida, por la cercanía y disposición emocional de quienes le rodean y apoyan, no con lo que se “tiene”, eso es con los recursos materiales. Debe aprenderse a vivir el tiempo presente, que es el único que en realidad tenemos. El *pasado* se fue, ya no es nada si no recuerdo y, tal vez, sentimientos atesorados y lecciones asimiladas; y el *futuro* no es nada por sí mismo, depende absolutamente de lo que se haga en cada momento presente. La vida de cada cual acontece hoy, no ayer ni mañana.

La muerte es el final lógico y necesario de una vida dentro de un *continuum* en el que todo está estrechamente relacionado y donde todo lo anterior influye en lo posterior, así es que la manera de vivir, la actitud ante la vida, de cada cual determinará en gran medida su comportamiento ante la muerte. Por ello, corregir las actitudes y circunstancias personales que empobrecen, limitan o alteran el ámbito de las emociones, o que representan un lastre de cualquier tipo, será fundamental tanto para vivir mejor como para enfrentar positivamente la propia extinción.

Rodríguez (2002) nos expone una serie de ideas o consejos para mejorar nuestra vida y enfrentarnos de manera más positiva a la muerte:

- a) Dedicar un tiempo regular a pensar y reflexionar sobre uno mismo, su entorno y sus necesidades, sin descuidar los sentimientos que despiertan todo ello;
- b) Simplificar la vida (mucho de lo que se cree fundamental no lo es);

- c) Aprender a ser positivo, a disfrutar del silencio, a perdonar –cada cual tuvo sus razones para actuar tal como lo hizo- y a ver los problemas de la vida como regalos (oportunidades para poder mejorar); aceptar las contradicciones propias y las de la vida;
- d) Aceptar lo que no puede cambiarse;
- e) No ser rígido y estar abierto a lo que vaya sucediendo;
- f) No juzgar a los demás según los propios criterios, no hay una “única manera” para nada;
- g) Hacerse responsable de la propia vida, de los aciertos y los errores, de lo bueno y de lo malo;
- h) Acabar con las relaciones personales que no aportan nada y/o son negativas, la vida es demasiado corta para malgastarla;
- i) Hacer cambios, sí, pero sintiéndose cómodo con ellos;
- j) Realizar actividades creativas ajenas al trabajo profesional;
- k) Mantener y disfrutar el contacto con la naturaleza;
- l) Reflexionar sobre los sentimientos y actitudes que despierta la muerte, la de los demás en uno mismo y en los otros, y la perspectiva de la propia en cada cual, adelantar acontecimientos permite un mejor control cuando llegue la ocasión...

Especialmente importante será ir saldando las deudas emocionales que vamos acumulando a lo largo de la vida. Enfados, rencillas... todas las escalas del odio o resentimiento que hemos ido adjudicando a quienes sentimos que nos dañaron en alguna ocasión, o todo aquello que quisimos decir pero siempre callamos, supondrán un lastre sumamente doloroso cuando uno se acerque a su propia extinción. Enfrentarse a la propia muerte, en definitiva, es hacerlo a una situación altamente estresante, por eso la afrontan muchísimo mejor quienes ejercen un adecuado control sobre sus emociones. El control emocional de la ansiedad y del estrés es algo que deberíamos haber aprendido todos antes de llegar a la madurez, y si no es así, cosa muy corriente, es aconsejable solicitar ayuda especializada a fin de poder adquirir esta habilidad psicológica.

Aprender a manejar las propias emociones requiere, de modo muy esquemático, tres fases progresivas: saber reconocerlas cuando están surgiendo, particularmente sabiendo distinguir cuando el nivel de ansiedad rebasa los límites habituales de control de cada sujeto; saber aceptarlas, ya sea expresándolas a uno mismo y/o a otros, ya que a partir del momento en que se aceptan se abren vías para encontrar soluciones alternativas; y saber canalizarlas de modo inteligente, convirtiendo una posible vulnerabilidad en un proceso de crecimiento personal.

Siendo los cambios de actitud lo fundamental para enfrentar el propio fin, no debe olvidarse tampoco que la muerte requiere de una faceta burocrática que deberíamos abordar con el máximo tiempo y tranquilidad posibles. Es básico otorgar testamento y modificarlo cuantas veces se crea conveniente, para dejar los asuntos materiales bien ordenados, y también para evitar que el Estado se quede con parte de los bienes, si su propietario muere sin haber testado. Contratar seguros adecuados para proteger a la pareja e hijos en caso de muerte, prever opciones para que el ámbito familiar y económico puedan proseguir de la mejor manera posible cuando uno falte, y mantener bien ordenados los documentos y asuntos de orden legal, administrativo, económico u otros, será siempre algo que facilitará mucho el poder asumir con tranquilidad una muerte cercana, por enfermedad, o la siempre probable extinción por causas imprevistas.

Un documento de últimas voluntades, o el llamado “testamento vital”, servirá para dejar bien sentado qué es lo que uno desea que se haga con su persona en caso de quedar incapacitado y sumido en un proceso terminal, qué tratamiento final prefiere que se le dé a su cuerpo, o si se desea donar algunos órganos concretos o todos los aprovechables, qué tipo de pompas fúnebres deben celebrarse... hablarlo o discutirlo con los familiares y amigos más íntimos siempre será una buena idea: todos sabrán a qué atenerse, no habrá ocasión entre peleas o discrepancias familiares, y todos los participantes en el funeral sentirán que están colaborando en algo que decidió en vida la persona fallecida.

Todo cuanto podamos cambiar en una vida, para mejorarla mientras dure y para suavizar el choque inevitable que deberá asumir ante su extinción, no sólo será un privilegio, sino un deber para consigo y los demás.

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.2. Aspectos médicos sobre la muerte

Tabla de contenido

3.2. ASPECTOS MÉDICOS SOBRE LA MUERTE	295
3.2.1. <i>LOS DOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA DEL SIGLO XXI</i>	295
3.2.2. <i>EL MORIR: SENTIDO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL</i>	297
3.2.2.1. <i>EL PROCESO DE ENVEJECER: ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES</i>	299
3.2.3. <i>LA MUERTE COMO PROCESO, BREVE PERSPECTIVA MÉDICA</i>	301
3.2.3.1. <i>COMA y ESTADO VEGETATIVO</i>	304
3.2.4. <i>LA ENFERMEDAD COMO AMENAZA: CERCANÍA DE LA MUERTE</i>	306
3.2.4.1. <i>LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS</i>	307
3.2.4.2. <i>ETAPAS Y MIEDOS QUE ATRAVIESA UNA PERSONA TRAS CONOCER SU DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL</i>	313
3.2.5. <i>LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL: ROL, CONFLICTOS Y NECESIDADES</i>	322
3.2.6. <i>EL ACOMPAÑAMIENTO AL ENFERMO TERMINAL</i>	323
3.2.6.1. <i>MIEDOS Y CULPABILIDADES EN LA COTIDIANIEDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO</i>	325

3.2. ASPECTOS MÉDICOS SOBRE LA MUERTE

3.2.1. LOS DOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA DEL SIGLO XXI

El objetivo de la medicina para el siglo XXI no es sólo el de curar enfermedades. Como explica Bayés (2001), los objetivos de la medicina actualmente son dos, y ambos de la misma categoría e importancia; por una parte, permanece el objetivo médico de los últimos siglos, luchar contra las enfermedades; pero, por otra, cuando, a pesar de todos nuestros esfuerzos, llegue la muerte -ya que nuestra especie nunca podrá posponerla indefinidamente- conseguir que los pacientes mueran en paz (es decir, de la mejor manera posible y sin sufrimiento).

Lo que propone Callahan (citado en Bayés, 2001), en los albores del siglo XXI es que la *medicina paliativa* debe constituir un ideal médico de la misma categoría que el de la erradicación de las enfermedades y que, por tanto, la investigación sobre el proceso de morir y el alivio del sufrimiento humano, en especial el que precede a la muerte, constituyen un imperativo de investigación tan importante y urgente -y, posiblemente tan difícil, o más- como el estudio científico que se lleva a cabo en genética molecular y neurocirugía en la búsqueda de nuevos antibióticos o en el descubrimiento de vacunas eficaces contra el sida. Callahan fundamenta la argumentación de su propuesta en dos premisas:

a) En los últimos siglos, la medicina ha considerado a las enfermedades causantes de la muerte como su principal enemigo y, por ello, su finalidad fundamental ha consistido -y sigue consistiendo- en investigar sin descanso para descubrir los medios capaces de prevenir o eliminar, una tras otra, todas las causas de muerte conocidas: poliomielitis, tuberculosis, cáncer, enfermedades coronarias, Alzheimer, Sida, paludismo, anorexia nerviosa, etc. De esta manera, el pensamiento médico ha tendido implícitamente a configurar la muerte como un fenómeno teóricamente evitable y, desde esta perspectiva, no hay duda de que el fallecimiento de un paciente constituye a los ojos del médico un fracaso.

Por esta razón, la medicina paliativa se considera como una medicina de *segundo nivel*. Ayudar a los pacientes a morir en paz, aún reconociéndose como una tarea sanitaria digna del mayor elogio, permanece como un objetivo médico de menor entidad que vencer a la muerte, y, con frecuencia, sólo se acude a ella cuando fallan por completo todos los medios, proporcionados o desproporcionados, para evitarla, y tras haber sometido al paciente en bastantes ocasiones a una serie de intervenciones globalmente reconocidas como «*encarnizamiento terapéutico*».

b) El clínico, sin embargo, en su práctica diaria debe aceptar la muerte como un determinante biológico. La muerte es un fenómeno natural, inevitable, que nos afectará más pronto o más tarde a pesar del descifrado del genoma humano, a todos los miembros de la especie, investigadores, cibernautas, médicos y enfermeras incluidos. La muerte no es necesariamente un fracaso del conocimiento y no podrá nunca retrasarse indefinidamente. Todos los seres humanos, por el hecho de serlo, vamos a morir.

La medicina moderna no debería destacar como propio, ni siquiera implícitamente, un único objetivo fundamental sino *dos*, y a ambos debería conferirles el mismo valor: ayudar a los seres humanos a *morir en paz* es tan importante como evitar la muerte.

Por lo tanto se proclama la necesidad urgente de investigar el proceso de morir: "*todavía conocemos demasiado poco sobre cómo mueren las personas; cómo desean morir; y cómo diferentes clases de atención física, emocional y espiritual podrían ayudar mejor a los enfermos en situación terminal*" (Bayés, 2001:19). Debemos tener en cuenta que el proceso de morir constituye una parte de la vida y ni la vida ni la muerte son una enfermedad.

3.2.2. EL MORIR: SENTIDO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL

Morir es, sin duda, un hecho biológico que acontece al organismo humano desde que nace: algo de nosotros muere en cada instante. Castilla del Pino (1995:245) distingue entre “*morir –lo contrario a vivir- como una cuestión del organismo y morirse – lo contrario a existir- como cuestión del sujeto*”. O lo que es lo mismo: morir como acontecimiento del que se puede tener o no experiencia, y morirse como la experiencia de ese acontecimiento por parte del sujeto. Sólo que el sujeto sería el agente de ese acontecimiento.

Como afirma Rodríguez (2002), durante la mayoría de nuestra vida no somos conscientes de la mortandad interna y externa de billones de células que conforman nuestro organismo, a fin de renovarse –renovarnos- y prolongar nuestra existencia. Sólo comenzamos a percibir esta mortandad cuando la masacre afecta a su función específica y, en consecuencia, a nuestro estado de salud. Pero podemos calcular que en torno a diecisiete mil millones de células de nuestro cuerpo, carne de nuestra carne, mueren cada minuto de nuestra existencia para posibilitar que el organismo complejo que somos siga viviendo en la mejor de las condiciones posibles. Nuestro organismo se va renovando constantemente hasta el punto de que ningún componente tiene en realidad más de diez años.

Es decir, en nuestro organismo, en su más recóndita intimidad, se produce sin cesar el drama más importante de la vida, la *apoptosis*, la muerte celular programada, lo que nos garantiza la vida, alargándola hasta un cierto límite ya que nuestro organismo es desechable, de ahí nuestro inevitable y programado declive y extinción. De ello podemos deducir que la muerte es el motor imprescindible para la generación de la vida. Nuestra existencia se construye sobre el morir permanente y programado de una infinitud de billones de células que fuimos nosotros mismos.

A pesar de todo, somos el único organismo vivo que puede ser consciente de este proceso, que puede incidir en él para decantar la balanza a favor de los humanos y, más importante todavía, que puede sentirse perfectamente bien, psicológicamente bien, a través del mero convencimiento de “haber hecho lo debido”.

Si queremos mostrarnos rebeldes ante la muerte Rodríguez (2002:40), “*quizá sería más provechoso e inteligente tratar de cambiar nuestra vida –cómo la percibimos y qué hacemos con ella- que modificar nuestro ADN*”.

Con el paso del tiempo, nuestros componentes orgánicos se deterioran progresivamente hasta dejar de cumplir con su función. Aunque en sentido estricto, no desaparecen sino que se transforman, como hemos explicado antes. El cuerpo físico, todo aquello que lo constituye, está formado por átomos que han existido desde el nacimiento del universo y que se reciclan sin parar para dar vida a los organismos vegetales, animales y también humanos que fueron, son y serán. En cierto modo somos *eternos*, aunque no tengamos conciencia de ello.

A pesar de ello, el hecho biológico de la muerte, y sus consecuencias psicosociales, se produce con total indiferencia respecto a las creencias humanas, aunque éstas sí puedan hacer variar la actitud de cada uno hacia la vivencia de la extinción.

Por su parte, San Martín, Pastor y Aldeguer (1990) afirman que el concepto científico de muerte ha pasado de concebirse como la detención del proceso respiratorio a considerarse la detención del proceso cardiovascular por la paralización del corazón y de ahí a la concepción actual de muerte cerebral. Lo que nos llevaría a distinguir entre:

- Muerte natural (consecuencia del proceso de envejecimiento).
- Muerte accidental o prematura (resultado de enfermedades o accidentes).

De esta forma la mayoría de las muertes patológicas actuales estarían relacionadas con enfermedades o accidentes, debido a los “factores de riesgo” implícitos en nuestra vida cotidiana.

Afirma Thomas (1991) que, desde una perspectiva específicamente humana, de muerte física o caída en lo homogéneo y la entropía, que afecta al cuerpo- máquina; de *muerte biológica*, que culmina en el cadáver, el cual experimenta una prolongada tanatomorfosis (enfriamiento, rigidez, livideces y petequias, putrefacción, estadio final de mineralización); de *muerte psíquica*, la del “loco” encerrado en su autismo; de *muerte social*, por último que se manifiesta en la reclusión carcelaria o psiquiátrica, el paso de la jubilación (*defunctus*) o el abandono en el asilo.

A lo que se podría agregar la *muerte espiritual*, es decir, la del alma en pecado mortal, según la doctrina cristiana. O, si se prefiere, desde la perspectiva de las vivencias humanas, se muere para la conciencia lúdica en la demencia senil y para la conciencia simplemente (no siempre en forma total) en el coma prolongado; se muere para la vida plena y vigorosa en la vejez y para la vida misma en el coma sobrepasado o muerte cerebral; así como se muere para la sociedad en el destierro o en la pena infamante. Se puede, también, morir para sí mismo y terminar dándose muerte.

3.2.2.1. EL PROCESO DE ENVEJECER: ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

El proceso de envejecer va produciendo graduales modificaciones en las características biológicas propias de cada sujeto, que suelen traducirse en limitaciones de algunas capacidades en diferentes grados y, también, a consecuencia de éstas y/o de la forma con que los ancianos son tratados en nuestra sociedad, afloran diversos aspectos psicosociales que pueden llegar a repercutir de forma desfavorable en la última fase de la vida humana.

Con la edad se produce una disminución en la velocidad de los procesos sensitivos y motores, pero buena parte del declive cognitivo no se debe a esa reducción sino al hecho de que muchos ancianos dejan de ejercer habilidades que tenían con anterioridad y éstas acaban perdiendo eficacia y quedan mermadas. Todo ello, obviamente, sin perder de vista que hay factores educacionales, ambientales, biológicos y de salud que, adoptando diversas combinaciones entre sí, determinan la decadencia fisiológica propia de la senectud de cada cual.

En el terreno de lo psicosocial conviene recordar que la vejez no es una enfermedad sino un proceso natural, una etapa más dentro de la experiencia humana que debe ser vivida como otro paso en el desarrollo personal y social de una persona. Así que, situados frente al horizonte de la jubilación, debe aprenderse a saber vivir, aprovechar y disfrutar esa libertad que vendrá con el cese de la actividad productiva; y tras el retiro, deberá aprenderse a envejecer, gestionando con la mayor pericia posible los recursos –emocionales, económicos y de salud- de que pueda disponerse, ya que de ellos dependerá la independencia que tendrá cada cual durante su última etapa de vida.

Durante el proceso de envejecer se entra en una fase de revisión constante de las posibilidades de las metas y proyectos vitales en curso, que son modificadas - permitiendo o no la adaptación correspondiente- por la evolución del propio declive físico, por el alcance de los cambios sociales que acontecen, por la incertidumbre acerca del tiempo que queda todavía por vivir, etc. La vida cotidiana de una persona de edad avanzada suele caracterizarse por el sentimiento de inseguridad y la tensión que le produce la incertidumbre que se cierne sobre su futuro, así que su equilibrio emocional dependerá en gran medida de la calidad de la comunicación que mantenga con su entorno, particularmente con sus familiares y amigos.

Hoy, en nuestra sociedad industrial urbana, envejecer suele resultar complicado y doloroso para quien lo hace, pero es que, además, parece que complica la existencia de todos los demás.

“Estamos a un paso de tener que pedir perdón a familiares y al mundo en general por haber envejecido y seguir vivos, ¿qué demonios nos ocurre?, ¿qué sentido tiene una sociedad que considera a los viejos como una carga molesta? No cabe duda de que hemos pervertido hasta lo inimaginable las bases del sistema social humano” (Rodríguez, 2002:112).

El tiempo de ocio, para todo el mundo, pero particularmente para las personas jubiladas, resulta algo fundamental en tanto que supone una experiencia personal capaz de aportar beneficios tales como la libertad de elección, creatividad, satisfacción, disfrute, placer y felicidad. Una actividad adecuada de ocio previene patologías físicas y emocionales y enriquece el sentido de la vida de la persona que lo protagoniza. El ocio facilita el desarrollo personal y social y es un elemento imprescindible para poder disponer de una buena calidad de vida.

Cuando la autoestima de una persona es baja, cae fácilmente en la trampa de situar la satisfacción y la felicidad en todo lo que es externo y ajeno a ella misma, y pasa a quedarse con lo superficial como único universo posible y deseable.

Cuanto menos valor se cree poseer dentro de uno mismo, más se tenderá a pensar que sólo se es capaz de ofrecer a los demás la frescura de un caparazón vistoso. Sólo quien no ha sido capaz de madurar a lo largo de su vida, disfrutando de las experiencias que ofrece cada estadio vital, se verá atrapado en la absurda búsqueda de un imposible elixir de la eterna juventud.

Diremos y veremos a menudo, a lo largo de este trabajo, que nuestra postura ante la muerte dependerá, básicamente, de cómo se ha vivido, de cómo se han integrado y valorado las experiencias pasadas, y de cómo se ha envejecido. Entender y asumir adecuadamente el proceso vital y la función de envejecer es un excelente bálsamo contra la muerte.

La vejez nos desliza hacia el cénit de toda vida, que es su *ocaso*. El horizonte de la muerte, por vejez, por enfermedad, por ambos procesos a la vez, o por causas imprevisibles, merece nuestra atención porque es nuestro futuro más cierto y, en cualquier caso, reclamará nuestro esfuerzo y dedicación en algún momento que será ineludible. Saber envejecer con dignidad, en lo interno y lo externo, será la mejor garantía para que uno no se convierta en un problema para sí mismo, ni sea visto como tal por los demás aunque sus condiciones físicas le lleven a depender de los allegados.

Necesitamos, por tanto, una nueva manera de pensar en la muerte, lo que significa que hay que estar involucrados en la gestión médica de nuestra muerte. Dentro de unos límites, podemos elegir el lugar, el momento y la manera en que morimos, tomando decisiones respecto al modo de utilizar la moderna tecnología médica. *“El tiempo para empezar a prepararse para morir es ahora mismo, antes de contraer una enfermedad terminal o de sufrir un accidente potencialmente fatal”* (Preston, 2001:33).

3.2.3. LA MUERTE COMO PROCESO, BREVE PERSPECTIVA MÉDICA

Como explica Acarín (2005), no fue hasta 1959 cuando el médico francés Mollaret estableció los primeros criterios de la muerte cerebral, a la que él denominaba coma *dépassé*. Aún hubo que esperar hasta 1968 para obtener el primer consenso amplio en los criterios que califican el estado de coma irreversible, a partir del documento de la Escuela Médica de Harvard. Desde entonces y a lo largo de los últimos treinta años han aparecido trabajos de análisis y renovados criterios de consenso para el diagnóstico de la muerte.

En España los criterios de muerte fueron formalmente establecidos primero por Real Decreto en 1980, y más recientemente por el Real Decreto de 1999. El desencadenante fue la necesidad de establecer garantías que facilitaran la donación de órganos para trasplante.

La normativa actual consagra el hecho biológico fundamental de que hay una única causa de muerte, la destrucción cerebral, y dos posibles mecanismos según la lesión cerebral (hemorragia, traumatismo, etc.) sea lo primario o sea anterior la parada cardíaca, que más tarde da lugar a la destrucción del tejido cerebral por falta de oxígeno. En cualquier caso, la muerte sucede cuando el cerebro se ha destruido. El método diagnóstico de la muerte queda plenamente garantizado mediante el protocolo expuesto a continuación.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE
1. El examen neurológico debe demostrar que la ausencia de función cerebral es total, incluido el tronco cerebral.
2. El cese funcional debe poder considerarse irreversible, en razón de la naturaleza destructiva conocida de la agresión y de haber transcurrido un tiempo suficiente para confirmar que no hay ninguna recuperación.
A partir de estas premisas se establecen los siguientes criterios:
1. Requisitos previos que excluyen la posibilidad de sentar un diagnóstico de muerte cerebral:
a) Pacientes en coma de origen desconocido o de origen tóxico o medicamentoso. Es una condición previa imperativa que la causa del estado de coma sea conocida y demostrada por los exámenes apropiados, y debe ser de naturaleza destructiva del tejido cerebral (hemorragia, traumatismo, tumor, infarto-anoxia, encefalitis).
b) Hipotermia o shock cardiocirculatorio previos al coma.
c) Niños de menos de 2 años, en los que el diagnóstico es más complejo.
2. Deben concurrir los siguientes hallazgos neurológicos durante 30 minutos, pasadas seis horas desde el comienzo de la agresión que dio lugar al coma:
a) Coma profundo con hipotonía y ausencia de toda reactividad motora o vegetativa al dolor, tras aplicar un estímulo sobre un nervio del territorio craneal. Los estímulos dolorosos aplicados en las extremidades o en el tronco pueden producir reflejos espinales no valorables.
b) Apnea persistente (ausencia de respiración) tras una prueba de desconexión de 10 minutos del aparato de ventilación artificial y con oxigenación pasiva a través del tubo endotraqueal.
c) Pupilas intermedias, con ausencia del reflejo fotomotor y de los otros reflejos del tronco cerebral (óculo-vestibular, corneal, ciliospinal y tusígeno) explorados según el arte establecido. Ausencia de respuesta cardíaca a la inyección intravenosa de 2 mg de atropina.
3. Adicionalmente, y a criterio del médico responsable, se pueden usar criterios instrumentales, por ejemplo, el hallazgo de un trazado isoelectrico de 30 minutos en el EEG o la ausencia de circulación cerebral comprobada por angiografía convencional o isotópica o por velocimetría Doppler extra e intracraneal.

Tabla 3.2.1. Criterios para el diagnóstico de la muerte. Fuente: Acarín (2005:78)

La muerte siempre es consecuencia de una lesión cerebral. Es el cerebro metabólicamente útil el que caracteriza el estado de vida. La diferencia entre el diagnóstico tradicional de muerte por parada cardíaca y el diagnóstico de muerte primariamente cerebral es tan sólo operativa para poder proceder a la donación de órganos, siendo posible gracias a los métodos de reanimación cardiorespiratoria que permiten mantener estas funciones incluso en estado de muerte.

3.2.3.1. COMA y ESTADO VEGETATIVO

El estado de coma y el estado vegetativo (Acarín, 2005:80-84), son estados clínicos en los que el individuo está inconsciente pero mantiene la necesaria actividad de los sistemas cardiorrespiratorios de forma autónoma, aunque en algunos casos se le ayude a respirar con un aparato que le inyecta aire en los pulmones. Ésta es la diferencia entre estos estados y la muerte cerebral, en la que, como se dijo antes, el individuo ya murió, es un cadáver.

El estado de coma no es una enfermedad, sino un trastorno cerebral que puede producirse en diversas enfermedades y lesiones que afecten al cerebro. La capacidad cerebral para mantenernos despiertos y conscientes depende de la interacción funcional entre el córtex, el tálamo y el tronco cerebral. Un trastorno grave y amplio en el córtex, una lesión en el tronco cerebral, o ambos a la vez, producen el estado de coma.

Las causas más comunes son:

- Alteraciones circulatorias en el cerebro (hemorragias o infartos por falta de oxígeno);
- Traumatismos craneales;
- Tumores cerebrales;
- Inflamaciones o infecciones como la meningitis o las encefalitis;
- Alteraciones metabólicas, como en las crisis diabéticas o en la insuficiencia hepática;
- Alteraciones eléctricas tras una crisis epiléptica;
- Intoxicación del cerebro por drogas;
- Alteración de la temperatura corporal, por exceso o por defecto.

La evaluación médica del estado de coma, su profundidad y su causa permiten, en general, orientar el diagnóstico y pronóstico con bastante exactitud. Para valorar la importancia del coma se usa la escala de Glasgow, que, a partir de la observación de la apertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora, permite cuantificar el grado de profundidad del coma entre 15 y 3 puntos, de forma que un valor de 15 se corresponde con un estado de conciencia normal y un valor de 3 se corresponde con la muerte.

Entre ambos valores cabe un amplio espectro de puntuaciones que nos indican tanto el grado de afectación cerebral como, en caso de persistir una valoración baja durante varios días, el mal pronóstico respecto a la ulterior recuperación de la conciencia.

El estado vegetativo crónico es el resultado de una grave lesión cerebral, tras un traumatismo o un fallo en la llegada de oxígeno -anoxia- al cerebro, y que afecta tanto al córtex como a la sustancia blanca subcortical, con cierta preservación del hipotálamo y del tronco cerebral, lo que permite el mantenimiento de las funciones vegetativas, cardiocirculatoria, respiratoria, digestiva, regulación térmica y otras. Además de estas funciones que se mantienen con autonomía o con poca ayuda, el paciente también conserva períodos alternados de sueño y vigilia, pero, en cambio, no es capaz de ordenar respuestas motoras, de hablar, de seguir un objeto con la mirada, de controlar los esfínteres y además desarrolla posturas anormales por el predominio de los músculos flexores, lo que produce la adopción de una actitud rígida en flexión que recuerda a la posición fetal.

Hasta transcurridos dos años no puede aceptarse como irreversible el estado vegetativo crónico, especialmente en personas jóvenes y sanas que sufrieron un traumatismo craneal por accidente.

Tanto el estado de coma como el estado vegetativo significan la pérdida de la capacidad de conciencia. En el estado de coma no siempre es una pérdida irreversible. Pero en muchas otras ocasiones se pasa gradualmente del coma a la conciencia, lo que ocurre tanto en el caso de traumatismos como de intoxicación, o por otras causas.

3.2.4. LA ENFERMEDAD COMO AMENAZA: CERCANÍA DE LA MUERTE

Tomar conciencia de la proximidad de la muerte implica un cambio tan sutil como importante para quien va a morir y para todo su entorno, puesto que ésta deja de ser vista como algo probable dentro de una trayectoria potencial, “todos nos moriremos algún día”, para convertirse en el horizonte de una trayectoria real, “yo me estoy muriendo ahora”, o “él/ella se está muriendo ahora”.

Asumir la cercanía de la muerte; en general, puede estar motivado por la edad que uno ha alcanzado –no es habitual pensar en la muerte cuando se tiene 20 o 40 años, pero comienza a serlo cuando se cumplen 60, 70, 80, 90-, o por el anuncio de un diagnóstico de enfermedad terminal.

Conocer las etapas por las que atraviesa una persona tras enterarse de su diagnóstico terminal, y ser conscientes de los sentimientos y necesidades de todo orden que deberá enfrentar –también sus familiares- hasta llegar a su extinción, será fundamental para poder ayudar y apoyar al enfermo y su familia de forma eficaz y, sobre todo, humana; porque la muerte no es el fracaso o límite de la medicina tecnificada, sino la conclusión lógica de una vida humana que merece ser tratada como tal hasta su último suspiro.

Quizás, uno se ha pasado la vida eludiendo pensar en la muerte, pero siempre acaba llegando la hora en la que debe cambiarse de actitud. Enfrentar el hecho con madurez y dignidad hará que la vía hacia la extinción sea vivida infinitamente mejor en sus aspectos emocionales y, en consecuencia, dejará también en los deudos un recuerdo positivo, una huella de fortaleza, que les facilitará mucho realizar su duelo y asumir con normalidad la desaparición.

Tal y como tendremos ocasión de ampliar, saber la verdad sobre la propia situación de salud será fundamental para poder tomar decisiones muy importantes en materia de relaciones humanas, asuntos legales y económicos, actitudes espirituales o religiosas, tratamientos médicos por los que vale la pena pasar o no.

La muerte cierra y completa el ciclo de la vida, así que tener la oportunidad de reflexionar sobre ésta y, en lo posible, patronear su llegada, son derechos irrenunciables que nadie debe arrebatarlos. Morir bien, al igual que vivir bien, requiere una cierta planificación en lo material y en lo emocional.

Como afirma Rodríguez (2002), la manera de morir de cada persona depende fundamentalmente de tres elementos: la personalidad del sujeto, el tipo de enfermedad terminal y la calidad de la asistencia médica y ayuda humana que se reciba durante el proceso. El primero depende de uno mismo, la personalidad –un concepto que nos llevaría a abordar la forma como controlamos las emociones, las estrategias para enfrentar los problemas y el estrés, la construcción interna que hacemos de nuestro mundo y de nuestro papel en él, etc.- siempre puede modificarse para mejor, tanto si pretendemos mejorar la manera de sentir la vida como la de percibir la muerte. A veces puede hacerse algo para prevenir o evitar algún tipo de enfermedad terminal –dejar de fumar o de beber en exceso, por ejemplo- pero es evidente que de algo debe morir y ese destino no permite más control, si acaso, que el paliativo, aunque el proceso mediatizará las posibilidades que se tendrán mientras se va acabando la vida. El tercer elemento está siempre en manos de otros, ya sean éstos personal sanitario, familiares o amigos. Unos y otros pueden mejorar también el papel que tienen reservados adquiriendo más conocimientos sobre el hecho de morir.

La muerte es un hecho individual, pero depende en muchos aspectos del trabajo colectivo y de los sentimientos que afloran en el entorno del enfermo. Hoy somos nosotros el familiar, el amigo, el vecino, o quizás el médico; mañana otros asumirán este rol mientras nosotros deberemos representar a quien se apaga para siempre.

3.2.4.1. LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Una *mala noticia* puede definirse como aquella información que modifica de manera radical y negativa las expectativas que tiene un sujeto determinado acerca de su porvenir, y es tanto más mala cuanto más divergentes sean las expectativas de futuro esperadas de las que permite la nueva realidad que viene a implantar la “mala noticia”.

La mala noticia médica, en cualquiera de sus grados, afecta al paciente en su totalidad, que debe iniciar un proceso de adaptación al nuevo estado al que se ve lanzado de repente, pero otro tanto le sucede a su círculo próximo y/o dependiente, que también deberá adaptarse al proceso, siempre doloroso, de una enfermedad terminal.

Comunicar «malas noticias» como afirma Bayés (2001) no es un problema de trasvase de información sino el de cómo proporcionar dicha información a un paciente concreto en un ambiente cultural determinado. Un cómo que encuentra respuesta en la acción combinada de una actitud incondicional de ayuda y un dominio de la estrategia que acabamos de mencionar, el counselling.

Seligman (citado por Bayés, 2001) indica que percibimos un acontecimiento como incontrolable cuando creemos que nada podemos hacer para cambiarlo, que hagamos lo que hagamos todo ocurrirá, inexorablemente, de la misma manera.

Este sentimiento de indefensión produce en los sujetos que lo experimentan tres tipos de consecuencia:

- a) Incrementa las perturbaciones emocionales;
- b) Bloquea total o parcialmente su capacidad para percibir la realidad;
- c) Anula o disminuye la probabilidad de que inicien comportamientos voluntarios para tratar de cambiar la situación.

A juicio de Seligman, en circunstancias extremas el sentimiento de indefensión ante la expectativa de una muerte inminente es susceptible de producir o facilitar, en algunos casos, la denominada «muerte súbita», pudiendo establecerse asimismo connotaciones lógicas -aunque difícilmente demostrables- entre dicho sentimiento de indefensión y la denominada «muerte por vudú» o «muerte psicofisiológica».

Normalmente el encargado de dar la mala noticia es un médico pero, para este colectivo, que suele estar preparado para informar sobre curaciones pero no sobre la otra cara de la moneda, la comunicación abierta con pacientes terminales y sus familias no es tampoco tarea fácil, dado que antes deben afrontar su propia ansiedad personal ante la muerte y el probable sentimiento de fracaso, además de estar en condiciones de

soportar la posibilidad de ser el blanco de la ira, rechazo, ansiedad y demás reacciones emocionales que despertarán en sus interlocutores al trasvasarles una información negativa que, para colmo, no siempre disponen en su totalidad para poder cubrir todas las preguntas y dudas del enfermo y sus familiares.

La Ley General de Sanidad española (1986) establece la obligación que tiene todo médico de informar a su paciente, verbalmente y por escrito, acerca de la enfermedad que padece y de su pronóstico; así como también la de informar al familiar o allegado más próximo, o a quien el paciente designe para tal cometido. Una excepción a la norma es la que contempla el llamado “privilegio terapéutico” que autoriza al médico a ocultar información pero sólo en el caso de que considere, con fundamentos sólidos, que la noticia podría incrementar el riesgo del paciente. La otra excepción es cuando el paciente se niega, de forma expresa o tácita a conocer su situación; una negativa que suele remitir a medida que la enfermedad evoluciona y se incrementa la confianza con el médico.

Es muy corriente también que los familiares quieran saberlo todo sobre la enfermedad pero pidan al equipo médico que se lo oculte al paciente, poniendo en marcha una “conspiración del silencio” que no lleva sino a aislar al enfermo y a construir un lesivo muro de incomunicación entre paciente, familiares y médicos. Otro tanto sucede al revés, cuando el enfermo es consciente de su estado pero solicita al médico que no informe a su familia más próxima para evitar causarles sufrimiento. Ambos casos deberían evitarse, salvo que se estuviese ante un supuesto en que deba aplicarse el “privilegio terapéutico”, dado que perjudican a todos y no solucionan nada.

Como afirma Rodríguez (2002) a pesar de que muchos creen que conocer el diagnóstico es contraproducente para cualquier enfermo, la verdad es que, cuando el proceso de comunicación médico-paciente se produce correctamente (y la clave radica antes en el cómo que en el qué se dice), la información recibida acaba liberando al enfermo y a su familia de la angustia que produce la incertidumbre.

Entre los requerimientos que se dan como imprescindibles para poder comunicar “malas noticias” médicas, los expertos citan (Gómez Sancho, 1998:63-68):

- 1) Estar bien informado uno mismo antes de hacerlo para que la información facilitada pueda cubrir todos los aspectos del problema que pueden ser de interés al otro.
- 2) Evitar cualquier actitud paternalista.
- 3) Aceptar a la otra persona como un interlocutor capacitado y libre y admitir su derecho a querer saber o no sobre su situación.
- 4) Adoptar la comunicación como lo que debe ser, un hecho bidireccional, y no como una transmisión inapelable de lo que uno sabe, cree o piensa.
- 5) Buscar el lugar y momento adecuados (evitando la distancia, las prisas o la huida camuflada bajo la forma de trámite burocrático).
- 6) Averiguar qué conoce el enfermo (sin perder de vista que la mayoría ya sabe o intuye que se encuentra en una situación grave o irreversible), qué desea saber y qué puede saber (límite de verdad que es capaz de soportar) y esperar a que pregunte y/o facilitar que lo haga.
- 7) Ofrecer algo a cambio –compromiso de soporte- para aminorar la sensación de pérdida que produce la noticia.
- 8) Actuar gradualmente sin establecer límites o plazos –manejando la incertidumbre-.
- 9) Proceder con intimidad, honestidad, sencillez, sinceridad, claridad –evitando tecnicismos, ambigüedades, silencios y mentiras- y delicadeza.
- 10) No discutir con la negación, emplear términos positivos y no quitar la esperanza.

La autonomía de una persona depende de lo que ésta conoce de sí misma y de las circunstancias que le afectan, así que ocultar la verdad a un enfermo terminal implica faltarle al respeto y vulnerar su derecho a la verdad, impidiendo de esta manera que pueda tomar las decisiones que crea convenientes, en cualquier ámbito, cuando todavía está a tiempo y, también, imposibilitando que pueda vivir la última etapa de su vida con el protagonismo que corresponde a cada uno, y que sólo a cada uno corresponde.

Cuando se adquiere conciencia de la propia muerte como algo más o menos inminente, y se acepta como un hecho natural, cambia la forma de relacionarse con la pareja, parientes y amigos, pudiendo entrar en un nivel de intimidad, sinceridad y cercanía emocional que quizá jamás se pudo abordar antes y que ahora será fundamental para vivir la última parte del camino con la máxima riqueza y bienestar posible. La persona tiene que tener derecho a meditar acerca de la muerte próxima, para poder observar su vida en perspectiva como la totalidad de una vida, de percibirla y vivirla como un todo.

Lo ideal es que enfermo y familiares tengan la posibilidad de hablar acerca de la naturaleza de la enfermedad y de su posible evolución, que puedan dialogar e intercambiar opiniones y sentimientos. La información que sepan y compartan –o no– unos y otros, así como el modo en que lo hagan, siempre acabará determinando lo que se denomina “contextos de conciencia”, eso es la manera en que la persona va a experimentar su propia extinción.

Según Acarín (2005), cuando el médico establece un pronóstico de muerte a corto o medio plazo, percibe un fuerte impacto emocional junto a la necesidad de adoptar una estrategia de relación con el paciente lo menos incómoda posible. A menudo hay tendencia a desdramatizar la situación, en ocasiones cayendo en lo trivial. Esta reacción conduce a algunos profesionales a negar o ignorar el problema, desentendiéndose del paciente-persona, que pasa a ser el caso «tal», especialmente en los hospitales, donde hay abundantes recursos técnicos que permiten convertir al paciente en un número, un caso clínico de interés, despersonalizado. El problema del moribundo se convierte así en una cuestión técnica, menos emocional. A pesar de todas las reflexiones, la comodidad nos empuja a ignorar y a no enfrentarnos con la muerte.

Cabe recordar que los médicos no fueron seleccionados para afrontar la muerte, ni formados para ello. Su orientación vocacional tiene su origen en la curiosidad científica, la necesidad de servir a los demás, o el acceder a una profesión de prestigio (quizá menos ahora que antes). Además, en las últimas décadas la crisis sanitaria ha trastocado el rol social del médico, así como la confianza que los profesionales tenían en sí mismos y en el acerbo técnico-científico sobre el que asentaban su labor.

Estamos en una etapa de transición tras la que se redefinirán las funciones del médico y la eficiencia del método clínico. Pretender que los médicos y los sanitarios en general reflexionen con rigor sobre las muertes que se suceden a su alrededor es algo ilusorio. Es probable que, si viviéramos pensando siempre en la muerte, nos faltase ánimo para gozar de lo que nos ofrece la vida. De ahí que sea tan universal la tendencia a vivir de espaldas a la muerte.

La capacidad personal para asumir la muerte, la caducidad de la vida, depende en gran parte de que se consiga una profunda conciencia biológica de la existencia, de lo que es la vida y la naturaleza. Entender que tan sólo somos un pequeño incidente en la inmensidad de la historia natural, donde vida y muerte son parte de un mismo fluir no resoluble. Esta comprensión puede permitir aguardar la muerte con tranquilidad, incluso con deseo, cuando se completa el ciclo vital.

Respecto al tema de la información veraz que deben proporcionar los médicos, nos encontramos con que, en nuestra cultura, hay poca tradición de confiar la información pronóstica directamente al paciente. El intermediario es la familia, y a través de ella (con su filtro) se modula la relación médico-enfermo. La familia acostumbra a estar representada por dos o tres personas, padres respecto a hijos o viceversa, e incluso cuando el cónyuge es el interlocutor acostumbra a hacerse acompañar de algún hijo. Se establece, pues, una situación triangular: el médico conoce el diagnóstico y el pronóstico, se lo comunica a la familia y ésta decide el grado de información que se ofrece al paciente, sobreentendiéndose que será el médico quien le informará, al tiempo que lo tratará y cuidará.

El médico se debe al paciente, pero está coaccionado por la familia, que además espera que satisfaga al enfermo. En nuestro medio es habitual, y así lo hace el autor, que el profesional acepte la decisión familiar. Hay una diferencia abismal en las relaciones con el que va a morir según la familia favorezca la transparencia informativa o se niegue a ello. La despedida, por ejemplo, puede quedar sobreentendida, como si fuese un acuerdo tácito, en el que el gesto, la mirada, y a veces la caricia hacen poco necesarias las palabras.

Por lo que consideramos que la información al paciente debe asentarse en el respeto a su individualidad: a sus necesidades, intereses, e historia. Lo más importante es dejar hablar al paciente, ayudarlo quizás a que pueda expresar lo que siente, sus temores, esperanzas, frustraciones, y facilitarle incluso que transmita su indignación por lo que le sucede y por lo que teme que pueda sucederle. Cuando un paciente no tiene posibilidades de recuperación hay que evitarle la práctica de exploraciones y tratamientos fútiles, esto es, inútiles para mejorar su vida.

Pero cuando hay una certeza pronóstica mortal el «hacer algo» inútil puede incluso ser perjudicial y originar efectos adversos que hagan sufrir al paciente, sin brindarle mejoría. Además acostumbran a ser estrategias de distracción, tanto para los médicos como para la familia, en las que se crean falsas esperanzas, a la vez que contribuyen a que el paciente pierda un tiempo precioso que aprovecharía mejor gozando del último aire de la vida junto a los suyos.

3.2.4.2. ETAPAS Y MIEDOS QUE ATRAVIESA UNA PERSONA TRAS CONOCER SU DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL

La enfermedad terminal supone un reto que obliga a enfrentarse al dolor, al miedo a la soledad y a la sensación de pérdida de sentido de la vida. En esta circunstancia no hay reacciones que deban ser consideradas normales o anormales, sino reacciones que favorecen adaptarse a la nueva realidad y permiten que el enfermo resuelva progresivamente sus problemas, y otras que impiden la adaptación y generan todavía más dificultades a la persona enferma.

Buckman (1994) resume en el cuadro siguiente las principales reacciones manifestadas por los pacientes ante su diagnóstico de cáncer, y las clasifica según favorezcan la adaptación o inadaptación de la persona a sus nuevas circunstancias vitales.

REACCIONES DEL ENFERMO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	
ADAPTACIÓN	INADAPTACIÓN
Humor	Culpabilidad
Negación	Negación patológica
Cólera difusa	Rabia prolongada
Cólera ante la enfermedad	Cólera contra las personas
Llanto	Crisis de llanto violentas
Miedo	Angustia
Realización de una ambición	Peticiones imposibles
Esperanza realista	Esperanza quimérica
Deseo sexual	Desesperación
Negociación	Manipulación

Tabla 3.2.2. Reacciones del enfermo ante el diagnóstico de cáncer. Fuente: Buckman (1994).

Es obvio que no todo el mundo reacciona de igual modo ante el diagnóstico, ni encauza de manera idéntica el posterior proceso de adaptación a su nueva situación vital, pero existe una serie de estadios o fases –que fueron primeramente descritas y sistematizadas por Elisabeth Kübler-Ross a finales de los años 60- por las que pasan la mayoría de los enfermos terminales, aunque no todos las recorren con la misma intensidad ni en el mismo orden cronológico. Las etapas que suelen seguir a un diagnóstico de enfermedad terminal son: negación y aislamiento, irritación e ira, pacto, depresión y aceptación.

□ PRIMERA FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO

La negación inicial era común a los pacientes a los que se les revelaba directamente desde el principio de su enfermedad. Esta negación tan angustiada ante la presentación de un diagnóstico es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no lo conoce bien o que lo hace rápidamente “para acabar de una vez”, sin tener en cuenta la disposición del paciente.

La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando.

“Lo considero una manera sana de enfocar la situación incómoda y dolorosa en la que tienen que vivir algunos de estos pacientes durante mucho tiempo. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente, y con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales” (Kübler-Ross, 2000:60).

Kübler-Ross es partidaria de hablar de la muerte y del morir con los pacientes mucho antes de que llegue su hora si el paciente indica que quiere hacerlo. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. La negación mantenida no siempre aumenta el dolor si se aguanta hasta el final, cosa que Kübler-Ross considera muy poco común. La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, más al principio de una enfermedad grave que hacia el final de la vida. Luego, la necesidad va, y viene, y el oyente sensible y perceptivo reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones (Kübler-Ross, 2000). Así pues, resumiendo, la primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recupera gradualmente.

“También hemos descubierto que mucho de nuestros pacientes han usado la negación cuando se encontraban con miembros del personal del hospital que tenían que usar esta forma de actuar por sus propias razones” (Kübler-Ross, 2000:64).

Es el cuidado persistente del terapeuta que ha superado lo suficiente su propio complejo con respecto a la muerte lo que ayuda al paciente a sobreponerse a la ansiedad y al miedo de su muerte inminente.

□ **SEGUNDA FASE: IRA E IRRITACIÓN**

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente, surge la siguiente pregunta: “¿por qué yo?”

En contraste con la fase de negación, la fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que les da rabia a los pacientes, a veces casi al azar.

El paciente cree en esta fase que los médicos no son buenos o no saben que podrán hacer por él paciente ni qué dieta prescribir; éstos tienen a los pacientes demasiado tiempo en el hospital o no respetan sus deseos de privilegios especiales..., etc.

Un paciente al que se respete y comprenda, al que se preste atención y se dedique un poco de tiempo, pronto bajará la voz y reducirá sus airadas peticiones. Se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y al que permiten funcionar al nivel más alto posible, mientras pueda. Se le escuchará sin necesidad de que coja un berrinche, se le visitará sin que suene el timbre tan a menudo, porque hacerle una visita no es un deber, sino que debe ser un placer. La tragedia es quizá que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen, no tiene nada que ver, o muy poco, con las personas que se convierten en blanco de sus iras.

“Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas” (Kübler-Ross, 2000:78).

□ TERCERA FASE: PACTO

La tercera fase, la fase de pacto, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. Lo que más suele desear el paciente es una prolongación de la vida, o por lo menos, pasar unos días sin dolor o molestias físicas. En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio a la buena conducta, además fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. Ninguno de los pacientes de Kübler-Ross ha cumplido su promesa. La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho del sacerdote.

Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, y por lo tanto sería muy útil que el personal de los hospitales no pasara por alto este tipo de comentarios de los pacientes.

Por esta razón, Kübler-Ross considera tan útil un contacto profesional entre las diferentes personas encargadas del cuidado del paciente, ya que, a menudo, el capellán es el primero que se enterará de aquellas preocupaciones. Los médicos podrán seguirles el rastro hasta que el paciente se libre de sus temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa la fecha del vencimiento (Kübler-Ross, 2000:114).

□ CUARTA FASE: DEPRESIÓN

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir poniendo al mal tiempo buena cara. Su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. Esta pérdida puede tener muchas facetas.

Al tratamiento y hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras. Lo que añade un motivo de preocupación o depresión. Lo que a menudo tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

Kübler-Ross señala una diferencia entre estas dos clases de depresión: la primera es una depresión reactiva, y la segunda una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta, y se debería tratar de una forma completamente diferente de la segunda. Una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesiva que a menudo acompañan a la depresión (Kübler-Ross, 2000).

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Nuestra reacción inicial ante las personas que están tristes, generalmente es intentar animarlas, decirles que no miren las cosas desde una óptica tan desesperada.

Esto, a menudo, es una expresión de nuestras propias necesidades, de nuestra incapacidad para tolerar una cara larga durante un periodo prolongado de tiempo. Puede ser una actitud útil cuando se trata del primer tipo de depresión de los pacientes desahuciados.

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. No debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente. Sería absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes cuando perdemos una persona querida. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste.

Este segundo tipo de depresión es generalmente silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones. En el dolor preparatorio no se necesitan palabras, o se necesita muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando la mano, acariciando el cabello, o simplemente, sentándose al lado de la cama, en silencio. Estos son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que tratan de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla.

Esta discrepancia entre los deseos y disposición del paciente y lo que esperan de él los que le rodean, es lo que causa el mayor dolor y turbación a los pacientes según Kübler-Ross. Este tipo de depresión es necesaria y beneficiosa si el paciente ha de morir en una fase de aceptación y paz.

Son los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades los que serán capaces de llegar a esta fase. Si las familias supieran esto, también ellas podrían ahorrarse mucha angustia innecesaria (Kübler-Ross, 2000).

□ QUINTA FASE: ACEPTACIÓN

Si el paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases antes de escritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimida ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia por los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil, además sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo y en breves intervalos (Kübler-Ross, 2000).

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje. En estos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen sólo, o por lo menos que no lo agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar. A menudo pide que se limite el número de gente y prefiere visitas cortas. Ese es el momento en que se ha de desconectar la televisión. Entonces es cuando las comunicaciones se vuelven más mudas que orales. En estos momentos de silencio se pueden dar las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no sienten incomodidad en presencia de una persona moribunda. La presencia del médico, del capellán o de cualquier acompañante es sólo para confirmar que estarán disponibles hasta el final.

Kübler-Ross nos dice que deberíamos ser conscientes del inmenso esfuerzo que se requiere para alcanzar esta fase de aceptación, que lleva hacia una separación gradual (decatexis) en la que ya no hay comunicación en dos direcciones.

Ella encontró dos maneras de conseguir este objetivo más fácilmente. Según ella, una clase de paciente lo conseguirá sin casi ayuda ambiental, excepto una comprensión silenciosa y la ausencia de interferencias.

Se trata del paciente viejo que, al final de su vida, siente que ha trabajado y ha sufrido, ha criado a sus hijos y cumplido sus obligaciones. Habrá encontrado un significado en su vida y siente satisfacción cuando piensa en sus años de trabajo. Otros, menos afortunados, pueden alcanzar un estado físico y psicológico similar cuando tienen bastante tiempo para prepararse para la muerte. Necesitarán más ayuda y comprensión por parte de quienes les rodean, para recorrer todas las fases anteriormente escritas (Kübler-Ross, 2000).

Los enfermos saben que se están muriendo, y muchos son capaces de decir cuando se van a morir con bastante precisión. Si la persona se relaciona ya con su difunta madre, con una hermana fallecida o con el hijo que murió, es muy probable que se haya desligado del mundo y esté preparado para morir. Los pacientes que se encuentran en la fase de aceptación se muestran serenos y tranquilos. Estos enfermos tienen una actitud digna, mientras que los que se resignan suelen estar indignados, llenos de amargura y hacen afirmaciones del tipo: “que más da”; “estoy cansada de luchar”. La angustia y el sentimiento de inutilidad no tienen nada que ver con el verdadero estado de aceptación. Estos son mecanismos de defensa, en términos psicoanalíticos, es decir, mecanismos que sirven para afrontar situaciones sumamente difíciles. Estos medios durarán diferentes periodos de tiempo y se reemplazarán unos a otros o coexistirán a veces. La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza (Kübler-Ross, 2000). Cuando hemos trabajado y dado, disfrutado y sufrido, volvemos a la fase en la que empezamos, cerrando el círculo de la vida.

Todos los pacientes no tienen por qué seguir el proceso habitual: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La mayoría de los pacientes experimentan dos o tres fases simultáneamente, y no siempre en el mismo orden. Sin embargo, cuando un enfermo ha alcanzado la fase de aceptación y sufre una regresión es porque no lo dejan tranquilo. Quizás los intentos de prolongarle la vida no sean oportunos, o tal vez haya un familiar que no deja de culparle por su inminente muerte. Una regresión en esta última etapa suele significar que no se está actuando de un modo adecuado. Pero no sucede lo mismo en otras fases.

La investigación en torno a la muerte ha ido, en algunos aspectos más allá. Las cinco fases del morir, tal como las establece Kübler-Ross, son contempladas actualmente más como un útil “modelo de pensamiento”, que no tiene por qué cumplirse en cada caso real. Kübler-Ross ha constatado personalmente que dichas fases no siempre se dan en ese mismo orden y que pueden discurrir de manera diferente, dependiendo de las personas. Se ha recogido muchas experiencias desde que ella comenzara su pionero trabajo (Schaup, 1997).

Como sostiene Rodríguez (2002:151), al margen de los mecanismos de defensa y adaptación anteriormente descritos, el enfermo terminal, tras el diagnóstico, suele experimentar una serie de miedos que los expertos resumen en nueve bloques:

- 1) Dolor físico
- 2) Deterioro físico y moral
- 3) Ruptura de la identidad corporal
- 4) Ruptura de la identidad social
- 5) Miedo al abandono y al rechazo
- 6) Alteración de la sexualidad
- 7) Problemas económicos y legales
- 8) Fin de los proyectos personales
- 9) Diversos aspectos éticos, espirituales y religiosos

Toda esta lista de temores puede generar más ansiedad en un enfermo que el propio hecho de enfrentarse a su muerte -e incluso, ante ciertas condiciones psicosociales, podrían precipitar el suicidio-, por tanto, ser conscientes de ellos permitirá que médicos, familiares o amigos puedan actuar de otra manera, intentando ayudarle a que reflexione sobre ellos, procurando que las necesidades que se ven como obstáculos pasen a ser percibidas como soluciones posibles; se hace imprescindible dialogar, cada uno desde su propio nivel, porque lanzando las palabras a la luz se logra exorcizar los fantasmas que cada cual imagina que le acechan desde las sombras.

Exteriorizar los sentimientos y liberar la ansiedad permite adaptarse mejor a la situación que a uno le ha tocado asumir. En definitiva, el proceso terminal, al margen de sus consecuencias orgánicas, puede verse como una seria amenaza a la propia autoestima y autoimagen, así como a la imagen que los otros tienen o se forman de uno, abriendo de este modo una vía negativa que podría provocar aislamiento, abandono y pérdida de relaciones y actividades sociales.

La proximidad de la muerte puede hacer surgir dudas sobre la existencia o no de un *más allá*, se despiertan temores acerca de lo que uno ha hecho y sobre cómo va a ser juzgado en ese *más allá* que postula la religión que se ha practicado o de la cual se ha estado culturalmente cercano.

3.2.5. LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL: ROL, CONFLICTOS Y NECESIDADES

La familia en general y los cuidadores en particular, al igual que el propio enfermo, deben enfrentarse a las etapas comunes de adaptación a la nueva realidad que conlleva la enfermedad terminal de su pariente –negación y aislamiento, irritación e ira, pacto, depresión y aceptación- y suelen necesitar orientación y ayuda para superarlas.

Algunos de los problemas más comunes que se dan en la mayoría de las familias normales con un paciente terminal son: no lograr controlar la ansiedad que genera, actuar con normalidad ante la nueva situación abierta por el diagnóstico terminal; no aceptar la necesidad de disponer de ayudas externas; tendencia a exagerar las atenciones al enfermo, una conducta que incrementa la ansiedad de éste; y no valorar la autonomía del enfermo y obstaculizar que pueda poner en orden sus asuntos y que pueda despedirse de quien crea oportuno.

La amplia gama de reacciones emocionales que son comunes en enfermos, familiares y equipo médico siempre deben ser expresadas y manifestadas abiertamente en el seno de la relación que une a todas las partes implicadas en el proceso terminal.

Esa relación, será más positiva para el conjunto en la medida en que se sea capaz de comprender y asimilar esas reacciones emocionales como parte de un proceso adaptativo que nunca es igual para nadie.

Dentro del círculo familiar del enfermo terminal siempre existe una figura esencial, el “cuidador principal”, que asume la toma de decisiones, cuida directamente al paciente y asiste sus necesidades médicas, actúa como portavoz y, en consecuencia, soporta la mayor parte de la carga física y psicológica derivadas del proceso. La presión a la que está sometida esa persona será enorme y deberá buscarse la manera de aliviarla de alguna forma.

Cuando ya se ha producido el deceso, el sistema familiar en su conjunto requerirá reorganizarse y adaptarse a la nueva situación, y para ello será preciso realizar al menos cuatro tareas (Rodríguez, 2002:168):

- 1) Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte, que se favorece con los funerales, entierro y visitas a la tumba por parte de todos, incluidos los niños.
- 2) Experiencia compartida del sufrimiento y de la pena, expresando libremente todos los sentimientos relacionados con la pérdida.
- 3) Reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto.
- 4) Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida, un aspecto que muchas veces se ve dificultado por el sentimiento de lealtad al muerto o el temor a nuevas pérdidas en la familia.

3.2.6. EL ACOMPAÑAMIENTO AL ENFERMO TERMINAL

No se puede morir por otro, éste es un acto íntimo y solitario que requiere un proceso del que el resto estamos excluidos, es obra para un solo actor, pero resulta indispensable nuestra presencia como público.

Conversar con una persona que se está muriendo es hacerlo con alguien que llega a prestarle más atención a la comunicación no verbal –miradas, gestos, actitudes, posturas corporales- que a las palabras en sí; que valora más la calidad de nuestra compañía, la capacidad de escuchar y de guardar silencio que cuanto podamos contarle.

Es necesario dejarle expresar con libertad todos sus sentimientos –sin afligirle por causar tristeza en los demás- y compartíroslos brindándole la máxima cercanía emocional posible.

Cuando la muerte ya se atisba en el horizonte de la conciencia, el moribundo se va desconectando y apagando, necesita cortar todas las amarras y partir, pero para hacerlo en paz precisa el permiso –no confundir con indiferencia- de quienes más le importan, necesita saber que todo queda en orden, que ya hizo todo lo debido.

En cualquier caso, situarse cara a cara con un moribundo, acompañarle en su último trayecto, es siempre un trago difícil. Debe tenerse bien presente que para soportar la muerte de otro debemos enfrentarnos y luchar con nuestros sentimientos, con nuestros miedos, con nuestra frustración, con la percepción que tengamos de la muerte... y cuanto más controlemos esa batalla interna y personal, mejor será la ayuda que prestaremos al moribundo y más enriquecerá esa misma experiencia a ambos. Meditar sobre la muerte del otro es el mejor camino para hacerlo sobre la propia, aceptar la del otro ayuda a aceptar la propia. Y viceversa.

Acompañar al enfermo cuando llegue el final. Ayudar a despedirse y a solucionar asuntos pendientes son algunas de las tareas a realizar en estos últimos momentos. En el instante apropiado, debemos ser capaces de despedirnos y permitir que el paciente se despida de nosotros. Si aún tenemos cosas que solucionar con esa persona, es el momento de hacerlo. Es importante no pasar por este momento callando o dejando cosas sin decir. En definitiva, se trata de estar ahí al final.

Respecto a las reacciones que provoca el hablar de la muerte, muchos pacientes han confesado el alivio que han sentido cuando, por fin, se les brindó la ocasión de hablar ampliamente en torno a la posibilidad de hallarse próximos a morir; Como son muchos quienes alcanzan la tranquilidad gracias precisamente a esto, sería obviamente poco humanitario negarles esta oportunidad. No gozan, sin embargo, de ella porque se tiene miedo a embarcarse en conversaciones de esta índole. El cuidado que se dispensa a los que se encuentran en trance de muerte en su propio hogar es obviamente deficiente. Pero son enormes, sin embargo, las satisfacciones.

Aunque nos duela que un buen número de pacientes padezcan sin motivo alguno durante su enfermedad mortal en sus propios hogares, la mayoría encuentran, sin embargo, una atención adecuada, y sus familiares creen que los han cuidado debidamente. Las personas que se hallan próximas a la muerte poseen muchas ventajas al verse atendidas por una familia afectuosa; son más capaces de seguir sintiéndose personas individuales al permanecer en sus casas, y no experimentan la sensación de hallarse englobadas en el anonimato en que posiblemente se encuentran los pacientes que acaban sus días en un hospital; no se les presenta la más ligera duda siquiera de que forman todavía parte de la familia.

Por otra parte, entre la familia, no se los considera como armatostes que están esperando su final, mientras pueden colaborar en ella, aunque sea en forma reducida. Pueden, en efecto, participar en tareas domésticas, seguir ostentando un poco de autoridad, o velar por sus nietos. A pesar de que se encuentran incurablemente enfermos, siguen siendo parte importante de una extendida familia, un punto focal en donde convergen las generaciones más jóvenes y los parientes más remotos; a no ser por ellos, se perdería gran parte de la cohesión familiar. Si todos desempeñasen el papel que les compete, resultaría posible que la mayoría de los pacientes muriesen en sus casas si así lo desean, y en su mayor parte quieren precisamente esto. Al margen de esta motivación humanitaria, si se necesitase una justificación ulterior, resulta más económico proporcionar cuidados complementarios a los pacientes que se encuentran en sus casas que la asistencia costosa que se dispensa en los hospitales (Hinton, 1996).

3.2.6.1. MIEDOS Y CULPABILIDADES EN LA COTIDIANIDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO

Como expresan Hennezel y Leloup (1998), en el umbral de la muerte hay dos grandes miedos que expresa la gente: son el del dolor físico, tanto antes de morir como en el momento de la muerte, y el de la soledad y el abandono. Por esta razón, los cuidados paliativos procuran, prioritariamente, aliviar el dolor físico y mantener una presencia junto al que muere.

Pero, en torno a esos dos miedos, se injertan otros miedos de toda clase, como el miedo a ser separado de aquellos a quienes se ama, el miedo a la ruptura de los intercambios y, también, el miedo a asistir a la propia degradación física y, tal vez, mental, y sobre todo el miedo a perder cierta imagen de uno mismo, con la que se estaba identificado. También encontramos otros miedos como el de perder el control de las cosas, hacerse dependiente, perder la autonomía, estar a merced de los demás. Morir es perder todo eso y, para algunos, esas pérdidas que deben vivirse son mucho más temibles que la propia muerte.

El momento de nuestra muerte sería el resultado de todo lo que se ha vivido personal y colectivamente. Por eso en el momento de la muerte podemos ser testigos de extrañas escenas. Podemos tener la impresión de que algunas personas no sólo están resolviendo sus propios problemas, sino que efectúan un trabajo casi «transgeneracional». Que están concluyendo el trabajo, no sólo para sí mismas sino para todo un linaje, toda una colectividad...

El miedo es una realidad compleja, y el del juicio, especialmente en ciertos medios cristianos, ha hecho de la muerte algo temible y temido. Hay, por otra parte, niveles de culpabilidad. Te sientes culpable al permanecer vivo cuando el otro muere, es lo que denominamos la «culpabilidad del superviviente». Te sientes culpable por no haberlo hecho todo para salvar al otro. La cosa llega incluso a poner en cuestión la calidad de tu amor por el otro: «Si le hubiera amado más, no estaría muriéndose.» Si el otro muere, la cosa se convierte en el fracaso de nuestro amor por él.

Y luego, a veces, nos sentimos culpables de desear la muerte de alguien, de desearla cuando la agonía se alarga. ¿Cómo no sentir esa «ambivalencia» de los sentimientos? El amor, la ternura, la solicitud por una parte, pero también la rebeldía, la cólera, el agotamiento ante una situación que lo trastorna todo y hace, a fin de cuentas, la vida imposible. Se dice que la experiencia del luto nos humaniza. Es cierto,

“Nos derriba de nuestro pedestal narcisista, nos hace daño, nos humilla, nos recuerda que no somos omnipotentes, que todo pasa, todo cambia, que no siempre tendremos a nuestro lado a quienes amamos. Y ese dolor del luto, contra el que nos defendemos por todos los medios posibles, acaba abriendo en nosotros un espacio. Un espacio de pobreza y de fecundidad. Un espacio para amar” (Hennezel y Leloup, 1998:70).

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.3. Aspectos psicológicos sobre la muerte

TABLA DE CONTENIDO

3.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	329
3.3.1. <i>PSICOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO Y DE LA MUERTE</i>	329
3.3.2. <i>PERSPECTIVA EVOLUTIVA: COMPRESIÓN DEL CONCEPTO “MUERTE” DESDE EL NACIMIENTO A LA ADOLESCENCIA</i>	330
3.3.3. <i>LOS PROCESOS DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</i>	340
3.3.3.1. <i>MITOS ACERCA DEL DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</i>	341
3.3.3.2. <i>LAS VIVENCIAS DE PÉRDIDA (DUELO) DE 0 A 16 AÑOS</i>	343
3.3.3.3. <i>LA COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PROCESOS DE DUELO</i>	353

3.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS SOBRE LA MUERTE

3.3.1. PSICOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO Y DE LA MUERTE

Lo que produce temor en la mayoría de seres humanos no es el hecho de la muerte en sí, sino los impredecibles y terribles acontecimientos que a veces suelen precederla. Como afirma Sherwin Nuland, cirujano y profesor de la facultad de medicina de la universidad de Yale, (citado en Bayés, 2001:23):

“Cada vida es diferente de las que la han precedido, y lo mismo ocurre con cada muerte. Nuestra singularidad se extiende incluso hasta la manera en que morimos. Aunque la mayoría de las personas sabe que las enfermedades que nos conducen a nuestras horas finales son diversas y diversos sus caminos, solamente unas pocas comprenden la infinita variedad de maneras en las que las últimas fuerzas del espíritu humano pueden abandonar el cuerpo. Cada una de las distintas formas de la muerte es tan singular como la propia cara que cada uno de nosotros muestra al mundo durante los días de su vida. Cada hombre entregará su alma de una manera que el cielo no ha conocido antes y cada mujer recorrerá su último camino a su modo”.

Lo que nos afecta a los humanos -y de forma especial a los pacientes en lista de espera de un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad grave-, más que las cosas desagradables que nos están sucediendo, es la percepción de la amenaza de las cosas que nos pueden suceder. Es por todo ello que Bayés, (2001:23) ha acuñado el término «muerte psicológica». Por muerte psicológica entiende *“el conocimiento subjetivamente cierto que se suscita en un momento concreto de la vida de que «voy a morir»”.*

La esperanza, sin duda, es subjetiva y cambia en función de las circunstancias de la vida y que a lo largo del día podemos experimentar diferentes esperanzas. El sentido de la vida -afirma el psiquiatra Viktor Frankl (2004) tras su experiencia como prisionero judío en el campo de concentración de Auschwitz- difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a la siguiente. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el *significado concreto de la vida* de cada individuo en un momento dado.

La mayoría de las personas, en un momento u otro de su vida, descubren con certeza que van a morir, lo que nos permite tratar de enfocar el acercamiento a la muerte desde un punto de vista funcional común, aún admitiendo que en muchos enfermos oncológicos en situación terminal.

Por ejemplo, pueda existir una apreciación diferencial importante entre saberse enfermo incurable y sentir la muerte como algo inminente. Y que el proceso de envejecimiento pueda tener asimismo características peculiares.

Entendemos por tanto, por Psicología de la Muerte el ámbito de conocimiento que investiga y explica, por una parte, cómo se va desarrollando el concepto de muerte y las vivencias de pérdida y duelo, a través de las diferentes edades, y por otra, la capacidad de *saber estar y hacer con* quien muere y la vivencia de la propia muerte.

3.3.2. PERSPECTIVA EVOLUTIVA: COMPRENSIÓN DEL CONCEPTO “MUERTE” DESDE EL NACIMIENTO A LA ADOLESCENCIA

¿Cuándo un niño es capaz de comprender el significado de la muerte? Algunos factores son los que intervienen en una adecuada elaboración comprensiva de la muerte por parte del niño y el adolescente:

- a) Por parte de los padres y la familia: las actitudes de sus padres hacia la muerte y capacidad de hablar de ella abiertamente, y la manera en cómo la familia y la sociedad presentan u ocultan la muerte al niño.
- b) Por parte de sus características psicológicas: su capacidad para exteriorizar sus sentimientos, dudas y cuestiones condicionada al acogimiento que el entorno proporcione; sus habilidades cognitivas, su consistencia emocional, las experiencias personales previas con la muerte, etc.

Las experiencias y formaciones conceptuales que se forman en edades tempranas son básicas para su vida. El afecto, la comprensión, la información pertinente a su edad y la perspectiva social podrán formar parte de una filosofía de vida que será base y guía de su comportamiento con relación a la muerte.

De la Herrán y Cortina (2006) después de revisar en diversas obras de referencia algunos trabajos representativos de la idea de la muerte en niños hasta los 12 años, descubren que no hay una unificación de criterios entre las aportaciones, como se puede apreciar en la muestra que ofrecen.

Desde el ámbito de la Psiquiatría infantil, Ajuriaguerra (1983:437-439) hace la siguiente selección de propuestas:

a) *Según Gessell:*

- A los 6 años comienzan las reacciones afectivas ante la muerte y el temor de la muerte de la madre, sin creer en la posibilidad de su propia muerte.

- A los 7 años el niño piensa en la muerte como una clara experiencia humana, pero sólo vagamente se le ocurre que va a morir un día.

- A los 8 años es capaz de aceptar ya el hecho de que todos, incluso él mismo, han de morir y hacia los 9 años con todo el realismo el hecho de tener que morir más adelante.

b) *Según Wallon:* El problema del crecimiento, de la vida y de la muerte escapan al niño, al menos hasta los 9 años. Son todavía cosas lejanas que aún no sabe construir en la realidad. La idea de la muerte se confunde al principio con circunstancias externas y el niño no parece sentirla como amenaza para sus instintos vitales. La muerte es algo así como un estado diferente. Los muertos y los que pueden morir pertenecen a otra categoría humana. Para que llegue a admitir que también ha de morir ha de poder afirmar previamente que todo el mundo ha de morir. El silogismo es perfecto pero no tiene el convencimiento de que ha de morir. En el niño, la muerte es, antes que nada, un conjunto de imágenes de relaciones flotantes y reversibles. Pasará mucho tiempo antes de que pueda oponer muerte y vida, máxime teniendo en cuenta que no posee una idea estable, coherente y precisa de la vida. Durante mucho tiempo no imagina la muerte sino mediante circunstancias más o menos espectaculares, que por otra parte son las circunstancias concomitantes que le confieren los vivos.

c) *Según Förster,* el niño no distingue entre la vida y la muerte como lo hacen los adultos por tener distinta idea del tiempo, no comprende que la muerte haya de ser eterna. La falta de introspección y la falta de conocimientos de la propia individualidad hacen que la muerte no tenga para él el sentido angustioso y cruel que tiene para la persona mayor. Estar muerto no significa mucho más que estar lejos. Por eso los niños aunque no temen a la muerte, no la buscan positivamente, sino en muy raras ocasiones.

d) *Según otros estudios genéticos*, el niño no ve en la muerte un inevitable final de su existencia y el sentido personal o social de la muerte se le va apareciendo muy poco a poco. El problema de la muerte no cabe reducirlo a un conocimiento intelectual ya que, desde muy pronto, el niño tiene vivencias autodestructoras, impresiones de aniquilación. La ausencia más o menos pasajera del otro, del objeto amado, también es una separación a la que el niño no permanece insensible.

e) *Según Anthony*, en la mente infantil la muerte equivale a una separación que le deja solo y abandonado, de forma que puede reaccionar con un sentimiento de culpa y tener el convencimiento de que se trata de un castigo, por sus propios deseos o por haberse comportado mal en cualquier momento.

f) *Según Bender*, el niño siempre vive en un mundo de incertidumbre verbal y de misteriosas implicaciones llenas de amenazas y de peligros. Trata de escapar al misterio, a la muerte, buscando un refugio en la experiencia concreta. De ahí, el principio de actitudes realistas y la generalización a partir de una única experiencia concreta que al niño le basta para excluir la incertidumbre.

g) *Haim* sostiene que la idea de muerte experimenta en el adolescente la misma evolución que el conjunto de la personalidad. La acción unificadora de la genitalización liquida la disociación entre afecto y concepto, al tiempo que amplía la capacidad intelectual. Sentimiento de muerte, angustia de muerte e idea de la muerte se asocian, posibilitando así el conocimiento de la muerte, al mismo tiempo que la reactivación de los instintos más arcaicos provoca de nuevo la aparición de la angustia de la muerte. La manipulación de la idea de muerte es a la vez una actividad estructurante y un mecanismo de defensa contra las pulsiones que el adolescente teme no poder dominar. El adolescente espera alcanzar el conocimiento de la muerte, racionalizándola sin avivar demasiado su angustia. El manejo de la idea de muerte participa de la toma de conciencia necesaria para alcanzar la madurez, ayudándole a darse cuenta de su autonomía y de su libertad. Encuentra así el placer de definirse y conocerse, de controlar sus instintos de muerte, de tantear su libertad. El hecho de pensar en la posibilidad de morir voluntariamente proporciona al adolescente la certidumbre de que vive y le ayuda a definirse como ser vivo.

El antropólogo francés Thomas (1983:329) observa que entre los 5 y 9 años el niño descubre que la muerte es irreversible aunque aún tiene dudas sobre su naturaleza orgánica. Después de los 9 años aparece el reconocimiento de la universalidad de la muerte y de la «obligatoriedad» de la muerte.

Por otro lado, Kübler-Ross (2009), en su obra *Los niños y la muerte*, nos da los siguientes datos respecto a la evolución del concepto de la muerte:

A la edad de 3 o 4 años, además de temer la separación y la mutilación, los niños y las niñas empiezan a ver la muerte a su alrededor. Quizás han contemplado cómo un coche atropellaba a un perro, o que un gato destrozaba a un pájaro, y entonces asocian la muerte con un cuerpo mutilado y horrible. Después de experimentar este miedo a la separación y a la mutilación, los niños inician sus comentarios sobre la muerte como algo temporal y reversible. Una niña de 4 años le decía a su madre cuando enterraron a un perrito, en otoño, que no estuviese triste, que en primavera, cuando los tulipanes saliesen de la tierra, él también se levantaría y vendría a jugar con ella. A medida que los niños crecen, van captando la muerte como un hecho ya no temporal, sino permanente, y a partir de los 8 o 9 años reconocen, igual que los adultos, la permanencia de la muerte.

Para la mayoría de investigadores, parece que antes de los 3 años no hay ninguna idea sobre la muerte, y a los 4 su concepto es aún bastante limitado. Desde los 5 a los 9 años los niños captan la muerte como un acontecimiento definitivo que les sucede a los demás, pero no a ellos; de los 10 años en adelante la muerte se ve como un acontecimiento inevitable para todo el mundo y se asocia al cese de las actividades físicas.

García Hernández (1993), presidente de la Sociedad Española de Tanatología, señala que:

a) Entre los 5 y 9 años, a pesar del aumento de vivencias con el mundo exterior, el niño siempre vuelve a la seguridad de la familia y del hogar, entiende que la enfermedad está causada por gérmenes y otras fuerzas externas, y comienza a adquirir un entendimiento de las causas internas de la muerte. Piensa que la muerte es selectiva y que sólo afecta a los ancianos.

b) En torno a los 10 años, el conocimiento maduro del concepto de muerte depende de las habilidades cognitivas del niño, de las experiencias previas y de factores socioculturales, así como de las actitudes de sus padres hacia la muerte y de su capacidad para hablar abiertamente sobre ella. Podríamos definir el concepto de muerte en esta edad como: universal, irreversible y permanente.

c) De los 12 a los 16 años, tanto el preadolescente como el adolescente se caracterizan por el esfuerzo en adquirir experiencia. Todo lo que le sucede lo enfoca de una manera muy personal y su respuesta muestra que cree que su experiencia es única en los anales del devenir humano. Esta cualidad también afecta a su actitud ante la muerte. Como está en el empeño de crear su propia filosofía de vida, tiende a expresar dicha actitud ante la muerte mediante un interés explícito por lo que la muerte significa para él o para ella y para su vida futura.

En Poch (2000), encontramos, entre otras, la referencia al psicólogo Gessell (1954:82-83) que informa de la evolución del concepto de la muerte en el niño desde los 3 hasta los 16 años:

- Hasta los 3 años hay prácticamente una nula idea de la muerte.
- A los 4 años existe un concepto muy limitado de ésta: utiliza la palabra con una noción muy difusa de su significado. No la relaciona con una emoción determinada aunque quizás la asocia a la pena o a la tristeza.
- A los 5 años el concepto se torna más realista. Se da cierto reconocimiento del carácter final de la muerte, aunque quizás hacia los 5 años y medio piense que se trata de un proceso reversible. Parece darse cuenta de que la muerte está relacionada con la edad y que los más viejos son los primeros en morir.
- A los 6 años conecta con la muerte el acto de matar, la enfermedad, los hospitales, la vejez... tiene cierta preocupación por las tumbas, los funerales y los entierros. No cree que él llegue a morir.
- El pensamiento de la muerte a los 7 años es semejante al de los 6, pero se da de una manera más realista y con más comprensión. Interés por las visitas a cementerios y

por las causas de la muerte: violencia, enfermedad, vejez... Nuevas relaciones de la vejez con la muerte; los más viejos se mueren antes. Sospecha que él también tendrá que morir pero, de hecho, lo niega.

- A los 8 años pasa del interés por las tumbas y los funerales al interés por lo que sucede después de la muerte. Posiblemente ya acepta el hecho de que todo el mundo muere, incluso él mismo; se da cuenta de que comprende mejor el concepto de muerte.

- A los 9 años, para referirse al concepto de muerte alude a fundamentos lógicos o biológicos: falta de vida, cuando ya no se tiene pulso ni temperatura y ya no se puede respirar. Acepta de manera realista el hecho de que morirá algún día, cuando sea mayor. En la mayoría de niños de esta edad, no se da un interés marcado por el tema de la muerte.

- A los 10 años, le caracteriza el comentario espontáneo que espera que sus padres no mueran. Algunos niños de esta edad manifiestan que después de la muerte los buenos van al cielo y entre éstos unos cuantos opinan que también deben de ir los malos. Otros se preguntan cómo será el cielo.

- A los 11 años siguen siendo frecuentes las explicaciones sobre el entierro y la desintegración final, pero ya aumentan los argumentos teóricos sobre lo que pasa después de la muerte. Hace comentarios sobre parientes y amigos que han muerto.

- A los 12 años se observa un acusado escepticismo, aunque a menudo éste puede reflejar una mayor preocupación por los problemas religiosos. No son muchos los que piensan que el difunto va al cielo y hay un gran número de adolescentes que expresan dudas o falta de interés. A esta edad muchos mencionan espontáneamente la reencarnación, mientras que otros imaginan la muerte como un largo sueño, y unos cuantos como el fin de todo.

- A los 13 años sigue la idea de que la muerte es el fin. Se observa una preocupación personal por los demás; mencionan a amigos o parientes difuntos y comentan la tristeza de los que se quedan. Nuevamente están preocupados por la cuestión de si irán al cielo tanto los buenos como los malos o sólo los buenos, y por primera vez nos hacen el siguiente comentario: «A veces querría estar muerto.»

- A los 14 años se muestran más variables en sus respuestas. Muchos creen que irán al cielo, otros presentan toda una variedad de ideas alternativas, y el grupo que expresa escepticismo es más reducido que antes. Unos cuantos declaran tener miedo a la muerte, pero una de las tendencias más fuertes es la de señalar el carácter inevitable de ésta.

- A los 15 años son pocos los que piensan que uno va al cielo cuando muere. Algunos creen que nuestras almas perduran en el recuerdo de aquellos que nos conocieron, y otros dicen simplemente que no les gusta pensar en el tema. En la gran mayoría de casos dudan de la existencia del cielo o bien se declaran indiferentes. De la misma manera que pasaba a los 14 años, algunos destacan la inevitabilidad de la muerte y a otros les da miedo esta idea.

- A los 16 años son muchos más que los de 15 los adolescentes que creen en el cielo como lugar o estado de recompensa para los buenos. La mayor parte de las concepciones del cielo son más complejas que a edades anteriores. Muchos piensan en la muerte seriamente y mencionan su carácter inevitable.

La psicóloga María Nagy (1948:3-27) estudió el comportamiento de niños y niñas húngaros hacia finales de la década de 1940, y ella estableció tres fases en el proceso a través del cual el niño alcanza la conciencia de la mortalidad:

Entre los 3 y los 5 años, el niño puede negar el carácter inevitable y final de la muerte. Para él la muerte es como un sueño; morimos y después volvemos a vivir. También puede ser como un viaje: nos vamos, pero volvemos al cabo de un tiempo. El niño y la niña de esta edad puede vivir muchas veces al día ciertos aspectos reales de lo que es la muerte para él; por ejemplo, cuando su madre o su padre salen a comprar o al trabajo.

Entre los 5 y los 9 años, parece que los niños son capaces de admitir la idea de que alguien haya muerto, pero no piensan que la muerte tenga que afectar a todo el mundo y menos aún a ellos mismos. La mayoría de niños de entre 5 y 9 años acostumbran a dar a la muerte una imagen antropomórfica: es el coco, el hombre del saco, un esqueleto, un fantasma, una sombra o simplemente una fantasía inconsistente.

Este proceso de personificación de la muerte es, según Yalom, una defensa contra la angustia. Mientras el niño crea que la muerte la provoca una fuerza o una figura externa, no tendrá que conocer la dura verdad de que la muerte no es externa, sino que desde el principio de la vida la llevamos en nosotros.

Entre los 9 y 10 años, el niño y la niña reconocen en la muerte una experiencia inevitable por la que él y ella también tendrán que pasar. Es frecuente en esta edad burlarse de la muerte; esto se refleja en el lenguaje de los escolares, sobre todo en textos de canciones y poemas macabros que les hacen morir de risa.

De estos datos se puede deducir que es absolutamente irresponsable por parte de los adultos continuar atrincherándose tras la afirmación de que el niño no se entera de nada. Los niños, a diferencia de muchos adultos, no esconden la muerte. Es nuestro silencio el que a menudo les impide hacer preguntas; emocionalmente, no intelectualmente, su madurez sobre el concepto de muerte es la misma que la de un adulto.

Mèlich (1990:129) afirma que los planteamientos anteriores presentan el inconveniente de las edades. Él considera de más utilidad la división en etapas (prescindiendo de edades) presentada por Cousinet:

1ª etapa: El niño es incapaz de entender el problema de la muerte.

2ª etapa: La muerte es una larga ausencia, una desaparición provisional.

3ª etapa: La muerte queda integrada en el niño a través de elementos sociales concretos: duelos, ceremonias, entierros...

4ª etapa: Aproximadamente antes de la adolescencia aparece la consciencia de su propia finitud.

Mèlich (1989) dice que: *“Hoy en día la psiquiatría no se halla en condiciones de afirmar cuál de estos modelos es el correcto; de hecho, podrían encontrarse otros más”*. Sin embargo, hay un factor que se repite y es una secuencia que consta de tres fases:

a) Desconocimiento absoluto de la muerte.

- b) Descubrimiento real de la muerte del otro.
- c) Descubrimiento de la propia muerte.

Es muy importante el tema de la información al niño para ayudarle a entender qué significa para él la pérdida de un ser querido. Por esta razón es conveniente comunicarle la verdad de una manera simple evitando los eufemismos y las metáforas que le pueden llevar a engaño. Hay diversos canales de expresión para poder llevar a cabo esta comunicación; algunos de los más adecuados son los cuentos y las narraciones para niños y jóvenes. Se encuentran muchas sobre la muerte de animales o de otros seres de la naturaleza, como flores u hojas, que pueden ayudar a entender lo que ha sucedido con la muerte de la persona amada, ya sea un hermano, un amigo, una abuela.

Las reacciones emotivas del niño ante la muerte de una persona amada son similares a las del adulto, aunque se expresan de otra manera. Las más comunes son: tristeza por lo que ha pasado, rabia por haber sido abandonado, miedo de que le dejen solo, temor a que también pueda morir el progenitor superviviente, sentimiento de culpa por haber provocado la muerte. Tanto el sentimiento de culpa como el miedo a ser abandonado aumentan su inseguridad. Hay tres preguntas que, verbalizadas o no, el niño se hace (Pangrazzi, 1993:92-93): ¿He provocado yo la muerte?, ¿Me pasará también a mí?, ¿Quién cuidará de mí, ahora?

La muerte provoca en el niño preguntas curiosas sobre los difuntos, e incluso divertidas: «¿Tendrá frío?», «¿Puede comer?», «¿Sufre?». Las respuestas sinceras y adecuadas que le pueda ofrecer una persona adulta y serena le ayudarán a comprender bastante mejor todo lo que supone de misterioso el tema de la muerte y de doloroso la pérdida de una persona querida.

Por otra parte, los y las preadolescentes y adolescentes entienden el ciclo de la vida y descubren conscientemente la obligatoriedad de la muerte, el hecho de que es un proceso irreversible y que uno mismo también morirá llegado el momento. A esta edad empiezan a preguntarse por el sentido de la vida y, si sufren alguna pérdida cercana, a temer por la suerte de los que han sobrevivido. Saben del carácter universal de la muerte pero aún así es la noción más difícil de integrar en su universo conceptual y la

más tardía en incorporarse; por eso suelen asociarla a la vejez y a actos trágicos como los accidentes y la violencia. Es a partir de los 11/12 años cuando el niño toma conciencia del sentido real de la muerte:

1. Finitud: fin de la vida.

2. Universalidad: todas las personas mueren y pueden hacerlo en cualquier momento, incluso yo y ahora.

3. Irreversibilidad: el que muere no regresa más.

4. Inexorabilidad: nadie, absolutamente nadie escapa a la muerte.

- El adolescente acepta que la muerte es inevitable y el final de todo: no obstante la ve como algo lejano y que a él no le atañe (Grollmann, 1974). La relación existente entre la preocupación ante la muerte y la percepción del futuro personal se manifiesta en que aquellos adolescentes que conciben su futuro como lejano tienen poco interés por los temas relacionados con la muerte. Algunos pensadores como Ohyama y otros (1978) afirman la importancia que adquiere la muerte para estudiar el resto de los aspectos evolutivos de la adolescencia. La muerte puede significar para el adolescente un escape para situaciones intolerantes, un castigo, una aventura atractiva (Hogan, 1970; Greenberger, 1961).

- Durante esta etapa es posible que los jóvenes y las jóvenes mantengan, generalmente, entre ellos mismos significativas conversaciones sobre la muerte, la agonía, los gestos heroicos. De ahí, tal vez, surja el idealismo que permitiera sacrificarse por grandes causas o consagrara la vida a ideales humanitarios. Muchas de estas conversaciones serán intentos experimentales y verbales de adquirir perspectiva acerca de ciertos temas. Gran parte de lo que se dice en ellas tendrá carácter de ensayo y exploración más que de afirmación madura y definitiva.

Estos modos característicos de la infancia de percibir y de pensar la muerte siguen permaneciendo en muchos adultos en este estado preadolescente. De ahí que pueda considerarse de vital importancia una Educación para la Muerte que favorezca una evolución de la idea de la muerte, paralela a la evolución cronológica.

En definitiva, existen como puede apreciarse, diferentes puntos de vista al respecto. Nuestra propuesta es adoptarlos como hipótesis para la reflexión de los equipos educativos, para ser capaces de llegar a propuestas propias y falibles, desde la experiencia didáctica enraizada en la observación y la escucha atenta a los niños y adolescentes.

3.3.3. LOS PROCESOS DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La muerte es una crisis que deben afrontar todos los miembros de la familia, puesto que sus consecuencias repercuten tanto en los adultos como en los niños y en los adolescentes. De hecho, una pérdida impacta a todo el funcionamiento familiar, así como a las creencias que los miembros que la componen sostenían previamente. De este modo, se produce una desestructuración de la organización familiar y de los papeles que cada uno de sus miembros desempeñaba hasta el momento de la pérdida. Elaborar un duelo en la familia consiste en la interacción de sus miembros en el contexto social y relacional, afectando y siendo afectado cada uno por los demás. Puede ser significativo ayudar a la familia a observar las similitudes en la elaboración del duelo entre sus miembros así como también sus diferencias. Mientras las similitudes probablemente las unen, las diferencias pueden ser reformuladas como formas de complementarse en el propio proceso de duelo, y no necesariamente como forma de separarles o distanciarles.

También es importante ayudar a los miembros de la familia a escucharse mutuamente, al mismo tiempo que buscan su nuevo lugar dentro del sistema familiar. Ello puede implicar la búsqueda de nuevas alianzas, la necesidad de compartir emociones intensas o de buscar momentos de soledad por parte de cada uno de ellos. Los niños y adolescentes también sufren el impacto de una pérdida en sus vidas y será un elemento importante que considerar la forma en que los adultos de los que dependen elaboren el proceso de duelo.

3.3.3.1. MITOS ACERCA DEL DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Poch y Herrera (2003) nos indican que suele pensarse que los niños y, de un modo especial, los más pequeños:

- a) no se dan cuenta de lo que sucede tras una pérdida
- b) si lo hacen no es con la misma intensidad que los adultos
- c) los adultos debemos protegerles en la medida de lo posible del dolor y del sufrimiento

Sin embargo, los resultados de investigaciones nos ilustran que esto no es exactamente así. Más bien nos encontramos con el hecho de que tanto niños como adolescentes acostumbran a ser más conscientes de la pérdida y de la muerte (así como de sus consecuencias) de lo que los adultos intuyen.

Podemos afirmar que todos los niños y adolescentes elaboran el duelo tras una pérdida significativa para ellos. Evidentemente, la forma de elaborarlo depende del momento evolutivo en que se encuentra y de cómo su entorno familiar y social responde a la pérdida. Parece que la buena intención de “protegerles” del dolor y de la experiencia de pérdida puede ser vivida como un “abandono” o como una forma de no tomarlos en consideración y alejarles de lo sucedido.

Por ello, es imprescindible que formen parte de los procesos familiares y que no se les excluya con la buena intención de protegerles. Es decir, que se les proporcione suficiente información como para que conozcan la naturaleza de lo sucedido, así como que se les permita expresar sus dudas y emociones y que los adultos no tengan reparos en mostrar sus sentimientos abiertamente ante ellos y con ellos. Parece evidente que también los niños y adolescentes elaboran duelos tras experimentar pérdidas y que deben formar parte de los procesos familiares.

Los rituales, y entre ellos los funerales, permiten experimentar el apoyo social y aceptar la realidad de la pérdida, por lo que resulta generalmente beneficioso que los niños puedan participar de los rituales con los adultos.

Sin embargo, ello requiere que algún adulto cercano al niño pueda pasar un tiempo con él de modo que pueda explicarle qué es un funeral y, en la medida de lo posible, anticiparle lo que sucederá para que esté preparado para la celebración del ritual y tenga una noción lo más detallada posible de aquello con lo que se encontrará.

Por otro lado, la asistencia del niño o del adolescente al funeral facilita que éste pueda expresar sus pensamientos y sentimientos respecto a la pérdida, y que el adulto pueda ayudarle a atribuir significado a lo ocurrido y a compartir sus necesidades y deseos, de modo que no se sienta solo, sino lo más acompañado y acogido posible. Es preciso reiterar de nuevo que, en la medida de lo posible, debemos respetar la decisión del niño o del adolescente acerca de si desea o no asistir al ritual y ayudarle a comprender por qué escoge una opción y no otra.

Es importante destacar la importancia de dialogar con el niño para ayudarle a otorgar un significado no sólo a lo sucedido, sino también a sus consecuencias. Dialogar sobre ello es también una forma de socializar a los niños en unos rituales que forman parte de nuestra cultura y sociedad y en los que se encuentran inmersos de igual modo que los adultos. No prepararlos para ello es contribuir a la sensación de confusión que sufren como consecuencia de un acontecimiento crítico que deja a los propios adultos confusos y “desorganizados” y que desestabiliza el funcionamiento familiar al que los niños y adolescentes están habituados.

Así pues, podemos afirmar que:

- a) tanto los niños como los adolescentes elaboran procesos de duelo por las pérdidas sufridas;
- b) no debemos excluir a los niños y adolescentes de los procesos familiares que tengan lugar tras la pérdida;
- c) es generalmente beneficioso incorporar en la medida de lo posible a los niños y a los adolescentes en los rituales, por ejemplo, un funeral, siempre y cuando se pueda dedicar un tiempo a explicar al niño en qué consiste dicho ritual.

Mitos	Investigación y práctica clínica
Los niños se dan cuenta de lo que sucede tras una pérdida.	Se dan cuenta de que algo distinto ha sucedido y no hablar con ellos es convertirlos en “espías” de algo que quizá ni siquiera alcancen a comprender.
Los niños y adolescentes <i>no</i> elaboran el duelo.	<i>Sí</i> elaboran el duelo.
Los niños y adolescentes <i>no</i> atribuyen significado a los acontecimientos.	No sólo atribuyen significado a los sucesos, sino que además necesitan hacerlo.
Los adultos debemos protegerles en la medida de lo posible del dolor y el sufrimiento, por lo que es mejor no incorporarles en los rituales	Les protegemos mejor si les incorporamos en los procesos familiares y les hacemos partícipes en la medida en que su edad se adecue a ellos.
(La protección entendida como “exclusión” y vivida por el niño como “abandono” y “soledad”.)	(La protección entendida como “inclusión/incorporación” y vivida por el niño como “formar parte de” y “compañía”.)
No comprenden los rituales, por lo que es mejor que no asistan a ellos.	Podemos ayudarles a comprender (al menos mínimamente) los rituales y permitir que participen en ellos en la medida de lo posible.

Tabla 3.3.1. Desaciertos acerca del duelo en niños y adolescentes y resultados de investigaciones y de la práctica clínica. Fuente: Poch y Herrera (2003).

3.3.3.2. LAS VIVENCIAS DE PÉRDIDA (DUELO) DE 0 A 16 AÑOS

Un adulto que le oculte o le niegue la verdad a un niño puede bloquear el proceso de elaboración del duelo cristalizándole en la negación. Como hemos observado, puede llevar a cerrar su duelo en falso. Ante una vivencia de muerte, el diálogo y la escucha pueden ayudar al niño a elaborar su pérdida y su duelo, y aliviarle significativamente.

Las separaciones por muerte conllevan dolor y cambio profundos y en ocasiones confusión e incluso alegría. Los significados y sus repercusiones dependen en gran medida de la persona, la edad, el vínculo afectivo y la circunstancia o situación de la muerte. Ahora bien, es en los momentos en que muere un ser querido cuando los sentimientos tienden a desbordarse, se exterioricen o no. En esos momentos queda patente que lo que sabemos sobre la muerte es escaso, que muchas veces es sobrepasado por la realidad, y que el conocimiento de ella no es suficiente. En ocasiones, junto al dolor, la tristeza, la soledad o la angustia conviven el alivio y la distensión, las necesidades biopsicosociales y la culpa del sobreviviente. La ambivalencia existe, y gracias a ella se puede superar la pérdida. Para ello se necesita un tiempo y una elaboración personal, a todo ello es a lo que llamamos duelo.

Entendemos por duelo una experiencia perturbadora pero aceptable y susceptible de posteriores aprendizajes emotivo-cognoscitivos y de posible madurez personal. La elaboración del duelo conduce a la aceptación, lo cual requiere tiempo y procesos de actuación psicológica y educativa adecuados. Se deduce de esto que ayudar a elaborar el duelo puede constituirse en una buena finalidad educativa.

Para el psiquiatra Cobo Medina (2004), el duelo es «*una dura regresión psíquica y física, mental, afectiva e intelectual*». La reacción típica del duelo en los niños de todas las edades es la aflicción, con una más amplia variedad de manifestaciones inespecíficas en ellos que en el adulto. Los síntomas pueden, aparecer como nuevos o acentuar los que ya existían. Nuestras observaciones amplían el repertorio de reacciones típicas, incluyendo, además de la aflicción, la agresividad, el mutismo, la autolesión, la evasión, la indiferencia, la negación, el alivio, la depresión, la regresión, el aislamiento. Digamos que:

a) El duelo no consiste en superar nada, sino en aprender a vivir con la muerte de quien ya no está. Es un tiempo de dolor y aprendizaje.

b) El duelo no es dar vueltas y vueltas a una situación dolorosa, sino o mejor, de suelta paulatina de carga dolorosa y ganancia en formación (equilibrio y crecimiento).

c) El duelo no consiste en sustituir nada, ni a nadie por nadie. No hay que sustituir a la mascota, al abuelo, al padre o al hijo muerto por otras personas y mucho menos si éstas son niños. El duelo es encontrarle su hueco, de modo que de él o ella, que ya no están, queden recuerdos buenos que además ayuden a vivir a todos los que quedan, Desde esta perspectiva estamos de acuerdo con Izaguirre en que *«la esencia del duelo es un recuerdo agradecido unido a un sentimiento de culpa saneado»*.

EL NIÑO DE 0-6 AÑOS

A) Sobre la génesis del duelo en el niño. Para Rochlin, el niño experimenta el duelo de forma distinta a los adultos, de una forma coherente a su condición de niño. Bowlby afirma que a los 6 meses de vida ya pueden experimentar el duelo de forma adecuada a su edad. Para Brennen (1987), los niños muy pequeños parecen no quedar afectados, pero a los 7 meses de edad ya pueden manifestar pena de modo similar a los adultos. Otros autores señalan que es alrededor de los cinco años. Deutsch se refiere a la organización defensiva del niño -omisión de afectos- orientada a la protección de su integridad del yo.

B) Proceso de elaboración de la pérdida o reacciones ante la evidencia de muerte.

I. Según Cobo Medina (2004), en los niños pequeños impera sobre todo el trastorno de aquéllas funciones madurativas que se hallan en desarrollo en ese momento: desde alteraciones en el apetito, en el sueño, en el control de esfínteres, hasta irritabilidad, miedos y pesadillas.

II. Según el estudio de De la Herrán y otros (2000), centrado en el niño de 3 a 6 años, tanto en casos previsibles como imprevisibles de muerte de adulto significativo, se suele presentar una serie de fases.

- Fase de ignorancia:
 - ✓ Nivel I: El niño no sabe nada.
 - ✓ Nivel II: El niño echa en falta.

- ✓ Nivel III: el niño siente que no está cerca, ni tampoco disponible.
- Fase de abandono:
 - ✓ Nivel I: El niño cree que se ha ido.
 - ✓ Nivel II: Como no viene, se siente no-querido, y que puede tener la culpa de la ausencia, por haber sido malo/a.
 - ✓ Nivel III: Como el tiempo pasa y no aparece, cree que le ha abandonado.
 - ✓ Nivel IV: Como el niño se siente abandonado, odia/rechaza a la figura ausente.
 - ✓ Nivel V: El niño deduce que, si no viene, es porque no le quiere, ya que si le quisiera de verdad, vendría.
- Fase de desesperanza:
 - ✓ Nivel I: El niño niega que su falta vaya a ser permanente.
 - ✓ Nivel II: Como sigue sin venir, el niño busca cubrir su ausencia con ritos, objetos evocadores u otras personas.
 - ✓ Nivel III: El niño cree que ya no puede hacer nada por cambiar las cosas.
- Fase de aceptación:
 - ✓ Nivel I: El niño cree que la tiene, aunque no venga, y que algún día volverá.
 - ✓ Nivel II: El niño cree que la tiene, pero que no volverá más.
 - ✓ Nivel III: El niño cree que la tiene, pero que no vendrá porque ha muerto.
- Fase de positivación:
 - ✓ Nivel I: El niño desmitifica o acepta más objetivamente la figura ausente.
 - ✓ Nivel II: El niño enriquece/transforma su soledad en creciente madurez (autonomía).

- ✓ Nivel III: El niño se hace consciente de su capacidad para superar adversidades.

III. Según Kroen: Sabemos que cada niño llora la muerte de un ser querido de forma distinta, dependiendo de su entorno, sus experiencias y su nivel de desarrollo. Cada niño debe ser tratado como un individuo único que necesita compasión y apoyo durante una dura época. Debemos tener en cuenta que hay una serie de factores que afectarán a la reacción que tendrá ante la muerte como son:

- Cómo el ser querido fallece
- Cómo el niño se entera del deceso
- La relación o la proximidad que el niño mantenía con la persona fallecida
- Las relaciones familiares y la dinámica existente antes del deceso
- La estructura de la familia después de la muerte
- Si las necesidades del niño se ven satisfechas durante los rituales (velatorio, funeral, entierro) que siguen a la defunción y cómo se satisfacen.

Los bebés de 0 a 10 meses

A los niños se les debe informar de la muerte de un padre o de una madre, tan pronto como puedan comprenderla, lo cual suele ser alrededor de la edad preescolar; cuando empiezan a preguntarse por qué no tienen un papá o una mamá como el resto de compañeros de juegos o de clase. Desean saber –y se merecen saber- la verdad, y deben enterarse por un miembro cercano de la familia.

Los bebés de 10 meses a 2 años

Algunos bebés buscan durante un tiempo al ser amado que han perdido, mirando alrededor expectantes cuando mamá entra en la habitación sin papá, o contemplando la silla de papá como si esperaran que fuera a sentarse en ella de un momento a otro, pero acaban por dejar de hacerlo. Durante este periodo es posible que muestren poco interés por los juguetes, las actividades y la comida.

Además, pueden volver a chuparse el dedo, a acurrucarse en una postura fetal y a retomar otras conductas infantiles como un modo de afrontar su angustia.

Los niños de 2 a 5 años

Los niños de estas edades sienten la pérdida y experimentan otras emociones intensas tras el deceso. Algunas de las respuestas típicas que los niños de estas edades muestran ante la muerte son:

- Perplejidad
- Regresión
- Ambivalencia
- Expresan su dolor a través de los juegos
- Toman a sus padres como modelo
- Se inquietan por otra posible pérdida
- Establecen vínculos
- Comprueban la realidad

C) Incapacidad de experimentar el duelo. La elaboración del duelo es una finalidad psicológica y educativamente deseable. Por esto nos parece interesante detenerse en algunas situaciones emocionales del niño de 0-6 años en las que pueden darse cita una serie de factores responsables de la incapacidad de sentir el duelo:

- i. Si la relación emocional con la figura perdida es extremadamente cercana e intensa, el acceso a la conciencia de la muerte puede ser de una intensidad intolerable, con lo que el duelo puede fijarse, retrasarse o inhibirse.
- ii. Si los padres contribuyen a dejar fuera de su comprensión elementos importantes, el niño de 2 ó 3 años lo hará también por su vinculación emocional.

- iii. Si existe algún factor orgánico o emocional que haya interferido en la normal maduración del yo.
- iv. Si muere la madre o el padre a los 4 ó 5 años sólo podrá hacer un acto de reparación cuando hay otra figura sustitutiva, de modo que se pueda renovar y recomponer el vínculo.

EL NIÑO DE 6-16 AÑOS

A) Resolución de duelos contextuales (no directamente relacionados con la vivencia de muerte cercana). Entre los 12 y los 16 años, los preadolescentes y adolescentes tienen que resolver algunos duelos:

1. El duelo por la imagen de su cuerpo infantil. Saben que cuando eran niños estaban más protegidos, el cuerpo infantil es menos conflictivo, el cuerpo en estas edades causa una serie de confusiones.

2. El duelo por la imagen idealizada de los padres. Cuando los niños entran en esta etapa se vuelven críticos y se dan cuenta de que papá y mamá no son los más inteligentes, ni los más guapos. Esto les crea un conflicto, es como «si se les moviera el piso», se sienten inseguros.

3. Además, hay otro duelo que es el que tienen que hacer los padres y las familias con respecto al niño que se va convirtiendo en adulto.

B) Proceso de elaboración de la pérdida o reacciones ante la evidencia de muerte:

Brennen (1987) señala las siguientes fases de la elaboración:

- a) Protesta, con angustia rechazo e ira.
- b) Desesperación, con tristeza y depresión.

c) Aceptación y nuevos afectos.

Entre 8-9 a 12-13 años, predominan los fracasos escolares y los problemas de comportamiento, con rabia y negación del duelo (Cobo Medina, 2004).

Los preadolescentes de 10 a 12 años suelen percibir la muerte de un ser querido como algo que les hace ser diferentes, intentan mantenerse por encima del dolor, si muestran su dolor pueden hacerlo a través de la cólera, la rabia o la irritación, intentan crear un «vínculo» con la persona que ha muerto a través de ritos (ponerse su perfume, etc.), pueden sentir miedo de su propia muerte y del otro progenitor, en el caso de que la muerte sea de uno de ellos.

Los adolescentes entre 13 y 16 años suelen adoptar una actitud cínica, incrédula o pesimista ante la vida en general, la mayoría no se permite llorar, sobre todo con chicos y chicas de su edad. En los adolescentes -observa Cobo Medina (2004), priman las reacciones depresivas y, especialmente, las conductas excesivas o desbordantes y las dificultades de carácter.

Según Kroen (2002) los niños de 6 a 9 años ya comprenden lo que significa la muerte por completo. La ven como algo permanente y real. No obstante, es posible que no comprendan lo que aquel deceso supondrá para su vida y que se convierta en una fuente de confusión para ellos. Algunas de las respuestas típicas que los niños de estas edades muestran ante la muerte son:

- La negación
- La idealización
- El sentimiento de culpabilidad
- El miedo y la vulnerabilidad
- Se ocupan de los demás
- Buscan a la persona que ha fallecido

Los preadolescentes de 10 a 12 años

La preadolescencia es una época de transición llena de complejidades, cambios y confusión. En esta edad se siente la necesidad de desarrollar su propia identidad. Los preadolescentes perciben la muerte de un ser querido, en especial la de uno de los padres como algo que les hace diferentes. Normalmente pueden ocultar sus sentimientos, aunque después de la muerte acaecida sientan una profunda tristeza. Es posible que repriman cualquier señal de aflicción para intentar mantenerse por encima del dolor emocional, y dar la impresión de ser inmovibles, indiferentes o fríos, pero sienten dolor, y éste acabará aflorando en un momento u otro. A menudo su dolor reprimido surge cuando el resto de la familia ya ha vuelto a la vida normal. Los preadolescentes suelen también sentir miedo tras la muerte de un ser querido. Miedo de su propia mortalidad, de perder al padre o a la madre supervivientes, de ser abandonados al llegar a la adolescencia, o miedo a lo desconocido, así es como pueden reaccionar a una muerte. Y expresar el miedo que sienten enfermado, estando de mal humor, teniendo problemas para dormir o comer, y perdiendo el interés por ir al colegio.

Los adolescentes

El dolor de un adolescente tiene su propia intensidad. Los adolescentes se encuentran ya en un tumultuoso estado de cambio, y la muerte constituye un shock en su sistema de vida. En especial cuando pierden a uno de los padres, el shock toma forma de represión e incredulidad. Un adolescente puede creer que ignorar sus emociones es la mejor forma de capear la tormenta.

Muchos adolescentes adoptan en cierto modo una actitud cínica o pesimista ante la vida en general, y una muerte puede aumentar estos sentimientos. Esta situación hace que den guerra, se peleen, rindan poco en el instituto, ingieran alcohol u otras drogas, y mantengan relaciones inadecuadas o poco sanas.

El sentimiento de culpa adquiere una nueva dimensión durante la adolescencia. Como parte de la etapa de "separación", los adolescentes suelen enfrentarse con sus padres por temas relacionados con la independencia, la privacidad, los derechos, etc.

Estas disputas entre padres y adolescentes –presentes en cualquier familia– pueden convertirse, cuando un ser querido muere, en un recuerdo que hace que el adolescente se sienta culpable.

Una recomendación en estos casos es intentar que la familia se mantenga unida y que el hijo adolescente desempeñe un papel importante asumiendo responsabilidades y ayudando a sus hermanos pequeños. Esto le ayudará a mitigar cualquier sentimiento de culpa y le proporcionará una mayor sensación de seguridad tanto dentro de la familia como en sí mismo.

C) Conductas a las que hay que prestar especial atención (Kroen, 2002:94). Existen una serie de indicadores que nos informarían de un duelo que pudiera precisar de atención profesional:

- 1) Llorar en exceso durante largos períodos.
- 2) Enfados frecuentes y prolongados.
- 3) Cambios extremos en la conducta.
- 4) Patentes cambios en el rendimiento escolar y en las notas.
- 5) Retraerse durante largos períodos de tiempo.
- 6) Falta de interés por los amigos y por las actividades habituales que le atraían.
- 7) Frecuentes pesadillas y problemas de sueño.
- 8) Pérdida de peso.
- 9) Apatía, insensibilidad y falta de interés general por la vida.
- 10) Pensar negativamente sobre el futuro durante mucho tiempo.

3.3.3.3. LA COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PROCESOS DE DUELO

Es evidente que los niños y las niñas son menos dueños de su vida que una persona adulta, pero al mismo tiempo son capaces de aceptar una pérdida si existe alguna otra cosa a la que aferrarse y, sobre todo, alguien que les quiera mucho.

Las modalidades de comunicación más adecuadas a la hora de explicar a un niño la realidad de la muerte son, según explica Pangrazzi (1993: 89-91):

- *La fábula*, ya que le introduce poco a poco, a la luz de un cuento, en lo que ha pasado.
- *El uso de imágenes de la naturaleza*, el recuerdo de una flor marchita o de un pajarito caído del nido puede servir para facilitar al niño la comprensión del hecho de la muerte.

El niño expresa el duelo de manera diferente a los adultos, aunque sus emociones sean muy parecidas (tristeza, rabia, sentimiento de culpa...), utilizando a menudo medios como *el juego y el dibujo*. Estos canales permiten al adulto comprender sus reacciones y establecer con él una relación de ayuda, tanto a nivel verbal como no verbal. Es importante tener en cuenta que al niño de cierta edad le es difícil ver la muerte como irreparable; por eso son frecuentes las esperanzas que mantienen en el retorno del ser querido perdido o el deseo de reunirse con él.

La participación plena y responsable de los niños y jóvenes en el duelo de la familia es, sin duda, fuente de maduración personal. Dejar que los sentimientos se manifiesten, ya sean de enojo o de afecto, les permite reconocer sanamente el dolor de la separación y llegar a aceptar más fácilmente la realidad de la pérdida. Los niños y las niñas que han participado con la familia en el proceso de muerte y duelo, después pueden manifestar mejor lo que sienten; algunos incluso escriben cartas de despedida al difunto.

Mèlich afirma que es en la muerte del prójimo cuando ésta parece con todo su dramatismo y, citando a Gevaert, continúa «*aquí es cuando el hombre se apercibe existencialmente de lo que significa ser mortal y de cuál es la verdadera naturaleza de la muerte*» (1989:66).

Según Rodríguez (2002) el concepto que se tiene del hecho de morir varía y evoluciona con la edad y/o con la adquisición de madurez, que no siempre corren parejas, pasando por diferentes percepciones hasta que, finalmente, se llega a poder comprender y asumir plenamente la realidad de la muerte con una percepción adulta.

Los estudios psicológicos han mostrado que, en general, para un menor de tres años, morir significa “partir” y el temor con que la relacionan suele ser el de separarse de sus padres, la muerte no supone algo inherente a la vida sino que aparece a causa de accidentes o de actos violentos; según su percepción sólo se mueren los otros. A los cuatro años, estar muerto equivale a “estar dormido”.

Entre los cinco y los seis años se cree que la muerte no es algo definitivo y que los adultos pueden protegerles de ella, así como de cualquier otro peligro. A partir de los seis años, la idea de la muerte se va perfilando progresivamente, aparece el miedo a quedarse solo y se elaboran las primeras fantasías sobre la vida post mortem.

Generalmente, entre los seis y los nueve años de edad, la muerte se entiende ya como algo permanente, pero que sólo sucede a los demás. En torno a los diez años, la noción de muerte personal, que fue desarrollándose entre los cinco y nueve años de edad, da un importante salto cualitativo al permitir comprender y asumir que es algo inevitable, que afecta a todos sin excepción y que supone una disolución corporal irreversible, alcanzando así una percepción parecida a la de los adultos.

Desde todo punto de vista es conveniente que los niños crezcan viendo la muerte como un fenómeno natural propio de los seres vivos, por ello debe hablarse de ella con absoluta normalidad, sin dramatizarla, aprovechando las ocasiones que se presten a ello para reflexionar sobre cada pérdida y lo que significa. En el entorno de cada familia, mueren animales de compañía, plantas y, por supuesto, personas más o menos allegadas; también la televisión presenta la muerte a todas horas, aunque rodeada de una gran distorsión. Aprovechar alguna de estas circunstancias para preguntar por la opinión que tiene el niño al respecto, para conocer sus ideas y sentimientos acerca de la muerte, para compartir los nuestros de una manera llana y sencilla -recurriendo si hace falta a ejemplos de la naturaleza, imágenes o cuentos-, será una excelente forma de posicionar el concepto de la muerte en el lugar que le corresponde, pero sin traumas.

Cuando los niños comienzan a preguntar cosas sobre la muerte, y todos lo hacen en algún momento a partir de los seis años, es importante responder abiertamente a sus cuestiones con un lenguaje llano y adoptando la máxima cercanía física y emocional que se pueda. Sus preguntas suelen ser directas y a ras de tierra por lo que las respuestas deben ser iguales. Obviamente no todas las cuestiones tienen respuesta posible o conocida por el adulto, así es que más vale ser honesto y declarar los propios límites, aunque los niños también agradecen un “no lo sé, pero lo averiguaré y te lo diré”. Por el contrario, jamás hay que ponerse en guardia contra las preguntas de un niño, ni reñirle o responderle con desgana o ironía. De la muerte, como de cualquier otro asunto cotidiano, se puede y debe hablar francamente entre padres e hijos. No se debe crecer temiendo a la muerte, pero menos todavía ignorándola.

Si nos preguntamos cómo tratar a los niños cuando enferma y fallece una persona querida, tendremos que cualquiera que sea la posición que ocupe en una familia un enfermo terminal -y/o un fallecido-, los niños deben vivir el proceso de la enfermedad -y también el duelo posterior- con naturalidad y sin verse privados de ninguna manifestación emocional o de cualquier otro tipo que antes fuese habitual (o, en su caso, explicándole por qué no se pueden o deben realizar determinadas actividades a partir de cierto momento de evolución de la enfermedad, o mientras se está de duelo).

Cuando se produce la muerte del ser querido, los adultos responsables del menor deben evitar ocultar o falsear la realidad del hecho so pena de incurrir en varios errores de consecuencias más o menos graves.

En primer lugar, debe tenerse en cuenta que la situación no cambia por muchas metáforas que se empleen, la persona fallecida ha desaparecido y no regresa, algo que un niño pequeño, al que se le cuenta que se ha ido a “un viaje muy largo”, que “está en el cielo”, o que “se ha convertido en un ángel”, no acaba de comprender y lo vive como un abandono que, a corta edad, suele desencadenar un proceso de culpabilización que producirá secuelas serias, además de sentirlo como una fuente permanente de dolorosa frustración, ya que la persona no regresa jamás a pesar de las promesas de los adultos.

Explicaciones como las citadas, además de impedir el proceso de duelo y de maduración, pueden poner en riesgo la vida de algún menor deseoso de irse al cielo para reencontrarse con la persona fallecida. Además, si no se le expone clara y normalmente el hecho de la muerte, se le impide aceptar lo definitivo de su consecuencia, dificultando así, la realización del duelo y perjudicando su proceso de maduración, llegando a dañar, en definitiva, su vínculo con el mundo adulto.

Hablar de la muerte a propósito de una pérdida concreta no le añade dolor al vacío que experimenta el menor, antes al contrario, le da una explicación –conocer la causa de algo siempre produce alivio- y le permite elaborar el duelo con menor dificultad, máxime si comparte abiertamente sus sentimientos con los de sus padres, hermanos, familiares o amigos.

En ninguna ocasión se debe tratar de eludir los problemas que surgen de la vida cotidiana, antes al contrario, hay que enfrentarse a ellos, por dolorosos que sean, como única vía posible para resolverlos y anular y/o minimizar las emociones negativas que puedan causar. La muerte no es una excepción, los niños tampoco lo son. Jamás debe evitarse o bloquearse el dolor que una muerte produce en un niño; lo correcto y necesario es ayudarlo a que exprese sus emociones abiertamente o, en caso necesario, a través de juegos, dibujos o escenas teatralizadas en las que el menor participa como en un juego.

Para ayudar a superar el estado de aflicción de un niño al que se le ha muerto un progenitor o una persona muy querida, Buckman (1994) recomienda a los padres: mostrarse siempre cercanos al niño, no salir de casa sin anunciarle la hora de regreso, permitirle dormir en la misma cama o habitación paterna mientras se encuentre vulnerable; dedicarle el máximo tiempo posible, pero sin suspender las actividades habituales; estar pendiente de sus cambios de conducta, incluso solicitando colaboración de sus profesores para que le observen y le eviten situaciones incómodas; escribir en una lista los problemas observados en el niño y los recursos con que se cuenta para afrontarlos; y conservar bien definidos los roles de cada cual para evitar injerencias en el desarrollo normal del niño. Ya que, puede suceder con frecuencia que un menor, tras la muerte del progenitor de su mismo sexo, trate de asumir el rol que éste desarrollaba en la familia.

Este comportamiento puede suavizar inicialmente el sentimiento de pérdida, pero acaba siendo nefasto ya que impide el normal proceso de maduración, y el logro de su independencia, al niño o niña que se vea atrapado en esta dinámica. Cuando se detecta este comportamiento, es recomendable recabar la intervención de un terapeuta familiar.

A nivel muy general, la experta colombiana Fonnegra de Jaramillo (2006), psicóloga y tanatóloga, resumió en un listado, las “normas de oro” a tener siempre presentes cuando un niño pierde a una persona querida. A saber:

- No mentir es esencial; conteste las preguntas con sinceridad y si no tiene una respuesta, no tema confesarlo.
- Nunca diga algo de lo cual tenga que retractarse más tarde. El niño después le preguntará por qué le contó que una persona muerta se convierte en mariposa, ángel o arcángel.
- No lo diga todo de una vez, explique la muerte con verdades parciales, de acuerdo con la edad cronológica, intelectual y emocional del niño, midiendo lo que él puede asimilar y necesita saber.
- Hable de la muerte antes de que el niño se vea emocionalmente involucrado en una situación de duelo. Aproveche oportunidades como pasar frente a un cementerio, la muerte de canario, la flor que se marchita.
- No delegue la explicación en un familiar o en el vecino. Los padres, mejor que nadie, conocen a sus hijos y saben calibrar el impacto.
- No ligue la muerte con el sueño, ya que de allí pueden derivar trastornos para dormir, o con un viaje, que encierra una sensación de abandono. El niño además debe aprender a distinguir entre una dolencia leve y pasajera y aquella que sí lleva a la muerte.
- No ligue una contrariedad con la muerte. El niño tiende a ver la muerte de un ser querido como un castigo.
- Si usted ha sido víctima de la misma pérdida, no esconda su dolor ni se encierre en el baño para llorar. Expresé su sentimiento y muéstrole que usted también es

vulnerable y que es legítimo compartir la tristeza.

- Dele la oportunidad al niño de hablar de la persona que se murió y recíbele la tristeza.
- Use la palabra muerte y elimine eufemismos. La muerte debe ser un fin natural y no una fuente de temores y angustias.
- Refuerce la irreversibilidad de la muerte y no dé pie a falsas expectativas de retorno.

Es muy aconsejable que el niño asista a todos los actos fúnebres –velatorio, funerales, entierro, etc.- en honor de la persona querida, ya que a través de esta serie de actos sociales ritualizados, él, como el resto de familiares y amigos asistentes, irá adaptándose progresivamente a la idea de la pérdida definitiva de esa persona.

Por último, cuando se está en el proceso de elaborar el duelo, debe evitarse cargar a los niños con responsabilidades excesivas, o generarles expectativas demasiado altas. Tampoco debe permitirse que carguen con responsabilidades sustitutas, tal como apuntábamos anteriormente, a fin de neutralizar de este modo la pérdida del progenitor y evitar un cambio de roles que debe asumir el sistema familiar en su conjunto.

Completar el duelo con normalidad, habiéndolo realizado con todos los apoyos necesarios para lograrlo, será, en definitiva, la clave indispensable para que la pérdida se asuma sin arrastras conflictos emocionales ni caer en trastornos psicopatológicos.

Si queremos ayudar a niñas y niños a afrontar la pérdida de un ser querido, nos encontramos con que numerosos psicólogos han delimitado estrategias que a su parecer pueden ser útiles para afrontar el duelo en niños. Kroen (2002) sugiere una serie de consejos generales para ayudar a un niño a superar el dolor provocado por el duelo. Aunque no existe ningún plano en el que podamos marcar los hitos que habrá en el proceso de duelo, sin embargo sabemos que el dolor se supera mejor cuando sale afuera y que el niño afronta mejor la pérdida en un entorno seguro, afectuoso y cálido que promueva y fomente la expresión de las emociones.

No existe ninguna fórmula mágica que nos diga durante cuánto tiempo llora un niño la muerte de un ser querido. Sin embargo, hay algunos factores que parecen ejercer un efecto:

- ¿La muerte se esperaba o fue repentina? (En general, el dolor dura más si la muerte es súbita).
- ¿Cuán unido estaba el niño a la persona fallecida? (Cuanto más cercana sea la relación, más largo será el periodo de duelo).
- ¿Hasta qué punto comprende lo que la muerte significa? (Los niños que comprenden la muerte parecen superar el dolor más fácilmente que los que tienen dificultades con este concepto).
- ¿Cuánto apoyo puede darles la familia? (Cuanto más apoyo, mejor).
- ¿Se le permitirá llorar la pérdida y se le alentará a hacerlo? (Esta actitud favorece un duelo normal y sano).

Los siguientes consejos pueden resultar útiles para educadores o padres a la hora de ayudar a superar el proceso de duelo en niños:

- Dedícales un tiempo
- Permanece a su lado
- Deja que los demás te ayuden
- Abandona las ideas preconcebidas
- Dales la oportunidad de expresarse
- Anímalos a hacer actividades físicas
- Leed un libro juntos
- Recurre a un grupo de apoyo¹
- Sé consciente de cuándo recurrir a un profesional y mantente alerta a las siguientes conductas:

¹ En España se pueden encontrar diversos grupos de apoyo repartidos por todo el territorio español. Para obtener más información sobre los grupos de apoyo se puede consultar la web: <http://tanatologia.org/seit/gruposapoyo.html>

- Llorar en exceso durante largos periodos
- Rabietas frecuentes y prolongadas
- Cambios extremos en la conducta
- Patentes cambios en el rendimiento escolar y las notas
- Retraerse durante largos espacios de tiempo
- Falta de interés por los amigos y las actividades que solían gustarle
- Frecuentes pesadillas y problemas de sueño
- Frecuentes dolores de cabeza solos o acompañados de otras dolencias físicas
- Pérdida de peso
- Apatía, insensibilidad y una falta general de interés por la vida
- Pensar negativamente acerca del futuro durante mucho tiempo o no interesarse por él.

Cuando los niños manifiestan estas actitudes o conductas, recurre a la ayuda de un profesional, porque pueden indicar la presencia de una depresión o de un sentimiento de dolor sin resolver. Ayudar a los niños a recuperarse de la muerte de un ser querido requiere afecto, un compromiso y tiempo. El trauma de la pérdida debilita su autoestima y la sensación de seguridad que tenían. El futuro se presenta para ellos incierto. Pueden creer que la muerte los ha vuelto “diferentes” de los chicos de su edad y que siempre arrastrarán la carga del pesar y del sentimiento de culpa.

Recuperarse de una muerte no significa eliminar toda la tristeza, añoranza y angustia, ni tampoco es una especie de amnesia optativa en la que uno se olvida de la muerte del ser querido. La persona que ha fallecido era, y siempre debe seguir siéndolo, una parte importante de la vida de los niños, lo cual es uno de los objetivos de una conmemoración, pero debes animar a tus hijos a seguir con su vida, a fijarse y alcanzar metas, y a jugar y a relacionarse con los chicos de su edad. Con el tiempo, acabarán aceptando la muerte como una realidad y los cambios que ha provocado, y se adaptarán internamente para progresar como seres humanos normales, sanos y felices.

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.4. Aspectos sociales sobre la muerte

Tabla de contenido

3.4. ASPECTOS SOCIALES	363
3.4.1. INTRODUCCIÓN	363
3.4.2. CAUSAS Y SENTIDO DE LA MUERTE	370
3.4.3. EL MORIR EN NUESTROS DÍAS	373
3.4.4. LOS RITOS Y LA VIVENCIA DE LOS SOBREVIVIENTES	385
3.4.4.1. <i>SENTIDO Y FUNCIONES DE LOS RITOS FUNERARIOS</i>	387
3.4.4.2. <i>LA BUROCRACIA DE LA MUERTE</i>	394

3.4. ASPECTOS SOCIALES

3.4.1. INTRODUCCIÓN

Hoy día sabemos que todas las especies tienen algún tipo de percepción de la propia muerte ya que eso les empuja a evitar a sus depredadores, pero son pocas las que, como humanos, chimpancés, gorilas o elefantes, muestran aflicción ante el hecho de la muerte de un congénere y realizan algún comportamiento ritualizado, siendo nosotros los únicos que hemos sofisticado esos rituales hasta integrarlos en conductas religiosas.

En definitiva, cada especie, ante la muerte de sus congéneres, parece comportarse en función no sólo de su complejidad cerebral sino, particularmente, de su estructura de organización social (que predetermina qué destino puede tener el cadáver) y de los estímulos ambientales y/o socioculturales que señalan como “natural” o no determinadas circunstancias de muerte (y, por ello, predeterminan gran parte de la reacción emocional que se desata ante esa eventualidad).

Resulta inevitable que nos enfrentemos al hecho de la muerte según la sensibilidad y parámetros que nos imprime la cultura y tiempo histórico en que vivimos, pero no debemos ignorar un aspecto fundamental: ni todas las culturas enfrentan del mismo modo la muerte ni, menos aún, ésta ha sido asumida de igual manera a lo largo de la historia que es propia de cada una de las culturas (Rodríguez, 2002; García y Aura, 2010).

Todos los humanos adultos, sin importar su procedencia, cultura o creencia, somos conscientes de que nuestra existencia material transcurre entre un inicio llamado nacimiento y un final denominado muerte. Ambos puntos trazan un camino, el de la vida, que puede presentar tantos recodos y cambios de sentido como se pueda imaginar, pero que jamás permite volver atrás. Como diría Jorge Manrique, en las *Coplas a la muerte de su padre*, la vida es un fluir que va a parar a la mar que es el morir...

En un determinado momento evolutivo comenzamos a ser conscientes de vivir entre el nacimiento y la muerte, entre un principio y un fin. Nos imaginamos como transeúntes y ello, para nuestro modo de construir la realidad, resultaría absurdo si no existiese algún objetivo que justificase ese camino. Creemos que todo cuanto uno hace tiene un propósito, sirve para algo, es parte de un proyecto o estrategia, nada se hace por nada, así que existir no puede ser la excepción.

Independientemente de cómo sea el fluir entre el alfa y el omega de cada cual, lo que nos asemeja a todos los humanos es la necesidad de elaborar estructuras narrativas con perspectiva histórica, pero con una perspectiva histórica que puede arrancar desde mucho antes de nacer y alcanzar hasta mucho después de morir (Rodríguez, 2002).

Desde esta necesidad cognitiva básica, construir un camino lógico y coherente hasta el *más allá* no cuesta más que dar un paso... en línea recta, ahora sí, y sobre el vacío; parece que lo fundamental es encontrarle algún significado adecuado –eso es favorable- a la percepción, ineludible, de nuestra insignificancia. Somos finitos, pero nuestro potentísimo motor cognitivo nos lanza hasta la infinitud, aunque sólo sea con el deseo y mediante la capacidad de construir maravillosas narraciones sobre nuestras vidas, que no es poco.

Negar nuestra finitud puede engendrar angustia. Por ello, nos comentan De Hennezel y Leloup (1998), se advierte qué urgente resulta hablar de la muerte en nuestra sociedad actual, es necesario *“encontrar las palabras para domeñar esa realidad inevitable, crear lugares y solidaridades para ayudar a cada cual a enfrentarse con la propia muerte o la de algún íntimo”*.

El movimiento que consiste en reintroducir la muerte en nuestro campo de conciencia y pensamiento, en humanizarla en nuestras instituciones, está ya en camino desde hace más de veinte años. Se desarrolla gracias a las asociaciones, a cierto personal médico que ha decidido enfrentarse a la muerte en vez de rehuirla, y a algunas obras que han contribuido a darlo a conocer al gran público. Otros tabúes caen, especialmente referentes a la utilización de la morfina por vía oral en el tratamiento de los dolores terminales.

Comienza a extenderse la noción de acompañamiento. Cada vez más gente intenta formarse para ello. No se trata de profesionales sino de personas que han comprendido que acompañar a un ser cercano que va a morir es una tarea que concierne a todo el mundo, un asunto de solidaridad humana ante todo. Ciertamente es que en esta evolución de nuestra sociedad ante la muerte, el mundo del personal sanitario está en primera fila.

El movimiento de los cuidados paliativos ha tenido el mérito de recordar que el enfermo es una persona y el moribundo un ser vivo. Su sentimiento es global, es decir que integra aspectos físicos, psicoafectivos y espirituales. Los equipos de cuidados paliativos intentan tener en cuenta el conjunto de estos datos. Se trata de aliviar los sufrimientos de una persona al final de su vida, permanecer atentos a sus necesidades, respetar el tiempo que le queda por vivir, sin acortarlo ni prolongarlo. Porque, ¿qué hacer cuando no queda ya nada que hacer? Aliviar el dolor, proporcionar cuidados de *confort*, facilitar la negada de las familias, apoyarlas en su tarea de acompañamiento. En estos puntos, los cuidados paliativos han contribuido mucho a la evolución de las actitudes frente a la muerte.

La actitud que adoptamos ante la muerte está condicionada por un presupuesto antropológico, inconsciente la mayor parte de las veces. Así, nuestro modo de acompañar a un moribundo, de cuidarle, es influido por nuestra representación del ser humano, por nuestra concepción de la vida y de la muerte. Para De Hennezel y Leloup son innumerables las visiones del hombre que se encuentran hoy en día, pero estos autores distinguen cuatro más o menos familiares al mundo contemporáneo (1998:30-32):

- Una primera visión sería la del «hombre unidimensional» (Marcuse, 1970): el hombre es sólo un cuerpo, una materia. Su pensamiento es sólo el producto, más o menos afortunado, de su cerebro, máquina extremadamente compleja pero del todo reducible a los elementos que la componen. El hombre no es más que eso, ese compuesto que muy pronto va a descomponerse. De acuerdo con esta visión, claro está, no hay alma. La psique es sólo una ilusión compensadora ante la certidumbre de nuestra mortalidad. Tampoco hay espíritu.

La inteligencia es sólo el juego incierto y aleatorio de nuestras sinapsis. Evidentemente no hay Espíritu (o Espíritu Santo). Esta representación del hombre, familiar a algunos contemporáneos, pertenece también a antiguas tradiciones, como la de los «atomistas» o «materialistas» de la Antigüedad...

- Otra visión del hombre es «bidimensional». El punto de partida es la observación del cuerpo como animado. Esta animación a la que se denomina «alma», «psique», «información» es lo que da vida y forma a nuestras células y nuestros átomos. Si esta «animación» o esta «información» se retiran, ya no queda cuerpo propiamente dicho, sino un cadáver. Se hablará de «cuerpo inanimado», Algunos advertirán que esta «información» o esta «alma» puede tener una vida independiente del cuerpo que anima. En esta visión del hombre, el alma inmortal es la parte noble de la persona, se desprecia el cuerpo mortal. Es contemplado como la tumba del alma, cuando es su templo, el lugar de su manifestación y de su encarnación.
- Hay una tercera visión, la del hombre «tridimensional». El hombre está compuesto de alma, cuerpo (soma-psique) pero también de espíritu. El espíritu es esa «fina punta del alma», esa capacidad silenciosa y contemplativa que experimentan algunos de nuestros contemporáneos que practican la meditación y que es familiar en las grandes tradiciones.
- Una cuarta visión del hombre que no niega ninguno de los elementos de las antropologías que acabamos de citar, el cuerpo, el alma y el espíritu, sino que las une entre sí. Se trata del *Pneuma*, del Aliento, que habita, inspira, ilumina el compuesto humano. Esta última antropología, que podríamos calificar de «cuaternal», respeta al hombre en su integridad, cuerpo, alma, espíritu. Lo respeta y acompaña también en su «misterio», en la presencia del Aliento silencioso que da al Hombre su coherencia.

Hay diferentes actitudes ante la muerte que han sido inspiradas por esas distintas visiones del hombre. En este contexto, la muerte es el fin de la vida. Es la interrupción de un funcionamiento biofísico o neurofisiológico. No hay nada más que esa aleatoria interrelación de nuestros átomos, el juego «sin reglas» de nuestra sinapsis.

Se elija no pensar en ella, como Voltaire, o por el contrario se la mire cara a cara, como Heidegger (2002), la muerte sigue siendo un escándalo. Es absurda, insensata. Esta actitud es la que hoy predomina en Occidente. Está en el origen tanto de las actitudes de negación, de huida, de injustificado encarnizamiento terapéutico, como de los comportamientos en favor del suicidio asistido (De Hennezel y Leloup, 1998).

Frente a ese humanismo ateo, la actitud espiritual que domina en Occidente está, evidentemente, inspirada en las tradiciones monoteístas. En estas tradiciones, la vida, el sufrimiento, la enfermedad, la muerte son lugares de paso, tiempos de prueba que podemos «interpretar», es decir a los que podemos dar libremente sentido. En la tradición judeocristiana, la muerte es considerada un paso. Éste es, por otra parte, el significado de la palabra «pascua».

La muerte es pues un paso hacia otro estado de conciencia, es posarse en esa dimensión que San Juan denomina la «vida eterna», es decir en ese lugar íntimo no condicionado por el espacio-tiempo. Ese yo, o ese ego, es sólo un paquete de huellas, de memorias que no tienen existencia propia. La muerte no es el fin de la vida, es el fin de una ilusión, una liberación, la liberación del sufrimiento, del encadenamiento de las causas y los efectos. Por esta razón la muerte es un momento bendito, el momento más sagrado de la existencia pues es, por fin, la ocasión para entrar en un espacio ilimitado. Es el instante en el que la Realidad es revelada por fin.

No se trata de dar a las personas y al personal acompañante una formación religiosa o espiritual, sino simplemente una formación humana. En ciertos medios hospitalarios no se carece de espiritualidad, (se carece sencillamente de humanidad). Hay que aprender a no considerarnos en relación con una enfermedad, sino con una persona que tiene una enfermedad; y, más profundamente todavía, con una persona que tiene un alma. Y eso, se crea o no en ello... Sólo debemos respetar esta dimensión del ser humano (De Hennezel y Leloup, 1998).

Los cuidados paliativos han conseguido basarse en una ética lo bastante abierta para que personas arraigadas en otras tradiciones encuentren ahí su lugar. Sean cuales sean sus creencias religiosas o filosóficas, las mujeres o los hombres que participan en el movimiento de los cuidados paliativos están al servicio de una misma ética.

La ética consiste en respetar al moribundo y la calidad del tiempo que le resta por vivir, y de ofrecerle cuidados y una atención lo bastante abierta y respetuosa para que entre vivo en su muerte.

Evidentemente, hay cierta concepción del hombre y de la muerte tras esa ética. Los grandes principios de esta aproximación humanista podrían resumirse así: (De Hennezel y Leloup, 1998).

- La muerte no es un fracaso. Forma parte de la vida. Es un acontecimiento que debe vivirse. Una «realidad vigorosa», decía Teilhard de Chardin, una realidad que nos despierta, nos obliga a tomar conciencia de nuestros valores más profundos, una realidad que nos invita a crear, a pensar, a buscar un sentido.
- El «tiempo del morir» tiene un valor. Debe por lo tanto ser respetado, pues tiene un sentido aunque ese sentido se nos escape. Es el tiempo de los últimos intercambios de vida, el tiempo de cerrar el círculo, el tiempo de prepararse para pasar a esa «otra vida», sea cual sea la representación que de ella se tenga, y aunque esa otra vida siga siendo un completo misterio.
- Acompañar ese tiempo exige de todos una aceptación ineludible, lo inevitable que es la muerte. Eso implica reconocer sus límites humanos. Sea cual sea el amor que se sienta por alguien, no es posible impedir que muera, si éste es su destino. Tampoco es posible impedir cierto sufrimiento afectivo y espiritual que forma parte del proceso del morir de cada cual. Sólo es posible impedir que esa parte de sufrimiento se viva en la soledad y el abandono, se le puede rodear de humanidad.

En fin, esta experiencia del acompañamiento es un modo de enriquecerse, puesto que nos humaniza. Se aprende y se recibe mucho de los que mueren, de sus familias, de los cuidadores. De los moribundos, no sólo aprendemos a comprender mejor cómo termina la vida, sino también cómo el ser humano ordinario se abre camino hacia la propia muerte.

La ambición de los cuidados paliativos es, precisamente, demostrar que es posible aliar la competencia técnica con la calidad humana. Y no se trata en absoluto de rechazar todo lo que la técnica nos ha proporcionado, sino de aliarlo con una verdadera cualidad humana. Éste es el desafío de los cuidados paliativos y, de hecho, el desafío de los años por venir.

La muerte está presente por todas partes. Desde la televisión y otros medios de comunicación observamos cada día escenas de destrucción y de violencia. Pero es una muerte lejana, espectacular, son las muertes de los demás y creemos que no hay tabú para esa muerte. El tabú se refiere a la muerte íntima, a la que afecta o afectará, algún día, a cada uno de nosotros, en el corazón de nuestras vidas. La muerte de nuestros allegados, de nuestros amigos, de nuestros colegas. Esa muerte es ocultada, escondida, despojada muy a menudo de su dimensión humana. Esa muerte, íntima porque nos afecta, nos hiere incluso en lo más profundo de nosotros mismos, íntima también porque, a sus puertas, sentimos la necesidad de abrirnos a aquellos a quienes amamos, para encontrarles más profundamente aún, íntima porque nos aproxima a nuestros sentimientos, es esa muerte la que es tabú.

El tabú de la muerte es un tabú de lo íntimo. Pues si comenzamos a contemplar la realidad de la muerte, la mirada se dirige hacia las profundidades de uno mismo. Y esa interioridad es lo que nuestra sociedad rehúye y enmascara tanto como puede. No es la muerte lo que nos da miedo, es lo íntimo.

Verse confrontado con la muerte obliga, efectivamente, a una reflexión sobre el sentido de la vida, sobre nuestros valores profundos, cuando estamos en un mundo donde, la mayor parte de las veces, se evitan esas preguntas. En la actualidad, las cosas comienzan a cambiar, advertimos por ejemplo que aumenta el interés por las cuestiones filosóficas (De Hennezel y Leloup, 1998).

3.4.2. CAUSAS Y SENTIDO DE LA MUERTE

En este apartado podríamos plantear tres cuestiones principales:

- ✓ ¿De qué se muere?
- ✓ ¿Por qué se muere?
- ✓ ¿Cómo reaccionamos ante la muerte?

Respecto a la *primera cuestión* planteada: *¿De qué se muere?* Observamos que las causas de la muerte, dependen de multitud de variables según el lugar, la época, la edad y el sexo, e incluso según las categorías socio-profesionales. Pero podríamos reducirlas a dos sistemas según Thomas (1991), cuya articulación es indudable, aunque no sea posible precisar el mecanismo de su inevitable coincidencia.

- Causas endógenas: llevan a la muerte genética o natural, momento normal de nuestro destino biológico. Existen en nosotros factores encargados activamente de desencadenar lo que denominamos muerte natural y sus preliminares, es decir, el envejecimiento.
- Causas exógenas: prematuras o retardadoras, fuentes de muerte accidental, provocan más bien un acontecimiento sobreañadido, y por lo tanto perturbador, en relación con el programa genético. Esto produce dos situaciones nuevas. La *muerte antes de término* resulta de enfermedades vinculadas con agresiones externas (culturales o de civilización); suicidios, homicidios y actos de eutanasia; accidentes y catástrofes, entre ellas el hambre colectiva. La *muerte que sobreviene después del término* ha sido jaqueada por la acción social o médica: higiene y prevención, recursos farmacéuticos o quirúrgicos, ensañamiento terapéutico o reanimación. Pero también hay coincidencia entre los dos grupos de causas. El organismo que debe fenecer desencadena por sí mismo su proceso de autodestrucción, a la vez fisiológico y psicológico; el sujeto se deja morir, se descompensa, abandona la lucha por sobrevivir. Pero también se sirve de la circunstancia patológica que se presenta. Esta dialéctica interna y externa no está ausente del acto suicida.

Respecto a la *segunda cuestión* planteada: *¿Por qué se muere?* La muerte se presenta como una ley ineluctable, una necesidad inherente a la especie, a la naturaleza, a la vida. La muerte parece ser el precio de la compleja organización del ser vivo (muerte sistemática). La paradoja de la civilización actual reside en que multiplica a los viejos, quienes reproducen la cultura de ayer en una época en que los conocimientos y los valores culturales evolucionan con más rapidez que nunca. Pero la muerte cumple otra función: debe resolver imperativamente el dilema crucial de la confrontación dramática entre prodigalidad y penuria. La prodigalidad es por definición la obra de la vida. Pero también hay penuria. Penuria *de tiempo*, que no nos alcanza para llevar a cabo todos nuestros proyectos. La muerte nos sorprende tal como somos y nos define para siempre irrecusablemente; pero, lo que es peor, llega demasiado pronto; por lo menos mientras conservamos la vitalidad y tenemos la cabeza llena de proyectos. Penuria *de espacio*, cuando se observa la proliferación de los seres vivos: los etólogos han demostrado que una densidad excesiva de población en un lugar restringido genera agresividad, la que, al provocar la huida o la muerte, es fuente de regulación demográfica. Esto implica también la subordinación del individuo a la especie. La vida, enfrentada al doble drama de la penuria y de sus límites individualizadores, pone el fracaso absoluto, la muerte, al servicio de sus propios fines.

Respecto a la *última cuestión* planteada: *¿Cómo reaccionamos ante la muerte?* Thomas (1991) encuentra básicamente dos actitudes diferentes frente a la muerte:

- *La muerte rechazada*: lo que es útil para la especie o para la vida puede no convenir al individuo consciente. En la civilización occidental de nuestros días, que cultiva a fondo el individualismo, se rechaza la muerte. Puede hablarse de tabú e incluso de denegación, como lo han destacado los antropólogos (Morin y Thomas) y los historiadores (Ariès, Vovelle). El rechazo es ante todo *psicológico*, ya que el vínculo entre el miedo a la muerte y la culpa es indudable. Culpabilidad que tiene que ver con el deseo de muerte más o menos consciente respecto de los padres o los hermanos, deseo que podría explicar por qué se oculta la muerte a los niños, se aísla a los moribundos, se evita expresar dolor frente a la muerte de otras personas y no se acepta esa expresión en los demás. El rechazo también está presente en lo social.

Se asiste en la actualidad a una verdadera desritualización, a una desimbolización y a una profesionalización de las conductas funerarias. El hombre moderno, inserto en el sistema técnico-científico y en la sociedad acumuladora de bienes, actúa como si no debiera morir.

En general, el ocultamiento o escamoteo de la muerte se ha incorporado más o menos insidiosamente al conjunto de las conductas sociales. Los discursos sobre la muerte revelan artificios que atenúan la angustia y alejan la muerte. En el lenguaje corriente abundan las expresiones humorísticas y eufemismos; el lenguaje científico la reduce a objeto cosificado, a hecho biológico eventualmente controlable, pero sobre todo los medios de comunicación difunden sobre la muerte un discurso superabundante que la trivializa y oculta su dimensión esencial: muertes anónimas y lejanas, de interés estadístico o anecdótico, muertes espectaculares cuya repetición disminuye la repercusión emocional y cuya escenificación las diferencia radicalmente del drama vivido. Hoy el hombre de Occidente ve la muerte como algo obscuro y escandaloso y pone sus esperanzas en los progresos de la ciencia y de la técnica que podrán un día acabar definitivamente con ella. La enfermedad y la vejez, son hoy día disfunciones y desperfectos que el médico, técnico de los cuerpos-máquinas, podrá remediar. Mientras que se practica la técnica del ocultamiento: silenciar la muerte, maquillar u ocultar el cadáver, trivializar el morir en su repetición metafórica.

- *La muerte rehabilitada*: sin embargo, desde hace unos años tiende a afirmarse una actitud distinta. Se valora cada vez más la ayuda al moribundo, al que se le considera un maestro del pensamiento, un iniciador y un iniciado (Kübler-Ross); el morir equivaldría a un éxtasis (Ring) y la muerte sería la aliada más fiel de la vida (Siemons). Tras la muerte redescubierta asoma la muerte rehabilitada.

3.4.3. EL MORIR EN NUESTROS DÍAS

El morir tiene en nuestros días diversas características que se ponen de manifiesto tanto en las estadísticas como en las observaciones y testimonios. Las estadísticas revelan que se muere siempre de algo, fuera del hogar, a edades cada vez más avanzadas y de modo muy diverso.

1. ¿De qué se muere?

El hombre moderno, sobre todo si es occidental, muere de tumores malignos, de trastornos del aparato cardio-respiratorio, de accidentes y suicidios o de SIDA.

A continuación exponemos una lista reducida de Causas de Muerte CIE-10 (2005): (La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros problemas de salud; del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con la morbilidad y la mortalidad.

La CIE es una clasificación viva y por tanto afectada periódicamente por ciertas modificaciones que publica la Organización Mundial de la Salud. El Instituto Nacional de Estadística (INE) en España, empezó a utilizar la 10ª revisión de la clasificación Internacional de enfermedades para la codificación de la mortalidad de 1999 manteniéndose desde entonces.

Capítulo	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anejos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales

Tabla 3.4.1. CIE-10: causas de muerte. Fuente: Enciclopedia virtual Wikipedia

Para analizar más detalladamente las principales causas de muerte en España hemos consultado los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística sobre el número de defunciones según la causa de muerte, desde el año 2000 hasta el año 2005, y a partir de esta consulta, hemos elaborado las siguientes tablas donde aparecen las principales causas de muerte en España.

Principales causas de muerte en España						
<i>Todas las causas de muerte</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enfermedades infecciosas	534.649	533.803	545.183	567.624	547.474	569.521
Septicemia	6.278	6.554	6.733	7.299	7.215	7.493
SIDA	2.256	2.606	2.683	3.163	3.017	3.419
Tumores malignos	1.711	1.632	1.611	1.632	1.551	1.450
Enfermedades de las glándulas endocrinas, de nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	91.846	94.363	94.507	96.466	97.140	96.739
Diabetes mellitas	10.892	11.223	11.593	12.147	11.918	12.421
Trastornos mentales	9.253	9.581	9.754	10.099	9.966	10.339
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	11.149	11.346	11.682	13.072	11.878	12.539
Enfermedad de Alzheimer	10.476	11.677	12.512	14.813	14.123	15.697
Enfermedades del aparato circulatorio	5.382	6.280	6.814	8.349	8.013	8.976
Enfermedad hipertensiva	125.723	124.389	125.797	129.783	123.867	126.907
Tuberculosis	5.055	5.224	5.533	6.228	6.206	6.661
Enfermedad isquémica del corazón	520	490	491	473	445	475
Enfermedad cerebrovascular	39.315	38.788	39.400	40.353	38.840	39.313
Enfermedades del aparato respiratorio	36.596	36.567	35.947	37.225	34.250	34.750
Neumonía e influenza	40.983	37.362	41.427	43.803	39.149	47.089
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8.313	7.172	8.209	8.358	7.443	9.853
Enfermedades del aparato digestivo	16.618	15.220	16.841	17.081	15.517	17.617
Enfermedad crónica del hígado	18.419	18.407	18.947	19.576	19.357	19.624
Apendicitis	5.175	5.066	5.078	4.986	4.919	4.965
Hernia abdominal	57	77	81	74	72	77
Enfermedades del aparato genitourinario	1.627	1.722	1.828	2.004	2.023	2.069
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	7.918	8.278	8.359	9.040	8.534	9.567
Accidentes y causas externas	5.650	5.752	5.806	5.985	5.783	6.457
Suicidio	16.541	15.999	15.931	16.697	17.044	16.902
Homicidio	6.139	5.813	5.586	5.594	4.990	4.617
Efectos adversos de medicamentos	3.394	3.189	3.372	3.478	3.508	3.399
	411	418	433	446	585	389
	179	180	203	264	263	224

Tabla 3.4.2. Principales causas de muerte en España de 2000 a 2005 (INE, 2006). Fuente: Elaboración propia.

Si nos centramos en los datos obtenidos a partir del año 2000, observamos como el análisis de la mortalidad por causas refleja que se mantiene estable el patrón de mortalidad en lo que a principales motivos de muerte se refiere.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanece como primera causa de muerte en España, representando aproximadamente al 34% de las defunciones. Dentro de este grupo, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) se mantienen como la primera causa de muerte. También se mantienen en segundo lugar los tumores, como responsables del aproximadamente 27% del total de fallecidos.

La importancia relativa de las distintas causas de muerte es distinta atendiendo al sexo. En las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares se mantienen como primera causa de muerte. La sigue en importancia las enfermedades isquémicas del corazón. Atendiendo a los tumores malignos en las mujeres, el cáncer de mama es el más significativo. Le sigue en importancia el cáncer de colon. Cabe destacar también que en las mujeres las defunciones por la enfermedad de alzhéimer ha experimentando un aumento y las muertes por cáncer de bronquios y pulmón también han crecido. Por otro lado, las defunciones por cáncer de estómago bajan y también por accidentes de tráfico.

Entre los hombres, la causa de muerte más frecuente sigue siendo las enfermedades isquémicas del corazón. La segunda causa es el cáncer de bronquios y pulmón. Por detrás del cáncer de bronquios y pulmón se sitúan las enfermedades cerebrovasculares. Observamos también que se producen más muertes por Alzheimer y menos por accidentes de tráfico. Por su parte, la mortalidad por SIDA/VIH continúa descendiendo. Los accidentes de tráfico también han descendido en los últimos años.

Defunciones		
(Valores absolutos)	Hombres	Mujeres
Año 1992	177.087	154.428
Año 1993	180.512	159.149
Año 1994	179.924	158.318
Año 1995	184.488	161.739
Año 1996	186.901	164.548
Año 1997	185.095	164.426
Año 1998	190.218	170.293
Año 1999	195.255	175.847
Año 2000	189.468	170.923
Año 2001	189.714	170.417
Año 2002	193.269	175.349
Año 2003	199.897	184.931
Año 2004	194.928	177.006
Año 2005	201.769	185.586
Año 2006	194.154	177.324

Tabla 3.4.3. Nº de defunciones en España, segregadas por sexos desde el año 1992 hasta 2006 (INE, 2006). Fuente: Elaboración propia.

2. Se muere fuera del hogar

En otro tiempo la gente moría en su hogar, rodeada de sus familiares. Actualmente, en cambio, en los países urbanizados e industrializados ya no es así. La muerte se produce cada vez con más frecuencia en instituciones, ya sea en residencias geriátricas u hospitales. Hay razones evidentes para este hecho: la tecnificación de la salud, el acceso de la mayoría a la asistencia más compleja, la asimilación de la muerte a la enfermedad.

La muerte, por otra parte, considerada *impúdica, sucia e importuna*, sólo puede concebirse en la soledad y no, como antaño, ante la mirada ajena. Según se observa, los hechos objetivos y la vivencia de la muerte se influyen recíprocamente.

3. Se muere a edades cada vez más avanzadas

El aumento de la expectativa de vida, sumado a la regulación de la natalidad, provoca, especialmente en los países industrializados, un envejecimiento de la población, e incluso un *envejecimiento en el envejecimiento*: los viejos son cada vez más numerosos y cada vez más viejos.

Las consecuencias de este fenómeno son fáciles de prever. En lo económico, las personas mayores improductivas y medianos consumidores resultan onerosos para la sociedad, sobre todo cuando es necesario proporcionarles una prolongada asistencia sanitaria. En el plano sociocultural, en una época en que los valores cambian rápidamente, los viejos se muestran incapaces de adaptarse a las innovaciones y constituyen un verdadero obstáculo para el cambio, por cuanto su creatividad se vuelve casi nula. En el plano psicológico, la coexistencia, impensable en otro tiempo, de tres o cuatro generaciones provoca conflictos o, por lo menos, incomprensiones insoslayables. Por último, la muerte del anciano, trivializada por el número, por lo general solitaria, vivida con indiferencia, percibida a menudo como un alivio (se habla eufemísticamente de “liberación”), en lugar de ser el coronamiento de una existencia, es tan sólo su fin insignificante.

Respecto a los datos de defunciones analizados por edades podemos observar lo siguiente:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	360.391	360.131	368.618	384.828	371.934	387.355
0-1 año	1.740	1.657	1.737	1.733	1.813	1.765
01-04 años	383	370	396	442	379	380
05-09 años	300	259	278	254	222	229
10-14 años	365	346	320	341	308	281
15-19 años	1.198	1.043	972	1.032	923	914
20-24 años	1.996	1.794	1.816	1.746	1.524	1.430
25-29 años	2.339	2.179	2.180	2.136	2.063	1.846
30-34 años	2.975	2.993	2.848	2.872	2.596	2.568
35-39 años	4.052	4.084	3.963	3.933	3.894	3.763
40-44 años	5.267	5.069	5.276	5.545	5.209	5.310
45-49 años	6.523	6.663	6.950	7.193	7.371	7.307
50-54 años	9.331	9.342	9.381	9.401	9.442	9.505
55-59 años	12.024	12.468	12.664	13.294	13.041	13.238
60-64 años	17.127	16.389	15.761	15.972	16.184	16.905
65-69 años	29.420	28.259	27.619	26.636	24.416	23.721
70-74 años	41.327	41.353	41.042	41.879	40.026	40.546
75-79 años	55.264	55.099	56.332	57.377	55.622	57.516
80-84 años	58.873	59.497	63.052	68.007	68.011	73.005
85 y más años	109.887	111.267	116.031	125.035	118.890	127.126

Tabla 3.4.4. Nº de defunciones en España por edades: Del año 2000 a 2005 (INE, 2006).

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar en la tabla anterior, el mayor número de defunciones se produce a partir de los 75 años. Respecto a los datos segregados por sexo desde el año 2000 observamos lo siguiente:

Defunciones de hombres	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	189.468	189.714	193.269	199.897	194.928	201.769
00-01 año	959	922	991	964	1.034	1.017
01-04 años	220	219	222	245	204	223
05-09 años	181	156	156	154	134	125
10-14 años	220	204	198	201	196	176
15-19 años	862	760	704	741	661	680
20-24 años	1.533	1.390	1.391	1.336	1.155	1.090
25-29 años	1.806	1.609	1.648	1.604	1.557	1.410
30-34 años	2.191	2.188	2.102	2.148	1.886	1.864
35-39 años	2.935	2.935	2.821	2.757	2.832	2.657
40-44 años	3.678	3.534	3.735	3.880	3.591	3.713
45-49 años	4.603	4.627	4.847	4.894	5.161	5.021
50-54 años	6.691	6.668	6.673	6.658	6.716	6.806
55-59 años	8.622	9.016	9.106	9.548	9.325	9.525
60-64 años	12.125	11.658	11.193	11.387	11.495	12.002
65-69 años	20.008	19.185	19.015	18.199	16.747	16.357
70-74 años	26.300	26.464	26.298	26.930	25.703	26.159
75-79 años	31.507	31.617	32.489	33.001	32.339	33.474
80-84 años	27.072	28.048	30.174	33.043	33.608	36.157
85 y más años	37.955	38.514	39.506	42.207	40.584	43.313

Tabla 3.4.5. Nº de defunciones de hombres en España por edades. Del año 2000 a 2005 (INE, 2006).

Fuente: Elaboración propia.

Defunciones de Mujeres	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	170.923	170.417	175.349	184.931	177.006	185.586
00-01 año	781	735	746	769	779	748
01-04 años	163	151	174	197	175	157
05-09 años	119	103	122	100	88	104
10-14 años	145	142	122	140	112	105
15-19 años	336	283	268	291	262	234
20-24 años	463	404	425	410	369	340
25-29 años	533	570	532	532	506	436
30-34 años	784	805	746	724	710	704
35-39 años	1.117	1.149	1.142	1.176	1.062	1.106
40-44 años	1.589	1.535	1.541	1.665	1.618	1.597
45-49 años	1.920	2.036	2.103	2.299	2.210	2.286
50-54 años	2.640	2.674	2.708	2.743	2.726	2.699
55-59 años	3.402	3.452	3.558	3.746	3.716	3.713
60-64 años	5.002	4.731	4.568	4.585	4.689	4.903
65-69 años	9.412	9.074	8.604	8.437	7.669	7.364
70-74 años	15.027	14.889	14.744	14.949	14.323	14.387
75-79 años	23.757	23.482	23.843	24.376	23.283	24.042
80-84 años	31.801	31.449	32.878	34.964	34.403	36.848
85 y más años	71.932	72.753	76.525	82.828	78.306	83.813

Tabla 3.4.6. Nº de defunciones de mujeres en España por edades. Del año 2000 a 2005 (INE, 2006).

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los datos segregados por sexo observamos que tanto en hombres como en mujeres se muere más a partir de los 75 años, pero mientras en las mujeres se duplica las que mueren de más de 85 años respecto a las que mueren entre los 80 a los 84 o entre los 75 a los 79 años, en cambio en el caso de los hombres estos datos no son tan significativos, ya que las muertes se encuentran más repartidas a partir de los 75 años.

Para un análisis de más detallado sobre tasas de mortalidad o diferencias entre Comunidades Autónomas se pueden consultar los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto de Estadística de Andalucía.

4. Aumento de las desigualdades

No todos se benefician por igual con los progresos de la biomedicina; de este modo, las desigualdades ante el morir subsisten e incluso se acentúan. La prolongación del lapso de vida multiplica necesariamente las posibilidades de morir a edades diferentes. Respecto a la diferenciación por sexos, las mujeres viven más que los hombres. Sólo la India constituye una excepción, como consecuencia del elevado número de muertes de mujeres durante el embarazo y el parto. Por último, dentro de un mismo país existen considerables diferencias relacionadas más bien con los estratos sociales y los modos de vida que con las clases propiamente dichas.

Por otro lado, se vive actualmente una situación problemática con un doble juego de abandono respecto a los moribundos. Las actitudes frente a los moribundos han cambiado mucho durante los últimos veinte años. Se observa ante todo lo que se ha denominado la *desocialización de la muerte* (Thomas, 1991), expresión que hace referencia a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los moribundos, los difuntos y también los sobrevivientes. El corolario de esta actitud es la sustitución de funciones. Acompañar al agonizante, amortajar el cadáver, velarlo, recibir las visitas de pésame son cosas que hoy día los familiares ya no quieren hacer, aunque tengan que pagar para que otros lo hagan en su lugar.

En segundo lugar, cabe mencionar la *especialización*, la *profesionalidad*, incluso la burocratización de la muerte. Su forma extrema es el control oficial, totalmente en manos de un Estado soberano que se presenta como una meta inevitable hacia la que nos encaminamos. Por el momento, la muerte se contenta con ser algo que incumbe a profesionales especializados. De este modo, han surgido nuevos oficios, especialmente el de tanatologista, que en los Estados Unidos ayuda a las personas a morir, compensando en cierto modo las deficiencias en la familia.

En consecuencia para la sociedad, la muerte se convierte en un problema de gestión que se aspira a resolver con eficacia. Es evidente que ambos procesos, la desocialización y la especialización, no sólo no se oponen sino que se complementan. El abandono por parte de la familia y los amigos determina la intervención de organizaciones creadas para tal efecto; y éstas, en tanto servicios, deben adaptarse a las exigencias de la rentabilidad y el beneficio. También puede afirmarse que la existencia de esas instituciones incita a las personas que se enfrentan con la muerte y los muertos a recurrir a sus servicios en vez de valerse por sí mismas.

El escamoteo de los moribundos ilustra perfectamente el doble proceso de desocialización y especialización. Presenta dos formas según Thomas (1991):

- La soledad del moribundo: Para una sociedad mercantil como la nuestra, el agonizante es un intruso y una carga, y así se le da a entender indirectamente. Su muerte no es ya un acontecimiento social y público. En su casa, pero sobre todo en el hospital, el moribundo agoniza y muere solo, sin estar preparado, de prisa e incluso sin que los demás conozcan su estado. Oculto y sin testigos, como si su muerte no existiera. A lo sumo se le agradecerá que muera discretamente. Lo ideal es precisamente “la muerte del que finge que no va a morir”. Por otra parte, al moribundo no se le escucha, y le tratan como a un menor de edad o como a alguien privado de la razón. Se le niega el derecho de saber que va a morir. Los acompañantes –si los hay- le ocultan la verdad y disponen de él hasta el fin. El moribundo es, de esta forma, cosificado, reducido a una suma orgánica de síntomas, difunto ya en el sentido etimológico del término (privado de función), al moribundo “ya no se le escucha como a un ser racional, tan sólo se le observa como sujeto clínico, aislado cuando ello es posible, como un mal ejemplo, y se le trata como a un niño irresponsable cuya palabra no tiene sentido ni autoridad. Los moribundos ya no tienen estatus y, por lo tanto, tampoco tienen dignidad. Son seres clandestinos. Para escamotear al moribundo basta olvidar a la persona que va a morir.

- La muerte en una institución: La muerte en el hospital implica también el riesgo del ensañamiento terapéutico. De esta forma, la muerte oculta se transforma así en muerte robada. Si, por una parte, es importante que el médico no abandone sus esfuerzos de forma prematura, por otra es criminal y absurdo que se inflijan torturas inútiles a quien, sin estar muerto para la vida, está ya muerto para lo humano. Pero la cuestión relativa al ensañamiento terapéutico ilustra bien el desafío que la medicina moderna plantea a la sociedad actual. La muerte en el hospital es, finalmente, la *muerte programada*, es decir, organizada y planificada por una institución que hace de ella su objeto. Cuando ya no queda nada por hacer, el enfermo se convierte en el ocupante inoportuno de un lecho. La muerte institucionalizada no facilita la labor de los médicos y enfermeras, colocados en una situación en la que presencian alternadamente el espectáculo de la muerte y su negación; en la que deben cuidar al enfermo y por lo tanto estar en contacto con él y, al mismo tiempo, evitar toda la relación con él, puesto que, teniendo la muerte por objeto, esa relación podría ser mortal; en la que, habiendo sido formados técnicamente para curar o al menos para cuidar, deben también ayudar a morir, tarea para la que no han recibido ninguna preparación en ningún nivel.

3.4.4. LOS RITOS Y LA VIVENCIA DE LOS SOBREVIVIENTES

Son ritos todas las conductas corporales más o menos estereotipadas, a veces codificadas e institucionalizadas, que se basan necesariamente en un conjunto complejo de símbolos y de creencias. Los ritos funerarios son comportamientos variados que reflejan los afectos más profundos y supuestamente guían al difunto en su destino post mortem, tienen como objetivo fundamental superar la angustia de muerte de los sobrevivientes.

Los ritos funerarios han sufrido todo en Occidente, el embate del modernismo. Actualmente se observa una evolución hacia la desaparición o simplificación de algunas prácticas, desconfianza acerca de la expresión de las emociones, relegación del muerto en beneficio casi exclusivo del sobreviviente, importancia del papel que desempeñan la técnica y el sentido de la gestión, todo esto confiere al ritual funerario moderno un tono muy particular: el de la negación de la muerte.

- Simplificación, desaparición, privatización: Las restricciones relacionadas con la pequeñez de las viviendas, la falta de tiempo (ya no hay tiempo más que para el trabajo, el descanso y el esparcimiento) y las limitaciones financieras no bastan para explicar semejante mudanza. Esta se basa en una necesidad más profunda: el difunto, que antaño ocupaba un lugar central en el rito, queda relegado en beneficio de los sobrevivientes, a quienes se debe proteger a toda costa del dolor y la incomodidad reglamentando el juego social de las emociones. En otros tiempos, quien se negaba a guardar luto era marginado de la sociedad (Thomas, 1991), hoy quien pregona su dolor es asimilado a los enfermos contagiosos, los asociales: es alguien que necesita un psiquiatra.

- Tecnificación y profesionalización: Bajo la influencia del progreso de las técnicas y de la importancia que se asigna a la rentabilidad, el rito se ha profesionalizado. La tanatopraxia y la cremación (o incineración) modifican asimismo el ambiente funerario del occidente actual. Estos dos procedimientos modernos, científicos y eficaces constituyen un progreso y responden a una necesidad: la de no ver cómo el cadáver entra en descomposición. Pero hay entre ellos una gran diferencia: la tanatopraxia preserva y embellece los despojos, aunque sólo durante un tiempo; la cremación los destruye para siempre.

- Cambio de lugares, disimulación, reducción: También los lugares han cambiado. A los muertos ya no se les vela en su domicilio, y los cortejos fúnebres no atraviesan nuestras ciudades. Hay simulación, puesto que el cadáver expuesto en la funeraria da la impresión de dormir en paz como una persona viva, así como disimulación en los dolientes, que no llevan ya los signos distintivos de su estado. La reducción afecta al cadáver convertido en un puñado de cenizas, a la inscripción en letra pequeña de la esquela, al epitafio, que a veces consiste simplemente en dos fechas, un nombre o tan sólo una palabra: padre, madre. Todos estos signos responden, conscientemente o no, a un mismo principio: relegar la muerte real.

- El retorno de lo reprimido: Dado que el rito cumple una función terapéutica necesaria para el equilibrio mental de los sobrevivientes, su decadencia puede resultar perjudicial. Se trata de lograr que los dolientes manifiesten la tristeza y todos los sentimientos y sensaciones relacionados con el vacío dejado por la persona fallecida, de incitarlos a verbalizar al máximo lo que sienten y han sentido en el pasado por la persona fallecida (ternura, cólera, hostilidad, insuficiencias, frustraciones); de facilitarles la elaboración de un modo de relación viable con el desaparecido (trabajo de interiorización); de ayudarlos llegado el caso, a expresar la vivencia de otras pérdidas pasadas, y a construir su yo o en todo caso a reconstruirlo y expandirlo después de la pérdida, dando lugar a un proceso de maduración personal, a autorizar llegado el caso, la cesación del duelo y facilitar la reinserción del doliente en las actividades sociales.

El duelo es un momento de la vida que probablemente todos nosotros habremos de conocer. Sabemos que ayuda a madurar a las personas, que estimula sus facultades creadoras, pero nada es más perjudicial que un duelo frustrado o que no encuentra el modo de expresarse adecuadamente. Es importante en consecuencia para el sosiego de todos que se lo viva lo mejor posible. La asistencia al doliente, lo mismo que la asistencia al moribundo, constituye así una preocupación fundamental para el equipo asistencial y los familiares.

3.4.4.1. SENTIDO Y FUNCIONES DE LOS RITOS FUNERARIOS

Los antropólogos definen la manifestación pública de duelo con la expresión rito de duelo, y al mismo tiempo tratan de establecer por qué un rito funerario tiene un papel tan importante en la vida social de un pueblo. «*Su objetivo ostensible es la persona muerta*», escribe Firth (citado en Bowlby, 1993:47), «*pero no beneficia al muerto sino a los vivos, en realidad el ritual se lleva a cabo en beneficio de los que sobreviven*». Después, el mismo Firth señala las tres funciones básicas que cumple un funeral. Resumidas y adaptadas, son las siguientes:

- I. Proporcionar a las personas que han sufrido la pérdida del ser querido la oportunidad de manifestar públicamente su dolor.
- II. Permitir que otros miembros de la comunidad se informen públicamente de la pérdida y que se despidan de uno de sus miembros expresando las emociones que experimentan.
- III. Ofrecer la ocasión para realizar un intercambio de bienes y servicios entre familias y grupos. Estos intercambios se pueden entender como una demostración de altruismo ya que todas las familias y grupos expresan su disposición de ayuda, aunque sólo sea de forma simbólica.

En todos los casos se puede confirmar que un buen proceso de duelo es aquel que concluye con la progresiva disipación de la tristeza y la añoranza que ha supuesto la pérdida, y la sana incorporación a la normalidad.

Las conductas funerarias obedecen a constantes universales y según Thomas (1991) tienen una doble finalidad: En el plano del *discurso manifiesto* son motivadas por lo que aportan simbólicamente al muerto: se asigna al muerto un lugar y diversos roles, en concordancia con la continuidad de la vida. Pero en plano del *discurso latente*, aunque el cadáver es siempre el centro de las prácticas, el ritual sólo toma en cuenta un destinatario: el individuo o la comunidad sobrevivientes. Su función fundamental, tal vez inconfesada, es la de curar y prevenir, función que por otra parte presenta múltiples aspectos: aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar.

Socialmente reglamentado, el ritual funerario responde a las necesidades del inconsciente, prolongado en el plano de la acción, y por consiguiente a través de los cuerpos, los mecanismos de defensa que el reino de lo imaginario hace intervenir para amoldarse al temor a la muerte. Estos mecanismos son tan sutiles que a menudo es difícil conocer los deseos auténticos que subyacen a la simbolización. Las personas dicen y creen que sirven y honran al muerto, pero la confusión es constante en lo que respecta al ente bipolar conformado por el difunto y el sobreviviente. Las intenciones oblativas, las actitudes de homenaje y de solicitud hacia el muerto, encubren conductas de evitación que ponen de manifiesto el temor a la muerte y la preocupación por protegerse de ella.

Se suele atribuir la escenografía tradicional que señala la irrupción de la muerte al deseo de rendir homenaje al difunto adecuando el lugar a la situación de duelo: las colgaduras, paños fúnebres, cirios, etc.... forman parte de un ceremonial que denota respeto y recogimiento. Pero es también un medio de circunscribir la muerte, de entramparla en un lugar limitado, al margen de la vida. Unirse al muerto en el silencio, detener los relojes, implica manifestarle una consideración que protegerá a los vivos de su agresividad potencial. Esta no es sino la proyección de nuestra culpabilidad a su respeto por haberlo sobrevivido o quizá por haber deseado alguna vez su muerte.

Asimismo se daba como razón para avisar a toda la comunidad la indudable gravedad del acontecimiento que afectaba a un ser querido, pero el aviso era también un llamamiento destinado a movilizar a todo lo viviente contra la intrusión de la muerte: el doblar de las campanas convocaba al vecindario provocando actos de solidaridad que reforzaban la cohesión del grupo; el banquete funerario, con el cual en otro tiempo se asociaba al difunto, al menos simbólicamente, reunía a parientes y amigos en un acto de comunión: el hecho de compartir la mesa es propicio a la expresión de las pulsiones vitales; la abundancia de manjares y bebidas significaba el desquite de la vida ante la muerte; por otra parte, los manjares escogidos y la bebida abundante desempeñaban una indiscutible función catártica.

- El ejemplo del aseo funerario:

Lavar el cadáver no satisface únicamente las exigencias de la higiene y el decoro: equivale, para la imaginación, a eliminar la suciedad de la muerte. Los rituales religiosos

han tomado en cuenta este simbolismo de la purificación y otorgan al aseo funerario un alcance sagrado: este aseo influye en el destino del alma del difunto. En efecto, la creencia en la supervivencia, propia de la actitud religiosa, implica que la muerte es un tránsito.

El aseo del cadáver es por tanto un rito sobredeterminado: establece una última relación con el muerto, que es aún una persona, al tiempo que prepara simbólicamente su renacimiento, pero es también para el sobreviviente una manera de atenuar provisionalmente el traumatismo de la pérdida y de tranquilizarse respecto de su propia muerte.

- Rito y exculpación:

A decir verdad, no se trata tan sólo del aseo mortuario sino del conjunto de ritos funerarios que demuestran el respeto y el apego que se siente por el difunto: buen entierro, bella tumba, visitas frecuentes al cementerio, cantos y alabanzas, luto riguroso, cuidado de las reliquias, oraciones para las almas del purgatorio, etc.

En general, la necesidad de expiar, de pagar, se concibe como un conjunto de obligaciones, ritualizadas o no, que es necesario asumir para cumplir con el muerto y quedar en paz con él.

- Luto y duelo:

El luto, rito social, y el duelo, vivencia dramática de la muerte de un ser querido son aspectos importantes del período que sigue a la muerte. El luto: la función principal del luto es codificar la tristeza y su expresión, imponiéndola, reglamentándola y fijándole un término. El luto público tiene siempre varios propósitos (Thomas, 1991):

- 1) Señalar al doliente (función publicitaria), ayudarlo a expiar, puesto que es culpable e impuro a causa de su relación con el muerto; facilitarle su trabajo de duelo en el silencio y el recogimiento;

- 2) Acompañar al difunto y ayudarlo a alcanzar su destino posterior a la muerte

- 3) Preservar a la sociedad de la contaminación por el sobreviviente impuro.

Las sociedades tradicionales –como ocurre aún en África- señalan la cesación del luto mediante ritos de reintegración, aplicable sobre todo a las viudas; la liturgia lo expresa muy bien: despedida del difunto, baño purificador que indica el fin del estado de connivencia con el desaparecido, cambio de vestimenta, retorno a la vida normal y posibilidad de volver a casarse.

El duelo es la vivencia penosa y dolorosa que causa todo lo que ofende a nuestro impulso vital. La idea que se tenga de la muerte y las creencias religiosas (o su ausencia), la edad del difunto, el hecho de que la muerte haya sido súbita o esperada, la frecuencia de los fallecimientos en la familia modulan las formas expresivas del duelo y modifican su coloración afectiva.

Respecto a los lugares de enterramiento, nos encontramos con que el hombre es el primer animal que deposita a los muertos en edificios o en lugares construidos expresamente para esta finalidad; y es de tal manera así que los cementerios más antiguos tienen más de cuarenta mil años, lo que significa que la cultura de los muertos, una cultura que se sirve de la imagen y de la escritura, nos puede dar la más antigua noticia de la presencia del hombre sobre la Tierra y de la relación inalterable de la cultura y la muerte. Las tumbas, los sepulcros, los cementerios, los epitafios, la poesía elegíaca, la literatura y la mucha pintura sacra y profana nos dan testimonio de las relaciones que el hombre ha establecido a lo largo de los siglos con el misterio de la muerte y del tránsito.

Socialmente la muerte ya no mantiene el carácter funerario, severo y jerárquico, que predispone al feligrés a la espera del ánima de los muertos en la hora de la resurrección. El moderno culto a los muertos está vinculado exclusivamente con el cuerpo mortal; nada hay de sobrenatural, ni de secreto, ni de iniciador; es un acto social y profano que mantiene cohesionada a la sociedad de los creyentes, de los amigos, los afectos y los hábitos.

Las ciclópeas, lápidas de piedra, en las que más tarde se inscribirán los nombres de los muertos, son, originariamente, enormes piedras colocadas sobre la tierra para impedir que los muertos vuelvan a la luz.

El cementerio se construye como una ciudad, aunque fuera de la habitada por los vivos; mantiene un orden inverso a las de éstos. La necrópolis es el reverso de la metrópolis. También, desde muy pronto, los cementerios se convierten en lugar de visita obligada para los familiares que acuden a ellos, con la intención de mantener vivo el recuerdo de aquellos que no están ya entre los vivos (Marí, 2005).

El carácter insalubre del cementerio era ya conocido, pero en la segunda mitad del siglo XVIII los fenómenos observados son ya denunciados, no ya como manifestaciones del demonio, sino como un estado de cosas naturales, aunque molesto, al que es necesario poner remedio. Se pide que no se entierre dentro de las iglesias, porque va contra la salud y es causa de todo tipo de epidemias, proponiéndose desplazar los cementerios fuera de las ciudades.

El siglo XVIII, higiénico y racional, denuncia el carácter insalubre del cementerio y prohíbe enterrar en las iglesias por considerar ese acto la causa verdadera de toda clase de epidemias y propone desplazar los cementerios fuera de las ciudades, no únicamente como una necesidad de salubridad pública, sino para instaurar una clara separación entre los vivos y los muertos que la tradición siempre había confundido.

Definitivamente las publicaciones científicas de la segunda mitad del siglo XIX demuestran que los cementerios nunca fueron insalubres y que los casos citados por el autor del siglo XVII eran legendarios y mal interpretados por falta de un conocimiento científico de los fenómenos. Esta nueva visión de los cementerios se debe a la generación del positivismo de Comte, que considera a la muerte exenta de toda superstición, derivada de una ciencia poco exacta y rigurosa (Marí, 2005).

Se proyectan los nuevos cementerios en las afueras de la ciudad. Estos cementerios reproducen en su topografía la ciudad de los vivos. Todos están reunidos en el mismo recinto, pero todos ocupan su lugar: la familia real, los eclesiásticos, las dos o tres categorías de distinción según el nacimiento, la instrucción y la riqueza; todos los lugares están en venta. Finalmente, los pobres, enterrados en la tierra.

El primer objetivo del cementerio es representar una reducción simbólica de la sociedad; el cementerio es, también, una galería de hombres ilustres, donde la nación mantiene el recuerdo de sus grandes nombres, como Westminster en Inglaterra, y, finalmente, el cementerio es un museo de las bellas artes donde se muestran todos los estilos escultóricos y arquitectónicos. El cementerio se transforma en un parque, en un jardín inglés, plantado de árboles.

El cementerio público concentra, ahora, toda la piedad hacia los muertos; se practica el noble arte de la elegía, el poema de honor al difunto que impreso sobre un papel se clava en el catafalco durante las exequias; sustituye al epitafio y al elogio funerario. Los monumentos funerarios tienen dos objetivos: enseñar a morir al moralista y, también, invitar al caminante, no para que rece a Dios por los muertos, sino para que los llore. Y esto sí que es nuevo: la visita al cementerio. Porque los muertos no han perdido toda la sensibilidad; duermen, lloran, rezan y, en su sueño, necesitan nuestra compañía.

El alma inmortal se confunde en una vaga supervivencia subterránea de la cual la tumba es el recordatorio. Y ese recordatorio es, muy frecuentemente, un túmulo en forma de pirámide, de columna, de obelisco o bien de escalera. Y es que en las culturas que, como la nuestra, conocen la concepción de las tres regiones cósmicas -cielo, tierra, infierno-, existe a su vez un espacio de intersección de éstas -el centro del mundo-" Y en nuestra cultura este espacio es primordialmente el recinto sepulcral, el cementerio. Aquí es posible, pues, una ruptura de nivel y, a la vez, una comunicación de estas tres regiones. El Infierno, la Tierra y la «Puerta del Cielo» se encuentran en el mismo eje, y por este eje se efectúa el paso de una región cósmica a la otra. La variante más extendida del simbolismo de este eje central es el Árbol Cósmico, que se encuentra en el centro del universo y que sostiene a los tres mundos. La Cruz, la Columna, el Obelisco, el ciprés son variantes de este árbol cósmico y cada uno de ellos se convierte en el eje que une las tres regiones cósmicas. La comunicación entre el cielo y la tierra se hace posible gracias a la intersección de este pilar. La columna, la pirámide y el obelisco son otras variantes simbólicas del Árbol Cósmico, a los pies de los cuales se depositan las ofrendas a las divinidades celestes, porque, sólo a lo largo de este eje pueden las ofrendas ascender hasta el cielo.

El cristianismo, por su parte, ha tomado y reinterpretado este símbolo: la Cruz del Calvario, hecha con la madera del árbol del bien y del mal, sustituye al árbol cósmico. Por la cruz opera la comunicación con el cielo. Mediante la imagen de la cruz, como Árbol del Mundo, el cristianismo perpetúa un viejo mito universal que proviene de la interpretación de los textos sagrados porque reproducen los elementos constitutivos del mito (Marí, 2005).

En este espacio sagrado, el cementerio, considerado como el centro del mundo, es donde tiene lugar el ritual de la ascensión. Un considerable número de mitos hablan de un árbol, de una cuerda, de una escalera que une la Tierra con el Cielo. La escalera es un símbolo iniciático. Iniciación significa muerte y resurrección del neófito; en otros contextos significa descenso a los infiernos seguido de la ascensión al cielo. Las escaleras son medios de acceso al cielo.

La muerte es la ruptura de nivel por excelencia, por eso se simboliza, en los cementerios, con un árbol, una columna o un obelisco, o bien el rito se representa por un ángel que ayuda a subir al muerto al cielo.

Los cementerios, como decíamos anteriormente, son espacios sagrados, y como tal cosa hacen propicio el paso de un nivel a otro. Los ritos de ascensión son parte de la tradición no sólo occidental, sino también oriental. Nuestros cementerios, además de ofrecernos tranquilidad, cada vez más escasa, son una presencia real y actual de una tradición inextinguible.

La idea de la muerte evoluciona, se transforma y se adapta a cada estadio del desarrollo de la vida y de la historia y, a pesar de todo, la larga tradición del culto a los muertos se mantiene en todas sus variantes, a pesar de haberse transformado el escenario y los hábitos. Desde la infancia se ha mentado sobre ella y las ficciones que ha creado la han dotado de unas cualidades que pretenden evocar la eternidad y eludir la finitud y, aunque se mantiene oculta, su amenaza permanece escondida en el rincón más inverosímil de nuestra imaginación. Nuestra sociedad ha tratado de mantenerla apartada del trajín de los vivos, eludirla, evitarla, huir de ella.

Y es justo este encubrimiento, esta represión de la muerte y de sus símbolos, que siguen presentes en nuestra sociedad, lo que hace de la muerte alguna cosa obscena, incluso hasta grotesca o convencional; ya que demuestra que, a pesar de todo, el control de los hombres sobre la naturaleza es infinitamente limitado. Y tal vez sea esta limitación, el íntimo conocimiento de la última postrimería y de su inútil elusión, la que ofrece este aspecto grotesco e impúdico, que pretende ocultar lo que está a la vista de todos: el extrañamiento del hombre respecto de su naturaleza y del triunfo de la naturaleza sobre el hombre (Marí, 2005).

3.4.4.2. LA BUROCRACIA DE LA MUERTE

Uno de los aspectos más desagradables de la llamada “burocracia de la muerte” son los trámites para formalizar el entierro de la persona querida. La ley española –como la de todos los países de nuestra órbita sociocultural- obliga a enterrar o incinerar el cadáver antes de setenta y dos horas después del fallecimiento.

Salvo en el caso de extranjeros, circunstancia en la que habitualmente se permite disponer de todo el tiempo que sea necesario para realizar los trámites burocráticos para la repatriación del cuerpo, que debe ser embalsamado y depositado en un doble ataúd especial, algo que, en cualquier caso, se resuelve en pocos días. Cuando el fallecido es incinerado, no hay restricción alguna para poder viajar con la urna que contiene sus cenizas.

La premura con que deben tomarse decisiones –particularmente en muertes intempestivas-, supera con creces la capacidad de reflexión y de actuación que suelen presentar los parientes más íntimos en ese momento de crisis. Tal apremio, en situación de debilidad y obnubilación, es una oportunidad que no dejan de intentar aprovechar quienes hacen de la muerte ajena el ámbito de su negocio, eso es los servicios funerarios.

El sector funerario español mueve un negocio anual de unos 601 millones de euros –con 330.000 entierros o incineraciones efectuadas en el año 2000 (Rodríguez, 2002).

▪ Derechos de los usuarios de servicios funerarios:

En cuanto a los derechos que amparan a los usuarios de servicios funerarios, la legislación vigente señala los siguientes (reproducimos aquí los que regula el Parlamento de Cataluña ya que la Comunidad Andaluza hasta el momento no ha regulado nada en este aspecto):

a) Recibir los servicios en condiciones de respeto a la intimidad, la dignidad, las convicciones religiosas, filosóficas o culturales y al dolor de las personas afectadas.

b) Tener acceso al servicio en condiciones básicas de igualdad, de forma que la falta de recursos económicos no pueda constituir un impedimento.

c) Recibir el asesoramiento imprescindible para garantizar el proceso correcto hasta la inhumación o incineración del cadáver. Este asesoramiento, en todo caso, también debe incluir la información sobre los trámites legales a seguir y sobre los requisitos y prácticas sanitarias exigibles según la normativa de policía sanitaria mortuoria.

d) Tener acceso a un catálogo de las prestaciones que pueden contratarse con las entidades prestadoras de los servicios funerarios, con indicación detallada de las características de estas prestaciones y los precios aplicables.

e) Ser consultados sobre el proceso de elaboración de las normas de ordenación de la actividad, y participar en el mismo.

f) Tener la garantía de que esos servicios se mantienen en las condiciones sanitarias que requieren.

g) Tener la garantía de la continuidad de las prestaciones.

h) Poder elegir libremente a la empresa funeraria.

i) Los demás derechos definidos por el resto de normativa que sea de aplicación, y los reconocidos por las ordenanzas y reglamentos municipales.

En todas las legislaciones de países modernos se contempla la contratación de un servicio funerario como un acto de compra o consumo similar a cualquier otro y, por tanto, sujeto a los mismos derechos y deberes generales que regulan la compra o consumo de productos o servicios.

Así, por ejemplo, es obligación de las empresas funerarias ofrecer a sus clientes, ya sea por teléfono o por escrito, un listado o catálogo que contenga los precios generales de los productos y servicios ofertados desglosados por conceptos, así como también debe mediar en la transacción un contrato escrito donde se especifique con claridad qué se paga y en concepto de qué, además de explicitar los derechos de cancelación y reembolso que, en su caso, puedan ejercerse.

En la medida en que pueda ser previsible una muerte cercana, resulta aconsejable comenzar los contactos para contratar los servicios funerarios que se deseen con anterioridad a que se produzca el deceso, dándose tiempo para reflexionar y decidir. Si la muerte acaece de forma inesperada, lo más apropiado será que se ocupe de la contratación de los servicios funerarios la persona del círculo íntimo del fallecido que se encuentre menos afectada emocionalmente, o quien ésta decida. En todo caso, cuando se vaya a tratar con una empresa funeraria, cualquiera que sea el momento y circunstancias, siempre se debe ir acompañado de una persona de confianza que no esté implicada emocionalmente en esa muerte.

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.5. Aspectos religiosos sobre la muerte

Tabla de contenido

3.5. ASPECTOS RELIGIOSOS	399
<i>3.5.1. LA MUERTE Y LOS ORÍGENES DE LA RELIGIÓN</i>	399
<i>3.5.2. RELIGIONES ACTUALES Y EL TEMA DE LA MUERTE</i>	404
<i>3.5.2.1. LA MUERTE EN EL JUDAISMO</i>	404
<i>3.5.2.2. LA MUERTE EN EL CRISTIANISMO</i>	405
<i>3.5.2.3. LA MUERTE EN EL ISLAM</i>	407
<i>3.5.2.4. LA MUERTE EN EL HINDUISMO</i>	415
<i>3.5.2.5. LA MUERTE EN EL BUDISMO</i>	418
<i>3.5.3. CONCLUSIONES</i>	426

3.5. ASPECTOS RELIGIOSOS

3.5.1. LA MUERTE Y LOS ORÍGENES DE LA RELIGIÓN

El pensamiento humano nunca ha cesado de concebir sistemas de creencias que ayudan a soportar la muerte en medio de una derivación hacia lo imaginario. De modo esquemático recordaremos aquí, prescindiendo de quienes piensan que la muerte equivale a la destrucción del ser, que existen cuatro modelos fundamentales según Thomas (1991):

1) El más allá cercano en un universo casi idéntico al de los vivos, con la posibilidad constante de reencuentros (sueños, posesión y reencarnación): este modelo se observa en el chamanismo del Asia central, de Liberia y América del Norte y, en especial, del África negra.

2) El más allá sin retorno en un mundo diferente y lejano, tal y como se concebía en los vastos territorios de la antigua Mesopotamia y del Egipto faraónico, caracterizados por la centralización del poder.

3) El tema de la resurrección de la carne reemplaza al mito del tiempo cíclico por el tema de una duración lineal y acumulativa; esta creencia culmina en el zoroastrismo, el mazdeísmo y las religiones del Libro o de la familia de Abraham (judaísmo, islamismo, cristianismo).

4) Y por último, en el caso de la India, el más allá no asume la forma de un espacio, de un mundo diferente en el que el hombre entraría para no volver a salir. Tiene más bien una dimensión temporal y se manifiesta por una serie de intervalos temporales que separan las reencarnaciones sucesivas de un mismo principio espiritual. Nada es más explícito en este sentido que los textos de los Vedas y de los Upanishads y la creencia en la transmigración de las almas.

Estos cuatro modelos se basan en cuatro sistemas lógicos fundamentales:

- El primer dilema se relaciona con la distinción entre lo cercano y lo lejano: ¿el más allá es un mundo cercano parecido al nuestro o, por el contrario, un universo lejano, una especie de absoluto indecible?

- El segundo dilema tiene que ver con las modalidades de la existencia de quienes habitan el reino de los muertos. ¿Tienen éstos un cuerpo (su propio cuerpo)? ¿Son, por el contrario, espíritus puros?

- El tercer dilema es el más difícil de circunscribir. Opone la idea de un comienzo absoluto y único (concepción o nacimiento) –el destino escatológico quedaría determinado de una vez por todas en el instante de la muerte- al tema oriental de los nacimientos (y las muertes) repetidos: la existencia actual proviene de una existencia anterior no necesariamente humana y conduce a una existencia posterior que quizá tampoco lo sea.

- El cuarto dilema es de orden ético o religioso. Las injusticias de este mundo ¿obtienen reparación en el más allá?

Cada una de estas posturas y sus contrarias responden a aspiraciones profundas, pero puesto que, en alguna medida, son todas verdaderas, también encierran de algún modo una parte de falsedad. Por ejemplo, es tan lógico pensar que el más allá nos deparará una sanción por nuestra vida como creer que la omnipotencia divina no está sujeta a una moral ni a una contabilidad demasiado homomórficas u homocéntricas. Nuestra época es, en Occidente, en cuanto a la escatología una época de cambios y presenta asimismo más de una ambigüedad (Thomas, 1991):

- Las maneras de sobrevivir: las personas que aceptan la idea de una aniquilación total son muy pocas: nuestros contemporáneos, incluso los que se dicen materialistas, alientan siempre cierta esperanza de subsistir.

- Una incursión en lo superrracional: se produce una investigación en todas las direcciones, se buscan pruebas de vida después de la muerte, se buscan explicaciones en la mística y en la física y en las experiencias de muerte cercana.

Según Bowker (1996) El hombre al tener que admitir el hecho inapelable de su propia muerte, le denegó la connotación aniquiladora... *“la persistente memoria de los muertos pasó a ser el fundamento para asumir otras formas de existencia, al tiempo que le dio la idea de una vida que continúa más allá de la muerte”*.

En el caso de la fenomenología de la muerte, las creencias y las prácticas son hasta tal punto diversas que la descripción de los fenómenos aún queda muy lejana. Puede afirmarse que virtualmente todo lo que se pueda imaginar sobre la muerte ya ha sido imaginado. Esto quiere decir que toda teoría casi con absoluta seguridad puede ilustrarse y ejemplificarse mediante alguna de las religiones del mundo. Por otra parte, es igualmente cierto que ninguna teoría por sí sola podrá eliminar a todas las demás, ya que es imposible que constituya por sí sola una apreciación suficiente y compleja. Así pues, la explicación de los fenómenos relativos a las creencias y prácticas relacionadas con la muerte que se lleve a cabo por ejemplo en términos de alienación, compensación, proyección, orden social, temor individual, culpa, transferencia (por poner algunos ejemplos) no están en competencia unas con las otras, sino que como indica Bowker (1996) son más bien complementarias.

Para Bowker (1996) lo que pensamos sobre la muerte fluye de vuelta a nuestros juicios morales, estéticos y políticos sobre la vida. No es de extrañar que la exploración humana de la muerte se lleve a cabo más a menudo en actividades humanas como son la liturgia, el ritual, la música, las artes plásticas, la arquitectura, los monumentos, la poesía, que en los libros que versan sobre la muerte.

Dentro de ciertas tradiciones a menudo se sostienen términos opuestos e irreconciliables, incluso en conjunción dentro de la misma tradición, pero ello no se debe, como suponen los escépticos, a que las religiones vuelvan a hacer gala aún de su incompetencia y su negativa a afrontar la realidad de los hechos, sino más bien opina

Bowker (1996) a que los hechos contrastados por la experiencia exigen una actitud conciliadora, y no una actitud de exclusión. La muerte ha sido concebida de todos los modos posibles, desde la derrota y el castigo hasta la liberación y la oportunidad. Al considerar la muerte a un tiempo como amiga y enemiga, las religiones resisten, igual que siempre, a la falacia del cuestionamiento falsamente dicotómico.

Habiendo dicho esto, sigue estando claro que muchas de las proposiciones que mantienen las distintas religiones en relación a la naturaleza humana y la muerte difícilmente podrían ser en conjunto verdaderas.

Pudiera ser que todas fuesen falsas, pero lo cierto es que no todas pueden ser verdaderas, al menos en calidad de proposiciones relativas a una serie de hechos contrastados y putativos (Bowker, 1996).

Así, el judaísmo y el Islam concuerdan al considerar que los seres humanos son susceptibles de ser educados: pueden aprender de Dios (mediante la Torá o el Corán) qué es lo que deben hacer, y pueden recibir ayuda de Dios para hacerlo; por tanto, cuentan con una antropología relativamente optimista. El cristianismo, por el contrario, cuenta con una antropología radicalmente pesimista: las subversiones del mal se hallan en la raíz misma de la aventura humana, y no es posible educarnos de cara a la salvación. Las consecuencias culturales de tales diferencias son obvias.

Con todo, incluso en cuestiones tan fundamentales, es esencial aprender las lecciones que nos deparó el siglo XX para comprender con mayor claridad las relaciones que existen entre lenguaje y referencia, entre símbolo y signo, entre icono e índice.

“En concreto, ahora entendemos que si bien todos nuestros lenguajes, teorías e imágenes son aproximaciones provisionales y susceptibles de corrección, por no decir que frecuentemente yerran, puede que no obstante estén en lo erróneo (en muchas de las ocasiones en que las empleamos) acerca de algo concreto, y que entonces “algo” imponga un límite al lenguaje precisamente por ser lo que es, si bien nunca podemos describir exacta ni exhaustivamente qué es” (Bowker, 1996:75).

Lo que en todo caso implican estas cuestiones es que la relación que se da entre la muerte y las religiones, pueden ser aproximaciones y estar en general equivocadas por lo que tengan de descripción literal, pero también es verdad que pueden estar equivocadas o ser al menos aproximativas acerca de alguna exigencia fundamental (y universal) que surge de la experiencia o que se da en la experiencia, o bien en lo tocante a la inteligencia, la emoción y la comprensión humana.

Las exploraciones religiosas de la muerte, y de la continuidad de las consecuencias que sobrevivan a la muerte, emergen tanto en Oriente como en Occidente de exploraciones muy cautelosas de lo que se incluye en nuestra experiencia dentro de los límites de este cuerpo y de esta vida.

Las tradiciones religiosas de mayor peso, en oriente y occidente, han hecho una serie de ampliaciones de la creencias y de la imaginación sin duda análogas en las dos áreas centrales del ser y de la salvación. Esas exploraciones han dado lugar a afirmaciones y conceptos que son en múltiples aspectos radicalmente diferentes, pero su punto de partida, en la experiencia humana de sí y del entorno, es el mismo; se asemejan una a otra en la afirmación, por medio de sus distintas imaginaciones, primero de que existe en nosotros algo que se continúa consecuentemente a través del proceso temporal y, segundo, que aun cuando la muerte pueda ser considerada una intrusión e incluso un castigo, es no obstante necesaria como medio de existencia de la vida (Bowker, 1996).

En consecuencia, la afirmación religiosa del valor incluye la realidad de la muerte, tal vez como último enemigo a batir, pero también como condición necesaria de la vida. Todo intento por evadirse de la muerte, o por fingir que no es algo serio, o por negar su lugar necesario en el ordenamiento de la vida, ha sido considerado casi siempre por las principales tradiciones religiosas como algo falso, peligroso, subversivo para la verdad.

En el reconocimiento humano del sacrificio como clave del sentido de la muerte, la intuición más profunda estriba en que no podemos disponer de la vida en términos distintos de esos: no podemos disponer de la vida sin la muerte.

Finalizando, hoy sabemos que las religiones juegan un papel relevante cuando las personas han de afrontar la muerte, su propia muerte o sobrellevar las muertes ajenas. Las grandes religiones hablan de la muerte en un triple sentido (Corbí, 2001):

1. Las religiones proponen creencias acerca del más allá de la muerte.
2. Las religiones “usan” el poder de la muerte para desplazar a los hombres de la manera cotidiana de ver, entender y sentir las realidades.
3. Las religiones hablan de la muerte desde la profundidad de la experiencia sagrada de la existencia.

3.5.2. RELIGIONES ACTUALES Y EL TEMA DE LA MUERTE

3.5.2.1. LA MUERTE EN EL JUDAISMO

Para los hebreos, el hombre no es un espíritu encarnado sino un cuerpo animado. Yahvé formó al hombre del polvo con sus manos y alentó en su raíz un soplo de vida. Yahvé hizo al hombre a su propia imagen y semejanza. El aliento divino es la vida del hombre. El destino del hombre es una cuestión puramente terrenal. Salido del polvo, ha de volver a él. Esa es la base de la sabiduría y la consecuencia del pecado original. No se habla de la resurrección hasta fecha muy reciente, después del exilio y por influencia persa.

En la religión de Israel, lo que constituye el objetivo central es la sumisión, la entrega y confianza en Yahvé, el señor de la vida y la muerte; no la fe en la vida de ultratumba. Para los judíos la salvación se hace posible mediante la práctica de buenas acciones, la plegaria y el arrepentimiento de las faltas o pecados cometidos. Se espera la llegada del Mesías. Para ellos la muerte la da Dios, como la vida, y debe ser tomada con resignación, creyendo en la justicia y sabiduría del ser divino. El alma es trascendente e inmortal, porque ha sido creada por Dios. Dios es justicia y recompensará a los buenos y castigará a los perversos.

Por ello debemos reconocer los pecados o faltas para manifestar el oportuno arrepentimiento y no tener que sufrir una pena. La noción judía de la muerte es una afirmación de la afinidad. De ahí se sigue que la costumbre del luto y la recordación de los muertos tienen cuando menos la misma importancia que el funeral en sí. El *shivad* (literalmente “siete”) es el periodo de siete días que comienza inmediatamente después del funeral. Durante siete días los dolientes se reúnen en su común tristeza, al margen de su estatus y su disposición. Cesan la rutina diaria, el trabajo. La muerte, con su terrible majestad, proyecta su sombra sobre los dolientes (Bowker, 1996).

Ahora bien, la auténtica sombra que se proyecta es la de la persona que ha muerto, y esa sombra es alargada. El *Yahrzeit* (literalmente “el tiempo de un año”) es el aniversario de la muerte, y se celebra un memorial mediante el *Kaddish* del doliente. El vocablo *Kaddish* se deriva del término hebreo que significa “santidad” y “alabanza”, y es otra obligación fundamental. Pocas cosas resumen mejor no sólo el énfasis judío en la afinidad y en la comunidad, incluso ante una pérdida o un holocausto, sino también un énfasis en la verdad de Dios por sí misma, no en aras de la transacción que se pueda efectuar, en razón de la cual calculamos la ganancia que hayamos obtenido.

El judaísmo es, así pues, una religión de radical ofrenda de uno mismo. Y para un judío existe prácticamente una bendición para cada ocasión, de manera que cada ocasión sea oportunidad para reconocer a Dios, para reafirmar la comunidad que, mediante el tiempo, ha existido solamente gracias a él (Bowker, 1996).

3.5.2.2. LA MUERTE EN EL CRISTIANISMO

Si hay una religión donde la muerte cobra un sentido especial, esa es la cristiana. La muerte acecha a su Salvador, Jesús de Nazaret, desde su nacimiento y durante su vida pública hasta lograr una aparente victoria brutal. Muerte que se hace necesaria para la salvación de toda la humanidad. Muerte, ni más ni menos, del hijo de Dios, del Dios hecho hombre.

No obstante, De León Azcárate (2000) constata en los escritos fundamentales del cristianismo, recopilados en el Nuevo Testamento, que varias son las aproximaciones que se hacen del misterio de la muerte y la esperanza *post mortem*, casi siempre, lógicamente, mediatizadas por el ambiente judío en el que nace el cristianismo y también por la cultura helenística en cuyos moldes intentará hacerse inteligible.

La concepción cristiana de la muerte para Bowker (1996) está dominada por la creencia de los primeros amigos y conocidos de Jesús, según los cuales éste había muerto en una cruz y, a pesar de ello, había sido transportado por Dios a una vida más allá de la muerte.

Así pues, la concepción cristiana de la muerte tiene su arranque en un contexto judío, con un maestro que adoptó una serie de posturas sumamente independientes acerca de muchas de las cuestiones políticas y religiosas más importantes de su tiempo, que pronosticó su propia muerte con toda especificidad, que afirmó no obstante que es en la muerte y a través de la muerte como se manifiesta inequívocamente esa “verdad divina” que tan fundamental es para el judaísmo, y del cual creyeron sus seguidores que estaba radicalmente en lo cierto, aunque fuese de una forma que al menos inicialmente les tomó por sorpresa.

La muerte física se considera algo natural, mientras la muerte definitiva, o “segunda muerte” y que consiste en la privación de vida eterna, será la que experimenten aquellos que no acepten al Hijo de Dios. El Apocalipsis recordará que esta escatología tendrá también dimensiones cósmicas. Es decir, la escatología neotestamentaria implica dimensiones cósmicas que suponen la transformación del Universo en Reino de Dios definitivo, entendiendo en clave de ágape fraterno, como anuncian los relatos de la eucaristía y las parábolas del Reino que lo comparan con un banquete. Sólo en este contexto escatológico universal, al que se halla intrínsecamente unida, se entiende correctamente la escatología individual (De León Azcárate, 2000).

Pero la concepción cristiana de la muerte comienza no por la crucifixión, sino por la Eucaristía.

“Las cinco versiones que de esta institución recoge el Nuevo Testamento interpretan las palabras y los actos de Jesús como un sumario de su significación, y de la significación continuada que tendrá la muerte de Jesús, así como de la implicación de los otros (incluidas las generaciones venideras) en esa muerte” (Bowker, 1996:95).

Esta concepción de la muerte está dominada por el reconocimiento de que nuestra propia muerte queda ya implicada en la suya, y de que el hecho de nuestro extrañamiento de Dios y de los unos con los otros por el pecado se supera y se resuelve de ese modo.

La historia cristiana está repleta de debates: acerca de la naturaleza de la pérdida eterna, acerca de cómo puede ser eterna esa pérdida, acerca de si hay muerte después de una prolongada purgación de algunas almas antes de que estén listas para ingresar en la visión definitiva de Dios (sobre el ascenso y caída del Purgatorio, en torno al cual no existe ninguna garantía bíblica inequívoca), e incluso sobre la naturaleza del alma humana (Bowker, 1996).

3.5.2.3. LA MUERTE EN EL ISLAM

La concepción islámica de la muerte está determinada por el dictado del Corán y por la interpretación práctica del Corán en el *Hadith* (relatos acerca de lo que Mahoma y sus seguidores dijeron e hicieron). La muerte, en este caso, como todo lo demás en el orden de lo creado, pertenece a la voluntad de Dios, y no puede producirse jamás sin su consentimiento (Bowker, 1996).

El islamismo se basa en la oración ritual, el ayuno, la profesión de fe, la limosna y la peregrinación a La Meca. El único Dios es Alá y su profeta Mahoma. Tras la muerte del cuerpo físico el alma es conducida al paraíso o al infierno. El paraíso se concibe como un jardín donde se puede gozar de todos los disfrutes, incluso los materiales. El infierno es una región para el dolor y el sufrimiento.

Los musulmanes también creen en el juicio universal y en la resurrección de los cuerpos. Antes del juicio universal se producirá el fin del mundo. Cuando un musulmán muere su cadáver es inhumado. El cuerpo se lava, perfuma y se envuelve en sudarios, depositándose en la tumba sin ataúd.

En el Islam, aunque se cree en la resurrección, se utiliza la conciencia de la muerte como instrumento de sabiduría y conocimiento. Hay que morir antes de morir. Quien sea capaz de ver, comprender y sentir, habiendo muerto a la construcción que hace el yo necesitado, verá a su Señor.

La muerte, en sí misma, no es un castigo, aunque el hecho de que se produzca bien podría ser una prueba o un juicio. Es verdad que la muerte prematura sólo puede ser decretada por Dios, en tanto castigo inmediato y adicional. Pero en términos generales no puede decirse que la muerte sea por sí el castigo: el castigo está más allá de la tumba, al final del proceso, después del Juicio. La muerte es simplemente la conclusión natural de un periodo de pruebas. A juzgar por todo esto, diríase que el Islam es una religión en la que la salvación ha de obtenerse a través de las obras (Bowker, 1996).

En general, la concepción musulmana de la muerte contradice muchas de las relaciones de la muerte anteriormente expuestas. De todas las grandes religiones, el Islam es la más específica y la más literal en la descripción de esa etapa transitoria, ese *ínterin* que es el periodo de la tumba; sin embargo, según Bowker (1996) no proporciona rituales que colaboren en la transición de quienes se encuentran en el *ínterin* hacia la condición definitiva

El Islam también parece contradecir uno de los puntos básicos ya expuestos de entrada, a saber, que las religiones, sobre todo a comienzos de su historia, exploran el sentido de la muerte especialmente a través del sacrificio, y no tanto a través de las especulaciones en torno a la vida más allá de la muerte (Bowker, 1996). Pero no es de extrañar, si se tiene en cuenta que el Islam es una religión tardía, que no forma parte de las primeras tradiciones religiosas (como la judeo-cristiana).

En consecuencia, lo que anteriormente había sido tentativo y diverso (la elaboración de los detalles de la continuidad de la vida con Dios más allá de la muerte), ahora pasa a ser explícito, y esto significa que, así como los judíos y los cristianos pueden contemplar las imaginaciones particulares del cielo y del infierno (algunos no lo hacen) como episodios conceptuales, cuya ascendencia y caída puede registrarse, los musulmanes no pueden: las descripciones del Jardín y del Fuego no son episodios conceptuales, ni siquiera son conceptos, sino que son lugares y circunstancias, la realidad de los cuales será verificada escatológicamente, tal como a menudo nos recuerda el Corán, aun cuando no sea ése el lenguaje que emplea.

El Islam, por tanto, representa la comprensión de la muerte, dentro de la historia y la tradición religiosa de Occidente, en su máximo punto de formalización. Posteriores desarrollos del judaísmo y del cristianismo (así como algunas desviaciones sectarias del cristianismo) han rivalizado con el Islam por su extrema formalización del detalle y por la literalidad de sus descripciones del cielo y del infierno. Sin embargo, en el judaísmo y el cristianismo ha sido posible que los individuos reconocieran que gran parte del detalle acumulativo es un ejercicio pictórico e imaginario al que puede renunciarse sin abandonar la fe, al menos según su entender. No obstante, el Islam descansa, al contrario que las otras grandes religiones, en una imagen infalible, literal, del resultado definitivo que tendrá la vida humana más allá de la muerte (Bowker, 1996).

La concepción islámica de la muerte está determinada por el dictado del Corán, el cual se considera que fue revelado a Mahoma en sus dos últimas décadas de vida y enteramente compilado después de su muerte (De León Azcárate, 2000).

Muerte, resurrección y juicio en el Corán

Para De León Azcárate (2000), la versión coránica presenta algunas variantes importantes respecto a la versión judeocristiana. En el islam está garantizada la resurrección corporal desde el primer momento y la muerte.

De esta manera, no parece ya como un castigo definitivo para Adán y Eva. Ni siquiera sería un castigo en sí, sino que pone fin a una etapa dentro de un proceso que culminará en los días de la resurrección y del juicio final, frecuentemente descritos en el Corán.

Parece claro, no obstante, que la doctrina de la resurrección no era asumida por los beduinos árabes preislámicos y que Mahoma tuvo muchas dificultades en este punto, pues de lo contrario no se explicaría la abundancia de referencias coránicas a la incredulidad general ante la misma, ni se vería obligado en el libro sagrado a argumentar a favor de ella. Así, ante posibles incrédulos que niegan la posibilidad de la resurrección, el mismo Corán enfatiza que tendrá lugar sin duda y ofrece una serie de argumentos, perfectamente hilvanados entre sí, a favor de la misma (De León Azcárate, 2000):

1º Dios es omnipotente y por tanto capaz de resucitar a los muertos.

2º Unido a lo anterior, Dios es el creador de todo el universo, luego también puede hacer una nueva creación.

3º La misma naturaleza creada por el dios omnipotente es prueba de la resurrección. Como lo muestran el nacimiento a partir del semen y el florecimiento de la tierra árida regada por el agua.

4º Finalmente, encontramos en el Corán un argumento curioso para demostrar que la resurrección es posible: ésta es mencionada en el mismo Corán. Por tanto, sería un argumento de revelación.

Mahoma parece dar a entender que tras la muerte se produce un tiempo de espera hasta el día del juicio en el que el difunto permanecerá en estado inconsciente o soñoliento, y del cual es imposible retornar a la vida terrena, permaneciendo en una especie de barrera infranqueable. De hecho, cuando resucita a los muertos, lo harán como si se hubieran acabado de despertar (De León Azcárate, 2000).

Sin embargo, la tradición posterior desarrolló ampliamente todo lo referente a lo que acontece al cuerpo y alma del fallecido en ese estado intermedio entre la muerte y el día del juicio, hasta el punto de que el difunto ya experimentaba en la tumba un adelanto del paraíso o el infierno merecido. Lo que sí parece claro para los musulmanes es que el día de la resurrección será también el día del juicio. Los tonos apocalípticos acompañan al día del juicio, anunciado por trompetas. La primera mención a estas trompetas aparece en unas aleyas o versículos donde se describe la omnipotencia de Dios (De León Azcárate, 2000).

La resurrección se producirá el día del juicio. Hasta entonces, hay un periodo intermedio entre el momento de la muerte y la resurrección en el que el cadáver permanece, según la tradición coránica, en un estado de sueño y sin capacidad de retorno al mundo. Sin embargo, la tradición posterior desarrollará ampliamente este estado intermedio y concibe al cadáver con un mínimo de vida que le permita responder a las preguntas de los dos ángeles y sentir el placer o dolor de un paraíso o el infierno adelantados en la tumba. En este estado, el alma pueda aparecer separada del cuerpo al que de vez en cuando retorna hasta el día del juicio en el que se unirán para la resurrección.

Se trataría, por lo tanto, para la tradición de dos tipos de escatología: una individual y temporal en la tumba, y otra colectiva y definitiva tras la resurrección final y el juicio. El juicio será precedido por unos cataclismos de dimensiones cósmicas. Más aún, el dramatismo y terror que produce ese día horrorizará a todo ser humano. A la vez que el juicio, parece que la tierra y los cielos serán sustituidos por otros (De León Azcárate, 2000).

El día del juicio será también el día de la discriminación o del fallo. En ese día todas las disputas que quedaron sin dirimir en la tierra tendrán su sentencia, todos serán recompensados con exactitud milimétrica, en función de sus obras, las cuales quedaron todas registradas por los ángeles encargados de tal misión. Nada quedará oculto y será un juicio justo.

Los que han sido fieles a las creencias y doctrinas éticas del Corán tendrán como premio eterno un paraíso concebido en algún lugar del universo creado y caracterizado por ser un lugar de disfrute donde todos los placeres corporales son satisfechos.

Por el contrario, para los impíos, su castigo eterno será el infierno, concebido como un lugar de sufrimiento con alimentos y bebidas ardientes y pútridas, una reminiscencia del antiguo inframundo mesopotámico.

Ese mismo día quedará patente que los falsos dioses son invenciones y que el mismo demonio, mentiroso en sus promesas, es incapaz, como él mismo reconoce, de socorrer a sus seguidores. Podemos concluir, que para el islam, la salvación ha de obtenerse a través de las obras. Algo que reconocerán los malvados el día del juicio cuando se les condene al infierno y los justos que les pregunten qué es lo que les ha llevado allí (De León Azcárate, 2000). Sin embargo, no todo será definitivamente por perdido. Ni lo bueno y lo malo. En última instancia queda la misericordia de Dios.

Un aspecto muy interesante de la religión islámica, tal como se refleja en el Corán, es que nadie puede hacerse responsable de las faltas de los demás, ni siquiera deseándolo. Esto lo diferenciaría claramente de las figuras expiatorias del judaísmo y del cristianismo. La expiación vicaria no cabe en el islam. De ahí se sigue, por ejemplo, que el padre no podrá ayudar al hijo cuando le llegue la hora, ni el hijo al padre. Lo que sí es posible es el arrepentimiento antes de la muerte, porque Dios es el misericordioso, el que todo lo perdona. Pero después de la muerte, especialmente en el día del juicio, ya será tarde por mucho que los impíos pidan una prórroga para responder a su llamada, o para hacer el bien, o pretendan entonces someterse a él.

Tampoco, aunque lo intenten, podrán librarse del castigo ofreciendo como rescate a sus hijos varones, esposa, hermano, a su clan, o incluso toda la humanidad. El que muere siendo impío no poder hacer nada para evitar el castigo. Como ya hemos dicho, no existe la idea de redención o de rescate, ni siquiera la muerte de Jesús pudo ser redentora por qué no hubo tal muerte (De León Azcárate, 2000).

Para el Corán, la intercesión en el día de la resurrección es imposible (salvo alguna excepción realizada por Mahoma). En ese día, el libro sagrado del islam divide claramente a los hombres en dos bandos: los que, como premio, ingresan en el jardín y los que, como castigo, ingresan en el fuego. Éstos últimos son los incrédulos, los que inventan mentiras contra Dios y los idólatras. Para ellos será el fuego eterno, especialmente para las comunidades que extraviaron a otras.

El difunto, según el Corán, permanecerá en un estado soñoliento en la tumba hasta el día del juicio, día en que se producirá la resurrección corporal y la separación de fieles e infieles, quienes recibirán respectivamente placeres y pesares eternos en sendos lugares físicos del universo creado. Pero esta concepción, tan física de la resurrección según De León Azcárate (2000), parece que tuvo dificultades a la hora de ser aceptada o explicada, lo que llevó a ciertas corrientes y autores del pensamiento islámico posterior a hacer nuevas interpretaciones al respecto, sin por ello renunciar al valor sagrado del Corán.

Costumbres funerarias

Para De León Azcárate (2000), el lamento por los muertos y las costumbres funerarias tienen también un papel esencial en el islam. El término árabe *janaza* o *jinaza* se refiere tanto al cadáver como el féretro y también a los ritos funerarios. Es esencial que el cadáver sea lavado y enterrado lo más rápidamente posible, a ser posible el mismo día del fallecimiento, pero no antes de que hayan pasado ocho horas, y lo más tardar en 24 horas. Sólo en el caso de los mártires el cuerpo no será lavado, pues se considera su sangre testimonio del martirio

El cadáver debe ser respetado porque ha de ser devuelto en el *yaum alQiyama*, por lo que no se recomienda el embalsamamiento ni la autopsia, sino son estrictamente necesarios, y se prohíbe la cremación. Los encargados de lavar el cadáver, bien profesionales a sueldo o bien familiares cercanos, se lavarán ellos mismos tres veces antes de realizar su tarea. El agua se mezcla con perfumes no alcohólicos. El cadáver será lavado por hombres si se trata de un varón y por mujeres si se trata de una mujer, cuyo cabello será trenzado y colocado a su espalda.

Jamás se expondrá la desnudez del cadáver por entero, sino que se lavará por partes para proteger su vergüenza. No se empleará agua demasiado fría, pues se cree que, a pesar de la certeza de que está muerto, queda algo de vida en el cadáver por la que puede sentir dolor o placer. Después el cadáver será envuelto, de cabeza a los pies, por tres piezas si es hombre y por cinco piezas si es mujer, pero sin nudos que podrán obstruir la salida del alma (De León Azcárate, 2000).

El cadáver es colocado en una tabla plana, no se recomienda un ataúd a menos que sea necesario, en posición un poco escorada hacia la derecha, con los ojos encarando la Meca, los brazos extendidos a los lados del cuerpo y los pies apuntando al sur. Una piedra o un puñado de barro se usa para apoyar la cabeza. Los orificios del cuerpo generalmente se cierran para evitar las malas influencias; sólo las orejas se dejan abiertas para que el difunto pueda escuchar y responder a los ángeles que le visitaran e interrogarán.

Las tumbas múltiples sólo se permiten en tiempos de guerra o de epidemia, pero teniendo cuidado de enterrar en primer lugar a los más piadosos. El entierro es tarea de hombres y a los niños no les es permitido participar de estos rituales, dejándolos al cuidado de vecinos. Durante el funeral el *imán* pregunta a los asistentes si el difunto era una buena o mala persona, a lo que todos responderán que bueno (sea cierto o no), y después se rezarán oraciones, en particular cuatro proclamas de la grandeza de Dios y, al menos, se recitará del Corán la sura 6. El llanto no debe ser excesivo, ya que puede alterar el descanso de los muertos en su tumba, lo que no impide que en algunos lugares, especialmente por parte de las mujeres, se muestren claras señales de duelo público.

Según diferentes zonas, el luto y alguno de estos rituales pueden variar. Las mujeres del norte de África usan el color blanco para el luto; las del medio este, el negro, y las turcas usan colores apagados. La viuda debe esperar un tiempo, de cuatro meses y 10 días antes de que pueda volverse a casar. Si ella está embarazada de su marido en el momento de su fallecimiento, deberá esperar a dar a luz y a purificarse del parto (De León Azcárate, 2000).

Al tercer, séptimo y cuadragésimo días del fallecimiento, los hombres se reúnen en la mezquita y las mujeres preparan en sus casas determinadas comidas para las visitas que vienen a la casa a rezar por el difunto. En esos días se leerá la historia del nacimiento del profeta, o incluso a veces el Corán entero. Algunos, pensando en el interrogatorio que tendrá lugar en la tumba por parte de los dos ángeles, la visitarán al segundo día del entierro, o durante siete días seguidos, para rezar por el difunto, por sus pecados y para testimoniar a su favor.

También es creencia que cuando muere un hombre considerado santo éste es capaz de bendecir desde su tumba o de interceder ante Dios y obrar milagros, y la tierra circundante a la misma, considerada como depositaria de presencia divina, es usada para usos medicinales o comprada para enterrar en ella los muertos, como ocurre en cementerios de Estambul, Argel o Marrakech. En el primer aniversario se colocará una piedra en el lugar de la tumba. La misma supone un tránsito entre la muerte y el día de la resurrección, pero para el que el islam no parece requerir ningún material (pensemos, por ejemplo, en el caso del libro tibetano de los muertos). La preparación para la muerte no es tampoco ritual, como hemos visto. Sólo a través del cumplimiento de los deberes islámicos es cómo puede el musulmán acercarse a la muerte sin tener miedo (De León Azcárate, 2000).

3.5.2.4. LA MUERTE EN EL HINDUISMO

Nos adentramos en una de las culturas milenarias más fascinantes de la historia de la Humanidad y que, a pesar de poseer unos parámetros culturales tan diferentes a los del hombre occidental, sigue constituyendo un atractivo sin parangón incluso en nuestras sociedades de hoy tan aparentemente escépticas y racionalistas. Sin embargo, a pesar de ese manifiesto atractivo, no por ello deja de ser compleja toda la urdimbre de su pensamiento (De León Azcárate, 2000). Gran parte de esa riqueza cultural, aunque no se restrinja a la India, se desarrolló allí, sobre todo la idea de la transmigración del alma, o su reencarnación, y la creencia ética, relacionada con la anterior, en el *Karma*, efecto y secuela de las acciones realizadas en esta vida.

No sólo los hinduistas, sino los teistas sikhs y los aparentemente agnósticos budistas y jainistas comparten tales creencias fundamentales en la India, las cuales se propagaron por Asia mediante los misioneros budistas y florecieron en China y Japón.

PRÁCTICAS FUNERARIAS

Tanto la teoría, como la práctica revelan la creencia en la vida después de la muerte. Las prácticas funerarias muestran también las creencias en la vida después de la muerte. Algunos de los deberes religiosos más importantes y regulares cumplidos por una familia hindú son los que se vinculan al cuidado de los muertos, los padres y los antepasados (De León Azcárate, 2000).

La cremación sigue siendo la forma más corriente de eliminar el cadáver. Además de por motivos higiénicos, se entiende como una forma de liberar al alma del cuerpo (el cual, infravalorado, no importa destruir); pero esto no impide que también se practique el enterramiento, en las clases bajas por motivos económicos, y especialmente para determinadas personas: los *sannyasin*, peregrinos errantes que dejan la vida mundana para dedicarse a la vida espiritual y a los cuales no se les practica la cremación porque se considera que su alma ya está con *Brahman*; a los niños pequeños, especialmente si han muerto antes de la ceremonia de su enterramiento (se trata de la ceremonia del *ab-ñim-on*). Se realiza dos o tres años después de que el niño haya sido destetado y consiste en que un ancestro patrilineal de su mismo sexo dará su nombre al niño o niña y a los gurús o maestros.

El papel de los hijos, o de sus familiares más allegados, del difunto es el de enviarlo al reino de los antepasados a través del ritual correcto. De alguna forma, la cremación se ve como un sacrificio a los dioses, en el que el cuerpo del difunto debe estar bien preparado y limpio. De hecho, se refieren a esta práctica como sacramento de fuego o el último sacrificio. Por eso se habla de buenas y de malas muertes. Una buena muerte es cuando la persona que va a morir está preparada tras ayunar y beber agua del Ganges, de tal modo que el cadáver no se contamine con materia fecal en los últimos momentos. Por el contrario, una mala muerte sería cuando se muere en un accidente, o vómitos o heces fecales manchan el cuerpo (De León Azcárate, 2000).

El cadáver es cremado si es posible el mismo día de su muerte, en una pira funeraria con los pies orientados hacia el sur, y con la cabeza hacia el norte, donde se encuentra el reino de Kubera, el dios de la abundancia. Inmediatamente después de la muerte, el fallecido se convierte en un *preta* (fantasma) y si no es enviado adecuadamente donde los antepasados podría transformarse en una especie de alma en pena o demonio (*bhuta*) y causar daños a los vivos.

Aquí subyace la creencia común en algunos lugares por la que una persona tiene dos poderes (*sakti*) que se separan en la muerte: el alma o principio vital (*jiva*), que es el que se dirige al cielo o a *Brahman*, y el mencionado *preta*, conectado con el cuerpo y que permanece en la tierra como un fantasma, y que a veces se piensa puede llegar a convertirse en un cuervo. Lo que buscan dichos rituales, que reciben el nombre de *Sraddha* (fiel), es que el *preta* se convierte en *pitri* (espíritu ancestral). Duran diez días después de la cremación (los gastos pueden ser tan elevados que hoy día el *Sraddha* a veces queda reducido a sencillas ofrendas) y en el doceavo se preparan cuatro tazones de arroz (el llamado *pinda*) para simbolizar la unión del muerto con sus antepasados. Un tazón es para el muerto y los otros tres para las tres generaciones anteriores de antepasados.

Junto con una ofrenda de un cuenco de agua, forman el nuevo cuerpo del *preta*, a la vez que lo alimentan. Se considera que el *preta* debe quedar en suspenso en los alrededores del lugar por lo que se cuelgan de un árbol dos vasijas de barro, una con agua y otra con una lámpara para prestar su luz al *preta*. Al décimo día, se considera que éste se incorpora totalmente a su nuevo cuerpo, momento en que se rompen las dos vasijas. Cuando terminan todas las ceremonias, los varones más cercanos al difunto se cortan o afeitan su pelo para evitar la contaminación o impureza de la muerte. Lo mismo sucede con la casa, que debe ser limpiada completamente para que puedan retornar las deidades (De León Azcárate, 2000).

Antiguamente se enterraba a los muertos rogando a la tierra que los proteja. Pero posteriormente, la cremación se transformó, como ya hemos indicado, en la norma general de los funerales hinduistas.

Esta práctica implicaba el reconocimiento de la destrucción del cuerpo físico, de modo que no quedaba lugar para una doctrina de la “resurrección de la carne”. Se creía que el espíritu ascendía al cielo en el humo o el fuego de la cremación. Fijémonos que la práctica de la cremación, unida a la creencia de que el muerto se transforma en un ancestro y puede vagar por cielos o infiernos, parece contradecir la idea de la reencarnación, lo que muestra la complejidad y variedad de las prácticas e ideas referentes a la muerte en la India (De León Azcárate, 2000).

3.5.2.5. LA MUERTE EN EL BUDISMO

Para los budistas, la muerte no es más que un tránsito y los actos positivos realizados a lo largo de nuestra vida nos permitirán gozar de un *karma* favorable, mientras que los actos negativos inducirán un *karma* negativo. Renaceremos bajo una forma determinada por esta ley de causa y efecto. Por eso la muerte no es un final; más bien parece un cambio de ropajes.

Para los budistas si uno alcanza el Despertar (la Iluminación) sale de la rueda del *samsara* (reencarnación) y escapa definitivamente del sufrimiento de las encarnaciones. En el caso contrario permanece en el *samsara*. Abandonarlo no es comparable al paraíso, y quedarse en él no es comparable al infierno. Se trata de un dominio en el que cualquier comparación con las referencias cristianas sería inapropiada. Por otro lado, lo que llamamos mundo de los infiernos no es más que uno de los seis mundos en los que se puede renacer. Pero reencarnarse en ser infernal no implica en absoluto que la existencia siguiente no se desarrollará en un mundo más favorable. En determinadas condiciones podemos alcanzar lo que llaman el Campo de Beatitud. Si se ha enriquecido la vida con muchos actos positivos, si se ha rezado para renacer en el Campo de la Beatitud se podrá estar en él de forma efectiva después de la muerte. Al igual que el infierno, no posee realidad propia. Cada individuo puede reencarnarse en seis mundos diferentes, y el séptimo modo de renacimiento es el del Campo de Beatitud. Pero la meta final es el Despertar, única consagración de un espíritu que haya alcanzado la Iluminación.

El budismo no cree en un dios omnipotente y omnisciente, creador del cielo y la tierra. En esta religión según Bowker (1996), esta comprensión del universo y del tiempo está permanentemente emborronada por las ilusiones que nuestro espíritu proyecta sobre esos conceptos. Para el budismo no hay en el ser humano un elemento superior trascendente como el espíritu o el alma. Todo es inestable, transitorio e impersonal. Por eso en el budismo no podemos hablar de reencarnación propiamente sino de renacimiento. El apego que sentimos por nuestra existencia genera sufrimiento, lo que nos encadena a la rueda de nacimiento y muerte, generando futuros renacimientos.

En el budismo el momento de la muerte es extremadamente importante, igual que en el hinduismo, porque ingresa en la condición del individuo que muere algún indicio de cuál ha de ser el próximo resultado, después de la muerte. Este indicio bien puede ser una manifestación de lo que, en el pasado, ha acumulado buen o mal *karma*, y bien puede ser también una anticipación del próximo estado.

En el momento de la muerte, el poder del *karma* trae a la conciencia una imagen de la experiencia pasada, sea cual sea, y de lo que entreaña acerca de la siguiente reaparición, o bien trae un signo de lo que ha de hacerse del siguiente resultado más allá de la muerte.

El propósito del Libro Tibetano de los Muertos es traer a la conciencia del presente la totalidad de la gama de consecuencias que se extienden ante nosotros, y que se extienden ante nosotros no sólo en el bardo y también más allá, sino que ya son una realidad presente, siempre y cuando sepamos abrir nuestra percepción y nuestra conciencia ante ellas (Bowker, 1996). Una parte importante en la tradición budista es la preparación de cara a la muerte, y también lo son dos partes fundamentales de la meditación budista, la meditación sobre la muerte y la meditación sobre la naturaleza transitoria de este cuerpo. La plena conciencia de la muerte es un tipo de concentración, que se lleva a cabo en retiro y en soledad, sobre el hecho de que la muerte vaya aproximándose a mí. No es una meditación sobre la muerte en general, sino sobre la aplicación que tiene en mi caso concreto.

Cara a la preparación de la muerte, a los temas que son fundamentales en la meditación budista: la meditación sobre la muerte y la meditación sobre la naturaleza transitoria del cuerpo. En la primera meditación se reflexiona sobre el hecho de que la muerte se va aproximando a mí. Se comienza por pensar en la muerte de ocho maneras (Bowker, 1996):

1. Como si se presentase en calidad de asesino, espada en mano: la muerte viene de la mano con el hecho del nacimiento “tal como la flor que brota siempre levanta algo de polvo en la punta de los pétalos, pues así nacemos con el germen del envejecimiento y la muerte”.

2. Como ruina del éxito: “toda la salud termina en la enfermedad, toda la juventud termina en la vejez, toda la vida termina en la muerte”.

3. Por comparación con aquellos que en apariencia han sido grandes en este mundo: también ellos han muerto.

4. Mediante la reflexión de los parásitos internos del cuerpo humano que mueren dentro de él.

5. Como algo constantemente próximo a nosotros, debido a la extrema fragilidad o a la vulnerabilidad que tiene la vida en este cuerpo.

6. Como algo que no avisa cuando sucederá.

7. Como algo que pone límite incluso a las vidas más largas.

8. Como algo relacionado con el hecho de que cada instante de la apariencia humana es todo cuanto existe, y no es más que el punto en el que el aro de la rueda toca brevemente el suelo, antes de seguir rodando.

La segunda meditación sirve para subrayar lo repulsivo que es el cuerpo, lo que se muestra revisando el cuerpo a lo largo de 32 pasos, desde las plantas de los pies hasta las puntas del cabello. Es una forma de evitar aferrarse a la carne o su apariencia. La superación de los pensamientos vanos: yo soy, yo no soy, yo seré... es necesaria para ser considerado un pensador silencioso, que ya no surge, ya no fallece, ya no tiembla y desea.

En ese momento es cuando se pueda alcanzar el nirvana. Entendido así, el nirvana implicaría, en un sentido más positivo, liberarse de la existencia dolorosa, escapar al ciclo de las reencarnaciones y romper con las ataduras del karma (De León Azcárate, 2000).

En la muerte, la consecuencia Kármica que aún no está agotada se recoge y es transferida a la siguiente etapa de manifestación, al *karma* acumulado, sea bueno o malo. Con otras palabras, cuando una persona muere, la energía de su anhelo por la vida y el ímpetu que su karma pasado causan que la corriente de la consciencia fluya y encuentre una nueva situación de vida. Pero no hay un yo a un alma que renazca, sino sólo la continuidad misma.

El momento de la muerte, es también, lógicamente, otro momento fugaz y pasajero entre otros muchos momentos, dentro de una larga secuencia de transformaciones continuas. Su importancia, no obstante, radica en que es el momento más allá del cual se dará una reorganización de la apariencia en un resultado totalmente distinto, o bien en el cese de la reapariencia si se ha alcanzado la iluminación (De León Azcárate, 2000).

El momento de la muerte, es extremadamente importante, porque es cuando ingresa en la conciencia del individuo algún indicio de cuál ha de ser el próximo resultado, después de la muerte. O bien puede ser un indicio que anticipa el próximo estado, o bien una manifestación de lo que en el pasado ha acumulado buen o mal *karma*. Cuando la persona que muere se concentra en lo que de este modo se le presenta, esa conciencia se colma del bien o del mal, de acuerdo con el *karma* en ese momento madura. Sólo se presentará en el momento de la muerte el *karma* que es capaz de generar un nuevo resultado. Pero esto no significa para De León Azcárate (2000), la aceptación, propia de la visión tradicional hinduista, de un principio espiritual inmutable que viaja del sitio de la muerte al sitio de su propio nacimiento. De este momento de la muerte, y en particular del estado intermedio (el bardo) que sucede la muerte, se ocupa el *Bardo Thodol*, más conocido como el *Libro tibetano de los muertos*, del que hablaremos ahora.

EL LIBRO TIBETANO DE LOS MUERTOS

Vamos a centrarnos ahora en un libro muy interesante del budismo mahayana tibetano. Se trata del mal llamado *Libro tibetano de los muertos*, del siglo VIII d.C aproximadamente. Mal llamado porque la traducción de *Bardo thos grol*, el título tibetano, hace alusión más al “estado intermedio” (que es lo que significa la palabra *bardo*) que a un “libro de los muertos”. El título tibetano más común de la obra es “El Gran Libro de la Liberación Natural Mediante la Comprensión en el Estado Intermedio” (*Bardo thos grol chen no*). Ese bardo o “estado intermedio” hace referencia a todo el proceso entre muerte y renacimiento (De León Azcárate, 2000).

El oficiante que acompaña al moribundo le irá leyendo una serie de consejos que le ayuden en su estado intermedio. Lo hará antes de la muerte y después. El primer bardo es el llamado *Chikhai bardo*, que describe el momento de la muerte. En este momento el oficiante le leerá un texto, repetidamente, para que le quede bien grabado antes de que cese la respiración. Cuando están finalizando los síntomas de la muerte, a la vez que se comprime el latido de las arterias a derecha e izquierda del cuello para que no se duerma, se lee en voz baja y al oído del moribundo otro texto. Pero si no se logra la budeidad al no haber reconocido la clara luz de la realidad del canal central o clara luz primordial, apareciera, la clara luz de la realidad externa al cuerpo o clara luz secundaria, momento en el que el difunto se preguntará si está muerto, siendo imposible determinarlo. Verá a sus allegados, quienes le rodean, pero no podrá comunicarse con ellos. El oficiante le animará a que no se distraiga y a que se concentre en su divinidad tutelar (De León Azcárate, 2000).

Si aún así el difunto no fuera capaz de reconocer esta segunda luz, seguirá vagando hasta llegar a un segundo estadio donde sufrirá ilusiones kármicas. Se trata del llamado *Chonyid Bardo*, o bardo de la experiencia de la realidad. El oficiante le prevendrá de ellas, diciéndole que no tema al verlas, pues no son más que proyecciones de sus propias percepciones, y además, no puede morir. El no reconocimiento de estas visiones aterradoras como percepciones propias llevará a tenerlas y a vagar en el estadio intermedio en un tiempo de 49 días, obligado por su *karma*.

En primer lugar, aproximadamente a los tres días y medio o cuatro de fallecido, el difunto se encontrará con los llamados siete días de las apariciones de las deidades apacibles. En cada uno de esos días será posible alcanzar la liberación, sino es así se pasará al día siguiente (De León Azcárate, 2000).

Si el difunto no ha logrado alcanzar la liberación en ninguno de estos días, durante los siete días siguientes, del octavo al décimo cuarto, se encontrará con las deidades furiosas que no son más que los mismos burdas arquetípicos anteriores, pero que aparecen esta vez en formas terroríficas. Igual que antes deberá no huir de ellas y reconocerlas para alcanzar la liberación.

La descripción de estas deidades terroríficas es similar en cada uno de los días, variando solamente su color o su presentación. El difunto deberá darse cuenta de que tales visiones terroríficas no son más que fruto de su mente y al reconocer en ellas a la deidad arquetípica será liberado, en cualquiera de los días que lo logre (De León Azcárate, 2000).

Si no se ha logrado todavía reconocer a las divinidades, el difunto seguirá avalando, llegando esta vez al tercer bardo, llamado *Sidpa Bardo*, referido a la aparición del instinto del nacimiento y a los acontecimientos prenatales. Llegar a ese estadio supone que se ha fracasado en todas las oportunidades anteriores de alcanzar la liberación y, aunque ésta no sea todavía del todo imposible, el apetito o deseo por la existencia ordinaria determina casi que tenga que haber otra existencia. Pero que lo que se trata ahora, es que la nueva reencarnación sea buena y permita avanzar en el estudio y práctica del *Dharma*. El oficiante recuerda al difunto que fue incapaz de reconocer a las deidades apacibles y furiosas y que después de cinco días y medio se desmayó de terror. Al despertar obtendrá un cuerpo mental, aunque al difunto le parezca de carne y hueso.

Según vaya a ser su nacimiento, como un dios, titán, animal, *Petra* o ser infernal, tendrá visiones del reino en que vaya a nacer, pero deberá evitar aferrarse a ellas, desarrollar el reconocimiento y orientar su comprensión hacia la clara luz.

Si aún así su *karma* negativo se lo impidiera, el oficiante le recordara que aún en vida haya sido sordo, ciego, lisiado o con cualquier otro defecto, ahora en su estado intermedio sus sentidos están completos, con poderes mágicos e incluso con capacidad de atravesar cualquier elemento y desplazarse a cualquier lugar. Pero todo eso le debe servir para reconocer que está muerto y que ya no posee un cuerpo sólido. El difunto comprenderá que está muerto cuando, viendo a sus conocidos vivos, es incapaz de comunicarse con ellos.

El oficiante le insta a que no se deje llevar por el dolor y le dice que ese estadio intermedio puede durar hasta 49 días. Le anima a que no se deje atemorizar por alucinaciones terroríficas y que tampoco anhele placeres o alegrías que le pueden sobrevenir si acumula mérito en la práctica del Dharma (De León Azcárate, 2000).

Aunque tenga a veces sensación de hambre, ésta es puramente mental, pero se reconoce que las ofrendas alimentarias de los vivos pueden aliviarle dándole una sensación de sustento. Ante la contemplación del propio cadáver, la tentación de adquirir un cuerpo puede ser grande. Si, una vez más, éste intento fracasa, el difunto se encontrará con Yama, el juez de la muerte. Aparecen entonces la figura del ángel personal y del demonio personal, cada uno de los cuales, respectivamente, contará una piedra blanca por cada virtud y una piedra negra por cada pecado.

De esta manera el difunto debe superar ese miedo, ya que su cuerpo mental no puede sufrir y las visiones de Yama no son más que alucinaciones fruto de su sensación de vacío. Si supera al terror el difunto se convertirá definitivamente en un Buda. Pero todavía podría pasar que el difunto no reconozca la luz o no quiera ser liberado. En tales casos, el oficiante recordará al difunto que no se deje absorber por ninguna visión de amor u odio. Incluso, si el difunto percibe la incorrección de los ritos realizados por sus familiares, en lugar de desilusionarse, lo cual le podría llevar a estados horribles, deberá tomar una actitud positiva para que cualquier cosa que hagan por él sus seres queridos le pueda ayudar (De León Azcárate, 2000).

Si a pesar de todo la fuerte evolución negativa impide el reconocimiento, el difunto irá perdiendo el sentido de su cuerpo de la vida precedente y seguirá haciendo más evidente el sentido del nuevo cuerpo emergente. El oficiante le recomendará que se concentre en su Deidad arquetípica que aparecerá como una ilusión mágica y a la que deberá mirar como luz clara. Si no lo consigue se verá a sí mismo dirigiéndose hacia arriba o hacia abajo a la vez que verá huracanes, tempestades y le parecerá que escapa de hombres que le quieren cazar. Aquellos sin mérito parecerán escapar a un lugar miserable, y los con mérito a un lugar feliz. Entonces aparecerán las señales que les indiquen en qué continente y lugar nacerán. Concentrarse en su deidad arquetípica le ayudara a intervenir en su propio proceso de renacimiento y así recoger una buena matriz donde hacerlo. De lo contrario, si el difunto no se concentra y se dirige a una matriz, dominado por el odio o la codicia, las consecuencias de la reencarnación pueden ser funestas (De León Azcárate, 2000).

Por lo tanto, es importante saber elegir bien la matriz en la que se renacerá y no dejarse llevar por las apariencias, siempre confiando y rezando a los Budas, deidades arquetípicas y especialmente al señor de la gran compasión. Pero incluso, el difunto que en vida ha sido más bestial, puede conseguir una reencarnación humana dotada de libertad y, por tanto, de la oportunidad de encontrar maestros espirituales, recibir instrucciones y alcanzar la liberación. Para ello deberá refugiarse en los tres tesoros, es decir, en los tres cuerpos del buda, el cuerpo de verdad, el cuerpo beatífico y el cuerpo de emanación (De León Azcárate, 2000).

Vemos, por tanto, que el libro tibetano de los muertos es una guía para alcanzar la liberación en el momento de la muerte, o durante el estado intermedio, y para, en su defecto, lograr una buena reencarnación que facilite la liberación definitiva. En ese proceso, el reconocimiento y entrega totales al buda es fundamental, pero el difunto deberá superar sus miedos y visiones terroríficas que enmascaran la realidad por culpa del karma negativo acumulado. En definitiva, el buda salva al difunto si éste es capaz de reconocerlo y entregarse a él. El libro tibetano de los muertos es uno de los libros más fascinantes escritos en torno al *ars moriendi*, libro que todavía mantiene su frescura y que sigue fascinando a muchos hombres y mujeres en occidente.

3.5.3. CONCLUSIONES

Es justo admitir que las religiones, o lo que es lo mismo, la humanidad cuando ha intentado encontrar un sentido trascendente a toda la realidad, han afrontado con valentía el misterio de la muerte y no lo han orillado como lo hace, generalmente y de muchas maneras escapistas, el hombre de hoy. Y no ha sido tarea fácil, ni tampoco placentera. Porque según De León Azcárate (2000) *“Quien piensa que las revisiones se han limitado a fantasear sobre la vida después de la muerte, imaginando una realidad idílica y paradisíaca, se equivoca”*.

Muchas de las religiones han sugerido un destino postmortem sombrío, en el que lo que queda del ser humano se desvanece en un estado de inconsciencia nada envidiable, y que hacía a los vivos decir que más vale vida de perros que muerte de Reyes. Nada o poco sabemos de lo que el hombre prehistórico, y en particular del paleolítico, pensaba sobre la muerte. Los enterramientos hallados acompañados de ajuar funerario son susceptibles de muchas interpretaciones. Más datos nos ofrece el hombre del neolítico, estrechamente vinculado a la fertilidad de la tierra, de la mujer y del ganado, lo que le llevó al divinizar su carácter procreador. Muy posiblemente encontremos estrechamente unidos a los ciclos naturales de regeneración los primeros vestigios claros de creencia en algún tipo de supervivencia postmortem aplicado al ser humano (De León Azcárate, 2000).

Incluso para aquellas religiones y tradiciones religiosas que esperaban algo mejor, la forma de conseguirlo a veces era muy exigente: altas dosis de autosacrificio o necesidad de conocimiento que pueden conducir a sucesivas reencarnaciones; elevada exigencia moral llegando en algunos casos, dependiendo de circunstancias dramáticas, al martirio; fidelidad estricta a unos ritos; un camino lleno de dificultades; lugares equivocados que hay que evitar; visiones monstruosas engañosas fruto de nuestra proyección mental. Y no olvidemos el juicio escatológico de la divinidad bien sobre el individuo o sobre el cosmos, que implica la posibilidad de una condenación y sufrimiento eternos en lugares infernales que reciben diversas denominaciones.

Y hablando de divinidades, estas parece que han sido más de una vez caprichosas. Según De León Azcárate (2000), en Mesopotamia crearon al hombre deliberadamente mortal, para evitar su rivalidad y hacer de él un mero sirviente que les permitiera descansar. En el antiguo Egipto, más clasistas, sólo privilegiaban al faraón con la inmortalidad y divinización, mientras que los demás mortales, primero los nobles y mucho más tarde todo el pueblo, tuvieron que esperar al imperio medio para que la inmortalidad alcanzaría a todos. En la Grecia homérica, los dioses se encaprichaban con algunos mortales, no necesariamente por sus virtudes morales o religiosas, y los arrebataban para sí, librándolos de esta manera, a veces sólo temporalmente, de la muerte.

En el budismo, la ausencia, o al menos no mención, de una divinidad suprema y absoluta obliga al hombre a ser el protagonista único de su propia liberación; esfuerzo quizá desmesurado. En el cristianismo, por el contrario, la salvación y garantía de resurrección les otorga un hombre torturado y crucificado, resucitado y exaltado por el mismo Dios de Israel defensor de la justa retribución. Y no debemos olvidar las divinidades vinculadas a los ciclos naturales, lo mismo que éstos morían para volver a renacer, exigían el sacrificio de seres humanos asociados, voluntaria o forzosamente, a ellas por el sacrificio.

Los vivos, por supuesto, no han quedado ausentes del proceso de la muerte. Más aún, son casi siempre los protagonistas principales. Inhumar, incinerar, momificar, exponer al cadáver y honrar al difunto, han sido tareas que sólo podían llevar a cabo los vivos, fundamentalmente los parientes más cercanos del fallecido. Y todo esto implicaba, e implica aún hoy día, unas consecuencias sociales y económicas con el fin de mantener el estatus del difunto o de heredarlo, de facilitarle su paso al mundo de los antepasados, o simplemente de evitar que se espíritu moleste a los vivos, todo ello a través de determinados rituales establecidos socialmente. Incluso, a través del culto a los héroes en sus diversas variantes, los muertos han servido políticamente para mantener o proteger la *polis* griega o las *civitas* romana, o para perpetuar dinastías de poder divinizado en casi todas las culturas.

Los vivos podían orientar a los difuntos en su difícil viaje al más allá mediante libros guía, e incluso podían esperar de los muertos algún tipo de ayuda o información valiosa. Los temores a un juicio estricto que pudiera condenarlos, han condicionado también la vida de los vivos, de manera que tenían que cumplir una serie de requisitos morales, doctrinales o culturales para garantizarse un destino *post mortem* libre de los horrores del infierno. Lo mismo se puede decir de la preocupación por la impureza religiosa causada por el contacto con un cadáver y el consecuente ritualismo de purificación (De León Azcárate, 2000).

En otro orden de cosas, el dilema se ha planteado, y se sigue planteando, respecto a cuál es la dimensión del ser humano que perdura tras la muerte. El judaísmo palestiniense defiende una antropología unitaria que reclama la resurrección del cuerpo, mientras la literatura apocalíptica asume a veces una antropología helénica dualista que defiende la inmortalidad del alma y rechaza la resurrección del cuerpo, o cuando menos la pospone en un segundo momento. Las fuentes originarias del cristianismo postulan también una antropología unitaria, aunque no faltan los matices: Mateo espera al final de los tiempos para que se produzca la reunificación del cuerpo y el alma, mientras Lucas admite una retribución *postmortem* inmediata que se supone afecta al alma. El Corán defenderá una resurrección física real del cuerpo, aunque la filosofía islámica posterior, influenciada de neoplatonismo, la rechazara para asumir la inmortalidad del alma. Como vemos, no parece ser un tema definitivamente zanjado. Además, casi todas las tradiciones religiosas han tenido, eso sí, minoritariamente, individuos contestatarios que han puesto en crisis o simplemente han rehusado aceptar las creencias *postmortem* que aquéllas ofrecían (De León Azcárate, 2000).

En definitiva, el misterio de la muerte sigue, y seguirá siendo, abierto para el hombre, porque, aunque algunas religiones hayan creído encontrar el sentido último de este, no por ello los seres humanos que dicen profesar esa religiones dejarán de tener, de una manera u otra, ese momento crucial en el que sus vidas físicas se extingan y en el que se encaren, definitivamente y esta vez de verdad, con su auténtico destino, cualquiera que sea (De León Azcárate, 2000). A continuación exponemos, de forma esquemática unas tablas donde aparecen resumidos los mandamientos fundamentales, los ritos y el ideal de cada religión.

Religiones	Mandamientos fundamentales	Prácticas obligadas	Ideal de cada religión
	<p>Los diez mandamientos:</p> <p>1-.No adorar a cualquier divinidad que no sea Dios.</p> <p>2-.Prohibición de la idolatría.</p> <p>3-.Prohibición de usar en vano el nombre de Dios.</p> <p>4-.Observancia del sábado.</p> <p>5-.Honrar a los padres.</p> <p>6-.Prohibición de matar.</p> <p>7-.Prohibición del adulterio.</p> <p>8-.Prohibición de robar.</p> <p>9-.Prohibición de prestar falso testimonio.</p> <p>10-.Prohibición de codiciar la propiedad o desear la mujer del prójimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rezan tres veces al día: -por la mañana (shaharit), la tarde (minjá) y anochecer (maariv). • Los servicios religiosos concluyen con dos rezos mesiánicos: el primero se llama Alenu; el segundo es una doxología aramea llamada Kadish. Como señal de devoción a Dios, durante los rezos matinales de los días ordinarios de la semana, los judíos adultos observantes llevan un chal de oración con flecos llamado talit y unas filacterias. • Ponen una mezuzá (caja de rezo) en la entrada de la casa, como una manera de recordar que Dios está en todas partes. Como señal de respeto hacia Dios, se cubren la cabeza para rezar. • Recitan numerosas bendiciones. • Los judíos no comen la carne de ciertos animales considerados impuros. • No se puede tomar simultáneamente carne y leche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creen en un Dios creador, espiritual y eterno y al final de los tiempos, Dios enviará al Mesías, un hombre descendiente de la tribu de David. Entonces la humanidad vivirá en paz y concordia, unida por la creencia en el Dios único.
Judaísmo			

Tabla 3.5.1. Esquema Judaísmo. Fuente: Elaboración propia.

Religiones	Mandamientos fundamentales	Prácticas obligadas	Ideal de cada religión
	<p>Los diez mandamientos:</p> <p>1-.No adorar a cualquier divinidad que no sea Dios.</p> <p>2-.Prohibición de la idolatría.</p> <p>3-.Prohibición de usar en vano el nombre de Dios.</p> <p>4-.Observancia del domingo.</p> <p>5-.Honrar a los padres.</p> <p>6-.Prohibición de matar.</p> <p>7-.Prohibición del adulterio.</p> <p>8-.Prohibición de robar.</p> <p>9-.Prohibición de prestar falso testimonio.</p> <p>10-.Prohibición de codiciar la propiedad o desear la mujer del prójimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Celebran la Eucaristía o cena del Señor, en la que se comparten pan y vino, expresando y reconociendo así la realidad de la presencia de Cristo, tal como se conmemora en la comunión de unos con otros en la misa. • Tienen que estar convencidos de que su promesa de estar con ellos "siempre, hasta el fin de los días" se hizo realidad mediante su "cuerpo místico en la tierra", es decir, la santa Iglesia católica universal. El día que toda la comunidad cristiana destinaría a la adoración sería "el primer día de la semana", el domingo, en conmemoración de la resurrección de Cristo. El domingo se destina al descanso 	<ul style="list-style-type: none"> • El amor sea la forma de vida de la humanidad. • La resurrección de los muertos: al igual que Jesús resucitó, la humanidad resucitará en el Último Día a una vida definitiva de felicidad absoluta.
Cristianismo			

Tabla 3.5.2. Esquema Cristianismo. Fuente: Elaboración propia.

Religiones	Mandamientos fundamentales	Prácticas obligadas	Ideal de cada religión
Islam	<ul style="list-style-type: none"> Las dos fuentes fundamentales de la doctrina y la práctica islámicas son el Corán y la Sunna. <p>Corán: Los musulmanes consideran el Corán como la palabra "increada" de Dios revelada a Mahoma por medio de san Gabriel, el arcángel de la revelación. Green que su autor es el mismo Dios por lo que el Corán es infalible.</p> <p>Sunna: o ejemplo del Profeta, es conocida a través del <i>Hadit</i>, la recopilación de tradiciones basadas en lo que dijo o hizo el Profeta con respecto a diversos asuntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Profesión de fe: Esta profesión, debe ser hecha pública por cada musulmán al menos una vez en su vida "de forma verbal y con total asentimiento de corazón" Cinco oraciones diarias: <ul style="list-style-type: none"> 1ª oración: antes de salir el sol. 2ª oración: al medio día. 3ª oración: entre las 15h y las 17h. 4ª oración: antes de ponerse el sol. 5ª oración: antes de acostarse y antes de la media noche. Limosna: impuesto exigido por Mahoma que debe entregarse a la gente pobre. Ayuno: en el mes de Ramadán. Peregrinación: ir a la Meca, por lo menos, una vez en la vida de un musulmán. 	<p>La crítica que se hace de la humanidad en el Corán es que es demasiado orgullosa y egoísta: "El hombre es por naturaleza timorato". Cuando le acontece una desgracia sufre pánico, pero cuando experimenta sucesos afortunados no los comparte con los demás.</p>

Tabla 3.5.3. Esquema Islam. Fuente: Elaboración propia.

Religiones	Mandamientos fundamentales	Prácticas obligadas	Ideal de cada religión
	<ul style="list-style-type: none"> No tiene un solo fundador y sus creencias están escritas en unos libros llamados Vedas: cuatro libros inspirados por los dioses, que contienen himnos, ritos, sacrificios y cantos sagrados. El hinduismo cuenta con otros libros que contienen enseñanzas religiosas, los Upanishads, a los que no se les reconoce inspiración divina. 	<ul style="list-style-type: none"> Cantan el himno del gayatri al amanecer. Veneran a Siva, Visnú y la diosa Devi, Hacen reverencia a los brahmanes y a las vacas. Tienen prohibido comer carne (en especial la de vacuno). Deben contraer matrimonio sólo con un miembro de la misma casta (jati) con la esperanza de tener un heredero varón. 	<ul style="list-style-type: none"> Alcanzar la liberación definitiva y el reposo absoluto. Esta liberación la entienden como la unión entre el Atman y el Brahmán, es decir, como la unión del Yo con el poder cósmico universal, con la esencia del universo.
Hinduismo	<ul style="list-style-type: none"> Creer en muchos dioses, sin embargo, afirman la importancia de una única realidad subyacente, entidad independiente e inmortal y que no cambia nunca. Se trata de un principio individual al que denominan Atman y que podemos traducir, aproximadamente, por Yo. 	<ul style="list-style-type: none"> Ritual diario: ofrecen frutas y flores ante un pequeño altar instalado en la vivienda. 	

Tabla 3.5.4. Esquema Hinduismo. Fuente: Elaboración propia.

Religiones	Mandamientos fundamentales	Prácticas obligadas	Ideal de cada religión
	<p>Las cuatro nobles verdades:</p> <p>1- Todo lo que existe está sujeto al dolor. La vida es sufrimiento.</p> <p>2- El origen del dolor es el materialismo, la codicia, la concupiscencia.</p> <p>3- El sufrimiento terminará si se rompen las ataduras mundanas.</p> <p>4- El camino a seguir tiene ocho senderos: rectitud de opinión, de intención, de palabra, de acción, rectitud en la vida, en el esfuerzo, en la atención y en la concentración (meditación pura).</p> <p>Estos ocho puntos se dividen en tres categorías que conforman el pilar central del budismo: moral, sabiduría y concentración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Veneración que se muestra por medio del culto a la stupa. Una stupa es una estructura sagrada que contiene una reliquia. Los devotos caminan alrededor de la cúpula siguiendo el sentido de las agujas del reloj, llevando flores e incienso como signo de respeto. Este objeto es el centro de adoración de una fiesta que se celebra cada año el día del cumpleaños de Buda. 	<ul style="list-style-type: none"> Lograr liberarse de la existencia fenoménica a la que le es propia el sufrimiento. Para lograr este objetivo es necesario alcanzar el Nirvana, estado de iluminación en el que los fuegos de la codicia, el odio y la ignorancia han sido apagados. El Nirvana es un estado de conciencia.
Budismo			

Tabla 3.5.5. Esquema Budismo. Fuente: Elaboración propia.

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.6. Aspectos filosóficos sobre la muerte

Tabla de contenido

3.6. ASPECTOS FILOSÓFICOS	437
3.6.1. <i>INTRODUCCIÓN</i>	437
3.6.2. <i>LA TEORÍA HEIDEGGERIANA DE LA MUERTE</i>	444
3.6.3. <i>VIKTOR FRANKL Y LA PREGUNTA POR EL SENTIDO DE LA VIDA</i>	452

3.6. ASPECTOS FILOSÓFICOS DE LA MUERTE

3.6.1. INTRODUCCIÓN

Desde la filosofía, la muerte ha sido entendida como un problema, una especie de *situación límite* como afirma Mèlich (1989), que no sirve para respondernos a la pregunta sobre qué es la muerte, ni para tratar de colocarla dentro de un marco escatológico, sino más bien para confrontar el sentido de la vida a través de la temporalidad humana (Monteagudo, 1996).

Tomando como referencia el pensamiento occidental antiguo, los griegos establecían una clasificación para considerar que se entiende por mortal, determinando que las plantas y animales no lo son pues no saben que van a morir. Siguiendo este razonamiento, no es mortal quien muere sino quien está seguro de que va a morir. Los auténticos vivientes seríamos entonces los seres humanos porque sabemos que dejaremos de vivir, y en esa toma de conciencia precisamente reside el significado de la vida. La idea "*no es mortal quien muere sino quien está seguro de que va a morir*", refleja asimismo la preocupación filosófica por el tema de la muerte desde hace siglos.

Desde una perspectiva más contemporánea, este tema ha sido desarrollado por la filosofía existencialista de una manera amplia. El existencialismo entiende que el ser humano reacciona con angustia, sentimiento que nos embarga cuando nos enfrentamos a la nada (como se puede entender en Sartre y Heidegger), cuando se plantea el riesgo de abandonar este mundo; ya sea por decisión propia o debido a factores externos como enfermedades o accidentes, y esta posibilidad se presenta como un hecho que es difícilmente asumible a nivel intelectual, y que se da en la más profunda soledad (Arendt, 1996). La muerte es entendida entonces, como una consecuencia de la vida, en donde no se debe confundir la angustia que produce en el ser humano con el miedo a la muerte que pueda llegar a sentir. De esta forma, la filosofía nos puede ayudar a superar la percepción de la muerte entendida como una simple negación de la vida o el final de ésta.

A continuación, queremos analizar las ideas que sobre la muerte han tenido distintos filósofos a lo largo de la historia (Monteagudo, 1996):

Epicuro, planteó la ataraxia (donde lo moralmente bueno consistía en el placer, entendiendo por tal la ausencia de dolor y la liberación de las perturbaciones en el alma) como una actitud hacia el pensamiento. Nos dice que "*La muerte no es nada para nosotros, porque mientras vivimos, no existe la muerte, y cuando la muerte existe, ya no somos*". Es decir, nos otorga una especie de solución evasiva en donde la muerte si bien merece un espacio para pensarse, tiene un sentido poco práctico.

Según *Sócrates*, el sabio es aquel que conoce por el afán de conocer, el amor al saber por el saber. Es por ello que afirma que "*Temer a la muerte no es otra cosa que creer ser sabio sin serlo, pues es creer saber lo que no se sabe*". La filosofía entonces nos prepara para la muerte debido a que nos hace más conscientes acerca de nuestra propia vida, tener una conciencia acerca de los límites puede ser un punto de partida para la búsqueda de la verdad y el bien, para la riqueza del alma.

Para *Aristóteles*, la temática de la muerte aparece cargada de una racionalidad ética, en donde "*se trata de saber cómo vivir una vida a sabiendas temporal, pero con sentido*". La metafísica nos plantea la existencia de Dios como fundamento para un orden universal, pero la muerte no puede ser conocida en un solo sentido, como en las matemáticas.

San Agustín, en su obra *Las Confesiones*, plantea los presupuestos teológicos y la reflexión metafísica en torno al tiempo y ser del hombre, quien vive a la deriva ontológica, rodeado de la multiplicidad, el tiempo y la pérdida constante de su ser, hasta el momento de su muerte. San Agustín nos dice que el recogimiento en la vida religiosa es prestar atención a una verdad revelada supra temporal que es Dios, y llegamos a él gracias a la fe y a la razón en conjunto.

Martin Heidegger, filósofo alemán del siglo XX, con su obra *ser-para-la-muerte* (*sein-zum-tode*) nos remite a uno de los rasgos característicos del *Dasein* (ser-allí).

El *Dasein* es el hombre entendido en tanto es un "poder-ser", un ser especial por el criterio que posee, por el cuidado que tiene por su existencia, que se desenvuelve en el mundo a partir de sus propias elecciones. Heidegger define a la muerte como la posibilidad más propia, cierta e insuperable del *Dasein*. Es aquella que determina el final de su existencia y a su vez la constituye. Este conocimiento le es revelado al *Dasein* por medio de la angustia.

El mismo mundo en donde el *Dasein* "es", hace que este se aleje de la reflexión sobre su existencia. Aleja al *Dasein* del conocimiento más importante para su ser: que es un ser para la muerte. Al decidir vivir subyugado a la opinión de los demás, el *Dasein* vive de una manera despersonalizada, enajenada, una existencia inauténtica.

El hombre produce un sentido de su existencia, lo comprende y se revela en el mundo. La muerte, en tanto es una posibilidad para el *Dasein*, para el ser del hombre que está arrojado en el mundo, representa la única posibilidad que niega a todas las demás posibilidades, y tiene una carga de inevitabilidad pues es insuperable. El comprender a la muerte como una posibilidad le da sentido a nuestra vida, pues nos hace descubrir el valor de ésta en nosotros. El comprendernos no sólo a nosotros, sino a lo que nos puede pasar, permite poder comprender a los otros y co-existir con ellos, apreciarlos, ser humanos.

Durante el siglo XIX el tema de la muerte inspiró a filósofos como Schopenhauer, (1956:53) quien desde su metafísica orientalista afirmó: *"Nacimiento y muerte pertenecen igualmente a la vida y se contrapesan. El uno es la condición de otra. Forman los dos extremos, los dos polos de todas las manifestaciones de la vida"*.

Desde una visión nihilista, Nietzsche (1980:92) plantea cual sería el momento preciso para dejar de existir. La propuesta la pone en boca de Zaratustra, quien indica que la plenitud de la vida es el tiempo propicio para dejar de vivir y no el de la decadencia. *"Mueren muchos demasiado tarde y algunos otros mueren demasiado pronto. ¡Morir a tiempo!" es una doctrina que todavía resuena extraña en muchos oídos. Morir a tiempo: he aquí lo que enseña Zaratustra*".

En el siglo XX, cuando la muerte entronizaba el hemisferio occidental a causa de las guerras mundiales y muchos otros eventos violentos, se hizo aún más patente la fragilidad de la especie humana, expuesta a situaciones de supervivencia y de grandes cuestionamientos. El hombre no pudo evitar encontrarse de cara con la responsabilidad de escuchar el llamado de su ser invitándolo a la reflexión sobre su existencia. “*La evidencia de la muerte orienta al hombre hacia una actividad reflexiva, y aún más, le devuelve la conciencia de su humanidad; la mortalidad*” como dice Savater (1999: 31).

Por otra parte, Ferrater Mora (1980) en su obra *Diccionario de filosofía*, habla del concepto *muerte* de la siguiente forma:

Platón afirmó que la filosofía es una meditación de la muerte. Toda vida filosófica, escribió después Cicerón, es una *commentatio mortis*. Veinte siglos después Santayana dijo que “una buena manera de probar el calibre de una filosofía es preguntar lo que piensa acerca de la muerte”. Según estas opiniones, una historia de las formas de la “meditación de la muerte” podría coincidir con una historia de la filosofía. Ahora bien, tales opiniones pueden entenderse en dos sentidos. En primer lugar, en el sentido de que la filosofía es o exclusiva o primariamente una reflexión acerca de la muerte. En segundo término, en el sentido de que la piedra de toque de numerosos sistemas filosóficos está constituida por el problema de la muerte. Sólo este segundo sentido parece plausible.

Por otro lado, la muerte puede ser entendida de dos maneras. Ante todo, de un modo ambiguo, luego, de una manera restringida. Ampliamente entendida, la muerte es la designación de todo fenómeno en el que se produce una cesación. En sentido restringido, en cambio, la muerte es considerada exclusivamente como la muerte humana. Lo habitual ha sido atenerse a este último significado, a veces por una razón puramente terminológica y a veces porque se ha considerado que sólo en la muerte humana adquiere plena significación el hecho de morir. Esto es especialmente evidente en las direcciones más «existencialistas» del pensamiento filosófico, no sólo las actuales, sino también las pasadas.

En cierto modo, podría decirse que el significado de la muerte ha oscilado entre dos concepciones extremas: una que concibe el morir por analogía con la desintegración de lo inorgánico y aplica esta desintegración a la muerte del hombre, y otra, en cambio, que concibe inclusive toda cesación por analogía con la muerte humana.

Una historia de las ideas acerca de la muerte supone, en nuestra opinión, un detallado análisis de las diversas concepciones del mundo —y no sólo de las filosofías— habidas en el curso del pensamiento humano. Además, supone un análisis de los problemas relativos al sentido de la vida y a la concepción de la inmortalidad, ya sea bajo la forma de su afirmación, o bien bajo el aspecto de su negación. En todos los casos, en efecto, resulta de ello una determinada idea de la muerte.

Ferrater Mora en su obra *El sentido de la muerte* (1949), afirma que hay una idea distinta del fenómeno de la cesación de acuerdo con ciertas últimas concepciones acerca de la naturaleza de la realidad. El atomismo materialista, el atomismo espiritualista, el estructuralismo materialista y el estructuralismo espiritualista defienden, en efecto, una diferente idea de la muerte. Ahora bien, ninguna de estas concepciones entiende la muerte en un sentido suficientemente amplio, justamente porque, a nuestro entender, la muerte se dice de muchas maneras (desde la cesación hasta la muerte humana), de tal modo que puede haber inclusive una forma de muerte específica para cada región de la realidad. La *analogía mortis* que con tal motivo se pone de relieve puede explicar por qué —para citar casos extremos— la concepción atomista materialista es capaz de entender el fenómeno de la cesación en lo inorgánico, pero no el proceso de la muerte humana, mientras que la concepción estructuralista espiritualista entiende bien el proceso de la muerte humana, pero no el fenómeno de la cesación en lo inorgánico.

No se trata, pues, de adoptar una determinada idea del sentido de la cesación en una determinada esfera de la realidad y aplicarla por extensión a todas las demás esferas (por ejemplo, de concebir la muerte principalmente como cesación en la naturaleza inorgánica y luego de aplicar este concepto a la realidad humana; o, a la inversa, de partir de la muerte humana y luego concebir todas las demás formas de cesación como especies, por acaso «inferiores», de la muerte humana).

Se trata más bien de ver de qué distintas maneras «cesan» varias formas de realidad y de intentar ver qué grados de «cesabilidad» hay en el continuo de la Naturaleza.

Posteriormente, Ferrater Mora (1962) En *El ser y la muerte: bosquejo de una filosofía integracionista*, formuló varias proposiciones relativas a la propiedad «ser mortal», donde la expresión ‘ser mortal’ resume cualquier modo de dejar de ser: «1) Ser real (o existir) es ser mortal o cesable; 2) Hay diversos grados de mortalidad (cesabilidad), desde la pura y simple terminación de la existencia hasta lo que se entiende por “muerte”; 3) La mortalidad (cesabilidad) mínima es la de las realidades inorgánicas; 4) La mortalidad (cesabilidad) máxima es la de los seres humanos; 5) Cada uno de los tipos, de ser incluidos en ‘la realidad’, es comprensible y analizable en virtud de su situación ontológica dentro de un conjunto determinado por dos tendencias contrapuestas y complementarias: una que va de “lo menos mortal” a “lo más mortal” y la tendencia que recorre la dirección inversa. Lo que se llama *muerte* es entendido aquí como un fenómeno, o una propiedad, que permite situar tipos de entidades en el citado continuo de la Naturaleza.

Se enfrentan, al respecto, dos grandes ontologías o «concepciones del mundo», que han batallado durante siglos sin que ninguna de ellas se haya impuesto definitivamente sobre la otra.

Una de esas ontologías, o «concepciones del mundo» ha recibido el nombre de «monismo». Sus partidarios han negado que «la realidad» («el mundo», «todo, lo que hay», o hasta «todo lo que pueda haber») se divida en compartimentos estancos, cada uno de ellos fundado en principios irreductibles. Por lo común, el monismo de referencia ha adoptado dos formas: la materialista y la espiritualista (o también la personalista).

En la otra ontología se ha defendido la completa mutua irreductibilidad de cualquier «capa», «esfera», «sector» o «nivel» de la realidad. Se han adoptado asimismo dos formas básicas: el dualismo (que puede ser de la materia y el espíritu, la extensión y el pensamiento, lo sobrenatural y lo natural, la Naturaleza y la cultura, el ser y el valor, etc.) y el pluralismo (que ha tratado de superar el dualismo aumentando, más bien reduciendo, el número de posibles esferas o niveles de lo real).

Como sucede a menudo con doctrinas de alcance muy vasto y, específicamente, con teorías o esquemas ontológicos, cada una de las indicadas puede apoyarse en sólidas razones, lo que quiere decir que se pueden armar convincentes argumentos contra las otras. Ahora bien, se adopta una teoría ontológica fundamental no porque sea irrefutable (si así fuese, sería *ipso facto* sospechosa), sino porque se espera que con ella sea más fácil orientarse en el conocimiento del mundo, a la vez que lo que vamos sabiendo del mundo por las ciencias y por la experiencia nos vaya confirmando la ontología elegida.

Ha sido común estudiar el problema de la muerte humana como cuestión filosófica. En la actualidad abundan los estudios biológicos, psicológicos, sociológicos, médicos, éticos, etc., (como estamos viendo en este enfoque multidisciplinar sobre la muerte), y se pueden consultar en la bibliografía numerosas referencias concretas a los modos como en distintas comunidades y en diferentes clases sociales se hace frente al hecho de que los seres humanos mueren. Estos estudios son importantes, porque ponen de manifiesto que la muerte humana es un fenómeno social, a la vez que un fenómeno natural. Por eso se tienen en cuenta no solamente los «moribundos» y los «fallecidos», sino también los sobrevivientes. La investigación realizada por Ferrater Mora atiende a la noción de «muerte» (o de «cesación») como noción general filosófica y no solamente como un fenómeno humano. En lo que toca al último se han contrapuesto dos tesis extremas: según una de ellas, la muerte es simple cesación; según la otra, la muerte es «la propia muerte», irreductible e intransferible. Estimamos, por nuestro lado, que la llamada «mera cesación» y la muerte «propiamente humana» funcionan a modo de conceptos-límites. De la muerte humana se puede decir que es «más propia» que otras formas de cesación, pero, a menos de cortar por completo la persona humana de sus raíces naturales, debe admitirse que tal propiedad no es nunca completa.

Junto a una investigación filosófica de la muerte, puede procederse a una descripción y análisis de las diversas ideas que se han tenido acerca de la muerte en el curso de la historia, y en particular en el curso de la historia de la filosofía.

Puede entonces examinarse la idea de la muerte en el naturalismo, en el estoicismo, en el platonismo, en el cristianismo, etc. También pueden estudiarse las diversas ideas de la muerte en diversos «círculos culturales» o en varios períodos históricos. En la mayor parte de los casos este estudio va ligado a un examen de las diversas ideas acerca de la supervivencia y la inmortalidad.

Para profundizar en el concepto de muerte que elabora uno de los filósofos que ya hemos mencionado, Martín Heidegger, consultamos su obra clásica de 1927, *Ser y tiempo* (2002) en donde desarrolla el marco de su analítica ontológica del ser humano al que denominó *Dasein*.

3.6.2. LA TEORÍA HEIDEGGERIANA DE LA MUERTE

Martin Heidegger, fue etiquetado de existencialista, término que fue rechazado por él mismo, ya que su interés no radicaba únicamente en la existencia del hombre y la reflexión de tipo metafísica que se hacía sobre este. Huaita (2006:46-54) realiza un análisis pormenorizado, en su tesis de licenciatura, de la obra publicada por Heidegger en el año 1927, *Ser y Tiempo*. En esta obra, Heidegger deja claro que el tema central de su filosofía es el ser. Gadamer (2002:23) opina que la pregunta que le estimulaba a Heidegger y que incluía todo el apremiante sentimiento con respecto a sí mismo era:

“...la más antigua y la primera de la metafísica, la pregunta por el ser, la pregunta de cómo esta existencia humana finita, caduca y consciente de su muerte, podía entenderse en su ser a pesar de su temporalidad y concretamente como un ser que no sólo es privación y carencia, un mero peregrinaje fugaz del morador de la tierra a través de esta vida hacia la participación en la eternidad de lo divino, sino como un ser experimentando aquello que distingue su ser humano”.

La pregunta por el ser va más allá de los límites de cualquier disciplina, por ello, desde la ontología, Heidegger desarrolla un estudio analítico del ser con categorías particulares. A este ser del hombre lo denominó *Dasein*, que es aquel que tiene la capacidad de conocer y comprender su propio ser, a quien le preocupa su propio ser.

En *Ser y tiempo*, Heidegger realiza una analítica del *Dasein*, el que existe en un mundo de cosas concretas, de entes y significaciones a las cuales se asimila.

En esta dinámica, en el modo del “poder ser”, es donde el *Dasein* se encuentra frente a una gran gama de posibilidades. El *Dasein* se encuentra en el mundo siempre como un ente que está proyectándose en sus propias posibilidades. El *Dasein* tendrá que realizarse como un proyecto encaminado hacia la posibilidad más irrespectiva de todas: la muerte. La muerte es el tema central de una parte fundamental de la investigación de Heidegger en *Ser y tiempo*.

Vattimo (1998:48) afirma sobre la reflexión Heideggeriana de la muerte:

“La muerte es la posibilidad más propia del Dasein: esto se puede ver atestiguado por el hecho de que todos mueren, es decir que esa posibilidad es coesencial al Dasein; pero la raíz del hecho empírico de que todos mueren es la circunstancia de que la muerte es la posibilidad más propia del Dasein en cuanto lo afecta en su mismo ser, en su esencia misma de proyecto, mientras que cualquier otra posibilidad se sitúa en el interior del proyecto mismo como su modo de determinarse”.

Heidegger presenta a la muerte como la radical posibilidad de la imposibilidad de existir, como lo constitutivo de la vida misma, aquello que lo define como finito. La muerte es la realidad que va junto al *Dasein* en el trayecto de su vida temporal y cuando se hace patente reduce a este al vacío. *“La muerte, como singular posibilidad del ser es en cuanto el Dasein lo asuma por sí mismo”* (Heidegger, 2002:261). Mas al enfrentarse al “no existir más” le es imposible al *Dasein* el aprehender cognoscitivamente la totalidad. Tampoco en el morir de los otros puede el *Dasein* experimentar el genuino sentido del morir; se puede conocer el “no existir más” del difunto, pero no saberlo en carne propia.

De lo anteriormente dicho, se desprende la idea expuesta por Tortorella cuando afirma (2003:104):

“Ahora la consecución por parte del “ser-ahí” de la totalidad mediante la muerte implica la pérdida del ser del “ahí”, es decir de la existencia. El “ser-ahí” está imposibilitado de expresar el pasaje al “no-ser-ahí-más”. Por este motivo, parece importante la muerte de los Otros que permitirán una visión “objetiva” del “ser-ahí” (...). Así la muerte aparece como el fin del ente en cuanto “ser-ahí” y el inicio de este ente como simple presencia. Pero esta interpretación es falaz, según Heidegger mismo, en cuanto el “difunto” continúa siendo objeto del “ocuparse en el sufrimiento y en el pensamiento de los que quedan”.

La muerte de los otros es el único fenómeno claro que sirve de base para establecer una analogía propia con esta, que también acaecerá en el *Dasein* pero no para comprender totalmente la experiencia de la muerte.

Sobre la totalidad en general, Heidegger, señala que el fin no significa consumarse. El no-todavía, como muerte posible del *Dasein*, es presentado por dos ejemplos que serán contrastados con la realidad del *Dasein*.

Una, es la luna en su fase de cuarto creciente, que todavía no se ha completado y se considera así porque la plenitud se refiere, en este caso, cuando ha llegado a ser luna llena, sin embargo está terminada en cuanto es una luna en cuarto creciente y como tal no requiere de nada más. Con el *Dasein* no podría decirse lo mismo ya que como proyecto es devenir, se está construyendo. El *Dasein* es en cuanto se va edificando este mismo y el no-todavía es constitutivo de su ser.

El segundo ejemplo contrastado, es el del fruto que va camino a la madurez. La inmadurez del fruto, que está en proceso de madurar, es un modo específico del ser del fruto, y la madurez se produce en el tiempo en que están realizadas todas sus posibilidades. En el *Dasein* el camino de su ser es el no-todavía y la muerte es una manera de ser del *Dasein*.

La muerte es la determinante de su fin, la absoluta imposibilidad de otra forma de existir después de esta. Esta situación límite requiere de una interpretación que no se circunscriba necesariamente a los conocimientos cotidianos.

La forma adecuada de interpretar el fenómeno de la muerte según Heidegger es en la manera en que el *Dasein* de relevancia al carácter de posibilidad, es decir que el *Dasein* “esté vuelto hacia el fin”, de manera que pueda revelársele la imposibilidad de la existencia y se le pueda abrir a sí mismo su peculiar y absoluta posibilidad: la muerte. A este modo del ser del *Dasein* ante la posibilidad, Heidegger lo llamó “anticiparse-a-sí”, que es la forma de vivir la posibilidad en cuanto tal y cuando acabe con la existencia. Pöggeler lo explica así (1986:64):

“El precursar a la muerte ahonda la posibilidad, que es el estar, hasta su último extremo: allí donde esa posibilidad fuera de toda medida; a saber, hasta la imposibilidad de cada existente como poder-ser determinado”.

Este adelantarse a la muerte es lo que le permite al *Dasein* comprenderse desde su posibilidad más propia, su condición de arrojado, poseedor de una existencia temporal y con un final, y a su vez se expone a una constante amenaza, esta es percibida por medio de la angustia.

Esta angustia es la que constituye al hombre, ya que hace que este se encuentre frente a sí mismo como un ser inmerso en un mundo de objetos sin significación, todo se volatiza, su mundo se trastorna y se presenta inconsistente. La angustia es la disposición que nos coloca a la escucha de la recurrencia del ser para captar su sentido. *“La angustia hace que el hombre pueda percibir su propia inseguridad, colocándolo en el borde oscuro del abismo del que provino, de la nada”* (Delp, 1942:71). El *Dasein* se encuentra ante el vacío y el sin sentido de la vida, su ser en el mundo se ve amenazado. Por medio de esta cercanía a la nada, producida por la angustia, es que se descubre entonces como un ser para-la-muerte.

Para Huaita (2006) esta angustia de la que habla Heidegger no es sinónimo de cobardía o miedo. Más bien en la angustia no hay un objeto específico que ocasione el temor. La angustia es la que le permite darse cuenta de que el *Dasein* es sentenciado a no poder ser más, que todo lo que le rodea desaparecerá. Esta disposición afectiva es para Heidegger una privilegiada revelación de libertad del ser, abierta a la experiencia fáctica de la muerte.

EXISTENCIA AUTENTICA

La gran revelación que se muestra al *Dasein* por medio de la angustia es la íntima relación de la contingencia de la propia existencia y de la muerte, como la más personal, individual e ineludible posibilidad de no poder existir más, pues ella coexiste con la vida.

Conociendo esta revelación, el *Dasein* tendrá que optar por el modo de hacerle frente a esta situación. Heidegger explica en su obra que, generalmente, el hombre huye de la angustia, que prefiere refugiarse en el mundo impersonal y tranquilizador de lo anónimo, del ser parte de la colectividad e integrarse a lo impuesto por “los demás”. Sobre esto, dice Russo (1963:150): *“El uno ha decidido el comportamiento ante la muerte: Ya el pensar en la muerte es considerado públicamente como cobarde temor, incertidumbre del Dasein y sombría huida del mundo. El uno no deja sobrevenir el coraje hacia la angustia ante la muerte”*.

Esta es la forma de existencia inauténtica donde el *Dasein* se camufla en ese mundo de significados correlacionados, que conforma la cotidianidad, donde rige la opinión pública y donde fenómenos como la muerte se hacen tan impersonales, como los acontecimientos de los que se participa externamente sin interiorizar la posibilidad de la propia muerte.

Se piensa de la muerte como algo que ocurrirá, como un mero acontecimiento, sin tomar en cuenta la verdadera relevancia de esta, ya que afecta a cada hombre. En la existencia inauténtica este tema tiene algo semejante a la opinión epicúrea que ya se ha mencionado, la preocupación de la muerte pierde importancia en una sociedad donde el beneplácito de los sentidos es la obligación más pronta. Se debe disfrutar de la vida mientras la muerte quede muy lejos de los sentidos.

Según Huaita (2006) Heidegger no está en contra de disfrutar la vida, pero para estar en completa libertad de disfrutarla, considera el autor que primero hay que entender y asumir nuestra propia muerte, de este modo no estaremos aislados de nuestro ser y nuestra existencia será auténtica. La toma de conciencia del papel que juega la muerte en la vida de cada uno de los hombres les permitirá liberarse de la inautenticidad en la que son envueltos a diario por el mundo circundante. Acerca del rol que desempeña la muerte en la vida del hombre, Ferrater Mora (1979:37) dice:

“En los seres humanos la muerte es ya un acontecimiento básicamente significativo; no sólo pone fin a su existencia, sino que también en gran parte la constituye (...). En la medida por los menos en que los seres humanos “tienen en cuenta” la posibilidad, y hasta la certidumbre, de su muerte, esta llega a ser un factor decisivo en la constitución de su vida”.

Si el existente acepta la posibilidad de la muerte sin darle un significado alterado, no encubriendo su esencia, su ser en el mundo alcanzará una forma auténtica; descubriendo a la muerte como constituyente de su ser y no como algo que viene de afuera para atacarlo. En la existencia auténtica el *Dasein* conquista la libertad de ser él propiamente, viviendo de cara a la muerte y siendo libre para la muerte.

CONCEPTO DE ANGUSTIA HEIDEGGERIANA

Como se ha podido ver en el análisis efectuado por Huaita (2006), Heidegger considera a la angustia como la disposición afectiva fundamental del *Dasein* donde este estado de zozobra e inquietud permite la ruptura con la existencia inauténtica y lo arranca de la protección que ofrece ésta por medio de la cotidianidad.

Heidegger es muy claro en indicar que la angustia no es equivalente al miedo, que es un estado de ánimo cualquiera que se experimenta hacia determinado ser mundano. La angustia se presenta como algo amenazador de la propia existencia, no tiene una razón específica y se manifiesta como si el mundo perdiese su sentido. Por la angustia el *Dasein* acepta que lo que lo rodea es insignificante, su condición es finita y es invitado a rescatarse del estar perdido en lo superfluo del mundo cotidiano. Pero no es tan simple aceptar esta invitación, ya que debe aceptar que él o ella ya no será más en el mundo con el que está familiarizado.

La vida auténtica que devela la angustia es aquella que hace al *Dasein* saber que su vida apunta a la nada y que es un ser para la muerte. Esta vida exige romper con la continuidad de la rutina en la que se ha sumido, por lo que tendrá que experimentar una afectividad especial, el miedo, que suele conducirlo hacia la huída de la angustia.

El quiebre de la continuidad que brinda la rutina en la que el hombre se sumerge, y en la que le es posible proyectar un futuro, dificulta que éste se permita renunciar a seguir capturando experiencias de vida, y por el contrario, deba admitir el cese de esta actitud de querer seguir expandiendo su existencia como afirma Kelemah (1998).

Este comportamiento emotivo ante una situación que no es placentera, si bien es cierto corresponde a la huída del *Dasein* para optar por la existencia inauténtica, se manifiesta porque el hombre es un ser susceptible a atemorizarse al ver perder todo a lo que estuvo acostumbrado e identificado, y lo que ha constituido el marco referencial de todo lo que conoce.

La alternativa de vivir la angustia es experimentar el desagrado y la incertidumbre al asumir esta pérdida y la de la vida propia, cuya aceptación, por supuesto, no se da de golpe, sino que el *Dasein* se propone enfrentar y reconocer, en este caso su ser para la muerte como componente estructural de su propio ser.

También ha de resaltarse que quien experimenta esta angustia la experimenta sin desvincularse completamente de los demás. En el caso de Heidegger, la manera de evadir la angustia es sumirse en la opinión pública, de este modo este hundimiento impedirá al *Dasein* enfrentarse a aquella amenaza que lo dejaría perdido y sin apoyo, como afirma Pérez Valera (1986).

En el plano heideggeriano, la angustia constituye la mejor vía de acceso hacia la estructura íntima de la propia existencia. La angustia revela al *Dasein* su posible aniquilamiento, la pérdida de su referencia, que es su mundo y al afrontarla la vida toma un mayor sentido, pues este sale del anonimato en el que se sumerge cotidianamente y se reconoce a sí mismo como un ser auténtico, a quien le pertenece su muerte, afirmando así su propio ser.

En la actualidad la propuesta de experimentar angustia es un reto casi impensable para el hombre. Vivir una situación de desasosiego en el proceso de una psicoterapia, al dejar al descubierto situaciones dolorosas, no se presenta como una alternativa muy atractiva, y menos aún reflexionar en la necesidad de hacer propia la existencia, aceptando la finitud de la misma, que es inminente que moriremos y que este será el principio que ha de regir nuestra vida.

Habrá que discernir nuestras acciones de las comunes, que nos alejan de la realidad de nuestra muerte, y entender que todo lo que se acumula desesperadamente basándose en una idea inconsciente de inmortalidad, es una manifestación de una vida enajenada e inauténtica.

El desafío de atravesar la senda de la angustia está planteado para todos los hombres que quieran capturar su propio sentido del ser. La llamada es constante a través de los tiempos, y resuena con mucha más intensidad, pues el mundo globalizado hace esfuerzos inconmensurables para acallarla, la respuesta la tendremos sólo nosotros.

Podemos concluir resumiendo algunas de las ideas claves expuestas por Heidegger en Huaita (2006:61-62):

- ✓ Para él, la muerte es constitutiva del *Dasein*, nos demuestra que la muerte está acuñada en el hombre y que cada día se va muriendo un poco. Presenta al *Dasein* sumido en el mundo de lo cotidiano, que es el que rige su actuar, en tanto que se deja llevar por las determinaciones del “uno”. De este modo está aislado, despersonalizado y alejado de la reflexión sobre su existencia. El *Dasein* inauténtico se presenta como un existente que puede afirmar que “otros mueren” pero no considera su condición finita.
- ✓ La angustia para Heidegger es una disposición afectiva, caracterizada por un estado de desazón, de pérdida de orientación emocional, pues se pierde la familiaridad con el mundo que siempre lo había acogido y que ahora carece de sentido. Esta angustia coloca al *Dasein* frente a su posibilidad más personal e irrestricta: la propia muerte. Es decir, por la angustia el *Dasein* se experimenta como un ser para la muerte.
- ✓ Análogamente a lo que Heidegger llamaría “la dictadura del uno”, el hombre busca aliarse a la masa enajenante, sumergirse en la ambigüedad alienante que le brinde los medios para no darse por enterado de la muerte de los demás, o tomarlo a duras penas, muy a la ligera, pues estas le recuerdan su calidad de ser finito.

3.6.3. VIKTOR FRANKL Y LA PREGUNTA POR EL SENTIDO DE LA VIDA

Cuando hacemos la pregunta por la muerte, según las tesis de los filósofos, encontramos múltiples posibilidades para hallar respuestas, ya que la filosofía nos permite confrontar lo que otras disciplinas propongan sobre el tema.

Esta búsqueda no deja de ser una actitud necesaria de reencuentro con la propia muerte, habitante silencioso e interno de nuestra existencia; es la actitud particular de todo hombre que quiere ir al encuentro del por qué de la muerte y el significado que pueda tener para su propia vida, y halla en la filosofía la vía adecuada para embarcarse en esta empresa, ya que ella abarca la experiencia humana total (Favarger, Gabus, y Chaerer, 1964:128).

LA PREGUNTA POR EL SENTIDO DE LA VIDA

¿Dónde puede expresarse hoy la cuestión del sentido? ¿Dónde encuentra su respuesta? Cualquier hombre confrontado con la inminencia de su muerte o con la presencia de la muerte en personas cercanas puede verse llevado a hacerse preguntas este tipo de preguntas (¿cuál es el sentido de mi vida?, ¿hay una trascendencia?, ¿cuál es el devenir de mi ser?).

Pensar en el sentido de la vida es pensar en la pregunta fundamental de la existencia humana. Ésta es la única pregunta que el ser humano no puede eludir. Ir hacia la búsqueda de sentido supone interrogarse sobre el propio proyecto y los ideales más íntimos y sublimes. El sentido es todo aquello que es significativo e importante para la persona en cada situación particular de su vida. El sentido nos sitúa en el mundo y nos permite saber en qué dirección andamos. También es lo que convierte todo en no-absurdo, no-vacío, no-estéril. La tarea más decisiva del hecho educativo consiste en ayudar al educando a descubrir el sentido de su vida, la razón de ser de su existencia.

Según Viktor Frankl, creador de la logoterapia, Catedrático de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de Viena, y prisionero en un campo de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial, el sentido no viene dado, pero tampoco se inventa.

Se descubre; de esta afirmación él tiene una convicción muy íntima y razonada, forjada a lo largo de una vida dotada de un sentido muy especial. Antes que cualquier otra cosa, las personas tenemos necesidad de sentido porque encontrarlo supone saber la razón de nuestra existencia. Incluso las personas que dicen que la vida no tiene ningún sentido, en el fondo buscan el significado de lo que están negando. La utilidad de la vida, decía Montaigne, no consiste en la duración sino en el uso: algunos han vivido durante mucho tiempo y han vivido poco.

Todo el mundo está de acuerdo en que necesita algo que lo empuje a vivir. Sin duda, la potenciación de este deseo de sentido puede ayudar al hombre de hoy a superar el vacío existencial y que se manifiesta sobre todo a través del aburrimiento, el absurdo, la apatía.

Una vez que la ciencia haya resuelto la mayoría de los problemas relativos al cómo de la realidad, quedará todavía por solucionar la cuestión del porqué último de todo. Y, una vez que aquella haya vencido las dificultades relacionadas con el dominio de la humanidad sobre la naturaleza, quedarán todavía sin respuesta los grandes interrogantes: ¿para qué vivir?, ¿qué sentido tiene todo?, ¿cómo dar sentido a mi vida?, ¿por qué tengo que morir?, ¿qué sentido tiene el sufrimiento?... Todas estas preguntas y otras similares trascienden el ámbito del conocimiento científico y apuntan hacia otros horizontes más íntimos y vivenciales.

Compartimos con Frankl (1979, 2002) su reflexión cuando nos dice que lo que realmente hay que hacer es pensar si la vida espera algo de nosotros, y no si nosotros esperamos algo de la vida. Vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta concreta a los problemas que se nos plantean, y llevar a cabo las tareas que la vida nos adjudica constantemente. Estas tareas son distintas de una persona a otra, de una época a otra y, por tanto, no se puede definir el sentido de la vida en términos generales. Vida, no es algo abstracto y difuso, sino algo real y concreto, que configura el destino y los ideales de cada persona, única e irrepetible.

Por su existencia, el ser humano es sobre todo “temporalidad”. Ligada a la temporalidad aparece la categoría de “anticipación” que Frankl tomará de Heidegger, pero le añade una dimensión carente en Heidegger: a saber, la relación con la educación. Así (Mèlich, 1994:97):

“Según Heidegger, el hombre se anticipa a sí mismo. Nosotros constatamos un estado de cosas similar al hablar de la vida como su propio sentido y al sostener que esa vida cuyo sentido “es” es la vida fáctica. Aplicando esto al ser humano, el hombre como debe ser “anticipa” al hombre como es. De ese modo ese “anticiparse” es la condición de toda posibilidad, de toda variabilidad: de toda autodeterminación, autoconfiguración y autoeducación”.

Para Frankl (2002), al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: La última de las libertades humanas –la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino- para decidir su propio camino. Y allí (se refiere al campo de concentración en el que estuvo preso durante la 2ª Guerra Mundial), siempre se presentaban ocasiones para elegir. A diario, a cualquier hora, se ofrecía la oportunidad de tomar una decisión; una decisión que determinaba si uno se sometería o no a las fuerzas que amenazaban con robarle el último resquicio de su personalidad: la libertad interior.

En conclusión, cada hombre, aún bajo unas condiciones tan trágicas, guarda la libertad interior de decidir quién quiere ser –espiritual y mentalmente-, porque incluso en esas circunstancias es capaz de conservar la dignidad de seguir sintiendo como un ser humano.

El talante con el que un hombre acepta su ineludible destino y todo el sufrimiento que le acompaña, la forma en que carga con su cruz, le ofrece una singular oportunidad –incluso bajo las circunstancias más adversas- para dotar a su vida de un sentido más profundo. Aún en esas circunstancias se le permite conservar su valor, su dignidad, su generosidad. En cambio, si se zambulle en la amarga lucha por la supervivencia, es capaz de olvidar su humana dignidad y se comporta poco más que como lo haría un animal, igual que nos recuerda la psicología de los internados en un campo de concentración.

El vocablo latino *finis* posee dos significados: final de un proceso y meta a alcanzar. El hombre, incapaz de vislumbrar el fin de su “existencia provisional”, tampoco puede orientarse hacia un objetivo o una meta vital. A diferencia de la psicología del hombre normal, al prisionero no le urgía el futuro para sus conductas en el presente. Por consiguiente, se modificaba la estructura y los dinamismos de su psicología. Surgían otros signos de decadencia o desfallecimiento interior, que también conocemos en otras facetas de la vida.

Lo que de verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud frente a la vida. Debemos aprender por nosotros mismos, y también enseñar a hombres y mujeres desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino que la vida espere algo de nosotros. Dejemos de interrogarnos sobre el sentido de la vida y, en cambio, pensemos en lo que la existencia nos reclama continua e incesantemente. Y respondamos no con palabras, ni con meditaciones, sino con el valor y la conducta recta y adecuada. *“En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a las cuestiones que la existencia nos plantea, cumplir con las obligaciones que la vida nos asigna a cada uno en cada instante particular”*. (Frankl, 2002).

Esas obligaciones y esas tareas, y consecuentemente el sentido de la vida, difieren de una persona a otra, de un momento a otro, de forma y manera que resulta imposible definir el sentido de la vida en términos abstractos. Jamás se podrá responder a las preguntas sobre el sentido de la vida con afirmaciones absolutas. «Vida» como ya hemos expresado anteriormente, no significa algo vago o indeterminado, sino algo real y concreto, que conforma el destino de cada hombre, un destino distinto y único en cada caso singular. Ningún hombre ni ningún destino pueden compararse a otro hombre o a otro destino. De esta forma, el hombre no se limita a “ser”, sino a decidir lo que quiere ser, y en tal decisión radica la cuestión del sentido, y en concreto el sentido del sufrimiento.

Para Frankl (2002) los hechos que parecen robarle sentido a la vida incluyen no sólo el sufrimiento o la angustia, sino también la muerte. El único aspecto verdaderamente transitorio de la vida es lo que en ella hay de potencial. La transitoriedad de nuestra existencia en modo alguno la vuelve carente de sentido.

Y todo lo anteriormente expuesto tiene una relación directa con la educación, ya que el ser humano es devenir y, por lo tanto, es educación. Podemos observar en Frankl la referencia constante al hombre. Y sabemos que la antropología frankliana tiene referentes en los siguientes autores: Kierkegaard, Bergson, Husserl, Scheler y por supuesto Heidegger del que ya hemos hecho una referencia directa en el apartado anterior.

Según Frankl el hombre tiene cuerpo y alma (biología y sociedad), pero es espíritu. Es la diferencia entre el “tener” y el “ser”. Desde el punto de vista de la educación la diferencia anterior resulta importante. La acción educativa no puede limitarse a incidir en el ser humano en el ámbito del tener (conocimientos, actitudes, hábitos, habilidades...) sino también y principalmente en el “ser”, en la construcción del “espíritu”, porque solamente por éste somos únicos e irrepetibles. El ser humano es “educación permanente”, y solamente la muerte puede significar el fin de la educación (Frankl, 2003).

Llegados a este punto es importante introducir la cuestión de los valores como un nuevo elemento básico en el edificio de la existencia y, por lo mismo, en la educación. La búsqueda del sentido es la realización de los valores, y en la medida en que tales valores son asumidos por el hombre, es autorrealización. El sentido puede encontrarse, pero nunca darse, ni inventarse; y para que podamos realizarnos como existencia es fundamental encontrar el sentido. Este es el imperativo vital y pedagógico derivado hipotéticamente de la antropología de Frankl.

La logoterapia –entendida no solamente como método terapéutico sino como práctica educativa- se concreta en un deber: ayudar al otro a encontrar el sentido, su sentido de la existencia.

“Dar” sentido sería equivalente a “moralizar”, y nada está más lejos de la propuesta de Frankl. El educador no puede imponer el sentido, su sentido, al educando, sino que es éste el que está obligado a descubrirlo.

La ética de Frankl, entonces, está ligada a la conciencia y a los valores. En consecuencia, la moral debe ser ontologizada, existencializada y fenomenologizada. De la misma forma que la cuestión del sentido, la moral –estrictamente ligada a aquella- no puede ser, en tanto que contenido, objeto de educación. Los valores, de esta forma, constituyen el contenido del sentido de la existencia. El educador solamente puede ofrecer el ejemplo de lo que es. Es la posición del educador existencial frente al intelectual. De entre todos los valores, Frankl destaca uno por encima de los demás: la responsabilidad.

Es ante la muerte, ante la finitud de la temporalidad, que Frankl anda convencido de que es necesario hacer una llamada a la responsabilidad (Mèlich, 1994:100): *“Educar, es ser responsable, autorresponsable. Lo común en la naturaleza humana es precisamente todo lo contrario: eludir la responsabilidad, precisamente porque ésta es motivo de angustia, de vértigo”*.

Con el valor de la responsabilidad, Frankl cierra su círculo hermenéutico: el ser humano va a la búsqueda de sentido. La voluntad de sentido nos lleva a los valores y éstos a la responsabilidad. La responsabilidad es la finalidad educativa básica, y Frankl lo ha mostrado insistentemente en sus obras (1994, 2003).

La libertad no tiene razón de ser al margen de la responsabilidad. La libertad, escribe Frankl, es el aspecto negativo; el positivo es la responsabilidad. El siguiente texto de Frankl (2002:126) es lo suficientemente explícito en este sentido:

“La libertad, no obstante, no es la última palabra. La libertad sólo es una parte de la historia y la mitad de la verdad. La libertad no es más que el aspecto negativo de cualquier fenómeno, cuyo aspecto positivo es la responsabilidad. De hecho, la libertad corre el peligro de degenerar en nueva arbitrariedad a no ser que viva con responsabilidad. Por eso yo recomiendo que la estatua de la Libertad de la costa este de EE.UU. se complemente con la estatua de la Responsabilidad en la costa oeste”.

Cada momento de la vida humana anda lleno de “exigencia”. Para Frankl es de enorme importancia que maestros, profesoras, madres, padres y pedagogos, entiendan que educar no solamente es transmitir conocimientos, sino también refinar la conciencia para que el hombre sea capaz de escuchar en cada situación la exigencia que contiene.

En la obra frankliana, uno de los aspectos más significativos es la cuestión de la búsqueda de sentido ante las “situaciones-límite”, en especial ante el sufrimiento y la muerte. Para Mèlich *“Situación-límite es aquella situación definitiva, en especial ante el sufrimiento y la muerte”* (1994:101). Todos, tarde o temprano, nos hallaremos en una situación-límite. Sin embargo, la aportación de Frankl consiste en proponer, no una “superación” del límite, sino un cambio de actitud. Un cambio de actitud tal sólo lo puede proporcionar el sentido de la vida.

Frankl pone en relación el sentido de la muerte y la finitud del tiempo. La muerte da sentido al tiempo, al presente. Sin la presencia de la finitud, de la conciencia del límite, el presente no posee sentido en sí mismo. Veamos como lo explica Frankl (2003:163):

“... ¿qué ocurriría si nuestra vida no fuese finita en el tiempo, sino temporalmente ilimitada? Si el hombre fuese inmortal, podría con razón demorar cada uno de sus actos hasta lo infinito, no tendría el menor interés en realizarlos precisamente ahora, podría dejarlos perfectamente para mañana o pasado mañana, para dentro de un año o de diez. (...) Por tanto, la finitud, la temporalidad, no es una característica esencial de la vida humana, sino que es, además, un factor constitutivo del sentido mismo de la vida. El sentido de la existencia humana se basa precisamente en su carácter irreversible”.

El sentido de la muerte y del sufrimiento se puede descubrir desde el punto de vista de los *valores de actitud*. La vida del hombre, desde esta óptica, no solamente tiene sentido a través de la creación o del placer, aunque tanto la primera como lo segundo sean importantísimos, sino también a través del sufrimiento y la muerte.

La importancia de la logoterapia para la educación escolar se observa desde el momento en que decidimos que todo maestro debería ser, de algún modo, “logoterapeuta” (Mèlich, 1994:103). El problema del sufrimiento y la muerte es grave para todos, puesto que sabemos que vamos a sufrir y a morir, o, en otras palabras, que vivimos o viviremos en situación-límite.

En la vida cotidiana el saber acerca de la muerte y el hecho mismo de morir no nos afecta solamente en tanto que sujetos “solipsistas”, sino en cuanto establecemos relaciones con los demás, y éstos nos importan, representan algo para nosotros. Es ahora cuando el sufrimiento y la muerte cobran todavía, si cabe, mayor gravedad. La muerte del otro, del otro-cómplice, resulta mucho más grave que mi propia muerte, y éste quizás es un aspecto que encontramos a faltar en la obra de Víctor Frankl. En el apartado de aspectos psicológicos ya tratamos este tema, el que probablemente es el mayor problema de la filosofía y de la vida: la muerte del otro. Basta simplemente, para terminar, recordar una vez más las palabras de Emmanuel Lévinas (Mèlich, 1994:103): *Nos encontramos frente a la muerte de los demás.*

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.7. Aspectos éticos sobre la muerte

Tabla de contenido

3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	463
3.7.1. INTRODUCCIÓN	463
3.7.2. LA EUTANASIA Y EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD	467
3.7.2.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	467
3.7.2.2. REFLEXIÓN ÉTICA SOBRE LA EUTANASIA	476
3.7.2.3. EL PROBLEMA LEGAL DE LA EUTANASIA	477
3.7.2.4. PROS Y CONTRAS DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	481
3.7.2.5. ATENCIONES BÁSICAS PARA UNA MUERTE DIGNA.....	484
3.7.2.6. EL TESTAMENTO VITAL.....	488

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

3.7.1. INTRODUCCIÓN

Una rápida revisión de las publicaciones sobre el tema de la muerte desde una perspectiva ética permite comprobar que estas se centran, en su inmensa mayoría, en los dilemas sobre el final de la vida: la eutanasia, la «muerte digna», la retirada de tratamientos más o menos fútiles, la ética del cuidado a los moribundos, y un largo etcétera. Como comenta Alarcos (en Bermejo, 2003:113): *“En pocas ocasiones se plantea el tema de las consecuencias éticas de la muerte. Dicho con otras palabras, la muerte del otro, manifestación anticipada de la nuestra, ética y existencialmente nos interpela poco”*.

Sin embargo, cuando somos capaces de preguntar y de responder éticamente ante nosotros mismos y ante los demás damos sentido a la historia personal y colectiva. Aquí el término sentido abarca dos modos de entenderlo: como significado y como orientación o dirección. Habría que decir que la primera consecuencia ética de la muerte es la urgencia en la apropiación de la historia personal y colectiva para dotada de sentido. No podemos vivir humanamente sin una dirección y sin dotar de significado lo que realizamos en la existencia (Alarcos, 2003).

La muerte nos sitúa ante la historia entendiéndola como dinamismo moral. Si la vida personal es finita, los sistemas que el hombre construye también lo son y han de ir transformándose en función de una mayor dignidad vital para todos y cada uno de los seres humanos. La consecuencia ética de la muerte ha de pasar por la búsqueda constante de una realidad humana y social mejor, pues, como dirá Zubiri, nadie tiene ningún empeño especial en mantener las estructuras, de las cuales vive, justamente, en un presente; podrá en un futuro cambiarlas, podrá arrojarlas por la ventana, pero ello será siempre operando sobre las posibilidades que ha recibido. La historia está abierta a un tipo de mundo distinto. Una ética abierta a la historia pasada, presente y futura puede otorgar valor y sentido a la vida de los que permanecen tras la contemplación de la muerte.

Como diría Gadamer (2002), “en realidad no es la historia la que nos pertenece, sino que somos nosotros los que pertenecemos a ella”. Es más, no podemos escapar de ella como no podemos escapar de la muerte.

La experiencia cercana de la muerte provoca, como ha mostrado Cobo Medina (2004), una auténtica revolución vital. Si la tendencia vital es la conservación, la seguridad y estabilidad, con la conciencia de la finitud próxima se produce una desinstalación y una urgencia de enderezamiento personal afectando tres dimensiones:

* *El yo profundo*: Aquella persona que es capaz de madurar con la muerte vira hacia distintas actitudes de intransigencia. Es más intransigente o impaciente con la banalidad y la tontería (o se desconecta de ellas, no haciendo caso, replegándose hacia adentro). Pero, al mismo tiempo, muestra mayor benevolencia en otros aspectos.

Para aquel que madura con la vivencia de la muerte, es sustancial la modificación en su percepción y vivencia del tiempo. Sopesa de otro modo cómo aprovecharlo, en qué emplearlo. Ya no predomina en él una aprehensión del mismo en términos de duración. Otro cambio madurativo notable consiste en la disminución o desaparición de antiguos miedos y ansiedades de diversa índole, que antes les condicionaban como personas. Y es que, cuando se impone una dura realidad (y la muerte es la más dura de todas), el resto empequeñece o palidece alrededor comparativamente. Dejan de tener importancia hechos que antes agobiaban o hacían perder la calma.

* *El mundo de las cosas*: La transformación valorativa de la conciencia que madura desde la finitud tiende a proyectarse y concretarse en las cosas. Sobre todo, se manifiesta en el modo sensorial o sensitivo con que se perciben objetos, sustancias, ambientes, personas. Aspectos que antes pasaban inadvertidos, sin importancia, o se captaban con una burda voracidad y velocidad, sin paladeo, ahora recobran una gran intensidad.

Es el tiempo de los detalles. Se pasa de la valoración global a la valoración del pormenor. El detalle ilumina de manera insólita lo global. Se toma aguzada cuenta de que para vivir hacen falta en realidad muy pocas cosas materiales, y para vivir bien, sólo algunas más.

Algo muy especial surge en muchas de estas personas: una atracción desconocida por la naturaleza, un enamoramiento, un amor insólito y solitario por la tierra, una observación amorosa y extasiada del cielo, las plantas, los árboles, las aves, las aguas, el color, el aire, las montañas, las nubes ... La naturaleza se convierte en el símbolo más directo de la vida. Es un humanismo que no se dirige ya a otros seres humanos, sino que se basa en el amor del hombre a la naturaleza; es un humanismo ecológico.

* *Las relaciones humanas y sociales:* Se procura selectivamente el trato con gente positiva, que le quiera y a la que quiera de verdad, desentendiéndose de los afectos forzados o de los que se suponen -sin fundamento- que se deben sentir en los obligados «lazos de sangre». Se es más paciente, generoso y sereno con los seres que ama, cuando antes parece que se esforzaba más en ser considerado y tratar amablemente con gente que realmente no estaba en su corazón, que sólo le importaba materialmente. Se tienen menos prevenciones y rodeos defensivos en el trato humano y social en general; es más directo en los temas y más natural en las expresiones. Está menos preocupado por quedar bien con todos.

Al mismo tiempo, es más precavido y reservado en ciertos aspectos privados o íntimos, porque se respeta más. Le resulta indiferente la opinión de aquellos que no le interesan, o se desconecta fácilmente si no le es posible de momento liberarse físicamente de la presencia indeseable. No se deja manipular ni enredar. No va corriendo de un lado para otro para convencer a nadie de algo de lo que él no está convencido, no compra voluntades ni se «vende» para conseguir cosas como antes. No se llena de compromisos. Ya no mide la autoestima profesional en función de la abultada cantidad de citas en la agenda ni en el hecho de que el teléfono suene constantemente requiriéndolo. No sólo no le importa mostrarse disponible en el momento (antes, esto habría significado tener poca importancia), sino que le gusta estarlo, en cuestiones de interés humano y, sobre todo, cuando tiene ganas de ver a alguien, sin esperar una o dos semanas para encontrar un hueco (porque para entonces acaso su hueco sea otro), o quizá ya no se encuentre tan bien o la cita afectiva o amistosa haya perdido su aire, su gracia, su motivación inmediata.

Nadie que de verdad sienta de cerca la muerte del otro queda indiferente. Las cuestiones sobre uno mismo salen, junto a las del ausente, como borbotones ocultos en el devenir vital. Pensar en el que ha muerto como parte del pasado va paralelo a pensar la vida presente.

Pasado y presente se unen formando un entramado de memoria actualizada que, al ser pensada y reflexionada, puede convertirse en un momento de extraordinario crecimiento y madurez personal. Este es uno de los mecanismos más curiosos que tenemos los seres humanos para madurar éticamente. La experiencia acumulada y el recuerdo de los que han precedido y acompañado la existencia nos sitúa en un nivel de aprendizaje al que debemos nuestro propio ser. Olvidar que nadie inicia su historia personal desde cero, sino que se incorpora a una historia en construcción, y que el final de su ser será punto de partida en la construcción de otras existencias personales, lleva implícita una profunda carga ética.

Vivir cuanto se pueda, desde la muerte, aporta una triple enseñanza:

- En primer lugar, ayuda al hombre a valorar lo que tiene. El ciego reconoce y agradece la vista más que cualquiera de los que están dotados de ella. El sordo añora y ensalza la audición. Quien piensa en la muerte se recrea y se reconoce en todo lo que significa la vida.

- En segundo lugar, reflexionar sobre la muerte nos permite alejar preocupaciones y deseos triviales. En este sentido, resulta relevante una cita de Epicteto, uno de los epicúreos del siglo I d.C, que textualmente escribía lo siguiente: «La muerte, el destierro y las demás cosas que nos inspiran terror, debemos tenerlas a diario presentes: principalmente la muerte. De este modo, nunca tendrás malos pensamientos y, mucho menos, ambiciones excesivas».

- Por último, y en tercer lugar, no cabe ninguna duda de que el hábito de contemplar la muerte como posibilidad intrínseca de nuestra existencia nos denuncia que dicha existencia no puede posponerse y que no cabe dejar las cosas para llevarlas a cabo más adelante.

Hay que vivir con compromiso el presente, porque no tenemos garantías de que en el futuro podamos desarrollar aquello que ahora ignoramos o dejamos de lado. Si hasta ahora los seres humanos hemos de responder de lo que hacemos en el presente o de lo que hicimos en el pasado, en este momento, y por primera vez en la historia, el hombre debe tener un concepto de responsabilidad inclusivo del futuro en sus actuaciones.

Todos sabemos que una parte fundamental de la ética es la responsabilidad, como ya vimos en el apartado anterior con Frankl. Hemos de responder de nuestras elecciones. Pero aún seguimos manteniendo un concepto de responsabilidad desde las categorías del pasado (responder de lo que he hecho) y del presente (responder de lo que estoy haciendo en este momento). Si hasta ahora el pasado y el presente constituían elementos esenciales de la responsabilidad, pues las consecuencias de nuestras decisiones se notaban o tenían repercusiones inmediatamente, hoy la cuestión hay que ampliarla. Las consecuencias de nuestras decisiones van a padecerlas: generaciones con las que nosotros no vamos a convivir. Las van a sufrir generaciones virtuales que aún no están.

La conciencia de la finitud lleva implícita una ética que trasciende los límites espacio-temporales. Anticipando e incorporando a los virtuales estaríamos corrigiendo el modelo globalizador actual -que entiende la justicia en sentido generalista- provocador de víctimas en el presente y en el futuro.

3.7.2. LA EUTANASIA Y EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

3.7.2.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La palabra eutanasia procede del griego. El prefijo “*eu*” significa “buena” y “*thanatos*” significa “muerte”. Sin embargo, con Francis Bacon, la palabra eutanasia pierde, en parte, su sentido etimológico y comienza a significar la acción médica por la que se acelera el proceso de muerte de un enfermo terminal o se le quita la vida.

Hay un aspecto específico en lo que se entiende por eutanasia: que el enfermo se encuentre próximo a su muerte. Esta proximidad a la muerte es lo que distinguiría la eutanasia del homicidio o del suicidio. Aunque encontramos situaciones de difícil delimitación, ya que los casos que presenta la realidad humana son más complejos y ricos que los conceptos con los que pretendemos delimitar esa realidad (Gafo, 1994: 94).

La definición de eutanasia que proporciona la asociación española Derecho a Morir Dignamente es la siguiente: *“Acción u omisión destinada a provocar la muerte de un enfermo, debidamente informado de su estado y pronóstico, a petición libre y voluntaria de éste, y con el fin de evitarle sufrimientos que le resultan insoportables.”*

Por su parte, de acuerdo con el Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (Bayés, 2001:158): *“Sólo existe un tipo de eutanasia y consiste en una intervención activa y directa para provocar a un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos y en fase terminal, la muerte que pide libre, reiterada y razonablemente”.*

Este comité no considera eutanasia las erróneamente denominadas: *Eutanasia activa indirecta*, que consiste en administrar a un paciente terminal un tratamiento contra el dolor insufrible aún a costa de adelantarle la muerte. *Eutanasia pasiva*, mediante la cual se deja de aplicar al enfermo un tratamiento artificial e innecesario que podría conducir al encarnizamiento. El comité considera estos métodos como variables opcionales de la atención médica.

Aunque esta delimitación conceptual no ha sido tan clara a lo largo del tiempo, ya que desde los siglos XVI-XVII, se comienza a distinguir entre eutanasia activa y pasiva. En el primer caso, se trata de la puesta en práctica de una acción médica positiva con la que se acelera la muerte de un enfermo o se pone término a su vida. Por el contrario, en el caso de la eutanasia negativa no se produce una acción positiva, sino que lo que sucede es que no se aplica una terapia o una acción que podría prolongar la vida del enfermo. Lo característico de la *eutanasia pasiva negativa* sería la omisión, la no-aplicación de una terapia disponible y que podría prolongar la vida del paciente. La situación es, sin embargo, más complicada todavía.

Hay otra pareja de conceptos muy importantes en la discusión sobre la eutanasia. La de los medios ordinarios y extraordinarios. Esa distinción es antigua. La omisión de la aplicación de los medios extraordinarios en un enfermo próximo a la muerte podría calificarse como una admisible eutanasia pasiva. Por el contrario, si lo que se omitía eran los medios ordinarios, estaríamos ante algo de lo que no se le puede privar. La distinción entre medios ordinarios y extraordinarios es, a primera vista, clarificadora. Pero es una distinción que puede quedarse en un mero nombre, ya que suscita el debate de qué es lo ordinario y qué lo extraordinario.

Gafo (1994) llega a la conclusión de que la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, que sigue manteniendo su vigencia y su papel clarificador, debe afrontarse desde una perspectiva más amplia. No sólo debe tener en cuenta las características en sí de la terapia utilizada, sino que además debe referirse a la situación del enfermo, a las implicaciones sociales y familiares que están presentes en tales casos.

Son bastantes los autores que consideran que deberían corregirse los términos utilizados al tratar de la eutanasia, para evitar las ambigüedades existentes. Es verdad que los calificativos de activa-pasiva, directa-indirecta sirven para diferenciar distintas situaciones en relación con la eutanasia, pero a muchos investigadores les parece acertado que todas estas situaciones queden englobadas dentro del término común de eutanasia. En un intento de clarificar los términos, ha surgido un neologismo, una palabra nueva, tomada también del griego: *distanasia*.

El prefijo griego “dis”, tendría sentido de “deformación del proceso de muerte”, de prolongación, de retraso innecesario. Por tanto, la palabra *distanasia* significaría la prolongación exagerada del proceso de muerte de un paciente, y estaría próxima a la de encarnizamiento terapéutico, porque proporciona una muerte cruel al enfermo.

También se ha hablado de *adistanasia*, en la que el prefijo “a” tiene un sentido privativo, negativo. La *adistanasia* sería la no-prolongación irrazonable del proceso de muerte de un paciente, consistiendo en el abandono de las técnicas necesarias para mantener las constantes biológicas de un enfermo que ya ha perdido definitivamente su condición humana, como sería el caso de los individuos que han caído en un cese irreversible de toda función cerebral.

Según López Azpitarte, (1990: 224): *“La mayoría de los autores y la doctrina de la iglesia condena cualquier tipo de eutanasia en sentido estricto, pero no obliga a la distanasia en todas las situaciones, y permite, por tanto, el abandono de toda técnica desproporcionada o que ya no tenga ninguna justificación”*.

El hombre puede y debe vivir su propia muerte, en el mejor ambiente posible y rodeado de aquellas circunstancias necesarias para convertirla en un acontecimiento digno y personal. Ello requiere conservar lo más posible la lucidez y la conciencia de este acontecimiento, sentirse más que nunca acompañado por el calor del cariño de amigos y familiares, evitar esfuerzos y molestias que no tendrán apenas eficacia y que sólo servirán para impedir la paz y tranquilidad deseables en esos momentos. No es nada agradable, según testimonios de los propios enfermos, morir rodeado de tubos y aparatos, en un ambiente de aislamiento y soledad, para robarle unos días la muerte, pero haciéndola cada vez más cruel y dolorosa.

La deshumanización de este suceso ha sido consecuencia, en gran parte, del mismo progreso técnico. Se ha acuñado otro nuevo término, el de *ortotanasia*, que ha sido utilizado por la misma Iglesia Católica. El prefijo griego “orto”, daría el sentido de “muerte correcta”. *Ortotanasia* tiene el sentido de la muerte “a su tiempo”, sin abreviaciones tajantes y sin prolongaciones desproporcionadas del proceso de morir. Para Gafo (1994: 100):

“Tal ortotanasia se diferencia de la eutanasia, en la nueva terminología que proponemos, en el sentido de que no pretende poner término a la vida de un paciente. El médico no tiene la intención de acabar rápidamente con la vida del enfermo, aunque determinados calmantes pudiesen tener la consecuencia de una mediación de subsistencia. Al mismo tiempo, la ortotanasia es sensible a algo que debe estar muy presente en la actuación del médico ante un paciente terminal: el interés por humanizar su proceso de muerte, por aliviar sus dolores, por no incurrir en abusivas prolongaciones de subsistencia por la aplicación de medios extraordinarios o, mejor, desproporcionados”

Reservaremos, por tanto, la palabra *eutanasia* a la acción médica que tiene como consecuencia primera y primaria la supresión de la vida del enfermo próxima la muerte, y que así lo solicita. Habrá que afirmar indiscutiblemente que la intención del que la práctica o del que la exija se centra también en el alivio de los dolores físicos o psicológicos.

Pero el acto médico se realiza con la intención de suprimir la vida del enfermo, y éste es el efecto que se pretende. Naturalmente, siguen estando vigentes ciertas situaciones intermedias. Pero en cualquier caso, es relevante desde el punto de vista humano y ético la distinción basada en la intención del médico. Aunque el efecto pudiese ser el mismo en ambos casos, -el fin de la vida del paciente-, no es la misma intención del que pretende poner término a la vida y la del que busca básicamente aliviar los dolores del enfermo.

La eutanasia cubre un amplio espectro de situaciones tanto del individuo como de la sociedad. Y un factor más a tener en cuenta es que el tema baja desde la cátedra o del plano meramente especulativo de los principios hasta la calle. Es un problema que preocupa a toda la población y que adopta una actitud de rechazo o de aceptación. Algunos ejemplos de estas situaciones (Vidal, 1994: 70-71) son los siguientes:

- Eutanasia agónica. Se entiende como ayuda a morir sin dolor o con interrupción de la vida en la fase terminal. Este sentido está en la línea de los humanistas del renacimiento.
- Eutanasia social o Eugénica. Esta eutanasia está propiciada por movimientos sociales, políticos, racistas que surgieron en el siglo pasado y que han quedado plasmados en políticas concretas en el nuestro, por ejemplo, en el nazismo y otros. Para éstos la eutanasia eugenésica es un proceso de eliminación y propiciación que termina en la muerte de gracia.
- Sentido generalizado de la eutanasia. La eutanasia ha adquirido durante este tiempo un uso generalizado, entendida como una acción u omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. Partiendo de esta definición quedan comprendidas como situaciones eutanásicas las siguientes: agónica, lenitiva, suicida, homicida, negativa, positiva, directa, indirecta, ampliación, reanimación y distanasia, etc.

Tenemos así el resultado de una diversificación conceptual que corresponde a la diversidad de la realidad misma.

Al mismo tiempo, aparece una ambigüedad u oscurecimiento, debido a la complicación conceptual que se corresponde con el oscurecimiento de la realidad. Teniendo en cuenta la situación de ambigüedad y de la eutanasia, creemos que necesitamos rehacer el concepto y la realidad del morir humano. Pero esto sólo será posible mediante una nueva cultura de la muerte, de una nueva sabiduría, iluminada por la medicina, la sociología, y la ética que sea transmisible.

En esta propuesta de una nueva sabiduría o cultura de la muerte, señalamos los criterios y damos un nuevo concepto de eutanasia (Vidal, 1994: 72):

A) Criterios: Creemos que en la referencia explícita al morir no deberían señalarse aspectos que tienen relación con otras áreas. Se debería, por el contrario, insistir en el morir en cuanto realidad completa, es decir, la coherencia de aspectos coincidentes en un mismo hecho. De la misma manera se ha de resaltar la significación humana de la dignidad de la persona, de la vida, de la libertad. Todo esto crearía un *ethos* del morir humano configurado por la asistencia médica, la humanidad y sentido plenario de la existencia.

B) Nuevo concepto de eutanasia. Teniendo en cuenta los criterios precedentes, creemos que es necesario reformular el concepto de eutanasia reconstruyendo, al mismo tiempo, la realidad:

1. La eutanasia sería igual al conjunto de intervenciones que hacen posible el morir humano como paso de la naturaleza al reino de la libertad. En esta definición entendemos el morir humano como naturaleza-imposición y el morir como libertad (cultura), que comprende todos los procesos de humanización.

2. En la eutanasia entra juego un conjunto de aspectos que han de ser coordinados dentro de una síntesis que podríamos denominar *tanatología*. Esta ciencia comportaría el establecimiento de: una definición precisa de la muerte clínica; las técnicas biomédicas de prolongación de la vida y encarnizamiento terapéutico; la determinación de medios proporcionados y desproporcionados; la humanización del morir; los aspectos asistenciales; el derecho a morir dignamente, en el que integrar valores como la vivencia personal, el dolor, la consciencia. Y otros aspectos como la adistanasia, el valor de la vida humana, etcétera.

3. La eutanasia se convertiría de esta manera en *ortotanasia*, (término empleado ya en 1950) en el sentido de muerte digna o debida a toda persona.

Otro aspecto que no hemos comentado hasta el momento, es el de la clara diferencia entre suicidio asistido y eutanasia. En el suicidio asistido el médico proporciona al paciente los medios -normalmente una receta para que compre en la farmacia una droga letal- para que éste se quite la vida, en general bajo su supervisión. En la eutanasia es el médico quien quita la vida del paciente. En la retirada del tratamiento suelen ser los efectos de la enfermedad los que producen la muerte del enfermo al suprimirse los elementos que lo mantenían artificialmente con vida.

El movimiento en favor de la eutanasia ha recibido un gran impulso en los últimas décadas, más exactamente en el último siglo, especialmente por la creación de asociaciones que se califican a sí mismas como propugnadoras de la práctica de la eutanasia. En 1975 se crea en Gran Bretaña la primera asociación que defiende el derecho a morir con dignidad. Ya en los años treinta del siglo XX se habían creado las primeras asociaciones en favor de la eutanasia en USA. En muchos otros países se han organizado asociaciones similares. En el caso de España, debe citarse la asociación denominada "Derecho a Morir Dignamente".

Desde la década de los años ochenta -aunque oficialmente han seguido siendo delitos punibles con 12 años de cárcel- la eutanasia y el suicidio asistido se han tolerado en Holanda bajo determinadas condiciones. Durante este período de tolerancia, para que los médicos holandeses que practicaban la eutanasia no fueran castigados por la ley era preciso que se cumplieran cuatro condiciones (Bayés: 2001):

1) el paciente debía ser un adulto mentalmente competente (es decir, capaz de comprender, juzgar y decidir o, dicho con otras palabras, comprender la naturaleza de la decisión que tenía que tomar y las consecuencias que se derivaban de ella);

2) el paciente debía solicitar la eutanasia voluntariamente, repetidamente y aportando argumentos lógicos a lo largo de un período de tiempo razonable, y la solicitud debía encontrarse bien documentada;

3) el paciente debía padecer un sufrimiento intolerable, sin perspectivas de alivio, aunque la enfermedad no era preciso que fuera terminal, y

4) el médico debía consultar con otro médico no involucrado en el caso.

Finalmente, el Parlamento holandés legalizó la eutanasia, por amplia mayoría, en el año 2002. Anteriormente en EE.UU, se había legalizado desde el año 1998 en un único estado, Oregón.

A continuación, exponemos en la siguiente tabla las razones más citadas por los pacientes para solicitar la aplicación de la eutanasia en el estado de Oregón (Estados Unidos):

Razón mencionada	% de enfermos que la señalan
1. Pérdida de independencia	57
2. Pobre calidad de vida	55
3. Estar preparado para morir	54
4. Desear controlar el proceso de morir	53
5. No encontrar sentido a la continuidad de la existencia	47
6. Dolor físico	43
7. Pérdida de dignidad	42
8. Verse a sí mismo como una carga	38
9. Fatiga	31
10. Incapacidad para cuidar de sí mismo	31
11. Incapacidad para practicar actividades placenteras	43

Tabla 3.7.1. Razones citadas para solicitar la eutanasia en Oregón (EE.UU).

Fuente: Adaptado de Ganzini y otros (2000)

Al contemplar la tabla lo primero que nos llama la atención es que de las 11 razones para solicitar el suicidio asistido que fueron mencionadas por un mayor número de personas, sólo 2 de ellas se refieren a sintomatología física: la fatiga y el dolor. De las restantes, 6 podrían posiblemente englobarse dentro del concepto «falta de control», quizá 2 a tendencias depresivas y otra a no poder llevar a cabo actividades placenteras. Al menos en algunos casos, tal como indican los autores del informe, las personas cambiaron sus ideas suicidas iniciales al ofrecerles un tratamiento paliativo.

Parece que, en bastantes enfermos, los aspectos negativos producidos por su percepción de dependencia y falta de control tienen, en las demandas de suicidio asistido de Oregón, una importancia mayor que el malestar suscitado por los síntomas físicos.

Por tanto, sin minusvalorar la importancia del control de síntomas, Bayés (2001) estima prioritario en este tipo de enfermos, desde un enfoque paliativista del problema, centrar la atención en lo que podríamos denominar cuidados emocionales.

De los argumentos que se aportan en favor de la eutanasia posiblemente el que se esgrime con mayor frecuencia sea el derecho a la autonomía y a la libertad de la persona para decidir su propio destino. “La vida no es un valor absoluto, tiene que estar ligada con calidad y dignidad. Con cáncer, con sida, con tetraplejía, con demencia senil, con toda la carnicería que se puede provocar hoy artificialmente en los hospitales a un ser humano, la vida puede ser espantosa” (Pániker, 2000).

Conseguir que la mayoría de las personas mueran en paz no es, esencialmente, un problema de eutanasia ni de suicidio asistido. Es un problema de solidaridad, de apoyo emocional, de sensibilidad de los profesionales de la salud, de counselling, de cuidados paliativos puestos al alcance de todos (Bayés, 2001). En resumen, existen todavía demasiadas incógnitas en el planteamiento de la eutanasia y el suicidio asistido, demasiada ambigüedad en la determinación legal práctica de algunos conceptos importantes -como pronóstico de vida, irreversibilidad del proceso y autonomía real- necesarios para garantizar a una población sumamente vulnerable que, en la práctica, el margen de error que en su aplicación se pueda cometer será prácticamente despreciable.

Para Bayés (2001), Cecily Saunders y Elisabeth Kübler-Ross sembraron una semilla de compasión, largo tiempo olvidada, que servía de alimento a antiguos peregrinos sumidos en la desgracia y el olvido. Y sus palabras han conseguido hacer crecer el árbol de los cuidados paliativos. Callahan, el gran jardinero de nuestros días, nos propone que tratemos de encontrar abonos, hacer podas, intentar injertos, disponer riegos, capaces de hacer crecer el árbol hasta que sea capaz de cobijar bajo sus ramas y ofrecer la frescura de su sombra no sólo a unos pocos caminantes sino a toda la humanidad sufriente.

3.7.2.2. REFLEXIÓN ÉTICA SOBRE LA EUTANASIA

Sobre este punto existe una relevante unanimidad ética, al menos en el terreno de los principios. El encarnizamiento terapéutico aparece como inhumano y éticamente reprobable. Nos parece que la actuación de los profesionales médicos, en relación con pacientes irreversibles y terminales, debe inscribirse dentro de un triple eje de coordenadas (Gafo, 1994:112-115):

- El primer eje de referencia vendría marcado por el compromiso de los profesionales para ejercer su actividad en favor de la prolongación de la vida del enfermo y de la recuperación de la salud. Este compromiso y esta misión son centrales en el ejercicio de la profesión médica o en la enfermería. Sin embargo, esta tendencia a luchar en favor de la prolongación de la vida no puede maximizarse, ya que corre el riesgo de incurrir en el criticado encarnizamiento terapéutico, que puede ser dramático como consecuencia del gran desarrollo de la medicina y de sus posibilidades casi ilimitadas de prolongación del proceso de muerte.

- Un segundo eje de coordenadas vendría definido por la exigencia que tienen los profesionales de la salud de humanizar la situación de los enfermos próximos a la muerte. No pueden incurrir en planteamientos vitalistas, quizá además condicionados por su mala integración del hecho de la muerte y por su tendencia a concebirla como un fracaso profesional. Este segundo eje viene definido por la exigencia de humanizar la situación del enfermo irreversible terminal.

El médico tendrá que preguntarse siempre hasta qué punto es racional seguir prolongando la vida del paciente y si lo que debe hacer es dejar de actuar en la línea del *cure* (curar), para centrarse en la línea del *care* (cuidados).

- Habría finalmente, un tercer eje de coordenadas; se trata de la propia opción del enfermo. En un tema en que está en juego su propia vida, el paciente próximo a la muerte, no puede convertirse en un mero comparsa sobre el que se toman decisiones sin apenas contar con la suya propia. No se puede negar la complejidad del tema de la información al paciente sobre su situación, pero hay que afirmar que, en principio, debería reconocerse su carácter adulto y su capacidad de decisión acerca de las medidas que puedan prolongar su propia vida. Desde los planteamientos éticos existentes en nuestra sociedad, la vida no es considerada un valor absoluto, pero si tiene este carácter la libertad personal del enfermo a decidir por sí mismo, y a que no se le imponga una decisión final sobre su propia existencia.

3.7.2.3. EL PROBLEMA LEGAL DE LA EUTANASIA

Tanto en la última década de los años noventa como en la primera del siglo XXI, se han producido una serie de cambios legislativos en torno a la eutanasia. Parece ser que existe una tendencia universal a reconocer el valor legal de la declaración escrita de una persona estipulando lo que acepta y lo que rechaza en lo que se refiere a la fase terminal de su vida.

Más todavía: se tiende a respetar la voluntad del enfermo en cualquier situación irreversible, sea terminal, o sea únicamente crónica. El caso es que las estadísticas demuestran que en las sociedades económicamente desarrolladas, las poblaciones se manifiestan claramente favorables a la despenalización de la eutanasia voluntaria, con el establecimiento de garantías legales indispensables. Tanto en lo que se refiere a la eutanasia como al suicidio asistido, la situación en el año 2004 es la siguiente (Pániker en Hallado, 2005):

Holanda. El 30 de noviembre de 1993, el Parlamento aprobó una serie de medidas legales sobre la práctica de la eutanasia. Ésta no queda despenalizada, pero no se persigue a los médicos que la practican si cumplen una serie de condiciones establecidas en la ley. De hecho, la eutanasia se venía practicando, bajo estrictos controles, desde 1981, tras una histórica sentencia judicial. La actitud favorable a la práctica de la eutanasia, expresada ya hace años por la Asociación Médica holandesa, facilita su experiencia pionera, que finalmente se traduce en ley en desde el 1 de enero de 2002.

Bélgica. Los trabajos de las diversas comisiones gubernamentales para estudiar el tema de la eutanasia se inician en 1997. Finalmente, y siguiendo en parte la pauta holandesa, se aprueba una ley de eutanasia en mayo de 2002.

Suiza. Se permite el suministro de drogas para fallecer a enfermos irreversibles que lo solicitan, amparándose en el Código Penal de 1942, que sólo castiga la ayuda al suicidio cuando se actúa por un móvil egoísta. De este modo, existe una permisividad y se han creado asociaciones que ayudan a morir, siempre bajo el supuesto de que no hay implícito ningún ánimo de lucro.

Australia. El 25 de mayo de 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria en el Estado de Northern Territory. También allí fue decisiva la actitud de los médicos que, colectivamente, dieron a conocer en cartas abiertas sus actuaciones en casos de eutanasia voluntaria. El Parlamento del gobierno central anuló posteriormente la legislación del Northern Territory.

Estados Unidos. En 1994, en el Estado de Oregón, el 52 %, de la población se manifestó en referéndum a favor de la legalización del suicidio asistido. La Death with Dignity Act (Ley sobre la Muerte con Dignidad) quedó en suspenso tras ser recurrida por un juez. El 17 de noviembre fue de nuevo aprobada en referéndum por un 60% de la población.

Uruguay. Desde 1931 el Código Penal considera causa de impunidad en el homicidio consentido el móvil de piedad.

Colombia. 21 de mayo de 1997: sentencia de la Corte Constitucional por la que el médico que ayude a morir a enfermos terminales con intensos sufrimientos, cuando éstos lo soliciten y la medicina no pueda ya ofrecer alternativas válidas de tratamiento para eliminarlos, no será penalizado. Dicha sentencia no ha tenido posterior desarrollo legislativo.

España. El 8 de noviembre de 1995, el Parlamento español aprobó un nuevo Código Penal. La regulación jurídica aplicable al tema eutanasia, está contenida en el artículo 409 del Código Penal. En él se afirma, que el que preste auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión menor. No se contempla explícitamente el tema de la eutanasia, que debe ser abordado a partir de lo que aquel afirma en relación con el homicidio y el suicidio. En el derecho español, el suicidio, es decir, la muerte propia querida y ejecutada por persona capaz, no constituye delito. Esta falta de castigo penal al suicidio, tradicional en nuestro derecho, se debe, según algunos autores, a motivos de política criminal; otros lo fundamentan en la falta de coacción de la pena, ya que no se puede combinar con pena de prisión a quien esté dispuesto a quitarse la propia vida. Sin embargo nuestro derecho sí contempla el auxilio al suicidio: este auxilio incluye todos los comportamientos, necesarios o no, para el acto suicida, con tal de que estos últimos tengan una mínima eficacia causal.

En el nuevo Código Penal también se rebajaron sustancialmente las penas a quienes ayuden a morir a otro «[...]por la petición expresa de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar» (art. 143). En el anterior Código, las penas pro auxilio al suicidio oscilaban entre los seis y los veinte años de prisión (art. 409). En el nuevo Código, «entre un año y medio a tres años de cárcel si se ejecuta la muerte, y de seis meses a un año si sólo se coopera» (art. 143).

En el resto de países, la situación legal es todavía confusa y desfasada. Hay que decir, con todo, que va ganando terreno el principio de autonomía del enfermo, y que tiende a generalizarse el uso del llamado «testamento vital».

En España, La Ley General de Sanidad de 1986, incluye una Carta de Derechos y Deberes de los enfermos. Este importante documento reconoce los derechos a recibir información completa y a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso. El tono general de este documento se sitúa en la línea de la ortotanasia y del reconocimiento del derecho del enfermo a que no se apliquen medicamentos que puedan prolongar irracionalmente su vida, evitando situaciones de encarnizamiento terapéutico.

Durante estos últimos años esta exigencia ética se ha ido imponiendo en la praxis médica y en la opinión pública. A comienzos de este siglo hubo algunos intentos de legalización de la eutanasia.

En diciembre del 2000, Cataluña aprueba una ley de Voluntades Anticipadas que tendrá amplia repercusión en el resto de España. La asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) ha elaborado su propio testamento vital desde 1986. En dicho modelo, la persona expresa su voluntad inequívoca de no ser sometida a tratamientos que alarguen su vida en caso de padecer una enfermedad irreversible que le cause graves sufrimientos físicos y/o psíquicos, o que la incapacite para una existencia racional y autónoma. También puede solicitar la administración suficiente de fármacos para eliminar sus sufrimientos finales.

La mayoría de países europeos y, en general, del área occidental, tienden hoy a unificar sus legislaciones en torno a la eutanasia. Posiblemente, algún día, se alcance la unanimidad en la completa despenalización de la ayuda a morir para determinados supuestos, y siempre sobre la base del pleno reconocimiento de la voluntad del enfermo.

Naturalmente, la sociedad debe protegerse contra posibles abusos. Los principales riesgos son: que el enfermo no haya expresado claramente su voluntad; que la situación no sea irreversible, y que se puedan producir daños a terceros. Para obviar el primer riesgo está, precisamente, el testamento vital (por supuesto siempre revocable), que cuanto más razonado y especificado sea, más fuerza habrá de tener.

3.7.2.4. PROS Y CONTRAS DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Ante todo, hay que decir que no pueden ponerse reparos en el caso de la ortotanasia. El verdadero problema es el de la legalización de la auténtica eutanasia o, en la terminología clásica, eutanasia positiva directa. Desde el punto de vista de Gafo (1994:129-135), las principales razones a favor son los siguientes:

- El riesgo de encarnizamiento terapéutico inherente al progreso de la medicina, está haciendo que la muerte haya perdido la naturalidad y espontaneidad que tenía en un pasado aún no remoto.

- La gravísima situación de la eufemísticamente llamada “tercera edad”, en la que la muerte física está siendo precedida por una no menos grave muerte social.

- En el contexto de una sociedad secularizada, en que los valores religiosos se encuentran numéricamente en retroceso, surge con especial intensidad el interrogante sobre el derecho a disponer de la propia vida.

- El argumento más importante, que guarda relación con el anterior, es la exigencia de que el ser humano pueda tener no sólo un derecho a la vida, sino también a la muerte. Este derecho sería una consecuencia fundamental de la libertad del ser humano, de su autonomía, de su derecho a la dignidad personal y a que no se le someta a tortura o a tratos inhumanos.

Rodríguez (2002), también da una serie de argumentos a favor de una necesaria y apremiante legislación sobre la eutanasia:

- 1) Una creciente demanda de este servicio médico (producto del incremento de la cultura sanitaria de la sociedad)
- 2) Imparable envejecimiento de la población
- 3) Aunque la medicina puede prolongar la vida, en ocasiones el paciente queda reducido a un estado absolutamente inhumano e inaceptable, para el que la eutanasia resulta la única solución digna.

Por el contrario, los argumentos de los que rechazan una despenalización de la eutanasia serían los siguientes:

- La existencia de otras alternativas en el tema de la eutanasia.

- La ambigüedad de lo que puede suponer la petición de eutanasia. ¿Cuál es el trasfondo real de esa petición? Algunos autores insisten en que, frecuentemente, detrás de esa petición lo que existe realmente es la búsqueda de la atención y del calor humano que tan difícil es de proporcionar al enfermo terminal por parte del hombre y la cultura de nuestro tiempo. Por otra parte, la obra de Kübler-Ross insiste en que el paciente terminal atraviesa por dos fases características, la de depresión y la de ira, en las que el paciente terminal puede ser especialmente proclive a solicitar una terminación de la vida. ¿Cómo podemos saber si su petición responde a un deseo auténtico, o es, más bien, una consecuencia transitoria de su situación anímica en esas dos fases? Finalmente, hay que aludir también a la dificultad de hacer un pronóstico médico: la medicina no es una ciencia exacta y tiene que reconocer que sus pronósticos, en algunas ocasiones no siguen el curso previsto.

- Una situación en que la auténtica eutanasia estuviese legalmente admitida podría originar que el enfermo calificado como irreversible pida un término definitivo a su vida sin que sea ésta su verdadera voluntad. Existe el peligro de que lo que se le concede al enfermo como un derecho se pueda convertir en un deber. El enfermo, precisamente por su situación de invalidez y desamparo, debe estar especialmente protegido en estos casos, evitando que él experimente interiormente como un deber lo que se pretende conceder un como derecho.

- La existencia de un clima de confianza entre los profesionales de la salud y el enfermo es fundamental en el proceso terapéutico, donde cada vez se insiste más, con toda razón, en la relevancia de los aspectos personales e interrelacionales.

- Hay que ser conscientes de las consecuencias que pueden seguirse de las acciones legales que se tomen.

- Admitir, finalmente, la legalización de la auténtica eutanasia, significa abrir un nuevo frente en la disposición de la vida humana, en contra de la tendencia histórica. Y por otra parte, y también en contra de esa tendencia histórica, será conceder a una persona privada, la capacidad de disponer de la vida de otra persona, a través de una decisión igualmente privada.

Bayés, también esgrime una serie de argumentos en contra de la eutanasia (2001, 166-168):

a) La creencia en que la vida es un regalo de un Dios personal y que, por tanto, sólo Él debe decidir cuándo y cómo acaba. El individuo no debe destruir un bien -la vida- que no le pertenece. Argumento que, por cierto, no tiene por qué ser compartido por un importante sector no creyente de la sociedad civil.

b) El juramento hipocrático, de gran influencia en el mundo occidental, cuya formulación instruye a los médicos en que aunque la solicite nunca se administrará a nadie una droga mortal, ni se hará sugerencia alguna en este sentido. Los médicos pueden y deben (en algunas ocasiones) dejar morir, pero sin matar intencionadamente. El objetivo del médico es proporcionar cuidado, no muerte.

c) La posibilidad de que muchos enfermos al pedir la eutanasia se encuentren bajo los efectos de un trastorno psiquiátrico reversible.

d) El posible abuso que pueda hacerse de la eutanasia en caso de legalización tanto por parte de familiares como de las instituciones.

En efecto, la legislación podrá precisar las condiciones en las que será legal la eutanasia y podrá sancionar posteriormente los abusos, pero, por sus propias características, la decisión eutanásica sería consecuencia de una acción privada sin que pueda proceder una decisión judicial.

No estamos en condiciones de precisar una legislación que pueda delimitar bien los casos y comprender el auténtico deseo del interesado, evitando los abusos que pueden seguirse. Por otra parte, creemos necesario humanizar la situación del enfermo terminal.

El camino de la legislación de la eutanasia es el de obviar la gran tarea que tenemos que realizar en un mundo técnicamente tan avanzado, pero en el que no habremos prestado ayuda al que la necesita: el paciente próximo a la muerte.

Ésta constituye la auténtica asignatura pendiente de nuestra civilización: humanizar el proceso de la muerte. Estimamos que hay que individualizar el problema de los que la solicitan y analizar cada caso con todas las implicaciones éticas que supone una personalización del problema.

Como analizaron un grupo de expertos en bioética procedentes de cinco países diferentes -Canadá, Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda y Japón-, reunidos en Quebec a instancias de la OMS, en su resolución 17 expresaron: *“A la luz de que, como grupo de trabajo, nos reconocemos incapaces de pronunciarnos en favor o en contra de la eutanasia, consideramos que los países deberían establecer equipos que tuvieran como cometido estudiar el tema de la eutanasia activa”* (Bayés, 2001: 172).

3.7.2.5. ATENCIONES BÁSICAS PARA UNA MUERTE DIGNA

El dominio sobre la muerte se realiza con tantos gastos y con esfuerzos tan extraordinarios, con un cúmulo de sufrimientos y molestias continuas, en situaciones de soledad y aislamiento de todo contacto afectivo y familiar, que, sobre todo, cuando ya se camina hacia la irremediable, habría que preguntarse qué sentido tiene esa lucha contra el destino hasta agotar las últimas posibilidades. Son circunstancias que sólo sirven para añadir al enfermo una dosis mayor de angustia para conseguir, como recompensa, un pequeño prolongamiento de su agonía (López Azpitarte, 1990: 221).

La muerte, en nuestra sociedad secularizada, donde la dimensión religiosa y trascendente no tiene apenas vigencia, se tiene que sentir como una amenaza contra el dominio progresivo del hombre sobre la naturaleza. Por eso, lo más frecuente, para escaparse del problema, como un mecanismo de defensa psicológico, es la despreocupación, el olvido y la huida de aquellos símbolos que recuerden su existencia.

Frente a este nuevo estilo de morir, típicamente americano, con creciente implantación en todas partes, habría que recuperar de alguna manera el control y la reconciliación con la muerte. No se pretende volver ahora a costumbres o manifestaciones de otras épocas, que apenas mantienen ninguna significación para nuestra cultura moderna, sino redescubrir con una perspectiva diferente lo que significa

semejante acontecimiento. Es una toma de conciencia para que el hombre comprenda que puede y debe decidir su propia muerte, no soportarla de forma pasiva, como una fatalidad absurda e inexplicable.

La muerte aparece como el punto culminante y último de esta aventura misteriosa de la vida y, frente a ella, hay que sentarse y reflexionar para ver qué postura y actitudes adoptar. Vida y muerte están de tal manera entrelazadas en el existir humano que no es posible encontrarle un sentido pleno a la primera si al mismo tiempo no lo descubrimos para ésta última. Quien no es capaz de vivir con libertad la muerte, tampoco podrá enfrentarse a la vida con auténtica libertad.

“Por mucho que nos desagrade o moleste, ahí está con su presencia inexorable. La alternativa depende de nosotros: o la soportamos vencidos en la pasividad e ignorancia, o intentamos una reconciliación a nivel humano y espiritual para encontrar sentido a este acontecimiento” (López Azpitarte, 1990: 260).

La ayuda a morir no está todavía contemplada en las facultades de Medicina. No se explica que la variación entre eutanasia activa, pasiva, indirecta y cuidados paliativos no es más que un continuum al que cabe llamar “ayuda a morir”. El médico ha sido educado para curar siempre, y para él la muerte se convierte en un fracaso profesional como ya hemos apuntado en diversas ocasiones.

El imperativo ético de mirar por una muerte acorde con la dignidad personal se puede traducir en múltiples concreciones, en detalles pequeños o en atenciones básicas. El amor al ser humano, la competencia y la imaginación aunados sabrán dar formas adecuadas a esta demanda de una muerte digna, según las necesidades y deseos de las personas. A continuación, Elizari (1991:177-181), analiza los principales contenidos que podrían formar parte de una muerte humanizada:

a) Solidaridad: aunque ésta sea una exigencia que lo abarca todo, merece la pena subrayar que difícilmente podemos concebir el proceso de morir como digno sin una presencia solidaria de los demás. Presencia que se encarnará en formas diversas según los casos. Una muerte en solitario, sin el acompañamiento y ayuda de la sociedad en momentos tan decisivos, resulta cruel y no responde a la naturaleza social del hombre ni a su dignidad.

b) Alivio del dolor: la eliminación del dolor o, al menos, su alivio es una buena forma de colaborar de un acercamiento a la muerte en mejores condiciones humanas.

c) Asistencia de tipo psicológico: un acompañamiento psicológico es siempre un buen servicio a la persona, pero en pocos momentos se hace más urgente este tipo de presencia que ante la perspectiva de la muerte. No es extraño que en el proceso de morir aparezca la ansiedad, factor que hace aún más insoportable otras molestias. El alivio de estos sufrimientos supone prestar atención al conjunto de la vivencia del enfermo, lo cual implica disponibilidad y escucha, dos condiciones difíciles de cumplir en las actuales estructuras sanitarias por diversas causas.

d) Asistencia religiosa: El acompañamiento del enfermo creyente puede ofrecerle oportunidades para no enfrentarse sólo con sus problemas religiosos. Esta exigencia no obedece a planteamientos confesionales, sino simplemente al respeto debido a la persona enferma, no reducible a un ser fragmentado cuando entra en una institución sanitaria.

e) Verdad al enfermo: la información al enfermo sobre su situación es parte integrante del respeto debido a su dignidad.

f) Otras atenciones: existen múltiples molestias más frecuentes en la etapa final de la vida, especialmente en una enfermedad larga. El alivio de estas molestias es importante para un bienestar aceptable de la persona. Un cierto confort material: cama adaptada, espacio suficiente, armonía y gusto en la habitación, ritmo de vida adaptado a sus posibilidades, oportunidades de aislamiento e intimidad son también aspectos que pueden contribuir a que el morir de una persona transcurra en un contexto mucho más acorde con la dignidad humana.

g) Libertad: una de las ideas más acentuadas en relación con una muerte digna, es la necesidad de reconocer amplios espacios de libertad a la persona en decisiones que le afectan. Esta reivindicación de autonomía personal se afirma con mayor fuerza en dos tipos de decisiones: el derecho a rechazar la prolongación de la vida por medios extraordinarios, desproporcionados, carentes de sentido, y la libertad para pedir la eutanasia.

Podemos rechazar los medios extraordinarios para mantener la vida, y es una de las decisiones que podemos tomar. La respiración y alimentación artificial para prolongar la vida son algunos de los tratamientos que se dan actualmente en los hospitales, al igual que la reanimación. El ideal de autonomía del paciente presenta dificultades dado el carácter de urgencia de la intervención y las condiciones del enfermo.

Hace casi cincuenta años, el Ministerio de Sanidad Francés hizo público un informe de expertos sobre las relaciones entre personal sanitario y la muerte. Nos parece que las conclusiones de ese informe siguen siendo extraordinariamente valiosas y continúan poniendo el dedo en la llaga de un grave problema que aqueja a nuestra sociedad técnicamente evolucionada. Las principales conclusiones de este informe son las siguientes (Gafo, 1994:155-158):

- No se debe seguir escamoteando el hecho de la muerte. No hay que evitar a toda costa ocultar la muerte, sino devolverle su lugar en la vida. Se debe comenzar a dar a los niños una educación tanatológica, una educación para la muerte. Puede ser un buen camino empezar a hablar de una educación de este tipo. ¿Por qué educar para el *eros* y no hacerlo para el *thanatos*? como tantas veces nos hemos preguntado a lo largo de esta Tesis Doctoral.

- Existe una constatación general de las importantes deficiencias de los grandes centros hospitalarios: el informe cita la falta de atención a las familias de los enfermos, la insuficiente comunicación aportada por los médicos, los retrasos en avisar a las familias sobre el agravamiento del paciente, las incomodidades de las salas de espera, el que no se permita a los familiares estar junto al moribundo en sus últimos momentos.

Hay que reconocer que todas estas deficiencias siguen desgraciadamente en pie en no pocos hospitales españoles.

- La gran importancia de una educación tanatológica del personal sanitario (y nosotros añadimos también al personal socioeducativo), a través de cursos durante sus estudios universitarios y de una continuada reflexión a lo largo de su praxis profesional.

- El tema de la información al paciente está, mal planteado, ya que no existe en sí un saber o una ignorancia absoluta. Hay una información que compartir y una serie de cuestiones que ni el médico ni el enfermo pueden eludir.

- Todo hombre tiene derecho a vivir su propia muerte. Los demás no tenemos derecho a prohibir al enfermo que elija su propia muerte. Ninguna persona ni institución está legitimizada para apropiarse de la muerte del otro. La muerte es la última oportunidad de que el hombre ejerza su propia libertad.

- Finalmente, un último punto abordado por el informe se refiere a los ancianos, abandonados con cierta frecuencia en los hospitales, sea porque carecen de familia o porque ésta no los atiende. Se alude a la frecuencia con que los familiares se libran del paciente anciano descargando en la colectividad el peso que supone, y ni siquiera intentan visitarle.

3.7.2.6. EL TESTAMENTO VITAL

Se entiende por “testamento vital” cualquier documento en el que su firmante exprese aquello que representa su voluntad acerca de las atenciones médicas que desea recibir, o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya conducido a un estado en el que sea imposible expresarse por sí mismo.

Rodríguez (2002) afirma que el “testamento vital” no está regulado en todas partes, pero como otra cualquier declaración personal de voluntades, tiene plena validez en cuanto a lo que se declara desear, aunque también es cierto que puede chocar con el límite de aquello que la legislación vigente en un momento determinado y lugar permite asumir a médicos u otros.

Hoy, en la inmensa mayoría de países todavía se persigue como delito la eutanasia activa o el suicidio asistido. Para Elizari (1991:187):

“La reivindicación para la persona del derecho a tomar libremente las decisiones más directamente relacionadas con el proceso de morir es una manifestación añadida de la importancia dada al valor libertad en nuestra cultura occidental y una expresión nueva del principio autonomía crecientemente introducido en el ámbito de la bioética y del

ejercicio profesional médico. Por otro lado, la exigencia de dignidad dirigida para la fase de acercamiento a la muerte cada vez se comprende menos sin el respeto a la libertad. En las decisiones más directamente implicadas con la etapa última de la vida se va solicitando mayor libertad personal, sobre todo en dos direcciones: para poder pedir la eutanasia y para rechazar la prolongación de la vida por medios desproporcionados”.

Cuando una persona está todavía consciente en fase terminal y es capaz de expresar sus deseos de que no se prolongue la vida por medios inadecuados, la manifestación actual de su voluntad es una buena indicación para la actuación de familiares y profesionales. Aunque las situaciones más difíciles se presentan cuando, como sucede con frecuencia, la persona está inconsciente, y es incapaz de manifestar su voluntad. Por directriz anticipada se entiende el acto por el que una persona, disfrutando del uso normal de sus facultades, manifiesta por adelantado sus deseos sobre decisiones relativas a la salud o la vida para cuando pierda la consciencia o se encuentre incapacitada para manifestar su voluntad. Hay dos tipos de directrices anticipadas según expone Elizari (1991: 188):

- El testamento vital, por el que el interesado mismo da indicaciones sobre las decisiones a tomar ante una enfermedad final cuando no pueda expresarse.
- La designación de un representante suyo como la persona autorizada para decidir en esos momentos en su nombre.

El testamento vital es un documento por el que una persona en el ejercicio normal de sus facultades psíquicas pide que se respeten sus deseos sobre determinados asuntos suyos sobre cuidados de salud. El deseo más constantemente expresado en estos documentos se refiere a la no prolongación de la vida por medios desproporcionados.

Los modelos de testamento vital son múltiples, con diferencias según las personas y grupos que los han inspirado. Los podríamos clasificar en varios tipos (Elizari, 1991: 188-189):

- Los testamentos vitales de preferencia religiosa.

- Los testamentos vitales que tienen su origen en grupos profesionales, como el de la “Sociedad Americana de Salud Pública”. En estos textos se suelen recoger detalles más explícitos desde el punto de vista médico, y a veces se enumera una serie de cuidados o tratamientos a no iniciar o de los que se ha de desistir, así como de dolencias o situaciones que no se quieran padecer en los últimos días de la vida.
- Finalmente, hay otro tipo de testamentos vitales, que podríamos llamar educativos, como el de la “Asociación para el Derecho a Morir Dignamente”, que suelen adoptar en sus disposiciones un tono general, en este sentido, parecido al primer modelo pero muy diferente en cuanto al rumbo de sus disposiciones, pues a veces solicitan la eutanasia.

En el testamento vital se debería poder expresar en términos claros los deseos del que lo escribe y tener en cuenta aspectos tales como los siguientes (Preston, 2001: 54-61):

- Respecto a cómo preparar un testamento vital: se debe acudir a los diferentes documentos que existen para ello y que exponemos de forma detallada en el anexo 4.
- En cuanto a qué es lo que cubre un testamento vital debemos saber que los testamentos vitales responden básicamente a la pregunta de si el enfermo/a terminal quiere ser mantenido con vida gracias a un tratamiento médico y cómo, en el caso de que sea incapaz de tomar esas decisiones personalmente.
- Acerca de lo que consigue un testamento vital: creemos que éste es el mejor medio de manifestar a los profesionales médicos los deseos de una persona en cuanto a la utilización de una atención médica que vaya a prolongar su vida en caso de llegar a ser un enfermo terminal o estar permanentemente inconsciente, y por lo tanto incapaz de tomar decisiones médicas. Un Testamento vital puede conseguir que los deseos de cualquier persona estén expresados, claramente, con lo que se impiden las interpretaciones de cualquier otra persona.

- Respecto a un paciente inconsciente: el problema principal en el caso de la inconsciencia permanente es si querría el enfermo terminal que no le aplicaran y/o que le retiraran un tratamiento de soporte vital si, según sus médicos, sólo fuera a prolongar el proceso de fallecimiento, o para que siguiera vivo durante mucho tiempo en estado inconsciente. Al llegar a este punto, algunas personas no querrían más tratamientos, mientras que otras querrían estar seguras de que sus médicos continuarían cualquier terapia posible de soporte vital. La manera en que se tome una decisión respecto a este problema puede ser el factor más importante a la hora de determinar la manera en que una persona va a morir.
- En relación a la utilización de una terapia que prolongue la vida: podemos encontrar tres tipos de tratamiento de soporte vital que deberíamos asegurarnos de que están indicados de manera explícita, junto con la decisión respecto a si los queremos utilizar o no. Estos tratamientos son: reanimación, el uso de un ventilador o respirador artificial, la nutrición e hidratación artificiales.
- En cuanto a las limitaciones de los testamentos vitales nos encontramos con dos importantes:
 - I. El personal sanitario es posible que no esté enterado de las directivas anticipadas.
 - II. Incluso cuando los médicos están enterados de la existencia de un testamento vital y de las directivas que incluye, harán caso omiso del mismo si creen que deben actuar de otra manera.

Los testamentos vitales contienen unos datos identificadores del autor de la declaración. El contenido central de éstos, son las disposiciones en las que el declarante expresa sus deseos, variables según la persona. El documento del episcopado español contiene cinco disposiciones:

- Aplicación de tratamientos adecuados para paliar el dolor;
- Rechazo de tratamientos desproporcionados o extraordinarios;

- Rechazo de la eutanasia activa;
- No prolongación abusiva e irracional del proceso de morir,
- Petición de ayuda para asumir humana y cristianamente la propia muerte.

En España, la primera regulación legal del derecho a suscribirse un “testamento vital” fue aprobada el 29 de diciembre de 2000 por el Parlamento de Cataluña. Posteriormente, otros gobiernos autonómicos, como el de Extremadura y Galicia, imitaron esta propuesta legislativa y aprobaron leyes similares. En suma, el “testamento vital” y la legislación de voluntades anticipadas aprobadas por los parlamentos, u otros textos legales que están en proceso de debate parlamentario, no son más que el desarrollo autonómico de lo aprobado en el año 1986 por la Ley General de Sanidad (Rodríguez, 2002).

Respecto al valor del testamento vital podemos distinguir varios planos. Para la persona que lo hace, aparece como un acto humano, hecho tras una madura reflexión, asumido libre, consciente y responsablemente. A los destinatarios se les pide un reconocimiento análogo y el respeto como si se tratara de un testamento. En algunos lugares, al testamento vital se le reconoce un auténtico valor legal. En cuanto a la vigencia del documento, éste empieza a regir cuando el paciente no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad y su situación es crítica, irrecuperable. A día hoy está legalizado en la mayoría del territorio español.

Son frecuentes también en el testamento vital unas consideraciones sobre el *significado de la vida y de la muerte*. En el documento episcopal español se habla de vida como don y bendición de Dios, sin ser un valor supremo y absoluto. La muerte es vista como una realidad inevitable, fin de la existencia terrena y puerta de la vida que no se acaba. Para Elizari (1991:191):

“No existe un consenso sobre el sentido y utilidad del testamento vital. Unos lo consideran como un texto prácticamente innecesario por la vaguedad de sus términos, porque, sin necesidad de él, se van superando en la práctica médica actitudes de obsesión terapéutica, y algunos hasta piensan que puede constituir un obstáculo para aquello que se pretende afirmar: la libertad del paciente. Otros lo acogen como una aportación de gran valor moral y social”.

En cualquier caso, con o sin dificultades legales, este documento, en la práctica, facilita extraordinariamente la toma de decisiones, por parte de quienes asumen la responsabilidad de un enfermo terminal imposibilitado de expresarse, respecto a las situaciones de enfermedad reseñadas en el documento y a las actuaciones médicas que se desean o no (Rodríguez, 2002).

Para Gafo (1994), en definitiva, es un símbolo de un estilo moral a promover en decisiones relacionadas con la etapa final de la vida, ya que percibimos continuamente que existe una falta de integración de la muerte en las coordenadas de la cultura del ser humano actual. Algo que se refleja también en el hecho del duelo ante la muerte de un ser querido. No nos parece lógica la tabuización del duelo, del sentimiento y el llanto, como si socialmente fuesen realidades vergonzosas y de mal gusto. Nuestra cultura acepta muestras estilizadas y sobrias de dolor, pero se rechaza que una persona exprese con patetismo su sufrimiento por la pérdida de un ser querido.

“Este es el gran reto de la cultura actual: reintroducir con naturalidad el hecho de la muerte en nuestros esquemas mentales y saber aceptar algo tan fundamental, que lo tienen asumido ciertos pueblos primitivos y lo tenía el hombre medieval: la conciencia de nuestra mortalidad y la necesidad de introducir humanidad y compasión en el trance de la muerte” (Gafo, 1994: 159).

A modo de guía, presentamos seguidamente las observaciones e instrucciones que propone, en España, la *Asociación Derecho a Morir Dignamente* para realizar este trámite mediante el modelo de impreso que facilita a sus socios:

a) El “testamento vital” conviene firmarlo ante un notario para que éste dé fe de la autenticidad de su firma. De no ser así, rubricarlo ante dos testigos (la legislación posterior a estas normas señala la necesidad de tres) que no sean familiares o personas ligadas por intereses económicos a quien suscribe el documento.

b) En el “testamento vital” sugerido por esta Asociación, se incluye la opción de que el firmante nombre un representante a fin de poder enfrentar la eventualidad de quedar imposibilitado para expresarse por sí mismo. Puede

resultar prudente nombrar un segundo representante por si se diera la circunstancia de que el primero no pudiera cumplir con su cometido.

c) Los apartados 1, 2 y 3 del “testamento vital” sugerido por esta asociación contemplan distintas opciones para paliar el sufrimiento y evitar un alargamiento indeseado de la vida cuando el firmante considere que la calidad de ésta le resulta indeseable o inaceptable a causa de la degradación a la que le ha conducido su enfermedad.

d) El firmante del documento puede suprimir también, según sea su voluntad, las enfermedades enumeradas en el punto 4 que no desea que figuren en su “testamento vital”.

e) Resulta conveniente repartir copias del documento entre personas de confianza del firmante, incluido el médico de cabecera, si es factible. Como medida suplementaria, puede enviarse una copia del “testamento vital” al Registro de Testamentos Vitales que esta asociación tiene abierto para sus socios, así como asesorarse sobre cómo utilizar el “testamento vital” registrado.

f) El “testamento vital” puede anularse en cualquier momento. Basta con declarar el cambio de opinión ante testigos, tal como se indica en el propio documento.

A la largo de este apartado hemos enunciado, que el debate abierto aún hoy sobre la eutanasia no es un debate médico, es fundamentalmente un debate cultural, social y moral.

Según Acarín (2005) Lo que está en discusión es el valor del criterio, en libertad, de la persona para decidir si quiere seguir sufriendo o prefiere evitar el dolor acelerando la muerte prevista. En resumen, el debate sobre la eutanasia se centra en el reconocimiento o no de la autonomía de la persona para decidir sobre sí misma.

Éste suele ser un debate complejo, que a menudo divide a la sociedad por parámetros distintos a la ideología política o a la capacidad económica. Izquierda y derecha política, ricos y pobres, respecto a la eutanasia se pronuncian de forma

entremezclada, distinta a las opciones de la vida social, porque en este debate, más que la ideología social, se traduce la aceptación de la singularidad de la persona junto a sus esperanzas y sus miedos como afirma Acarín (2005).

Desde hace muchos años se acepta la llamada eutanasia pasiva. Se basa en no hacer nada y dejar que el enfermo muera por su propia dolencia. Se acepta también que se administren sedantes para paliar el sufrimiento, a sabiendas de que aceleran la muerte. Es lo que piden los familiares y es frecuente que se haga. La eutanasia, activa se refiere a la acción decidida e intencionada de administrar un fármaco que acarreará la muerte, a fin de terminar anticipadamente con un final largo y doloroso. La diferencia entre actitud pasiva y activa puede ser tenue. La administración de sedantes o la supresión de hidratación también requiere una decisión activa. Quizá la diferencia radica en que quienes toman la decisión se convencen de que tan sólo pretenden paliar el dolor. Una actitud, cabe añadir, nada desdeñable.

Para finalizar queremos dejar constancia, que como en cualquier reflexión donde la moral y la ética confluyen en las garantías personales y el respeto a la libre elección, ante la cuestión de la eutanasia cabe considerar aspectos como (Acarín, 2005:102): Las costumbres y cultura de cada sociedad; el respeto a la voluntad de la persona afectada; las condiciones y forma en que el interesado debe formular su voluntad; quién puede representar al interesado, cuando éste pierda la lucidez y el raciocinio; cuál es el marco y los límites del acuerdo; Cuáles son las garantías y sistemas de control para evitar usos indebidos; Quién es el agente que debe aplicar la decisión eutanásica, entre otros...

Una aproximación pluridisciplinar a la muerte

3.8. Aspectos educativos sobre la muerte

Tabla de contenido

3.8. ASPECTOS EDUCATIVOS	499
3.8.1. INTRODUCCIÓN	499
3.8.2. HACIA UNA EVOLUCIÓN CURRICULAR: MÁS ALLÁ DE LA TRANSVERSALIDAD	502
3.8.3. HACIA UNA DIDÁCTICA DE LA MUERTE	505
3.8.3.1. TRIPLE ENFOQUE DIDÁCTICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	506
3.8.4. HACIA UNA EDUCACIÓN COMPLEJO-EVOLUCIONISTA	507
3.8.5. FORMACIÓN DE LOS EDUCADORES DESDE UNA PERSPECTIVA COMPLEJO-EVOLUCIONISTA	512
3.8.6. CONCLUSIONES	521

3.8. ASPECTOS EDUCATIVOS

3.8.1. INTRODUCCIÓN

Aunque en España ya ha habido una serie de precursores en el tema de la educación para la muerte, como comentábamos como en el primer capítulo, encontramos sobre todo en la obra de tres autores: Agustín de la Herrán, Mar Cortina y Concepció Poch, las últimas referencias y propuestas didácticas en Educación para la muerte.

Los dos primeros autores se preguntan en la obra *La muerte y su didáctica* (2006) si la educación actual prepara para el binomio vida-muerte en sus diversas etapas y se responden de esta forma:

“No conscientemente, no directamente. Indirectamente sí, porque es inevitable no hacerlo, aunque sea mal, casualmente, espontáneamente o por parte de personas que no son profesionales de la educación o que, aun siéndolo, carecen de la reflexión o preparación necesaria”.

Por ello, De la Herrán y Cortina (2006) realizan la propuesta de una pedagogía de la muerte basada en el *fenómeno*. Para ellos, la escuela no puede esconder la cabeza o mirar para otro lado más tiempo. La conciencia de la muerte es clave para una orientación de la vida. Es la base para vivir mejor y con mayor plenitud, otorgando la importancia debida a las cosas que la tienen, y existir con todo el sentido que proporciona una responsabilidad más consciente. Es hora ya, y las condiciones de tolerancia y de capacidad de reflexión educativa así nos lo permiten, que se normalice el estudio y meditación sosegada de esta asignatura pendiente, no desde las doctrinas institucionalizadas, cualesquiera que sean, sino desde la educación ordinaria impartida a lo largo de todos los niveles educativos (desde Educación Infantil hasta la Universidad) y desde la contemplación del fenómeno lo más desprejuizada posible. Es decir, al menos desde planteamientos educativos inicialmente sustentados en los siguientes hechos cotidianos relacionados con la muerte (De la Herrán y otros, 1999, 2000):

a) La mortalidad de todo ser humano: La muerte de todos es la certeza mayor, lo que incluye la muerte propia. La mortalidad es un requisito para otorgar un sentido a la vida (Frankl, 2002), y una condición necesaria para aprovechar y contribuir a la posible evolución del ser humano.

Esta asunción es algo que, naturalmente, logra el niño y el preadolescente de un modo adecuado, y que el adolescente y algunos jóvenes vuelven a perder para que el adulto no lo vuelva a recordar más que a golpe de pérdida.

b) La omnipresencia de la muerte: Si abrimos los ojos -o los cerramos a los prejuicios-, nos daremos cuenta de que la muerte está por todas partes, como condición necesaria para la vida, para su permanente renacer y para la formación y madurez personal de todos. A poco que no se relegue, la encontraremos en las actividades espontáneas e intereses naturales de los niños: ritos, juegos, curiosidad, preguntas, indagaciones, momentos significativos, proyectos, películas, textos, cuadros, teatro, historias, medios de comunicación, vivencias directas indirectas, etc.

Desde un punto de vista educativo, ya hemos dicho que es preciso hacer un esfuerzo para no abordar la muerte. Y esto es lo que a veces ocurre. Ese esfuerzo es más una represión o una ignorancia taponador; que ninguna clase de mala intención. Porque, como tabú que aún es nos martillea y condiciona la reflexión y la actuación desde una angustia-miedo contextual, por lo que es preciso hacerla consciente y trabajarla en primer lugar desde un significativo cultivo o (auto)formación personal y profesional de los docentes, con el fin de:

- Elaborar desde ella, mejor que hacia ella.
- Razonar con naturalidad, en vez de desde la parafernalia, las contaminaciones ideológicas o los programas mentales colectivos, la obsesión o la proyección de vivencias.
- Comunicar con sensibilidad, no con sensiblería o insensibilidad. Buscar el desarrollo del sentido reflexivo (crítico, autocrítico y transformador) de la vida, que falta le hace, y no la formación rápida del juicio fácil y el conocimiento disperso o enterrado, por la abundancia informativa actual.

c) La presencia de aquellos que murieron. Este modo de percepción puede ayudarnos a percibir la vida más allá del ego individual y colectivo, quizá desde una conciencia más compleja, hasta ser capaz de otorgar a la vida su justa importancia. Entonces, sólo entonces, puede experimentarse que: *“El ser humano es un reflejo de la Consciencia Pura. Cuando uno disuelve su ego en la Consciencia, vivir o morir carece de importancia”* (Calle, 1996:164).

d) La necesidad de que la muerte exista, en la medida en que todo el fenómeno humano, natural y cósmico se encuentra sumido en un proceso evolutivo permanente, cuyo sentido puede reconocerse, y que se desarrolla a través de ciclos relativos, muertes y renacimientos simultáneos y de escalas diferentes y complementarias.

e) El deseo no-egótico de trascendencia (mejora social y de la historia futura), como síntesis de un buen aprendizaje desarrollado entre las variables anteriores [ego, conciencia, evolución interior, muerte]. Si se contempla desde las coordenadas de la evolución, cada muerte es un paso hacia una mayor evolución de la conciencia, con lo que, aunque dolorosa, no es negativa, y compone un continuo indiferenciado con la vida. A esta tesis responde la perspectiva complejo-evolucionista.

Educar para la muerte no es, desde luego, pretender taponar su oquedad a toda costa. Más bien lo contrario: ese proceder es precisamente el que se ha pretendido desarrollar y el que puede equivocar o engañar a la persona. Porque el descubrimiento de la muerte dura siempre, está estrechamente relacionado con la madurez personal, tiene una profunda naturaleza individual y no puede continuar siendo ignorado por la escuela o por la sociedad que la satura.

Conceptuamos la Educación para la muerte como la comprensión e integración de la muerte en la Educación –escolar y social- y la formación de educadores (familiares, profesores, orientadores, etc.) para contribuir desde este ámbito a la evolución de las personas como integrantes y cooperadores de la humanidad, desde propuestas didácticas adecuadas.

3.8.2. HACIA UNA EVOLUCIÓN CURRICULAR: MÁS ALLÁ DE LA TRANSVERSALIDAD

Ya en el primer capítulo, introducíamos la educación para la muerte y su vinculación con los temas trasversales. Y considerábamos la muerte como un tema radical frente a lo que se consideran temas transversales así como se incluía un listado de temas radicales (para recordarlos se pueden consultar las páginas 158-160). Queremos explicar más ampliamente que en qué radica la diferencia entre los temas transversales y los radicales por la que podrían considerarse complementarios (De la Herrán y Cortina, 2006):

a) Los temas radicales o perennes no son ámbitos especialmente relacionados con el desarrollo, el progreso o la rentabilidad de los sistemas sociales, sino sobre todo para promover la educación de las personas (hoy tan difuminadas) y la virtud o madurez de sus sistemas de pertenencia y de referencia social.

b) Por tanto, desde una perspectiva global, mientras que los transversales quedarían comprometidos con una Educación para el Desarrollo Social, los radicales o espirales apuntarían más bien a una Educación de la Evolución Humana o una Educación Perenne centrada en la conciencia.

c) Tampoco es una cuestión especialmente propia de los últimos años, ya que es un asunto perenne, suspendido, o sea, pendiente de bajar o concretar.

d) Mientras que los temas transversales convencionales son asuntos demandados por la sociedad o encargos sociales con frecuencia urgentes, los radicales no siempre interesan en primer plano y por tanto no se demandan de un modo generalizado, pese a su importancia.

e) Con relativa facilidad, los transversales se asimilan a la educación escolar. De hecho, una mayoría de familias y docentes así lo entienden, comprendiéndolo a priori. En cambio, los radicales tienen todo que ver con la educación social y para la ciudadanía de todas las edades, y son asimilados a la función educativa de la escuela por una minoría después de haberse meditado bastante.

f) Los temas transversales convencionales permiten desarrollar currícula con enfoques diversos (por ejemplo, proyectos curriculares de etapa con una alta carga u orientación de género, de equidad, de educación ambiental, de educación para la paz, de educación vial, para el consumo, etc.). A pesar de responder a la realidad, de su importancia para la vida y de ser capaces de llevar la vida a la escuela, los transversales normalmente no se comprenden y de ahí que ni siquiera se apliquen bien. El hecho de que en distintas publicaciones suelen ofrecerse aparte, no ha ayudado mucho a su planificación y a su programación. De hecho, cuando se hace, suelen incluirse después y a capón. Quizá por éstas, entre otras razones, en algunas escuelas podría hablarse de «transversales atravesadas», porque han sido objetos de una combustión rápida o porque se han bloqueado. No han pasado del estado de mezcla al de combinación. Quizá una manera no forzada de resolver este nudo gordiano sea expandiéndolos a lo profundo, desde temas como la Educación para la Muerte, de modo que, por aportar una complejidad lógicamente construida, paradójicamente pueda simplificar el panorama. Los temas radicales o espirales de transversales pueden también aportar enfoques diversos al currículo, desde su profundidad.

g) Los temas transversales son expresiones sustantivas de la Educación en Valores. Los radicales son expresiones verbales, causales, más conectadas con la madurez personal, el conocimiento, reducción de egocentrismo y presencia de conciencia, de los que la formación en valores se deduce como consecuencia espontánea o resultado de haber sentido y pensado bien.

h) Los temas radicales son temas en sí, independientes de culturas, momentos históricos y demandas sociales, cuya presencia se sitúa en los fundamentos del conocimiento, y desde allí expresan su orientación social de naturaleza evolutiva, no desarrollista en primer término. Podrían ser centrados por cualquier tema transversal o área curricular. Complementariamente, cualquier tema radical centraría permanente desde el conocimiento la fibra más íntima de cualquier transversal, área o materia, que se vería dotado de mayor profundidad y orientación. Desde el punto de vista de conciencia y currículo ordinarios, la Educación para la Muerte enriquece la concepción misma de la transversalidad, porque favorece la conciencia de su presencia en las áreas y materias del currículo.

Los temas transversales son a los longitudinales (áreas del currículo) lo que la Educación para la Muerte sería a los temas transversales. De aquí que pueda considerarse radical o espiral a todas ellas. Desde este estatus curricular, la Educación para la Muerte aparecería, por ejemplo: para el niño de Educación Infantil como la paz en las pesadillas, rabietas y desasosiegos; la aceptación sexual para su placer y continuación; la seguridad vital en lo vial; la salud en su cuerpo y psique sanos; el cuidado ambiental de una Tierra que nos salva, porque todos somos vivos puntos de colores en este cuadro impresionista.

A partir de una percepción superior, lo más importante desde un punto de vista pedagógico, no es la Educación para la Muerte en sí, sino el hecho de que la Educación para la Muerte nos sirva para descubrir la presencia callada y profunda de una tercera dimensión formativa: un eje y sentido de conciencia capaz de proporcionar hondura al conocimiento. Algo que en esta sociedad de la rentabilidad y de la prisa podría tacharse como contracultural, quizá por aproximarse sin intermediarios a lo que la formación humana demanda.

Desde el punto de vista de una conciencia y un currículo extraordinarios, podríamos percatarnos en primer término de que no toda necesidad educativa se demanda. Y éste es el caso. Estaríamos realmente ante una nueva dimensión (o inmersión) curricular, complementaria a las existentes. Podría denominarse profundidad evolutiva.

La Educación para la Muerte podría iniciar otra clase de cuestiones radicales que mirarían por la profundidad que entendemos falta en la oferta curricular actual en todas las etapas educativas: infantil, primaria, secundaria y universidad (al menos y por coherencia en las carreras docentes).

Lo anterior conllevaría un cambio radical de mirada del currículo en el que aparecería la orientación evolutiva como sentido propio de la complejidad de conciencia, a su vez comprendida como motor, síntesis y resultado principal de la evolución posible. No se trata sólo de una cuestión de pensamiento, ni siquiera exclusivamente de conocimiento; estamos proponiendo una (r)evolución de la educación centrada en la conciencia, de la cual la muerte y su educación son constructos y fenómenos fundamentales.

3.8.3. HACIA UNA DIDÁCTICA DE LA MUERTE

Compartimos con De la Herrán y Cortina (2006) la necesidad imprescindible de intentar dar un salto cualitativo: desde la justificación de la «Educación para la muerte» a la elaboración de una propuesta pedagógica aplicada para su realización. En este contexto entenderemos por «Didáctica de la Muerte» la aplicación de la «Educación para la muerte» al conocimiento y la comunicación desarrollados en contextos educativos, contemplados desde la perspectiva de la planificación y el currículum, la metodología didáctica, los recursos didácticos, la evaluación, la investigación de la enseñanza-aprendizaje, la creatividad, la conciencia, la (trans)formación del profesorado, etc.

La Didáctica de la Muerte se orienta a fundamentar el enseñar; el aprender, el desaprender y el reaprender en función de la (auto) formación de alumnos y profesores. Para ello se centrará en el quién, qué, cómo, con qué y para qué de la comunicación educativa (enseñar/aprender, eliminar, evaluar, formarse, investigar, crecer...).

Teniendo en cuenta este intento de redefinición y de apertura, entendemos que una propuesta de aplicación en la enseñanza-aprendizaje no se puede reducir a un recetario. Para este abordaje, rogamos consultar la obra *la muerte y su didáctica: manual para educación infantil, primaria y secundaria* (2006) donde los autores se detienen en importantes centros de interés profesional de carácter didáctico: Fundamentación metodológica de la «Educación para la Muerte», currículum, actividades y propuestas metodológicas previas o preventivas, actividades y propuestas metodológicas posteriores o paliativas, recursos didácticos, evaluación de la enseñanza-aprendizaje, y formación del profesorado e investigación educativa. Nos parece una obra de referencia única para poder abordar la educación para la muerte en esas etapas educativas. En nuestro caso, desarrollaremos en el capítulo 5, una propuesta de programa de Educación para la muerte para ser impartida en las aulas universitarias a futuras educadoras y educadores.

3.8.3.1. TRIPLE ENFOQUE DIDÁCTICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

La «Didáctica de la Muerte» no se centra exclusivamente, como en un principio pudiera parecer, en la respuesta posterior o paliativa (en el sentido de atenuar el dolor). Además incluye una perspectiva preventiva y una tercera (o primera) lectura evolucionista, más compleja y formativa (De la Herrán y Cortina, 2006):

a) *La perspectiva didáctica y curricular previa o preventiva*, está orientada desde la primera infancia y a lo largo de toda la vida educativa puede ser clave para una más realista y consciente orientación personal y un medio importante de ayuda a la formación de la persona, de modo que no sólo esté en condiciones de vivir más plenamente, sino de aprovechar mejor el tiempo. Asocia actividades y propuestas relacionadas con la muerte y realizables en las aulas para ayudar a elaborar, no-desnaturalizar y desdramatizar paulatinamente el proceso. Son previas a la vivencia de pérdida significativa. Dentro de esta línea de educación es esencial trabajar el desaprendizaje significativo y el reaprendizaje (trans)formador en el sentido de favorecer que el alumnado se capacite para ir redefiniendo dialécticamente y desde esquemas de conocimiento más potentes o complejos multitud de cúmulos de miedos no-evolutivos, sesgos y prejuicios inconsistentes, tapones doctrinarios y mitos gratuitos en torno a la muerte, el morir, los muertos, la postmortalidad, la tradición ritual, etc. O sea: Aprender a morir a lo parcial y lo fragmentador para ser capaz renacer en lo esencial y universal.

b) *La perspectiva didáctica y curricular posterior o paliativa* ante una vivencia de pérdida significativa y desarrollada mediante actuaciones posteriores a la pérdida, se destina a ayudar al niño/a, adolescente o joven a elaborar el duelo personal y familiar, evitando contradicciones, buscando coordinación suficiente y planificando su modo de proceder en lo que podríamos denominar «periodo de duelo». Lo ideal es que sea consensuada o al menos deliberada con todos los agentes educativos, tanto a nivel de centro y etapa (proyecto educativo y proyectos curriculares de etapa), como desde las aulas (programaciones de aula y unidades didácticas concretas), estando siempre en estrecha comunicación con la familia. En síntesis: sería introducir el periodo de duelo en el diseño y desarrollo de la educación escolar.

c) *La perspectiva didáctica y curricular compleja-evolucionista* para la educación podría cultivarse desde que el menor es capaz de tener, a la vez, conciencia clara de la humanidad y de la muerte -alrededor de los 4-5 años-, y posteriormente concebir a la primera como una entidad en evolución, más concreta y relevante que cualquiera de sus partes. Desde el punto de vista de su proceso, ¿qué es la muerte en el contexto de una humanidad en evolución? La muerte aparece como una necesidad evolutiva que no define un antes ni un después, porque los egos (personales y colectivos) componen una tarea histórica y cooperativa que les trasciende.

Las dos anteriores perspectivas didácticas quedarían permanentemente motivadas por ésta, que cabría comprenderse como causa y efecto de crecimiento hacia una conciencia más y más compleja -unidad de medida de la posible evolución humana- y un menor egocentrismo, aplicables tanto a personas como a opciones.

3.8.4. HACIA UNA EDUCACIÓN COMPLEJO-EVOLUCIONISTA

En cualquier ámbito del conocimiento, los temas más aceptados o atendidos, si lo son durante el tiempo y la intensidad suficientes, acaban por traducirse en concesiones de becas y ayudas a la investigación capaces de orientar y moldear las preferencias y los cursos científicos. El efecto secundario de este proceder es que también pueden llegar a secar áreas enteras, que después se podrían constituir en vacíos epistemológicos para el futuro con repercusiones posiblemente graves.

Esto pasa habitualmente en todas las áreas del conocimiento y define la marginalidad epistemológica, un fenómeno epistemológico profundamente contradictorio con la naturaleza dudosa de la ciencia. Esto también ocurre en Educación.

Dentro de la Educación quizá esto esté pasando con la «Educación para la Muerte», junto a los demás temas perennes a los que nos referimos, que al cabo del tiempo han quedado desabastecidos y ocupados por otros ámbitos no-científicos que han acabado por echar raíces y levantar prejuicios sobre ellos. Mientras, tales ámbitos permanecen como asuntos apenas nutridos, poco más que intuitos, pendientes de desarrollo y normalización.

Como afirma González (citado en De la Herrán y Cortina, 2006) “*En el programa de la vida no tenemos programada la muerte*”. Efectivamente, todavía no la tenemos en el programa de la Educación, y tampoco, consecuentemente, en el currículum.

Desde un punto de vista educativo, es importante mirar con altura suficiente los asuntos de profundidad. Para ello a veces hace falta un andamiaje, que es lo que la tridimensionalidad curricular presentada intenta proporcionar.

Como afirman De la Herrán y Cortina (2006), la educación macdonalizada parte y pretende casi exclusivamente el hacer cortoplacista, desde un pensar por fuera (alumnos, currículum, innovación, etc.) que hace un bypass con el ser del profesor y lo relega a un enésimo plano, de modo que mucha de su potencia orientadora se pierde, y con ella, la posibilidad de hacer más para ser mejores. Además, se caracteriza por:

a) Una originalidad disminuida y en disminución, sobre principios que desde luego fueron originales en su momento, lo que favorece una contradictoria uniformidad con aquellos mismos principios, que se propulsa de sí misma en unas cuantas direcciones planas.

b) Una polarización de la atención, los intereses y los esfuerzos de personas y sistemas sociales a un logro último de bienestar y felicidad prearistotélica que no parece haber interiorizado la *Ética a Nicómaco*, lo que dificulta el proceso esencial de ser más interiormente para ser mejores, o sea, de verdadera educación.

c) Disolver, como el alcohol a la tinta, las expectativas hacia esta educación esencial, hasta concederle una importancia imperceptible o traducirla para la razón a la categoría de rareza.

d) No amar la coherencia o práctica de la ética.

Expuesto de otro modo. Creando un campo de actuación educativa resultante del cruce de dos variables (Acción X Enfoque), descubrimos que los enfoques pedagógicos sólo se han centrado en unas pequeñas porciones del posible universo formativo, que ni siquiera abarca lo más interesante y necesario para la vida real.

Porque, de los siguientes campos de actuación investigadora y docente, apenas se ha incorporado a la normalidad la tercera parte de ellos. Y los demás, no es que se rechacen o que se denosten. Es como si no se vieran, como si no se dejaran ver por la razón. Pues bien, sospechamos que otras ciencias pueden ser descritas o interpretadas. Pero la realidad educativa, además, puede evolucionar. En este sentido, y desde un punto de vista epistemológico, la Educación dispone de campos que permanecerán inéditos mientras no se normalicen conceptos y fenómenos intensamente relacionados, como el ego, la conciencia, la universalidad, la muerte, el autoconocimiento, la evolución humana... Desde este punto de vista, el nivel de desarrollo de la Educación debe considerarse, con relación a su propio potencial, insatisfactorio.

Nuestra perspectiva es más compleja que la resultante del cruce de aquellas dos dimensiones (Acción X Enfoque). Estructuramos nuestra propuesta de campos de investigación educativa complejo-evolucionista desde el cruce de los valores de las siguientes cinco dimensiones: cada una de ellas cruzaría todos sus valores con los de las demás (De la Herrán y Cortina, 2006):

- Dimensión 1ª: Enfoque: Descriptivo - Explicativo - Alternativo (a lo tradicional) - Complejo-evolucionista
- Dimensión 2ª: Metodología: Sondeo - Descripción - Explicación - Previsión - Denuncia (crítica) - Autocrítica - Cambio personal - Cambio social (transformación) - Evolución generalizada
- Dimensión 3ª: Acción: Sentir - Conocer - Hacer - Ser - Evolucionar
- Dimensión 4ª: Efectos: Acumulación informativa - Organización de contenidos - Fundamentación epistemológica - Mejora ética - Transformación social - Evolución generalizada
- Dimensión 5ª: Ámbitos: Somático - Psíquico - Paranormal - Espiritual Social

De esta forma, los cambios que se produzcan a nivel individual y social tienen indefectiblemente su origen y su principal repercusión en la conciencia, entendida como causa de lucidez o capacidad sobre la que es posible articular y orientar la posible evolución humana, y esto sólo se puede conseguir diluyendo el egocentrismo. Es raro encontrar alusiones a la conciencia en Educación o en Psicología.

El cambio centrado en la conciencia es una cuestión personal de cada uno y un derecho-deber general de todo ser humano por el hecho de serlo, y especial de los profesores y de las instituciones que justifican, desde cuyo trabajo están en condiciones de proporcionar la duda fértil unida a la autocrítica y a la coherencia. Como afirman De la Herrán y Cortina (2006):

“Sólo entonces podrá decirse, con propiedad, que su conciencia germina, trasciende y se eleva concreta, socialmente para realizar su sentido último y primero, esto es, contribuir a la realización del mejoramiento de la vida humana, precisamente porque la conciencia no es una intención educativa suficiente”.

Pero De la Herrán y Cortina (2006) quieren ir más allá de la mera Educación para la Muerte. Y por ello afirma que es obvio que en un contexto cultural como el nuestro (por un lado, españolista, nacionalista, europeísta, primermundista, capitalista y etnocéntrico, y por otro con un bajo grado de civismo y demasiado amante y cultivador de la vulgaridad), la fundamentación y realización de la «Educación para la Muerte» no parece algo claramente rentable, luego en general no resulta interesante.

Pero vamos más lejos: a nosotros tampoco nos interesa como tal. En una sociedad de pensamiento y conciencia tan débiles y tan inmadura como la actual creemos que podría ser erróneo o poco útil limitarnos o plantear aisladamente una hipotética «Educación para la Muerte» ¿Por qué? Quizá porque tendería a ser trivializada, interpretada desde la superficialidad, la morbosidad, la particularidad, la funcionalidad, el inmediatismo eficientista, la transgresión o desde una interpretación exclusivamente paliativa del morir, unido siempre a lo parcial, a la parafernalia, al rito, a la superstición, a la fecha, a la tradición o a la costumbre etnocentrista de la clase que sea.

Así pues, desde nuestro punto de vista, más allá de la dialéctica sociedad-muerte-educación se precisa un marco perceptivo y educativo más potente, no-parcial o definitivamente universal, resultado de una comprensión distinta, más compleja y orientada desde y hacia la posible evolución humana, en la que la Educación para la Muerte -junto con otros temas perennes- cobre un sentido formativo más completo.

Por ello pretendemos aproximar la educación a un paradigma de la evolución y la complejidad (De la Herrán, 2003), mucho más amplio, donde:

1. El tema de la muerte y su Educación estén contenidos y orientados.
2. Educador y educando converjan en un mismo proceso de mejora personal y social centrado en la complejidad de conciencia.
3. La ética, la solidaridad, la crítica, la autocrítica y la transformación constituyan referentes metodológicos normales y deseables, más allá del prisma del ombligo.
4. Los vectores de desarrollo sean la reducción de egocentrismo individual y colectivo y el incremento de madurez personal desde la ampliación y la complejidad de la conciencia personal, compartida y noogenética.

Y todo esto pensando en la acción educativa, en nuevos modelos y metodologías didácticas, en nuevos contenidos y en mucho más ambiciosas intenciones, con implicaciones sociales e individuales que contribuyan a hacer de las utopías de hoy realidades de mañana. Y, desde luego, atendiendo a los lastres, provenientes del problema más grave de la educación: el egocentrismo humano. En efecto:

- I. El egocentrismo humano explica y estimula, mantiene y acrecienta la mayoría de los problemas sociales.
- II. Su escasa eliminación, deficitario control y desconocimiento válido posibilitan la generalización de lo que lastra la posible evolución humana. Esto es, al no conocerse, ni siquiera es posible fundamentar proceso alguno de interiorización, desempeoramiento y mejora, lo que entre otras cosas preserva del conocimiento directo de aquellas cuestiones perennes y también de la conciencia de la muerte.
- III. Precisamente por ello, se trata de un problema general, global, calificable como inmadurez generalizada del ser humano, con muchas ramificaciones y mayores concreciones.
- IV. Si cupiera alguna probabilidad de mejoría o solución global, ésta debería ser de naturaleza educativa-didáctica. La enseñanza puede contribuir a su solución global, que debiera comenzar, lógicamente, en el formador de docentes y en los docentes mismos.

3.8.5. FORMACIÓN DE LOS EDUCADORES DESDE UNA PERSPECTIVA COMPLEJO-EVOLUCIONISTA

Es fundamental formarse para mañana y para pasado mañana, y educar a los estudiantes con la visión puesta por delante del momento presente. En la medida en que la escuela es un vagón caudal al que se le pide simultáneamente hacer las veces de locomotora, creemos fundamental realizar una expansión del concepto reto o desafío, para pretender desde la educación ese vivir algo distinto, necesariamente mejor y más completo, como resultado de haber hecho frente a la respuesta a las necesidades (motivaciones, objetivos y contenidos) de cada presente desde los aprendizajes disponibles. A saber (De la Herrán y Cortina, 2006):

a) Desafíos de primer orden: Para la supervivencia o para la mejor vivencia, asociados a los entornos, contextos o situaciones. Son circunstanciales, actuales, inerciales, coyunturales y por tanto neutralizables con los recursos necesarios.

b) Desafíos de segundo orden: Para la vida cotidiana de la nueva sociedad emergente: Presentan características comunes para casi todos los entornos, asociados al progreso. Requieren una actitud, un conocimiento y una reflexión de naturaleza anticipatoria. En principio, no son neutralizables, porque, una vez satisfechos, se abren a nuevos desafíos y emergencias de la misma naturaleza. Los denominamos futuros u orientadores al futuro. Por ejemplo, la Educación Ambiental, Educación Vial, Educación para el Consumo, Educación para la Paz, Educación para la Salud, Educación para la Igualdad de Oportunidades, Ética, TIC, Lenguas Extranjeras, etc.

c) Desafíos de tercer orden: Para la posible evolución humana: Son independientes de contextos y sociedades, pero han de orientarse desde cada realidad.

Presentan una naturaleza perenne, inherente a la condición humana. Sin embargo, en toda circunstancia pueden considerarse más recientes que los desafíos de las categorías anteriores, porque son previos a ellos y se renovarán en su mismo sentido, y sin embargo aquellos son mudables. Entre los temas perennes podrían diferenciarse los demandados de los no demandados, casi siempre por una influencia directa del contexto ideológico.

El caldo de cultivo óptimo para la macdonalización educativa se crea y favorece cuando los desafíos de segundo orden (sistémicos) se toman como prioritarios, y se crean necesidades en su mismo sentido, o sea, como nortes para los primeros, y como comodines para los terceros.

Dados los cambios vertiginosos de los últimos años, y para los futuros, nos inclinamos por una formación docente polivalente pero con raíces y orientación evolutiva, centrada en la conciencia, que capacite a estudiantes y profesorado a la vez para dar respuestas constructivas y equilibradas a todos los retos.

Sin embargo lo habitual es la hipertrofia funcional-contextual en detrimento de la polaridad futuro-perenne. Preguntémonos a la vista de este sencillo esquema: ¿En qué eje(s) o cuadrante(s) se suelen situar los contenidos y objetivos curriculares normalmente más cultivados? ¿Este posible sesgo apunta a una formación armónica? ¿Es realista pretender una armonía de lo que se entiende por tal? ¿No son muchos los contenidos formativos desatendidos? ¿Los resultados de estas indagaciones no pueden dar a luz nuevos objetivos o referentes autoevaluativos de la dimensión formativa de un centro educativo, de una etapa, de un docente? ¿Un enfoque global y orientado de esta naturaleza no puede contribuir a capacitar a los estudiantes a una verdadera autoformación, en la medida en que compromete la enseñanza con la madurez del aprendiz, o quizá llevarle a saber ver y pensar, saber criticar y autocriticarse, saber buscar y crear, saber tener y dar, y saber ser y evolucionar?

Por tanto, deducimos que es profundo error identificar nuevo siglo, nuevo milenio, etc. sólo con perspectivas duales, como el surgimiento de lo último, y más concretamente con la emergencia de nuevos temas y nuevas facetas de la realidad. Si así se entiende, se está considerando al ser humano en general y al aprendiz en particular como una especie de tinaja a colmar con un embudo que no permite otra cosa que la acumulación.

Para De la Herrán Y Cortina (2006), el horizonte de los tiempos nuevos debería asimilarse a cuestiones perennes, que también son novedosas -o más, y ancestrales a la vez-, independientes del tiempo, no sólo irresueltas, sino abiertamente relegadas u olvidadas, y que sumen al ser humano en una categoría cristalizada de eslabón perdido de su ser posible hasta el despertar a una razón autoconsciente.

Y la verdad es que la escuela no ha ayudado mucho en esto de buscar el centro, el eje o el norte, o, al menos, en no perder de referencia el eje radical, para no desnaturalizar el resultado social. Casi siempre, de hecho, la escuela y el currículo se han comportado como un verdadero vagón de cola de la sociedad (De la Herrán, 1993), casi exclusivamente orientado a desarrollar una labor instructiva y no plenamente educativa, destinada a satisfacer las demandas sociales, y a desoír las más formativas.

Nosotros pensamos, en definitiva: anticipatoria sí, pero no nos refiramos sólo al previsible cambio social o de la escuela debido a las aplicaciones disciplinares, de las nuevas tecnologías o las lenguas extranjeras. Porque anticiparse también puede equivaler a activar o a despertar aquellas cuestiones perennes y por ende dormidas, ni siquiera ligadas a progresos, a circunstancias que, aunque nos hagan a algunos la vida más cómoda, quizá no contribuyan a estimular la humanización de la sociedad, el cambio interior, más allá de la hominización. Mayor Zaragoza (2000:9) lo expresa con sencillez: *“Nos entretienen con noticias a corto plazo. Todos son ruidos y no nos dejan sintonizar con las grandes cuestiones de nuestro tiempo”*. No interesa que afloren, que se cuestionen, que se aireen -añadimos nosotros-.

Con estas vivencias corticales, dentro de cuyas coordenadas se desarrollan planteamientos educativos, sistemas y críticas, se incrementan y promueven los estratos de exterioridad de las personas, de las instituciones y los colectivos. A nadie sorprende, por ejemplo, que las encuestas revelen que las posibilidades informativas de Internet interesan mucho más que el estudio y la paciencia necesarias capaces de promover una indagación original, que casi se suplanta o se evita, porque más que enriquecer, sigue molestando, aunque en el plano del discurso se diga lo contrario. Mientras el peso de las conclusiones científicas y cotidianas se incrementa en una progresión ascendente, el cimio del ser humano sigue tan escaso como casi siempre.

De acuerdo con la propuesta de coordenadas para una didáctica de la complejidad y orientada a la evolución propia y general de los profesores De la Herrán y Cortina (2006), estimamos que pueden llegar a ser obstáculos una serie de actitudes inadecuadas y estrictamente acientíficas, aunque normales:

a) La disposición contraria a la búsqueda de lo complejidad: tapparla, taponarla, sesgarla, tergiversarla, etc.

b) La simplificación como pretensión: No pretender la mayor complejidad posible del conocimiento, una vez detectado el sesgo.

c) Pretender conscientemente completar inválidamente la realidad, incurriendo en procesos de *“totalización de lo parcial”* (De la Herrán, 1998) para favorecer el propio sistema o referente.

d) Aislar las conclusiones propias de otras opciones duales semejantes.

e) Emplear la descalificación o el reduccionismo [de lo ajeno] como parte del método propio.

f) Esquematizar las conclusiones propias hasta la dualidad y promover como normalidad deseable las actitudes parciales, diferenciantes y sesgadas.

Pero los obstáculos anteriores son salvables mediante diversas motivaciones educativas:

a) Motivación socrática, orientada a la humildad.

b) Motivación hegeliana, orientada a la síntesis.

c) Motivación euckeniana, orientada a la autocrítica.

d) Motivación moriniana, orientada a la complejidad.

e) Motivación teilhardiana, orientada a la convergencia evolutiva.

Y más concretamente, varias líneas de acción:

a) Un esfuerzo de reflexión desde los fenómenos objetales, cualesquiera que éstos sean.

b) Una indagación sobre el propio conocimiento y sus condicionantes.

c) Una disposición al reconocimiento de nuestra propia ignorancia como hecho investigativo más destacado.

Desde una percepción de complejidad se pueden comunicar argumentos, procesos y resultados:

a) Sintéticos o complejos en sentido estricto, lógicamente superadores de opciones parciales.

b) Parciales, porque así lo requieran los objetivos y contenidos investigados.

c) Silenciados, o sea, sin investigar, sino comportándose de manera acorde. Realmente es otro modo de expresar resultados, cementados por la coherencia y sustentados en un aprendizaje experimental.

De lo anterior se desprende que puede ser confuso el límite entre la complejidad y la pseudocomplejidad. Señalamos unas cautelas finales, con el fin de diferenciarlas:

a) La complejidad no se muestra como otra opción dual, parcial, distinta y si aparece como tal, podría ser pseudo.

b) La complejidad no es una opción a la que se llegue reduciéndose, simplificándose, esquematizándose, formalizándose, paralizándose o, en otro orden, institucionalizándose o taponando a otras. Y si lo hace, podría estar lentificando o empastando su potencial de relación e iniciando con ello una etapa de pseudocomplejidad.

De todos los modelos de formación que puedan ser compatibles con nuestra propuesta se desprenden elementos importantes, unos actitudinales, otros metodológicos y otros estructurales, al menos desde nuestro propio punto de vista (De la Herrán y Cortina, 2006).

a) Del modelo de formación tradicional, artesanal, oficio, destacamos la orientación a la entrega profesional, la formación del estudiante en primer plano, en conjunto causa de actitudes constructivas y autoconstructivas de importante proyección

en la vida personal y profesional. El talante artesanal o de educación como práctica artesana es positivo, si se orienta a la apertura, hacia una artesanía artística y fundamento tradicional, experimental y científico. Por lo que respecta a la formación en prácticas, valoramos positivamente que se dé una relación respetuosa (auctoritas) del aprendiz respecto al maestro, que sin duda puede ser una enriquecedora vía natural de aprendizaje, aunque todo dependa del maestro/a en cuestión. Admitimos, finalmente, que la enseñanza, entre otras cosas, sea una cadena de eslabones de ensayos-aciertos-errores y saber acumulado. Y acaso, a gran escala, el conocimiento humano tenga al tanteo, el análisis y la acumulación como método fundamental.

b) Del modelo conservador-académico es destacable la necesaria interpretación de la herencia cultural, educativa y científica como base de la conciencia actualizada, tal y como apuntaron desde dos perspectivas complementarias Hegel o Martí. Es importante, en consecuencia, valorar los contenidos como asientos de formación esenciales. Es realista también entender la instrucción, en un sentido confuciano (cultivo para la construcción personal), más que escolástico (recepción conceptual y disciplinar para el conocimiento), como objetivo educativo. Así mismo, puede tomarse de él la importancia de cultivar de modo expreso la disciplina y el esfuerzo adecuado, tanto por el lado docente como discente.

c) De la perspectiva tecnológica nos resulta compatible con nuestro modelo la atención a la eficacia (producto) como referente básico. Diferimos, en cambio, en que el papel del docente deba limitarse al de mero técnico o en que las fundamentaciones empírico-analíticas hayan de ser necesariamente generales y acontextuales.

Análogamente, no compartimos que la formación científica se pueda identificar exclusivamente con programas formativos integrados por elementos de ciencia básica, de ciencias aplicadas y base normativa y competencial, ni con conclusiones obtenidas, como en las ciencias naturales, de los proyectos de investigación y los experimentos.

Pensamos, para terminar, que esta perspectiva desarrolla una admirable búsqueda de rigor y objetividad, y que desde ella genera conocimiento. Si genera conocimiento, ya está transformando o incluso emancipando de la ignorancia, en un

sentido freireano estricto, pues con el conocimiento y la formación aumenta la flexibilidad y la capacidad de adaptación. Pensamos que el conocimiento de investigaciones científicas pudieran contribuir a ahormar el propio pensamiento, construido con vigas y traviesas, y no sólo por uno u otro de aquellos elementos constructivos.

d) De la perspectiva práctica-reflexiva nuestro propio modelo se identifica con numerosas premisas. Así, entendemos que la enseñanza no es atrapable por la ciencia positiva, que, aunque necesaria, no es suficiente (Santos Guerra, 1990), por su singularidad (no repetitividad), naturaleza cambiante (no estática), incertidumbre (no seguridad), polisemia (no asepsia), relatividad (no incondicionalidad), heterogeneidad (no uniformidad) e índole ética (no mecánica e impositiva), etc. Y sin embargo, estimamos la atención preferente a variables cualitativas que no han de renunciar a la posibilidad de que las conclusiones tecnológicas o incluso las buenas recetas puedan guiar hipotéticamente o servir de andamiaje a procesos posteriores de reflexión, como un referente más.

A partir de aquí, nos identificamos con que la enseñanza puede considerarse un proceso dialéctico de creación artística, en el que el profesor actúa como reconstructor o recreador de un proyecto cultural compartido y contextualizado, como un “investigador en el aula” (Stenhouse, 1984). Desde nuestra perspectiva, apostamos por favorecer un pensamiento reflexivo sobre la propia práctica, pero avanzando más allá de la investigación-acción como fuente de conocimiento.

e) De la perspectiva sociocrítica también nos identificamos con algunos planteamientos, criticamos otros y apuntamos a la superación de otros. Admitimos que la actividad individual y colectiva del maestro, dentro y fuera del aula, pueda entenderse como transformadora de la cultura dominante, pero no sólo emancipadora. Es ideal y deseable que el medio básico de las comunidades críticas puedan ser los equipos de trabajo reflexivos, y colaborativos, aunque creemos que desde sus dinámicas democráticas pueden distanciar o marginar a otras personas, que no participen de los mismos argumentos y orientaciones ideológicas, con importantes repercusiones en el clima social del centro.

Con independencia de su relevancia contextual admitimos el valor sobresaliente de la reflexión cooperativa-crítica, siempre y cuando esa crítica empiece coherente y periódicamente en la autocrítica de la propia comunidad reconstructiva, y sólo entonces critique a lo demás (Confucio), pero expresamos la duda de que una subjetividad crítica consensuada y, como diría Bolívar (1999), ilusoriamente situada por encima de los condicionantes sociales pueda prescribir lo que se deba hacer, favorezca la aproximación a una didáctica no-sesgada, entendiendo por talla exenta de escoras a lo parcial o sistémico.

Por otra parte, la incorporación de la dimensión ética-social (general y centrada en minorías, tal y como esgrime la opción radical postmoderna) a nuestro entender es un imperativo lógico, orientado a la superación de las desigualdades e injusticias en la escuela y la sociedad, más allá de la dualidad sistémica, en la medida en que se trata de valores universales o simplemente favorables a la evolución humana, que para nosotros constituye un objetivo formativo prioritario. El problema es que tal opción postmoderna es por definición y hasta el momento una alternativa dispersa y dispersante.

f) Del modelo personalista-humanista asumimos la relevancia del cultivo personal desde la unicidad del sujeto, y desde los primeros compases de su periodo de formación inicial. Evidentemente, la seguridad personal del profesor con su clase y su autoestima son requisitos necesarios para el equilibrio personal y comunicativo, el mantenimiento de relaciones interpersonales de calidad, a la par que el dominio de los contenidos de referencia. La voluntad y la motivación ambiciosa e idealista-saludable es básica para que el educador pueda hacer de sí mismo un buen instrumento didáctico.

Destacamos de ello el valor del ejemplo. Promovemos como posibilidad deseable para una formación ideal el hecho de que la práctica didáctica se pueda inscribir en un proceso no sólo de desarrollo profesional, sino nuclearmente de autorrealización y madurez personal como clave de educación no muy atendida pero accesible e imprescindible en la formación didáctica de los profesores.

En definitiva, para De la Herrán y Cortina (2006) *“enseñar es sobre todo, mostrar (luego no ocultar y subir el volumen se expresa) y enseñarse (a sí mismo), y no es posible propiciar didáctica fértil sobre un tema radical, sin haberlo interiorizado. Sería una insensatez, una contradictio in terminis”*.

Por ello, creemos que es posible apostar por un profesor/a aspirante a total (o en menor medida parcial), definiéndolo, en su estado más complejo y evolutivo, como aquel cuyo desarrollo se orienta a la conquista de todos los niveles de mentalidad y de actuación docentes, porque en el marco de un desarrollo interior pleno, los podría contener a todos. Y que, por tanto De la Herrán y González (2002:85-86) definen como el que:

- a) No sólo sea rutinario/a, porque pueda ser tecnólogo/a.
- b) No sólo sea tecnólogo/a, porque pueda ser reflexivo/a.
- c) No sólo sea reflexivo/a, porque pueda ser crítico/a.
- d) No sólo sea crítico/a, porque pueda ser autocrítico/a.
- e) No sólo sea autocrítico/a, porque pueda desempeñarse.
- f) No sólo pueda desempeñarse, porque pueda ser coherente.
- g) No sólo sea coherente, porque pueda ser indagador/a.
- h) No sólo sea indagador/a, porque pueda ser capaz de interiorizarse.
- i) No sólo sea capaz de interiorizarse, porque pueda ser generoso/a.
- j) No sólo sea generoso/a, porque pueda ser virtuoso/a.
- k) No sólo sea virtuoso/a, porque pueda estar no-egotizado/a.
- l) No sólo no esté no-egotizado/a, porque sea verdaderamente maduro/a.
- m) No sólo sea verdaderamente maduro/a, porque sea plenamente consciente.

n) No sólo sea plenamente consciente, porque pueda ser total: practicante de su autoconciencia y todas las cualidades y condiciones anteriores.

3.8.6. CONCLUSIONES

Desde la Educación para la Muerte no sólo se puede acceder al conocimiento de la muerte: se puede y se debe atravesar y trascender hasta desembocar en interiorización y madurez; personal y social, que consideramos finalidad de la Educación de la Conciencia, horizonte perdido de vista de la propia Educación.

Con respecto a ella, la Educación para la Muerte es un área de experiencia y transformación que incorporaría una función pedagógica eminentemente instrumental-sonora. Desde esta perspectiva, la muerte es (De la Herrán y Cortina, 2006):

- Una cuestión tan central como evitada.
- Un asunto relegado hasta la indiferencia.
- Una pregunta, más que una respuesta.
- Patrimonio secreto de la humanidad.
- Un eje de la vida humana.
- Una clave o epicentro de la posible evolución humana.
- Un prólogo, más que un epílogo.
- Un reto (educativo) perenne para todos.
- Un ámbito educativo cuya indagación es incompatible con la macdonalización social, el hamburguesamiento del pensamiento y el servilismo político de la educación.
- Quizá sea uno de los contenidos más formativos y globalizadores.
- Vital.

Por ello desde el punto de vista de la conciencia, es un imperativo intentar mejorar su comprensión, y esta tarea debiera realizarse desde la indagación y el trabajo docente-educativo en y para todos los tramos, incluido desde luego el nivel educativo del adulto.

No creemos que la muerte pueda predefinirse como algo incognoscible a priori. Es más, no es verdad que la muerte no se pueda conocer, y sí que nos podemos aproximar notablemente a su realidad.

La clave de esto es dejar de insistir en línea recta topándose con los muros de horizontes falsos, y proceder a conocer la muerte desde una perspectiva complejo-evolucionista (abierta, relacionada y orientada). A la vista de este planteamiento podemos concluir con las siguientes razones (De la Herrán y Cortina, 2006):

a) Habitualmente se comprende la muerte casi desde la perspectiva de la evolución psicológica del concepto de muerte y desde la vivencia de pérdida y duelo. Si esta percepción -siendo importante-, sólo cubre uno o dos ángulos de los varios que hemos presentado, quizá la propia comprensión de la muerte sea normalizable mediante su ampliación.

b) Se deduce de ello que quizá la representación que de la muerte se tiene y sus consecuencias, no es tanto de la muerte como de una parte por el todo, o parte que se entiende como todo de ella.

c) Proponemos dar un salto cualitativo y transformador en lo íntimo, capaz de conectar motivación con muerte y (auto)formación, e indagar y avanzar en su comprensión sobre y desde estas diferentes perspectivas.

d) Con todo, es esencial: diferenciar entre “La Luna y el dedo que apunta a la luna” (Deshimaru, 1982). Esta es la elección más importante de la vida humana. También de este trabajo formativo.

e) Entre todas las anteriores vías de conocimiento hay una perspectiva capaz de contener a todas, a modo de paradoja de Russell: la perspectiva evolucionista o trascendente.

Globalmente, desde esta concepción se puede contribuir a una más amplia y dinámica comprensión de la muerte, porque pueda favorecer una mejor aproximación del fenómeno.

Formamos parte de algo inmenso y con sentido. Algo mucho más grande y profundo que nuestra referencia de identificación más amplia. Es algo que todavía no se reconoce, pero cuya autoconciencia va en aumento. Cobra forma y se realiza, en la medida en que el ser humano converge, une y toma conciencia del sentido del ciclo vida-muerte que siempre sigue en un universo evolutivo.

Para nutrirlo, para realizarlo, parece esencial superar los condicionamientos egocéntricos (quietistas y fragmentarios) y cultivar el nacimiento progresivo del sentimiento, el conocimiento y la conciencia de universalidad. Para todo esto puede resultar indispensable la emergencia de una nueva Educación, no tanto centrada en el qué, el cómo y el cuándo enseñar y evaluar, sino en el quién y el para qué más ambiciosos: “La educación debe contribuir a alumbrar una sociedad mundial en el corazón de cada persona” (Informe Delors). Terminamos con una reflexión de De la Herrán y Cortina (2006):

“¿Quién y para qué? Éstas son las preguntas capaces de vertebrar toda acción educativa consciente. El pasado, referencia útil de lo porvenir, nos contesta los porqués. El presente, cuál y cómo está siendo el resultado. La respuesta al para qué se realiza supeditando pasado y presente a ese futuro, y ese futuro a la global evolución humana, sin etiquetas, sin calificaciones, sin corsés irreflexivos o peor meditados. El quién es el sujeto que, haciéndose objeto trascendente de sí mismo, se plantea las cuestiones e intenta realizarse en ellas”.

CAPÍTULO IV:

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

ENTREVISTA, CUESTIONARIO Y

GRUPOS DE DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: ENTREVISTA, CUESTIONARIO Y GRUPO DE DISCUSIÓN

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE INVESTIGACIÓN.	525
4.1.ENTREVISTA	529
4.2.CUESTIONARIO	545
4.3.GRUPO DE DISCUSIÓN	605

Análisis e interpretación de datos: Entrevista

Tabla de contenido

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	531
4.1. ENTREVISTA	531
4.1.1. APROXIMACIÓN A LOS DATOS GENERALES.....	533
4.1.2. PERCEPCIÓN SOBRE LA EXISTENCIA DE LA MATERIA DE EPS Y EPM EN SU UNIVERSIDAD.....	533
4.1.3. NECESIDAD Y DEMANDA DE FORMAR A LOS ESTUDIANTES EN EPS Y EPM.....	535
4.1.4. PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE FORMACIÓN EN EPS/EPM	540
4.1.5. RELACIÓN ENTRE EPS/CALIDAD DE VIDA/MUERTE	541
4.1.6. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y LA EPM	542
4.1.7. ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE DEL PROFESORADO	542
4.1.8. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EPM.....	543

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. ENTREVISTA

A lo largo de este capítulo, expondremos los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de recogida de información utilizados: entrevista, cuestionario y grupo de discusión.

Las entrevistas han sido utilizadas, como técnica de recogida de información adicional en la primera fase de la investigación, para obtener datos facilitados a través de *informantes clave*. Hemos utilizado la entrevista con la finalidad de extraer algunas pautas generales entre las necesidades, demandas, percepciones y consideraciones sobre la Educación para la Salud (EpS) y la Pedagogía de la Muerte (EpM), de un grupo de profesorado que imparte docencia en materias relacionadas con la Educación para la Salud, en diferentes universidades españolas: Murcia, Granada, Sevilla y Pablo de Olavide. Los objetivos que nos proponemos conseguir con esta técnica son los siguientes:

- a. Conocer las ideas que el profesorado¹ tiene sobre la Educación de la Salud (EpS) y la Pedagogía de la Muerte (EpM).
- b. Comprobar la formación recibida por el profesorado en los ámbitos de EpS y EpM.
- c. Establecer si existe relación para el profesorado entre la Salud, la Calidad de Vida, y la Calidad de Muerte.
- d. Delimitar las actitudes de afrontamiento ante la muerte y el duelo que tiene el profesorado.
- e. Saber si existe la necesidad y/o demanda desde el ámbito universitario de las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte.

¹ Cuando en los objetivos se menciona al profesorado, nos referimos de forma específica a los *informantes clave* que han realizado la entrevista, y que son profesores y profesoras de las Facultad de Ciencias de la Educación y Ciencias Sociales de las Universidades de Murcia, Granada, Sevilla y Pablo de Olavide (Sevilla).

- f. Analizar la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional del profesorado.

El instrumento de recogida de información que finalmente elaboramos, trata de incluir tanto preguntas que giran en torno a la Educación para la Salud como aquellas relacionadas con la Pedagogía de la Muerte, y la relación entre éstas y la calidad de vida. De manera más precisa, la entrevista cuenta con 30 ítems agrupados en ocho categorías temáticas:

- I. Datos generales
- II. Percepción sobre la existencia de la materia de Educación para la salud y de la Educación para la Muerte en su Universidad
- III. Necesidad y demanda de formar a los estudiantes en EpS y EpM
- IV. Percepción del nivel de formación en EpS / EpM
- V. Relación entre EpS/Calidad de Vida /Calidad de Muerte
- VI. Introducción a la temática de la muerte y la educación para la muerte
- VII. Actitudes de afrontamiento ante la muerte del profesorado
- VIII. Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM

Como puede observarse las categorías anteriormente descritas guardan correspondencia con los ítems de la siguiente forma:

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	CORRESPONDENCIA CON LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA
Datos generales	Lo constituyen las 9 primeras preguntas que no están numeradas.
Percepción sobre la existencia de la materia de Educación para la salud/Educación para la Muerte en su Universidad	Nº1, 2 y 3/ 23
Necesidad y demanda de formar a los estudiantes en EpS/EpM	Nº 4, 5, 8, 9 y 10 / 15, 16, 17, 23, 24, 25
Percepción del nivel de formación en EpS/EpM	Nº 6, 7/ 26
Relación entre EpS/Calidad de vida /Calidad de muerte	Nº 11 y 14
Introducción a la temática de la muerte	Nº 12, 13
Actitudes de afrontamiento ante la muerte del profesorado	Nº 18, 19, 20 y 21
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM	Nº 22, 27, 28, 29 y 30

Tabla 2.6. Categorías temáticas de la entrevista. Fuente: Elaboración propia.

A continuación analizaremos los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas. El instrumento así como las entrevistas realizadas pueden consultarse en el anexo 3.

4.1.1. APROXIMACIÓN A LOS DATOS GENERALES

Como ya hemos mencionado, el profesorado entrevistado forma parte de diferentes Departamentos o Áreas de Teoría e Historia de la Educación en las universidades de Murcia, Granada, Sevilla, y Pablo de Olavide. Entre los profesores entrevistados tenemos dos profesores titulares, dos profesores contratados doctores y dos profesores asociados. Todos imparten docencia en el Grado de Educación Social y en el de Pedagogía. Las asignaturas que imparten además de Educación para la Salud, son las siguientes: Educación y Diversidad cultural, Gestión de Programas y Grupos, Acción Socioeducativa en Infancia y Juventud, Fundamentos Pedagógicos de la Educación Social, Pedagogía Social-Educación Social, Educación Comparada...

Todo el profesorado tiene una amplia trayectoria profesional, desde los asociados y contratados doctores que llevan un mínimo de 6 años impartiendo docencia universitaria, hasta los profesores titulares que llevan entre 20 y 30 años como profesores universitarios. La edad oscila entre los 35 y los 55 años. Y han sido entrevistados cuatro hombres y dos mujeres.

4.1.2. PERCEPCIÓN SOBRE LA EXISTENCIA DE LA MATERIA DE EPS Y EPM EN SU UNIVERSIDAD

1. Respecto a la primera cuestión planteada de si tiene conocimiento de que se imparta actualmente en su Departamento o Facultad la asignatura Educación para la Salud (o alguna asignatura relacionada con esta temática), todos han respondido que sí, ya que todos imparten o han impartido la materia en sus respectivas facultades.

2. Cuando les preguntamos de qué tipo de asignatura se trata: Troncal, Obligatoria, Optativa, Libre Configuración, encontramos que la asignatura tiene un carácter diferente ya que en algunos casos: es obligatoria como ocurre en la Universidad de Murcia y en Granada donde, en la titulación de Pedagogía y en el Grado de Maestro en Educación Infantil respectivamente u optativa como ocurre en la universidad Pablo de Olavide. En la Universidad de Sevilla, el vacío curricular que se produce respecto a esta asignatura no se originado, a su modo de ver, porque esta materia no sea importante para los estudiantes, sino por la lucha que se provoca entre la distintas áreas a la hora de incorporar a los planes de estudio asignaturas de su campo.

3. En cambio cuando preguntamos por la temática de la muerte, y por cómo está presente este tema en los planes de estudio, nos encontramos con un desconocimiento generalizado en las universidad de Granada y Sevilla, donde añaden que no hay materias que hagan alusión a esta temática. En cambio tanto en la Universidad de Murcia como en Pablo de Olavide se incluye la temática de la muerte dentro del programa de la asignatura Educación para la Salud. En este caso nos encontramos con que una profesora opina:

“Se incluye como temática específica en la asignatura de Educación para la Salud pero poco más. Teniendo en cuenta que se trata de una asignatura optativa, entiendo que el tema está muy subvalorado e infrarrepresentado. Supongo que es así porque, a todos los niveles, sigue sin darse al tema la importancia que requiere. Para muchos sanitarios, por ejemplo, su labor está enfocada a salvar vidas a costa de lo que sea, olvidándose de la importancia que tiene afrontar el último tramo de la vida con dignidad cuando ya no se puede seguir viviendo. Con los educadores pasa más o menos lo mismo: todos se orientan a educar para la vida pero muy pocos se habrán planteado alguna vez la necesidad de educar también para la muerte. Los planes de estudio, al fin y al cabo, son un reflejo de este estado de cosas”.

Además el profesorado nos cuenta que se incluye específicamente en sus programas porque consideran imprescindible que se visibilice la temática que tan vinculada se encuentra con la salud y la calidad de vida.

Aunque, como vemos, su inclusión o no como contenido depende casi exclusivamente del interés personal y de la concienciación de un pequeño grupo de profesores que quieren investigar y trabajar en estas temáticas.

4.1.3. NECESIDAD Y DEMANDA DE FORMAR A LOS ESTUDIANTES EN EPS Y EPM

4. ¿Cree que es conveniente para la educación integral de los estudiantes de su Facultad recibir formación en Educación para la Salud? ¿Por qué?

Por unanimidad todo el profesorado cree conveniente formar en Educación para la Salud y las razones que esgrime el profesorado son diversas. Uno de los profesores opina que es una materia que afecta e implica a la vida de las personas en todas sus dimensiones y por lo tanto debería estar presente en todas las titulaciones de la Facultad de Educación: Magisterio, Educación Social y Pedagogía. Otro cree que los contenidos que se trabajan dentro de ella facilitan distintas posibilidades y herramientas de intervención que son fundamentales a la hora de desenvolverse profesionalmente (en este caso como Educadores y Trabajadores Sociales). Por lo que podemos afirmar que el profesorado entrevistado considera que la temática indaga en unos conocimientos que son importantes y actuales y que cobran importancia en los contextos reglados y no reglados. Además de que como afirma otro profesor: *“Pero no sólo eso, considero que a nivel personal para cualquier estudiante universitario es esencial hacer una reflexión profunda sobre estas cuestiones para poder desarrollarse de una manera integral”*.

5. En caso afirmativo, ¿a través de qué medios deberían recibir la formación en Educación para la Salud? ¿Por qué a través de esos medios? Todos los profesores creen que como mínimo se debería dar a través de asignaturas impartidas en la universidad ya que ésta es la mejor forma según opinan que los contenidos tengan una traslación a la vida de las personas y por extensión al ámbito educativo. La mayoría de profesores han considerado necesario que se haga a todos los niveles, informal, a través de conferencias, charlas o exposiciones, así como también a través de cursos, jornadas, seminarios o talleres.

El profesorado que marca todas las opciones considera que todas las opciones son válidas o viables, para aportar conocimiento y por lo tanto compatibles entre sí. Algunas de las razones que argumentan esta idea son las siguientes:

“No hay que olvidar que la salud es vida, y su educación, como su cuidado, ha de estar íntimamente relacionado e integrada en nuestros hábitos y conductas de vida. No se trata de medidas puntuales y concretas en momentos determinados, sino de hacerla permanente”.

“Todos los medios citados son interesantes y necesarios dependiendo de los objetivos que nos planteemos en cada momento. Los procedimientos más informales y las charlas breves juegan un papel muy relevante a nivel de información y concienciación general. Los cursos y Jornadas permiten profundizar mucho más y formar, por ejemplo, a mediadores que tendrán un relevante papel por su capacidad multiplicadora. Las asignaturas optativas permiten profundizar en conceptos, recursos, procesos y herramientas de carácter más profesionalizante”.

“Por todos los medios. En el ámbito universitario, en el campo de la Educación Social, entiendo que debe ser una materia fundamental (obligatoria, por tanto, pues entiendo la EpS como una cuestión holística, relacionado con la educación integral de los sujetos, y a su vez, con el desarrollo comunitario...). Pero también son necesarios los demás métodos citados (y otros: materias de Libre configuración sobre temáticas específicas...)”.

8. En la asignatura/s que imparte ¿incluye o trata algún contenido relacionado con la Educación para la Salud? Todo el profesorado que imparte Educación para la Salud en la actualidad ha marcado todas las opciones planteadas: Educación afectivo-sexual: sexualidad y anticoncepción, Prevención de Enfermedades de transmisión sexual y/o VIH SIDA, Prevención de drogodependencias, Alimentación y nutrición: prevención de trastornos alimentarios, Salud y consumo, Educación Sanitaria, Metodología y técnicas en Educación para la Salud, Diseño y/o evaluación de programas socioeducativos para la salud. Además en la opción de otras temáticas han incluido las siguientes: EpS en la escuela; prevención de riesgos laborales y salud

laboral; educación vial, Educación para la muerte, Seguridad Vial, Medioambiente, Educación para el desarrollo. El profesor de la universidad de Granada que no imparte docencia en esta asignatura, añade que la incluye en la asignatura que cursa de Educación comparada incluyendo políticas o reformas relacionadas con algunos de los aspectos: VIH/SIDA, Organismos Internacionales, Campañas, Relaciones entre exclusión, pobreza y salud.

9. ¿Cree que es una asignatura necesaria en los planes de estudio de su Facultad? ¿Por qué?

Todo el profesorado entrevistado considera que debe ser una asignatura que se incluya en los planes de la Facultad de Educación o de Ciencias Sociales. Ya que no creen que la formación de un/a educador/a, trabajador/a social, maestros/as se pueda considerar completa sin reflexionar en profundidad sobre esta temática y/o sin tener criterios y herramientas específicas para intervenir en este campo.

10. ¿Sería una asignatura demandada por usted para su departamento? ¿Por qué?

Para todos ha sido una asignatura demandada ya que consideran que éste debe ser uno de los ámbitos en los que deben formarse los futuros profesionales de este campo. Cuando la consideración es de asignatura optativa el profesorado piensa seguir demandando su obligatoriedad.

En cuanto a la temática de la muerte se formularon las siguientes preguntas:

15. ¿Cree que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de Vida como Prevención de Drogodependencias, Educación Socio-afectiva, Educación vial, habría que educar en la muerte?

De nuevo nos encontramos con la unanimidad. Lo consideran un tema necesario. Un profesor en concreto nos comenta: *“Sí. Como ya he comentado, son muchos los temas directamente relacionados con la finitud que tienen una fuerte incidencia en la vida de las personas. Por eso creo fundamental abordarla”*. Aunque alguno de ellos reconoce que es un tema desconocido y no saber cómo abordarla.

16. ¿Cree que es conveniente para la educación integral de los estudiantes de su Facultad recibir formación en Educación para Muerte? ¿Por qué?

Todos creen que es conveniente recibir formación en Educación para la muerte y que esta temática debería estar incluida como contenido connatural a la disciplina de la Educación para la Salud. Su impartición piensan que es conveniente por las mismas razones que se recomienda la EpS en general.

17. ¿Sería una asignatura demandada por usted para su departamento? ¿Por qué?

En este caso el profesorado piensa que no se produciría la demanda de esta asignatura. La mayoría cree que sólo debería formar parte de la asignatura de EpS. Si forma parte de la asignatura de EpS se impartiría a través de las áreas educativas, pero si se impartiera como entidad propia (independientemente de la asignatura de EpS) les parece indudable el peso de las Ciencias Sociales en general y no sólo de la Educación en esta temática: Antropología, Sociología...

23. ¿De qué forma está presente el tema de la muerte en los planes de estudio de su Facultad? ¿Por qué cree que es así?

La mayoría desconoce que se trate el tema de la muerte en los planes de estudio de su facultad, exceptuando los contenidos que se puedan dar dentro de la materia referida a la Educación para la Salud. Como comenta un profesor, los Planes de Estudio se confeccionaron a partir de las demandas de las Áreas (excepto las materias troncales), y cada una propuso lo que más le interesaba, lo cual no siempre coincide con el interés del alumnado o con la importancia del contenido. Por esta razón la presencia de la EpS es ínfima, al menos en la Universidad Pablo de Olavide. Otro profesor cree que: *“Se incluye como temática específica en la asignatura de Educación para la Salud y Calidad de Vida pero poco más. Teniendo en cuenta que se trata de una asignatura optativa, entiendo que el tema está muy subvalorado e infrarrepresentado. Supongo que es así porque, a todos los niveles, sigue sin darse al tema la importancia que requiere. Para muchos sanitarios, por ejemplo, su labor está enfocada a salvar vidas a costa de lo que sea, olvidándose de la importancia que tiene*

afrontar el último tramo de la vida con dignidad cuando ya no se puede seguir viviendo. Con los educadores pasa más o menos lo mismo: todos se orientan a educar para la vida pero muy pocos se habrán planteado alguna vez la necesidad de educar también para la muerte. Los planes de estudio, al fin y al cabo, son un reflejo de este estado de cosas”.

24. ¿Cree que mejoraría la formación de los estudiantes de su Facultad recibir educación en el ámbito de la muerte?

Todas las respuestas nos indican con un sí rotundo que se complementaría la formación en un ámbito además desconocido, ya que algunos creen que es una temática que se puede afrontar de manera muy rica y desde muchas perspectivas complementarias, dentro de las Ciencias Sociales.

25. Si la temática de la muerte, la pérdida o el sufrimiento se contemplase en las escuelas, en los institutos, en los programas educativos, en la Universidad, ¿qué ventajas le parece que se obtendrían?

En este sentido los profesores apuntan diferentes razones de las ventajas que considerarían al tratar la muerte como contenido educativo. Algunas de las ideas que nos comentan son las siguientes

“Se vería la muerte desde una perspectiva diferente, con otra mirada, a pesar del dramatismo que supone, sobre todo en algunos casos”.

“En evitar tanto sufrimiento al tratar el tema con total naturalidad”.

“Quiero pensar que tendríamos ciudadanos mejor formados que serían capaces de afrontar su muerte y la de sus personas más cercanas con mayor entereza y dignidad. Pienso que actualmente muchas personas literalmente no saben afrontar ni gestionar (valga la expresión) la muerte de sus familiares y amigos”.

4.1.4. PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE FORMACIÓN EN EPS/EPM

6. ¿Está usted formado/a o tiene conocimientos de los contenidos que se imparten en la asignatura de Educación para la Salud?

Todo el profesorado que actualmente imparte docencia en EpS se considera formado y con conocimientos de la asignatura.

7. ¿Cómo considera que es su formación en Educación para la Salud?

Respecto al nivel de formación nos encontramos con opiniones desde aceptable hasta buena, lo suficiente en todo caso para desempeñar la labor profesional con corrección. Aunque consideran que puede ser mejorable y de ahí el interés de muchos por seguir realizando formación permanente en este campo.

Respecto a la formación en Educación para la muerte

26. ¿Tiene conocimiento de alguna de las siguientes temáticas relacionadas con la Educación para la Muerte?

En este caso nos encontramos con profesorado que tiene conocimientos de todas las temáticas expuestas en distinta medida: Tanatología, Enfermos/Fase Terminal/Agonía/Cuidados Paliativos, Afrontar la muerte de un ser querido: el proceso de duelo, Actitudes ante la muerte, Aspectos sociales de la muerte: ritos y ceremonia fúnebres, Aspectos éticos: eutanasia y testamentos vitales, La postura religiosa ante la muerte: vida futura-más allá, Posturas filosóficas ante la muerte: el existencialismo y otros..., en cambio otros profesores sólo marcan algunos de ellos: aspectos sociales, éticos, religiosos, filosóficos, médicos o las actitudes ante la muerte. Quedando la tanatología o los aspectos psicológicos de la muerte como aspectos menos conocidos en general por el profesorado.

4.1.5. RELACIÓN ENTRE EPS/CALIDAD DE VIDA/MUERTE

En cuanto a la relación entre la Educación para la Salud, la calidad de vida y la muerte les planteamos dos cuestiones:

11. ¿Cree que la Educación para la Salud puede mejorar la Calidad de Vida?

De nuevo encontramos similitudes en las respuestas. Todos establecen la relación de que la EpS puede mejorar la calidad de vida. En las respuestas apuntan a que los hábitos saludables que se dan desde la promoción y educación para la salud mejoran o pueden mejorar la calidad de vida de manera indudable.

14. ¿Considera que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de Vida?

Las respuestas del profesorado están en consonancia ya que todos consideran que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de vida. Así nos lo hacen ver en algunas de las respuestas dadas:

“Sí. En concreto la calidad de la muerte, la ausencia de ensañamiento terapéutico, la posibilidad de desarrollar un testamento vital... todos esos y muchos otros temas son componentes de la Salud y la Calidad de Vida. Al fin y al cabo, la muerte es una etapa más (la última) del proceso vital”.

“Si tenemos en cuenta lo dicho anteriormente, tratando el tema muerte como tabú, este nos genera una serie de inseguridades y ansiedades en determinados casos que considero que son totalmente evitables si el tema fuese tratado con normalidad”

“Sí, íntimamente relacionado. La muerte se percibe como la antítesis de la vida, como si fuese dos polos. Una vida no saludable, sin calidad de vida conduce inexorablemente a la muerte”.

4.1.6. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y LA EPM

12. En su opinión, ¿Cree que se habla de la muerte en nuestra sociedad?

En este caso tenemos opiniones encontradas. Hay profesores que piensan que sí se habla de la muerte aunque sea de forma parcial, fragmentaria y deslavazada, y otros que creen que no se habla mucho de ella, sólo cuando es inevitable y la consideran un tema tabú o que se obvia.

13. ¿Cree que en las conversaciones que mantienen las personas de su entorno el tema de la muerte es un tema habitual?

En relación a esta pregunta opinan que no se suele hablar de este tema tampoco en su entorno más cercano, ya que sigue existiendo esa visión prejuiciosa y llena de tabús. Opinan que el tema se suele abordar cuando se habla sobre la muerte directamente relacionada de algún familiar, amigo o conocido. Aunque directamente no se suele abordar en las conversaciones habituales.

4.1.7. ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE DEL PROFESORADO

18. ¿Piensa que es importante hablar con los estudiantes del tema de la muerte, aunque no nos encontremos delante de la situación concreta?

Al formular esta pregunta nos hemos encontrado con que el profesorado en muchas ocasiones no sabía a qué situación concreta nos referimos. La situación que planteamos es cuando se produce una muerte tanto de un conocido en el aula, otro estudiante, un profesor, como de cualquier personaje público y famoso. En este caso, para todos sería importante y necesario abordar la situación de la forma lo más directa posible sobre todo para desmitificar y arrinconar prejuicios y tópicos.

19. ¿Se ha encontrado en alguna ocasión frente a la realidad de la pérdida y la muerte en su práctica educativa?

La mayoría de los encuestados se han encontrado a lo largo de su práctica educativa con situaciones de pérdida y muerte. Eventualmente, se han producido fallecimientos de compañeros docentes o con enfermedades graves, así como la pérdida de algún alumno. A su vez, en sus vidas personales también han vivido la pérdida de familiares y otros seres queridos.

20. En caso afirmativo, ¿Cómo se ha sentido al tener que afrontar la situación con los estudiantes?

Tener que afrontar esta situación con los estudiantes puede resultar una experiencia dura para el profesorado, como así lo han mostrado en sus respuestas. En algunos casos hablan de la situación difícil que supone abordar el tema con los estudiantes, a veces con sentimientos contradictorios como expone una profesora: *“por un lado el tener que seguir con mi labor docente y dar naturalidad a lo que estaba pasando y por otro el dolor de las personas que estaban cerca y necesitaban hablar de la situación”*. Otro profesor nos cuenta que: *“He tratado siempre de abordar el tema con sencillez, franqueza y sin tapujos”*.

21. ¿Ha encontrado recursos externos que le hayan ayudado? ¿Cuáles?

La mayoría no ha encontrado o buscado recursos que le hayan podido ayudar a hablar del tema o superar sus propias pérdidas, sobre todo por desconocer que existen tales recursos, ya que sabemos que existen muchísimos manuales sobre la psicología del sufrimiento y del duelo. Otros profesores, en cambio, nos indican que están atentos a todo lo relacionado específicamente con la EpS (libros, revistas, artículos en periódicos...) y que sí son de utilidad este tipo de materiales.

4.1.8. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EPM

22. ¿Ha asistido a algún curso de formación que hable de la muerte, la pérdida o el duelo? ¿Le resultó útil? Todos los profesores han respondido que no han recibido formación específica sobre la muerte o el duelo.

27. ¿Necesita tener conocimientos o estar formado en estas temáticas?

En cambio, para todos, sería recomendable tener conocimientos en estas temáticas, sobre todo en los ámbitos más sociales y culturales como, por ejemplo, las posturas filosóficas y las actitudes ante la muerte.

28. ¿Es una necesidad personal o profesional? Justifique la respuesta.

Cuando les preguntamos si tener formación o conocimientos en esta temática responde más a una necesidad personal o profesional encontramos que todos los profesores responden que se da ambos casos. A nivel profesional les interesa porque encuentran que cualquier temática afín o propia a la EpS mejora mis capacidades docentes. En cambio a nivel personal uno de los profesores comenta que: *“supongo que me ayudaría a afrontar mejor los procesos de duelo”*.

29. ¿Cree que tener conocimientos en esta temática puede serle útil en su vida para afrontar sus propias pérdidas?

En este caso, todas las respuestas dadas indican que tener conocimientos en esta temática puede serles de utilidad en su vida para afrontar las pérdidas propias, porque es algo que evidentemente ayuda.

30. ¿Cree que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serle útil en el ejercicio de su profesión?

Respecto a la utilidad de este tipo de conocimientos en su ejercicio profesional nos encontramos con que todos consideran que esta formación complementa al resto de conocimientos sobre EpS, y que profundizar en estos aspectos, lógicamente mejora el bagaje profesional y, en consecuencia, las posibilidades formativas para con los estudiantes.

Análisis e interpretación de datos: Cuestionario

Tabla de contenido

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	547
4.2. CUESTIONARIO	547
4.2.1. APROXIMACIÓN A LOS DATOS GENERALES.....	548
4.2.2. PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS	554
4.2.3. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	574
4.2.4. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD/CALIDAD DE VIDA/MUERTE ...	578
4.2.5. INTRODUCCIÓN TEMÁTICA DE LA MUERTE- EDUCACIÓN PARA LA MUERTE ...	580
4.2.6. PERCEPCIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS	584
4.2.7. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	600

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.2. CUESTIONARIO

Como ya hemos comentado en el segundo capítulo de esta Tesis, el cuestionario que hemos elaborado se compone de 25 ítems. Éstos se configuran en torno a varios núcleos temáticos que responden a los siguientes objetivos fundamentales:

- a) Conocer las ideas que los estudiantes² tienen sobre la Educación de la Salud (EpS) y la Pedagogía de la Muerte (EpM).
- b) Conocer la formación recibida por los estudiantes en los ámbitos de EpS y EpM.
- c) Establecer la relación entre la formación recibida por los estudiantes en EpS, la necesidad de ampliar su formación y la utilidad futura de la misma.
- d) Conocer la relación que establecen los estudiantes entre Salud, la Calidad de Vida, y la Calidad de Muerte.
- e) Comprobar la necesidad y/o demanda desde las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte.
- f) Conocer la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional de los estudiantes.

Una vez expuestos los objetivos, pasaremos a mostrar los resultados obtenidos a través de los cuestionarios realizados a los estudiantes, agrupados en función a siete categorías temáticas:

- I. Datos generales.
- II. Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Salud (EpS): contextos y temáticas.
- III. Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpS.
- IV. Relación entre EpS/Calidad de vida /Calidad de Muerte.

² Cuando mencionamos en los objetivos a estudiantes, nos referimos de forma específica a los Estudiantes de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

- V. Introducción a la temática de la muerte y la educación para la muerte.
- VI. Percepción sobre la formación recibida en Educación para la muerte: contextos y temáticas.
- VII. Necesidad y demanda actual de recibir formación en EpM.

Como puede observarse las categorías anteriormente descritas guardan correspondencia con los ítems de la siguiente forma:

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	CORRESPONDENCIA CON LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO
Datos generales	1, 2, 3, 4, y 5
Percepción sobre la formación recibida en Educación para la salud: contextos y temáticas	6, 7, 8, 9 y 10
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpS	11, 12 y 13
Relación entre EpS/Calidad de vida /Muerte	14 y 17
Introducción a la temática de la muerte y la educación para la muerte	15, 16 y 18
Percepción sobre la formación recibida en Educación para la muerte: contextos y temáticas	19, 20 y 21
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM	22, 23, 24 y 25

Tabla 2.8. Categorías temáticas del cuestionario. Fuente: Elaboración propia.

En nuestro caso, hemos optado por presentar los resultados mediante tablas y gráficas con el objetivo de aportar la mayor claridad posible en la exposición de dichos resultados.

4.2.1. APROXIMACIÓN A LOS DATOS GENERALES

El apartado de datos generales del cuestionario está constituido por los siguientes cinco ítems abiertos y que pasamos a comentar a continuación:

1. Universidad de procedencia.
2. Estudios que realiza.
3. Curso.
4. Edad.
5. Género.

Ítem 1. Universidad de procedencia

En esta primera tabla, podemos observar la muestra seleccionada finalmente en la Universidad Pablo de Olavide. Como se puede apreciar, la muestra consta de 455 cuestionarios validos recogidos entre los estudiantes de las titulaciones de Trabajo Social, Educación Social y la Titulación Conjunta de Trabajo Social y Educación Social.

		Universidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Universidad Pablo de Olavide	455	100,0	100,0	100,0

Tabla 4.2.1. Muestra de estudiantes universitarios que han realizado el cuestionario sobre: "Necesidades y demandas en relación a la formación en EpS, calidad de vida y EpM".

Ítem 2. Titulación de procedencia

Los cuestionarios se han realizado a estudiantes de cada uno de los cursos y titulaciones involucradas, como puede apreciarse en la tabla y gráfico siguientes. En la Diplomatura de Educación Social se han contestado 121 cuestionarios, en la Diplomatura de Trabajo Social 124 y en la Conjunta 210 cuestionarios.

		Titulación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Titulación en Educación Social	121	26,6	26,6	26,6
	Titulación en Trabajo Social	124	27,2	27,2	53,8
	Titulación Conjunta en Educación Social y Trabajo Social	210	46,2	46,2	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.2. Titulaciones involucradas en la muestra del cuestionario.

Respecto a la selección de la muestra, ya hemos comentado en el capítulo dos, concretamente en el apartado 2.4.4., que en nuestra investigación hemos realizado un muestreo probabilístico, conocido también como muestreo de selección aleatoria y dentro de las modalidades que presenta, hemos escogido el estratificado. En nuestro caso, realizamos un muestreo independiente en cada uno de los estratos o categorías consideradas -las tres titulaciones específicamente vinculadas con las áreas educativas: Educación Social, Trabajo Social, Conjunta de Trabajo Social-Educación Social- y dentro de cada estrato se llevó a cabo un muestro aleatorio (al azar sistemático).

En el gráfico siguiente pueden apreciarse los porcentajes correspondientes a la muestra de cada una de las titulaciones seleccionadas. En la Titulación de Educación Social han contestado un 26,6% de estudiantes, en la de Trabajo social un 27,20% y en la Conjunta un 46,20%.



Gráfico 4.2.1. Porcentaje de cuestionarios según titulaciones.

Ítem 3. Curso de procedencia

En cuanto al curso, en el que se inscriben los estudiantes implicados en la muestra, nos encontramos con la siguiente distribución: 143 han sido realizados en primer curso, 182 en segundo, 71 en tercero y 59 en cuarto (esta frecuencia es más baja ya que tenemos que tener en cuenta que sólo la titulación conjunta cuenta con cuatro cursos).

		Curso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primero	143	31,4	31,4	31,4
	Segundo	182	40,0	40,0	71,4
	Tercero	71	15,6	15,6	87,0
	Cuarto	59	13,0	13,0	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.3. Cursos implicados en la muestra.

En el siguiente gráfico hemos expresado las frecuencias anteriores en porcentajes correspondientes a cada uno de los cursos de las titulaciones implicadas en la muestra. De esta forma, nos encontramos con que, de primer curso, ha participado en el cuestionario un 31,40%, en segundo curso un 40%, en tercer curso un 15,5% y en cuarto curso un 13%.



Gráfico 4.2.2. Porcentaje de cuestionarios realizados en cada curso.

Ítem 4. Edad de los encuestados

En relación a las edades de los estudiantes encuestados, observamos que se distribuyen entre los 18 años y los 52 años. Aunque el 90% del porcentaje se sitúa entre los 18 y los 26 años como veremos en el siguiente gráfico explicativo.

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	34	7,5	7,5	7,5
	19	75	16,5	16,5	24,0
	20	95	20,9	20,9	44,8
	21	62	13,6	13,6	58,5
	22	54	11,9	11,9	70,3
	23	42	9,2	9,2	79,6
	24	20	4,4	4,4	84,0
	25	18	4,0	4,0	87,9
	26	11	2,4	2,4	90,3
	27	8	1,8	1,8	92,1
	28	8	1,8	1,8	93,8
	29	3	,7	,7	94,5
	30	1	,2	,2	94,7
	31	3	,7	,7	95,4
	32	2	,4	,4	95,8
	35	3	,7	,7	96,5
	36	2	,4	,4	96,9
	37	2	,4	,4	97,4
	38	3	,7	,7	98,0
	39	2	,4	,4	98,5
	44	1	,2	,2	98,7
	45	2	,4	,4	99,1
	46	1	,2	,2	99,3
	47	1	,2	,2	99,6
	49	1	,2	,2	99,8
	52	1	,2	,2	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.4. Distribución de frecuencias por edad.

Hemos sintetizado los datos anteriores por grupos de edad. Y, de esta forma, encontramos que el 58,5% de los estudiantes que han contestado el cuestionario tienen entre 18 y 21 años, el 29,5% entre 22 y 25 años, lo que sumaría el 88% de los estudiantes; ya que esas serían las edades medias entre el inicio y el fin de estas carreras. De forma minoritaria nos encontramos con que un 6,7% de los estudiantes se sitúan entre los 26 y los 29 años, y finalmente un 3,30% estaría constituido por los que tienen más de 36 años.

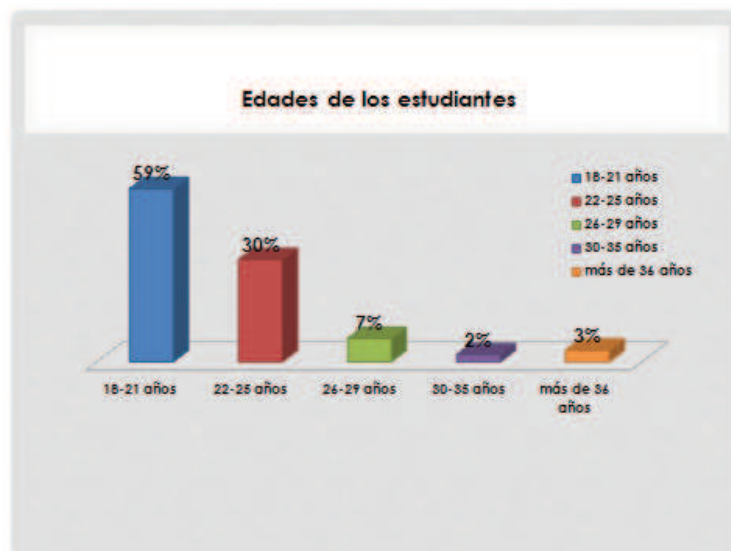


Gráfico 4.2.3. Porcentaje de edad de los estudiantes encuestados.

Item 5. Género de los encuestados

Respecto al género de los encuestados nos encontramos con que 393 mujeres han contestado el cuestionario frente a 61 hombres.

		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	61	13,4	13,4	13,4
	Mujer	394	86,6	86,6	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.5. Distribución de frecuencias por género.

En cuanto a los datos anteriores transformados en porcentajes, nos encontramos con que un 86,6% de las encuestadas son mujeres y un 13,4% son hombres.



Gráfico 4.2.4. Género de los estudiantes.

4.2.2. PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS

La categoría *Percepción sobre la formación recibida en EpS: contextos y temática*, está constituida por los cinco ítems siguientes (que corresponderían a los ítems nº 6, 7, 8, 9 y 10 en el cuestionario). Todos ellos de respuesta cerrada y categorizada.

1. ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en Educación para la Salud?

- Sí No No sabe/No contesta

2. En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿Esa información y/o formación se ha dado en? (Señala la opción donde más se haya dado): *marca sólo una.*

- Tu Familia Centro Educativo En tu barrio o comunidad
 Medios de comunicación Otros: (indica cuáles) _____

3. Si la recibiste en un centro educativo, ¿En qué nivel o niveles educativos? Señala tantas opciones como sean válidas):

- Educación Infantil Bachillerato
- Educación Primaria Ciclos Formativos de Grado Medio o Superior
- Educación Secundaria Educación Universitaria

4. A lo largo de la carrera, ¿has tratado algún contenido relacionado con la Educación para la Salud?

- Sí No No sabe/No contesta

5. En caso afirmativo a la pregunta anterior, indica cuál (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Educación afectivo-sexual: sexualidad y anticoncepción
- Prevención de Enfermedades de transmisión sexual y/o VIH SIDA
- Prevención de drogodependencias
- Alimentación y nutrición: prevención de trastornos alimentarios
- Salud y consumo
- Educación Vial
- Metodología y técnicas en Educación para la Salud
- Diseño y/o evaluación de programas socioeducativos para la salud
- Otros: (indica cuáles) _____

A continuación pasamos a detallar los resultados obtenidos en cada uno de esos ítems.

Ítem 6. Información/Formación en Educación para la Salud

Ante la cuestión planteada: ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en Educación para la Salud?, 349 estudiantes respondían que sí habían recibido algún tipo de formación y/o información, 95 estudiantes contestaban que no y solamente 11 personas No sabe/No contesta.

Información/Formación en EpS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	349	76,7	76,7	76,7
	No	95	20,9	20,9	97,6
	NS/NC	11	2,4	2,4	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.6. ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpS?

Si transformamos estos datos gráficamente tenemos que un 76,7% de los estudiantes han recibido información y/o formación en algunas temáticas relacionadas con la Educación para la Salud, cerca de un 21% comentan no haber recibido formación de este tipo y un 2,4% NS/NC.

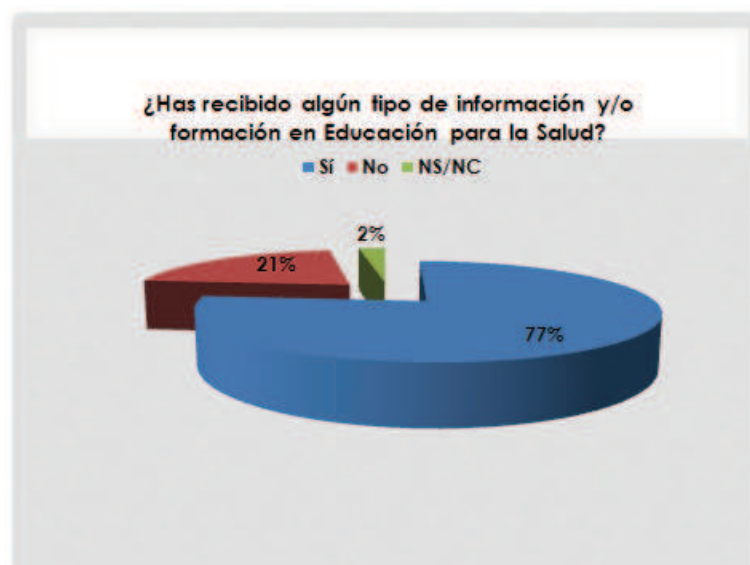


Gráfico 4.2.5. ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpS?

Ítem 7. ¿Dónde se ha dado esa Información/Formación en Educación para la Salud?

De los estudiantes que han contestado afirmativamente la respuesta anterior, es decir el 77%, tenían que responder dónde se había dado esta información/formación y se planteaban cinco respuestas: familia, centro educativo, barrio o comunidad, medios de comunicación u otros medios.

Aunque diseñamos la cuestión para que los estudiantes sólo marcaran una respuesta, nos encontramos en el cuestionario piloto que la mayoría de estudiantes querían marcar más de una, ya que nos indicaban que esa formación se había dado a nivel formal, no formal e informal y querían explicitar esos ámbitos. Por lo que en la plantilla del programa estadístico SPSS permitimos la respuesta múltiple en esta cuestión. De esta forma, en vez de cinco respuestas, podemos tener varias respuestas combinadas y hemos recogido hasta un total de 13 tipos de respuestas.

En los resultados de respuesta única: 31 estudiantes han dado la respuesta única de familia, 160 de centro educativo, 8 en el barrio, 7 a través de los medios de comunicación, 15 a través de otros medios.

En los resultados de Respuestas combinadas, encontramos marcadas en ocasiones dos respuestas, tres respuestas o todas las respuestas.

En la opción de dos respuestas descubrimos que 37 estudiantes han marcado familia y Centro Educativo, 34 centro educativo y medios de comunicación, 6 familia y medios de comunicación, 4 centro educativo y barrio, 3 familia y barrio.

En la opción de tres respuestas o más, se señalan la familia, el centro educativo y los medios de comunicación, marcada por 41 estudiantes; y el centro educativo, el barrio y los medios de comunicación 3 personas. Todas las opciones las han marcado 4 personas. En la siguiente página se puede apreciar las respuestas anteriormente comentadas en la tabla 4.2.7.

		Lugares formación en EpS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familia	31	6,8	8,8	8,8
	Centro educativo	160	35,2	45,3	54,1
	Barrio	8	1,8	2,3	56,4
	Medios de comunicación	7	1,5	2,0	58,4
	Otros	15	3,3	4,2	62,6
	Familia y centro educativo	37	8,1	10,5	73,1
	Familia y Barrio	3	,7	,8	73,9
	Familia y Medios de comunicación	6	1,3	1,7	75,6
	Centro educativo y Barrio	4	,9	1,1	76,8
	Centro educativo y Medios de comunicación	34	7,5	9,6	86,4
	Todas	4	,9	1,1	87,5
	Familia, Centro educativo y Medios de comunicación	41	9,0	11,6	99,2
	Centro educativo, barrio y medios de comunicación	3	,7	,8	100,0
	Total	353	77,6	100,0	
Perdidos	999	102	22,4		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.7. Contextos donde se ha recibido EpS.

En el siguiente gráfico podemos ver de forma detallada los porcentajes de las respuestas dadas en el ítem 7, respecto a los contextos donde se ha producido la información/formación en Educación para la Salud. En este caso, lo detallaremos de mayor a menor porcentaje.

Un 45,3% de los estudiantes han recibido esa formación en el centro educativo, un 11,60% dicen haberla recibido en la familia, centro educativo y los medios de comunicación, un 10,50 en la familia y el centro educativo, un 9,6% en el centro educativo y a través de los medios de comunicación, un 8,8% en la familia, un 4,20% a través de otros medios, un 2% a través de los medios de comunicación, un 1,70% a través de la familia y los medios de comunicación, un 1,20% a través de todos los medios, un 1,1% en el centro educativo y el barrio, y menos de un 1%, 0,9% a través del centro educativo, barrio y los medios de comunicación, y un 0,80% a través de la familia y el barrio.



Gráfico 4.2.6. Contextos donde se ha recibido EpS.

Es de resaltar que, en las respuestas ofrecidas por los estudiantes, el centro educativo, ya sea en niveles de enseñanza obligatoria o posteriormente en la universidad, se configura como la opción mayoritaria en solitario o como respuesta combinada para dar información o formación en materia de Educación para la Salud. La familia, sería el segundo de los contextos, sola o en combinación con el centro educativo, donde se recibe de forma EpS.

Ítem 8. Si la recibiste en un centro educativo, ¿En qué nivel o niveles educativos?

De todos los estudiantes que contestaron que habían recibido la formación en un centro educativo (un 68,8%), ahora tenían que responder en qué nivel o niveles educativos la habían recibido y se incluían seis respuestas: Educación Infantil, Bachillerato, Educación Primaria, Ciclos Formativos de Grado Medio o Superior, Educación Secundaria y Educación Universitaria.

Como ocurrió con el ítem anterior, en un principio pensamos en plantear la cuestión para que contestaran el último nivel en el que habían recibido esa formación. Pero en el cuestionario piloto, los estudiantes marcaron varias respuestas, y nosotros queríamos saber realmente todos los niveles donde esa formación se había producido, por lo que en este caso también nos encontramos con que en vez de seis respuestas, podemos tener respuestas combinadas y hemos recogido hasta 17 tipos de respuestas.

En los resultados de Respuesta única tenemos que: 147 estudiantes han dado la respuesta de Universidad, 42 Educación Secundaria, 30 en Bachillerato, 8 en Primaria, 4 en ciclos formativos de Grado Medio/Superior y 1 en Educación Infantil.

Respecto a los resultados de 2 respuestas combinadas tenemos que 20 personas han contestado que la han recibido en Secundaria y Bachillerato, 14 en Bachillerato y Universidad, 11 en Secundaria y Universidad, 7 en Primaria y Secundaria, 6 en Ciclos Formativos y Universidad, 3 en Bachillerato y Ciclos formativos, 2 en Secundaria y Ciclos Formativos.

Por último, los resultados de respuestas combinadas de tres opciones nos dan los siguientes resultados: 9 personas han marcado las opciones de Primaria, Secundaria y Universidad, 5 Primaria, Secundaria y Ciclos Formativo y 3 estudiantes han marcado, todos los niveles educativos excepto Educación Infantil. En la tabla 4.2.8, se detallan las frecuencias y porcentajes de las anteriores respuestas.

		Nivel educativo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Educación Infantil	1	,2	,3	,3
	Educación Primaria	8	1,8	2,6	2,9
	Educación Secundaria	42	9,2	13,4	16,3
	Bachillerato	30	6,6	9,6	25,9
	Ciclos Formativos de Grado Medio o Superior	4	,9	1,3	27,2
	Universidad	147	32,3	47,0	74,1
	Secundaria y Bachillerato	20	4,4	6,4	80,5
	Secundaria y Ciclos Formativos	2	,4	,6	81,2
	NS/NC	1	,2	,3	81,5
	Secundaria y Universidad	11	2,4	3,5	85,0
	Bachillerato y Universidad	14	3,1	4,5	89,5
	Ciclos formativos y Universidad	6	1,3	1,9	91,4
	Bachillerato y Ciclos formativos	3	,7	1,0	92,3
	Primaria, Secundaria, Universidad	9	2,0	2,9	95,2
	Primaria, Secundaria y Ciclos Formativos	5	1,1	1,6	96,8
	Primaria y Secundaria	7	1,5	2,2	99,0
	Infantil, Primaria, Secundaria, Bachillerato y Universidad	3	,7	1,0	100,0
	Total	313	68,8	100,0	
Perdidos	999	142	31,2		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.8. Niveles educativos donde se ha recibido EpS.

A continuación, como venimos haciendo en cada uno de los ítems, detallamos las respuestas describiéndolas de mayor a menor porcentaje. Universidad 47%, Secundaria 13,40%, Bachillerato 9,60%, Secundaria-Bachillerato 6,40% Bachillerato-Universidad 4,50% Secundaria-Universidad 3,50% Primaria-Secundaria-Universidad 2,90% Primaria 2,60% Primaria-Secundaria 2,20% Ciclos Formativos-Universidad 1,90% Primaria-Secundaria-Ciclos Formativos 1,60% Ciclos Formativos 1,30%, Bachillerato-Ciclos formativos 1%, Infantil-Primaria-Secundaria-Bach-Universidad 1% Secundaria-Ciclos Formativos 0,50% Infantil 0,30%.

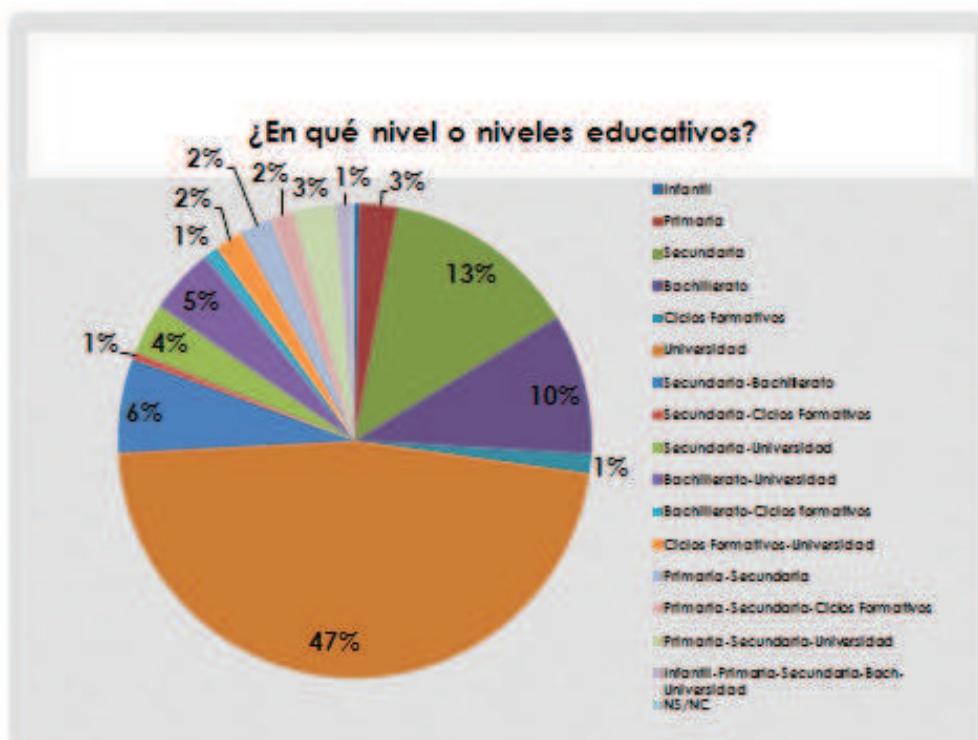


Gráfico 4.2.7. Niveles educativos donde se ha recibido EpS.

Si analizamos estos datos, observamos que la Universidad sería el nivel educativo donde más se ha recibido esta formación. Debemos indicar que en la Facultad de Ciencias Sociales, dentro del plan de estudios de la titulación de Educación Social contamos con una materia optativa a la que pueden acceder los estudiantes matriculados en 2º y 3º de Educación Social así como de la titulación Conjunta; lo que facilita que buena parte de los estudiantes encuestados hayan cursado esta asignatura en algún momento de su carrera. La Secundaria y el Bachillerato (y sus múltiples combinaciones) serían las segundas opciones más señaladas.

Ítem 9. A lo largo de la carrera, ¿Has tratado algún contenido relacionado con la Educación para la Salud?

Respecto a la pregunta de si has tratado algún contenido relacionado con la EpS a lo largo de la carrera, nos encontramos con que 330 personas han respondido que sí, frente a 103 que han respondido que no, y solamente 22 No sabe/No contesta.

		EpS en tu carrera			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	330	72,5	72,5	72,5
	No	103	22,6	22,6	95,2
	NS/NC	22	4,8	4,8	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.9. Distribución de frecuencias sobre la Formación de EpS en la carrera.

En cuanto a los porcentajes en esta respuesta, un 72,5% han tratado algún contenido relacionado con la EpS a lo largo de la carrera, ya sea concretamente en la Asignatura de EpS o en otras asignaturas en las que se incluyan contenidos relacionados con la misma, 22,4% han respondido que no, y un 4,8% NS/NC.

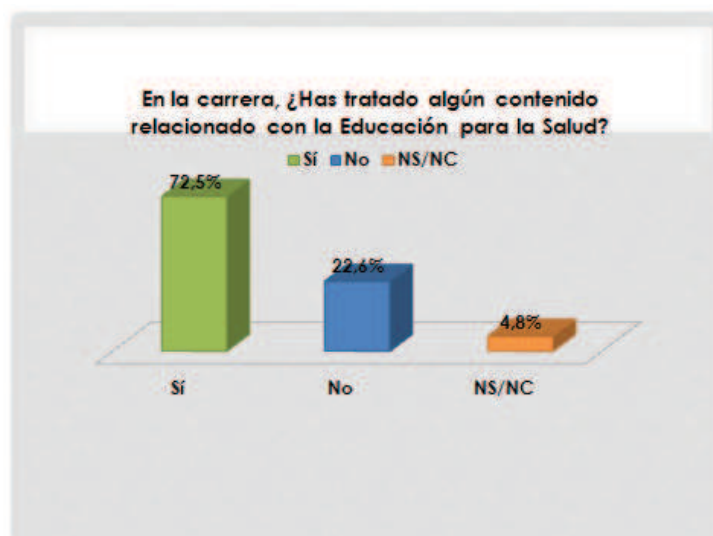


Gráfico 4.2.8. Formación de EpS en la carrera.

Ítem 10. Indica las temáticas que has tratado en la carrera sobre EpS

A los estudiantes que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, se les preguntó qué temáticas concretas habían estudiado. En este caso les ofrecemos nueve opciones de respuesta: 1) Educación afectivo-sexual: sexualidad y anticoncepción, 2) Prevención de Enfermedades de transmisión sexual y/o VIH SIDA, 3) Prevención de drogodependencias, 4) Alimentación y nutrición: prevención de trastornos alimentarios, 5) Salud y consumo, 6) Educación Vial, 7) Metodología y técnicas en Educación para la Salud, 8) Diseño y/o evaluación de programas socioeducativos para la salud, 9) Otros. A continuación vamos a pasar a detallar las respuestas en cada una de las temáticas:

Ítem 10.1. Educación afectivo-sexual

Del total de 330 estudiantes que han tratado la EpS a lo largo de la carrera, 201 han respondido que sí y 129 han respondido que no en relación a la temática de la Educación afectivo sexual: sexualidad y anticoncepción.

Educación afectivo-sexual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	201	44,2	60,9	60,9
	No	129	28,4	39,1	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.10. Formación en Educación Afectivo-Sexual.

Si traducimos estos datos a porcentajes tenemos que casi el 61% han recibido formación en estas temáticas y un 39% no la han recibido. Creemos que este es uno de los temas que resulta más atrayente para los jóvenes, además de ser uno de los temas que configura el programa de la asignatura de EpS.

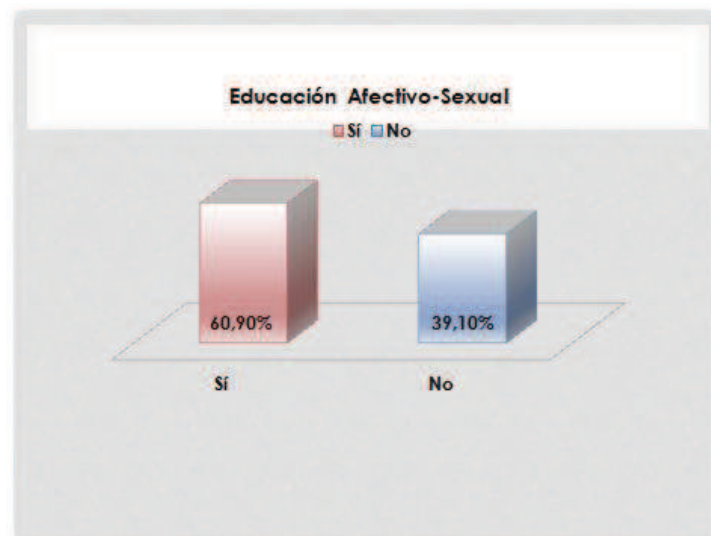


Gráfico 4.2.9. Formación en Educación Afectivo-Sexual.

Ítem 10.2. Prevención de ITS/VIH-SIDA

En este caso, han sido 209 estudiantes los que han respondido que sí y 121 han respondido que no en relación a la temática de la Prevención de Infecciones de transmisión sexual o el tema del Sida-VIH.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	209	45,9	63,3	63,3
	No	121	26,6	36,7	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
Total		455	100,0		

Tabla 4.2.11. Formación en Prevención de ITS/VIH-SIDA.

Al pasar estos datos a porcentajes tenemos que casi el 63,3% han recibido formación en estas temáticas y un 36,7% no la han recibido. Destacamos que el ámbito de prevención de enfermedades ha sido una de las temáticas clásicas y por lo tanto contenido imprescindible en cualquier programa de EpS.

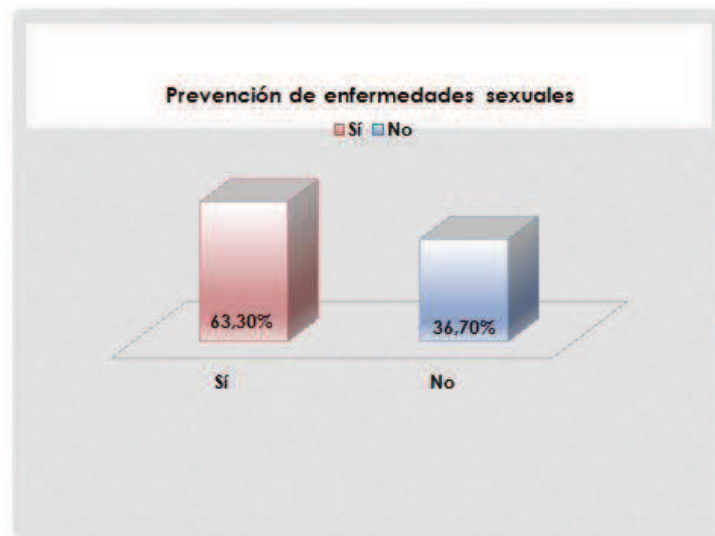


Gráfico 4.2.10. Formación en Prevención de ITS/VIH.

Ítem 10.3. Prevención de Drogodependencias

Respecto a la prevención de drogodependencias, 244 han respondido que sí y 86 han respondido que no en relación a la temática de la Prevención de Drogodependencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	244	53,6	73,9	73,9
	No	86	18,9	26,1	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
Total		455	100,0		

Tabla 4.2.12. Formación en Prevención de Drogodependencias.

Estos datos convertidos en porcentajes, indican que casi el 74% han recibido formación en estas temáticas, y que un 26% no la han recibido.

En cuanto a este tema indicar que la UPO ha establecido varios convenios desde el año 2006 con la Dirección General de Drogodependencias (Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía), por lo que se establece unas líneas de formación e investigación en esta temática. Por ello, cada año se realizan diferentes cursos de formación: talleres, jornadas, seminarios (gratuitos y abiertos a todo el alumnado), que tienen una gran acogida, así como una asignatura de libre configuración llamada: *Drogodependencias y otras adicciones desde una perspectiva socioeducativa*. Por ello, es habitual que el alumnado de la Facultad de Ciencias Sociales, incluya entre su formación algún curso relacionado con las drogodependencias. Destacar que de todas las temáticas tratadas dentro de la EpS está ha sido la más señalada por los estudiantes.

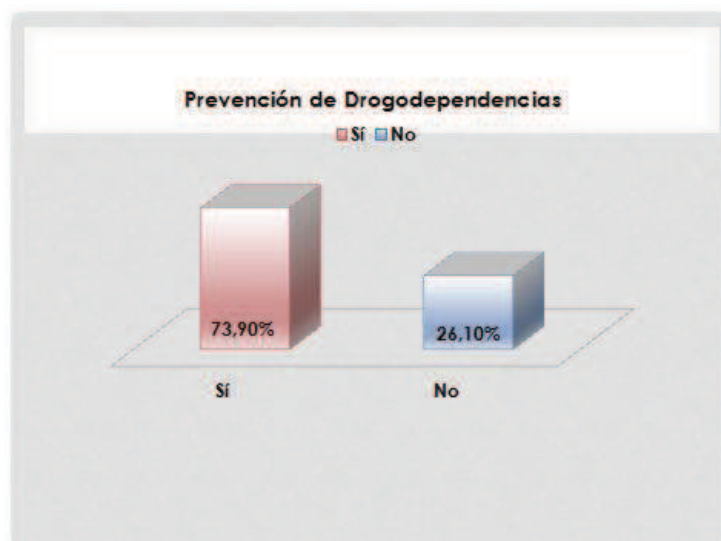


Gráfico 4.2.11. Formación en Prevención de Drogodependencias.

Ítem 10.4. Alimentación y nutrición

Respecto a este tema, 188 estudiantes han respondido que sí y 142 han respondido que no en relación a la temática Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación y la nutrición, tales como la anorexia y la bulimia.

Alimentación y nutrición					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	188	41,3	57,0	57,0
	No	142	31,2	43,0	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.13. Formación en Prevención de trastornos alimentarios.

En porcentajes nos encontramos con que el 57% han recibido formación en estas temáticas y un 43% no la han recibido. Junto al tema de la sexualidad o de las drogodependencias, se encuentra el tema de la alimentación y la nutrición entre las clásicas dentro de la Prevención y Promoción de la Salud.

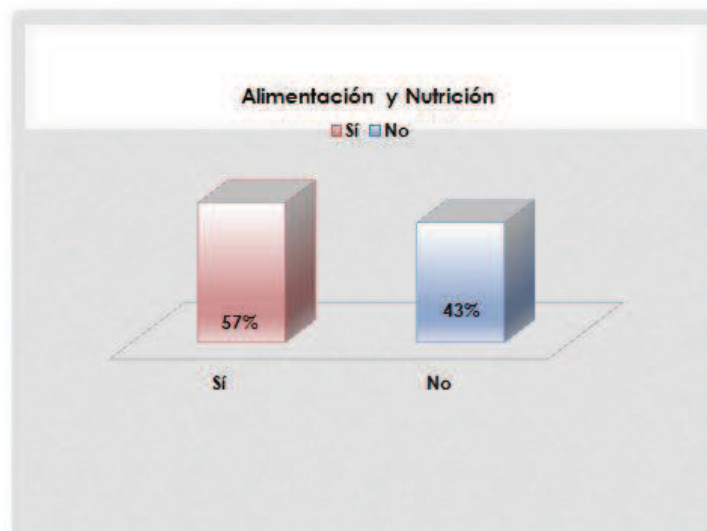


Gráfico 4.2.12. Formación en Prevención de trastornos alimentarios.

Ítem 10.5. Salud y consumo

Sobre la salud y consumo nos encontramos con que 191 estudiantes han respondido que sí y 139 que no han tratado esta temática en Educación para la Salud.

		Salud y consumo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	191	42,0	57,9	57,9
	No	139	30,5	42,1	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
Total		455	100,0		

Tabla 4.2.14. Formación en EpS y Consumo.

Convirtiendo estos datos a porcentajes tenemos que casi el 58% han recibido formación en estas temáticas y un 42% no la han recibido. Una vez más, este tema también se incluye en el programa de la asignatura Educación para la Salud y se trata a lo largo de ella, y así se refleja en las respuestas de los estudiantes.

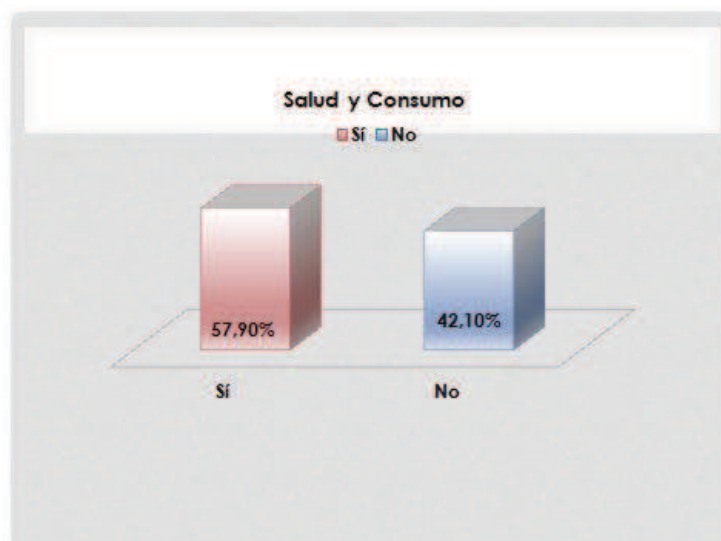


Gráfico 4.2.13. Formación en EpS y Consumo.

Ítem 10.6. Educación vial

De los estudiantes que han tratado algún contenido relacionado con la EpS a lo largo de la carrera tenemos que del total de 330 cuestionarios, 83 han respondido que sí y 247 han respondido que no en relación a la temática de la Educación Vial.

Educación vial					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	83	18,2	25,2	25,2
	No	247	54,3	74,8	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
Total		455	100,0		

Tabla 4.2.15. Formación en Educación Vial.

Si transformamos estos datos a porcentajes, como hemos venido haciendo, tenemos que el 75% no han recibido formación en estas temáticas y un 25% sí la han recibido. Destacamos que en este caso la Educación vial no se trabaja como contenido propiamente dicho dentro de la EpS, por lo que los resultados de los estudiantes muestran esta situación.

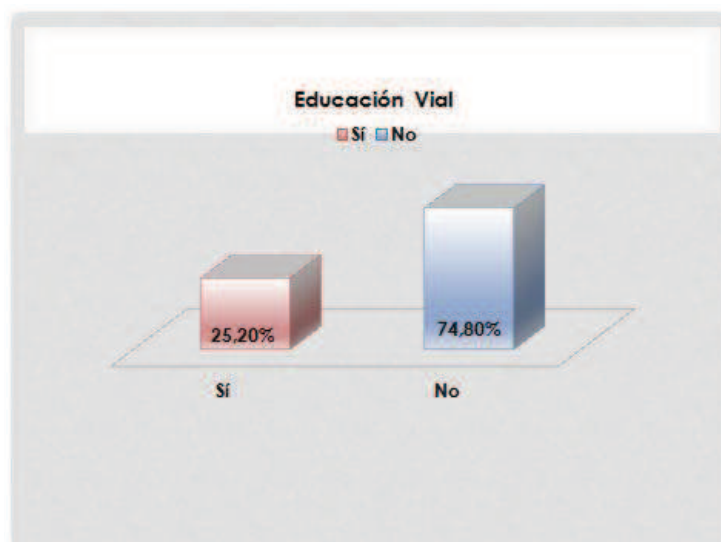


Gráfico 4.2.14. Formación en Educación Vial.

Ítem 10.7. Metodología y técnicas en EpS

Respecto a la temática de la metodología y técnicas en EpS, los resultados nos indican que 120 estudiantes han respondido que sí y 210 han respondido que no han tratado este tema.

Metodología y técnicas en EpS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	120	26,4	36,4	36,4
	No	210	46,2	63,6	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.16. Formación en Metodología y Técnicas en EpS.

Convirtiendo estos datos a porcentajes tenemos que casi el 64% no han recibido formación en metodología y un 36,6% sí la han recibido. Esta situación podría explicarse porque a veces no aparece de forma explícita el tema de la metodología, aunque se enseñen métodos y técnicas para trabajar en EpS.

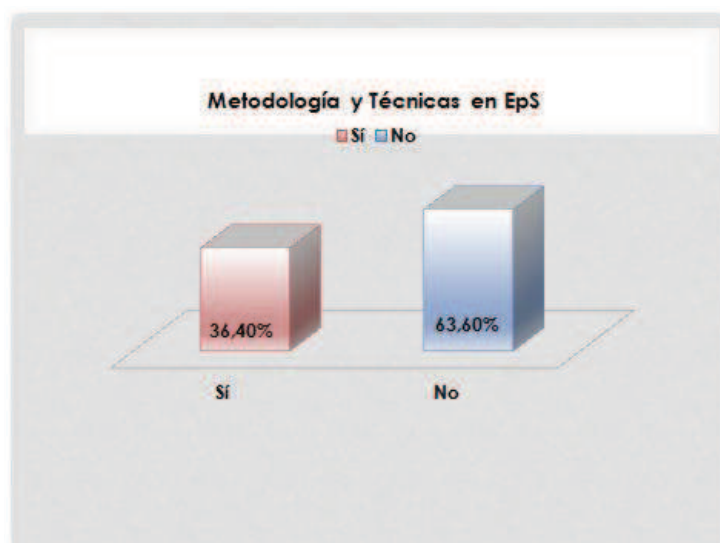


Gráfico 4.2.15. Formación en Metodología y Técnicas en EpS.

Ítem 10.8. Diseño y evaluación de programas

En cuanto a los estudiantes que han tratado algún contenido relacionado con la EpS a lo largo de la carrera tenemos que del total de 330 cuestionarios, 109 han respondido que sí y 221 han respondido que no en relación a la temática del Diseño y Evaluación de Programas.

Diseño y evaluación de programas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	109	24,0	33,0	33,0
	No	221	48,6	67,0	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
Total		455	100,0		

Tabla 4.2.17. Formación en Diseño y evaluación de programas en EpS.

Estos datos nos indican que un 67% no ha recibido formación en diseño y evaluación de programas en EpS y un 33% sí han recibido formación en estas temáticas.



Gráfico 4.2.16. Formación en Diseño y evaluación de programas en EpS.

En relación a estos datos, queremos indicar que tanto en la titulación de Educación Social como en la doble de Trabajo Social-Educación Social existen varias asignaturas donde se trabajan específicamente estos contenidos, y muchos estudiantes dentro de ellas eligen temáticas clásicas relacionadas con la EpS para diseñar programas de prevención o intervención en el ámbito educativo. Aunque específicamente en la asignatura de EpS, al tener un carácter cuatrimestral, en muchas ocasiones no se pueden abordar por limitación de tiempo el tema del diseño y evaluación de programas.

Ítem 10.9. Otros contenidos en EpS

La última opción presentada a los estudiantes, nos muestra que 30 han respondido que sí han tratado otros temas en EpS y 300 han respondido que no.

Otros contenidos en EpS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	30	6,6	9,1	9,1
	No	300	65,9	90,9	100,0
	Total	330	72,5	100,0	
Perdidos	999	125	27,5		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.18. Formación en otras temáticas relacionadas con la EpS.

Convirtiendo estos datos a porcentajes tenemos que casi el 9% han recibido formación en estas temáticas y un 91% no la han recibido. Estos datos, entendemos que nos reflejan que todos el grueso de los contenidos que se estudian dentro de la EpS aparecen reflejados entre las opciones anteriormente destacadas, por lo que sólo una minoría considera que se han tratado más temáticas.

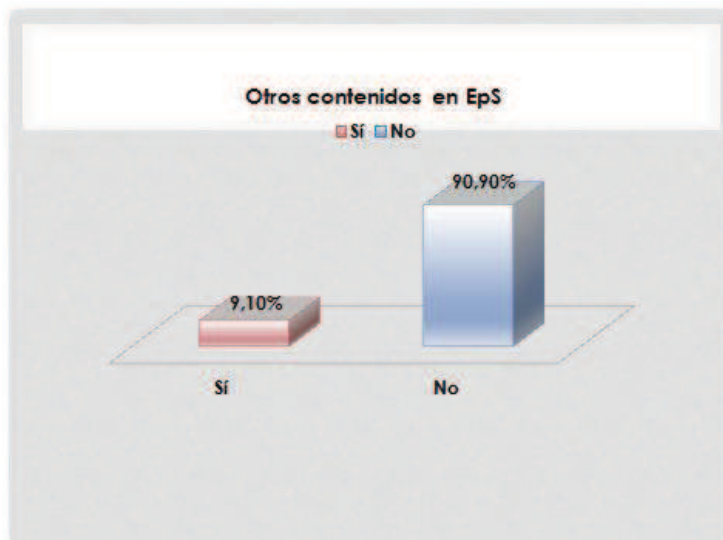


Gráfico 4.2.17. Formación en otras temáticas relacionadas con la EpS.

4.2.3. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La categoría *Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpS*, está constituida por los tres ítems siguientes (que corresponderían a los ítems nº 11,12 y 13 en el cuestionario). Todos ellos de respuesta cerrada.

11. ¿Tienes aún necesidad de recibir formación en Educación para la Salud?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
12. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
13. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Salud puede serte de utilidad en tu futura profesión?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta

A continuación, pasaremos a comentar los resultados obtenidos en cada uno de estos ítems en las siguientes páginas.

Ítem 11. Necesidad de formación en EpS

Respecto a la pregunta: ¿Tienes aún necesidad de recibir formación en Educación para la Salud?, nos encontramos con que 334 estudiantes han respondido que sí, 69 han respondido que no y 52 NS/NC.

		Necesidad de formación en EpS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	334	73,4	73,4	73,4
	No	69	15,2	15,2	88,6
	NS/NC	52	11,4	11,4	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.19. Necesidad de recibir formación en EpS.

En cuanto a los resultados transformados en porcentajes de esta pregunta tenemos que 73,4% han respondido que sí tienen aún necesidad de recibir formación en EpS, 15,2% no tienen necesidad de recibir formación y 11,4% NS/NC. Consideramos significativo el porcentaje de estudiantes que aún necesitan recibir formación en EpS.

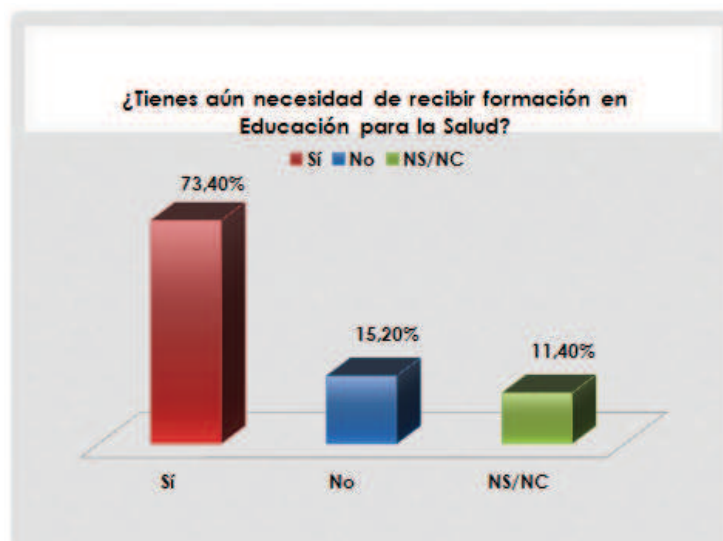


Gráfico 4.2.18. Necesidad de recibir formación en EpS.

Ítem 12. ¿Sería la EpS una asignatura demandada por ti?

En relación a si la EpS sería una asignatura demandada para completar el plan de formación de los estudiantes, hallamos que 320 estudiantes han respondido que Sí frente a 72 que respondieron que no y 63 NS/NC.

		EpS asignatura demandada			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	320	70,3	70,3	70,3
	No	72	15,8	15,8	86,2
	NS/NC	63	13,8	13,8	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.20. Demanda de EpS.

De nuevo observamos unos porcentajes parecidos a los del anterior ítem. Y es que el 70,3% de los encuestados considera que la EpS sería una asignatura demandada por ellos para completar su plan de formación, frente al 15,8% para los que no sería una asignatura demandada y un 13,8% NS/NC. Deducimos de esto que, la asignatura EpS en opinión de los estudiantes, es necesario que permanezca en los planes de formación de las titulaciones de Ciencias Sociales.

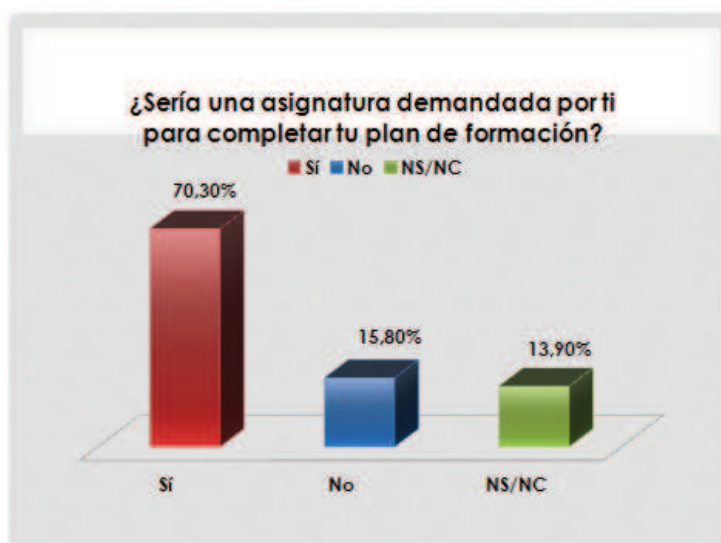


Gráfico 4.2.19. Demanda de EpS.

Ítem 13. ¿Eps puede serte de utilidad en tu futura profesión?

En cuanto a la pregunta de si crees que tener conocimientos relacionados con la EpS puede ser de utilidad en tu futura profesión, nos encontramos con que 420 estudiantes han respondido que sí frente a 10 que respondieron que no y 25 NS/NC.

		EpS es de utilidad en tu profesión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	420	92,3	92,3	92,3
	No	10	2,2	2,2	94,5
	NS/NC	25	5,5	5,5	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.21. Utilidad de EpS en la profesión.

En este caso, los porcentajes aún aumentan considerablemente a favor de la EpS, y observamos que el 92,3% de los estudiantes creen que tener conocimientos en EpS será de utilidad en su futura profesión, frente a un 2,2% que no la consideran de utilidad y un 5,5% NS/NC. Son significativos estos datos porque implican que el alumnado entiende esta temática como necesaria para su posterior profesión.

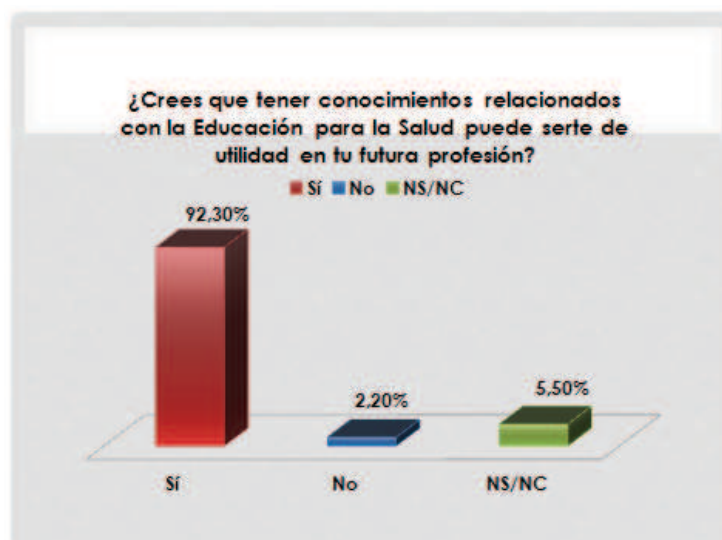


Gráfico 4.2.20. Utilidad de EpS en la profesión.

4.2.4. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD/CALIDAD DE VIDA/MUERTE

La categoría *Relación entre Educación para la Salud/Calidad de vida/Muerte*, está constituida por los dos ítems siguientes (que corresponderían a los ítems nº 14 y 17 en el cuestionario). Todos ellos de respuesta cerrada.

14. ¿Crees que la Educación para la Salud puede mejorar la Calidad de Vida?

Sí No No sabe/No contesta

17. ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de Vida?

Sí No No sabe/No contesta

A continuación, pasaremos a comentar los resultados obtenidos en cada uno de esos ítems en las siguientes páginas.

Ítem 14. ¿Crees que la EpS puede mejorar la Calidad de Vida?

Respecto a la pregunta, ¿Crees que la Educación para la Salud puede mejorar la Calidad de Vida?, nos encontramos con que 440 estudiantes han respondido que sí, frente a una única contestación que no, y 14 NS/NC.

		EpS puede mejorar tu calidad de vida			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	440	96,7	96,7	96,7
	No	1	,2	,2	96,9
	NS/NC	14	3,1	3,1	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.22. ¿EpS puede mejorar la calidad de vida?

Los porcentajes de las respuestas nos indican, que en opinión de los encuestados, hay una relación directa entre EpS y calidad de vida, y por ello el 97% consideran que la EpS puede mejorar la calidad de vida, frente a un 3% que NS/NC.

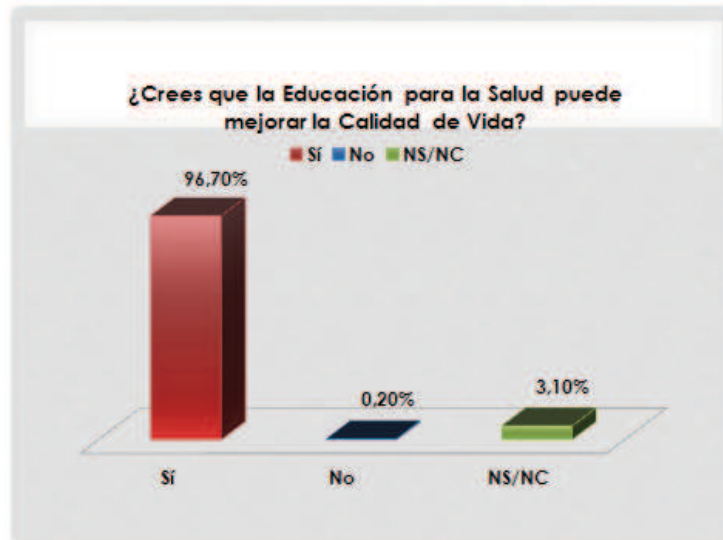


Gráfico 4.2.21. ¿Eps puede mejorar la calidad de vida?

Ítem 17. ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de Vida?

En cuanto a la cuestión, ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de vida?, tenemos que 382 estudiantes han respondido que sí, frente a 29 que han respondido que no, y 44 que NS/NC.

Relación entre Muerte, Salud y CV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	382	84,0	84,0	84,0
	No	29	6,4	6,4	90,3
	NS/NC	44	9,7	9,7	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.23. Distribución de frecuencias: Relación entre muerte, salud y calidad de vida.

En este caso, la relación parece ser muy clara, y los porcentajes así los demuestran, el 84% consideran que existe relación entre la muerte, salud y calidad de vida, frente a un 6,4% que cree que no existe tal relación y un 9,7% que NS/NC.

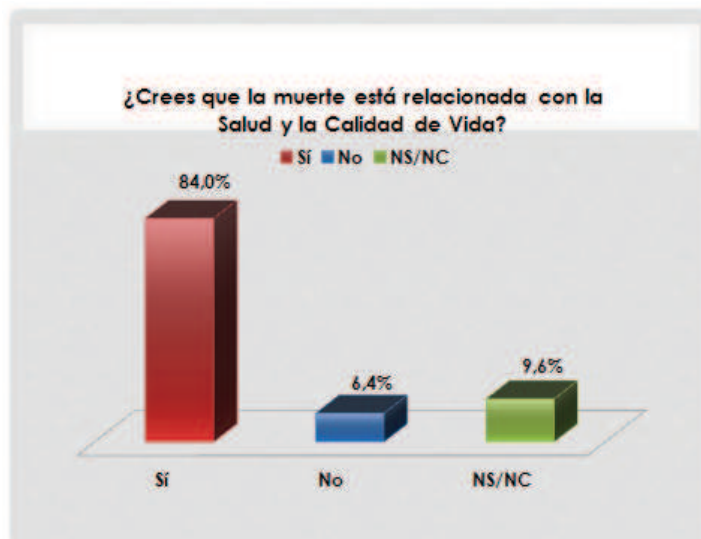


Gráfico 4.2.22. Relación entre muerte, salud y calidad de vida.

4.2.5. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

La categoría *Introducción a la temática de la muerte y educación para la muerte* la forman los tres ítems siguientes (que pertenecerían a los ítems nº 15, 16 y 18 en el cuestionario). Todos ellos de respuesta cerrada.

15. ¿Crees que en las conversaciones que mantienen las personas de tu entorno el tema de la muerte es un tema habitual?

Sí No No sabe/No contesta

16. ¿Crees que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad?

Sí No No sabe/No contesta

18. ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de Vida como Prevención de Drogodependencias, Educación Socio-afectiva, Educación vial, habría que educar en la muerte?

Sí No No sabe/No contesta

Seguidamente analizaremos los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Ítem 15. ¿Crees que se habla de la muerte en tu entorno?

Ante la pregunta, ¿Crees que en las conversaciones que mantienen las personas de tu entorno el tema de la muerte es un tema habitual?, nos encontramos con que 210 estudiantes han respondido que sí, frente a 203 que han respondido que No y 42 un NS/NC:

		Se habla de la muerte			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	210	46,2	46,2	46,2
	No	203	44,6	44,6	90,8
	NS/NC	42	9,2	9,2	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.24. ¿Se habla de la muerte en tu entorno?

En este caso los porcentajes entre las respuestas están muy ajustados. Para un 46,20% de los estudiantes consideran que se habla de la muerte en su entorno, frente a un 44,6% que considera que no, mientras que 9,2% NS/NC.

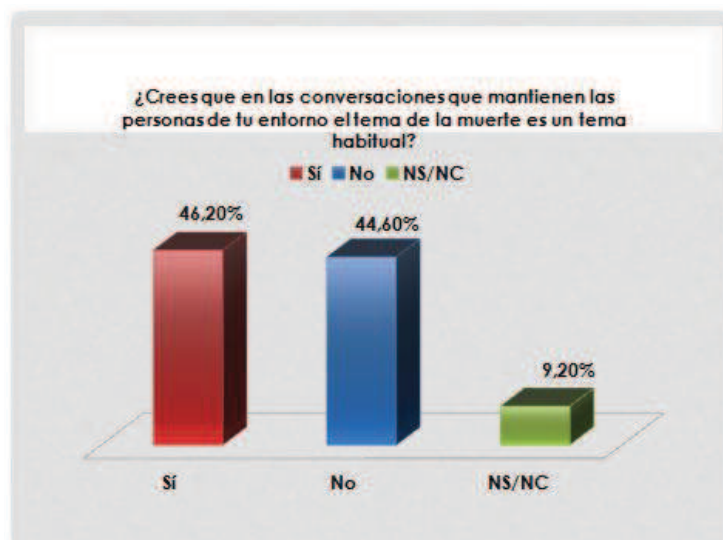


Gráfico 4.2.23. ¿Se habla de la muerte en tu entorno?

Ítem 16. ¿Crees que la muerte es un tema tabú?

En este ítem, ¿Crees que la muerte es un tema tabú?, nos encontramos con que 254 estudiantes han respondido que sí, frente a 162 que han respondido que No y 39 un NS/NC.

		Muerte es un tema tabú			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	254	55,8	55,8	55,8
	No	162	35,6	35,6	91,4
	NS/NC	39	8,6	8,6	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.25. Distribución de frecuencias: ¿Es la muerte un tabú en nuestra sociedad?

En los porcentajes de esta pregunta, tenemos que el 55,8% consideran la muerte como un tema tabú en nuestra sociedad, frente a un 35,6% que cree que no y un 8,6% que NS/NC. Los resultados de este ítem contrastan con las respuestas dadas en el anterior. Aunque un 46% de los estudiantes piensan que se habla de la muerte en nuestra sociedad, también piensan que la muerte es un tema tabú.

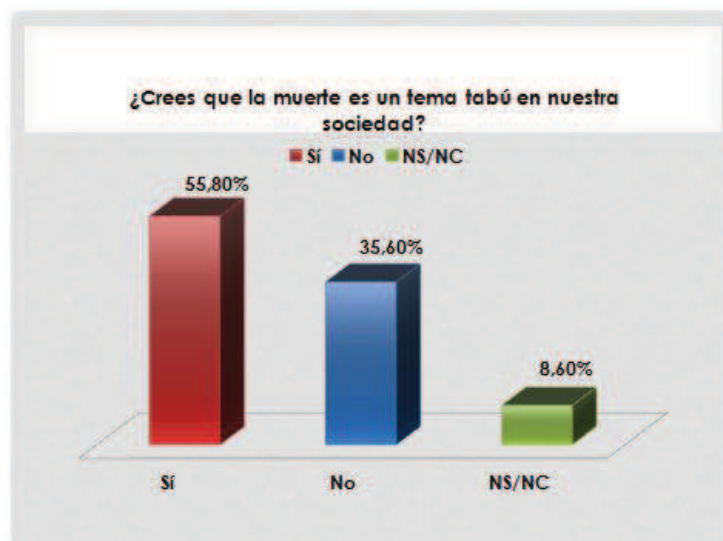


Gráfico 4.2.24. ¿Es la muerte un tabú en nuestra sociedad?

Ítem 18. ¿Crees que habría que educar en la muerte?

Cuando planteamos la pregunta, ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la calidad de vida como prevención de drogodependencias, educación socio-afectiva, educación vial, habría que educar en la muerte?, nos encontramos con que 323 estudiantes han respondido que sí, frente a 60 que han respondido que No y 72 un NS/NC.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	323	71,0	71,0	71,0
	No	60	13,2	13,2	84,2
	NS/NC	72	15,8	15,8	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.26. Distribución de frecuencias: Necesidad de educar en la muerte.

En los porcentajes de esta pregunta, tenemos que el 71% considera que habría que educar en la muerte, frente a un 13,2% que cree que no habría que hacerlo y un 15,8% que NS/NC. Al igual que ocurría con el tema de la EpS, los estudiantes creen, en un alto porcentaje, que hay que educar en la muerte.

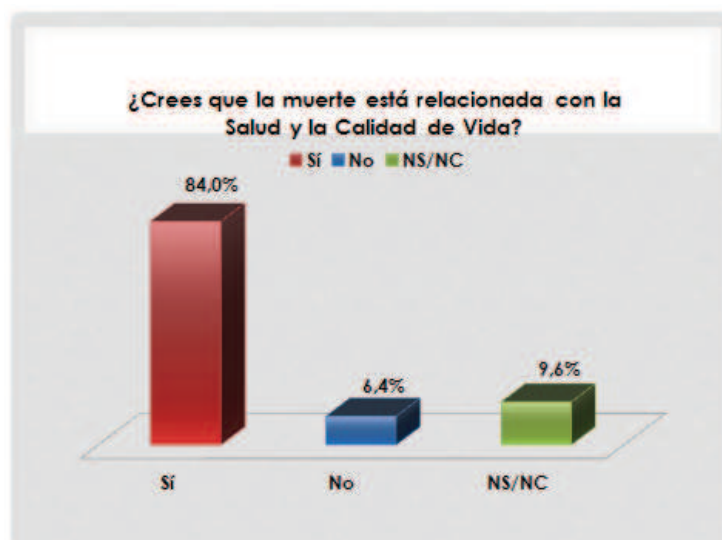


Gráfico 4.2.25. Porcentaje de respuesta: Necesidad de educar en la muerte

4.2.6. PERCEPCIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS

La categoría *Percepción sobre la educación recibida en Educación para la muerte: contextos y temáticas* está constituida tres ítems (que corresponderían a los ítems nº 19, 20 y 21 en el cuestionario). Todos ellos de respuesta cerrada y categorizada.

19. ¿Has recibido alguna vez información y/o formación en Educación para la Muerte?:

- Sí No No sabe/No contesta

20. En caso afirmativo a la pregunta anterior, indica a través de qué medio o soporte (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Carteles o videos
 Conferencias, charlas, exposiciones (de duración breve)
 Cursos, Jornadas, Seminarios o Talleres (de varias horas de duración)
 Otros: (indica cuáles) _____

21. ¿Tienes conocimiento de alguna de las siguientes temáticas relacionadas con la Educación para la Muerte? (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Tanatología o disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos
 Enfermos/Fase Terminal/Agonía/Cuidados Paliativos
 Afrontar la muerte de un ser querido: el proceso de duelo
 Actitudes ante la muerte
 Aspectos sociales de la muerte: ritos y ceremonia fúnebres
 Aspectos éticos: eutanasia y testamentos vitales
 La postura religiosa ante la muerte: vida futura-más allá
 Posturas filosóficas ante la muerte: el existencialismo y otros...
 Otros: (indica cuáles) _____

A continuación, pasaremos a comentar los resultados obtenidos en cada uno de esos ítems en las siguientes páginas.

Ítem 19. ¿Has recibido alguna vez información/formación en EpM?

Cuando planteamos la pregunta, ¿Has recibido alguna vez información y/o formación en Educación para la muerte?, nos encontramos con que 88 estudiantes han respondido que sí, frente a 340 que han respondido que No y 27 un NS/NC:

		Información/Formación en EpM			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	88	19,3	19,3	19,3
	No	340	74,7	74,7	94,1
	NS/NC	27	5,9	5,9	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.27. ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpM?

En los porcentajes de esta pregunta, tenemos que el 19,3% considera que han recibido alguna vez información y/o formación en Educación para la Muerte, frente a un 74,7% que dice que no ha recibido formación en este tema, frente a casi un 6% que NS/NC. Es de destacar que la mayoría de los estudiantes, no han recibido información o formación en este tema, frente sólo a un 19% que sí, posiblemente estudiantes de la asignatura de EpS donde se incluye la EpM como un tema más dentro del programa.

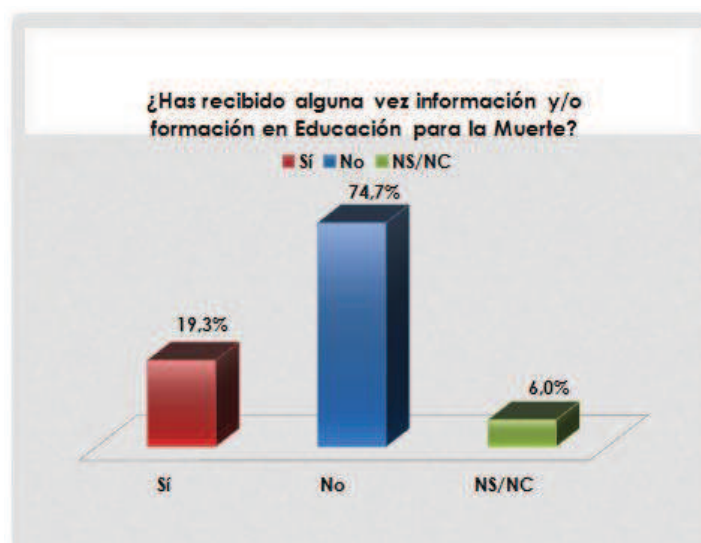


Gráfico 4.2.26. ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en EpM?

Ítem 20. Indica a través de qué medios has recibido la EpM

Aquellos estudiantes que han respondido afirmativamente a la pregunta anterior, deben indicar a través de qué medio o soporte se ha dado esa educación para la muerte. En este caso les ofrecemos cuatro opciones de respuesta: 1) carteles o videos, 2) conferencias, charlas, exposiciones (de duración breve), 3) cursos, Jornadas, seminarios o talleres (de varias horas de duración).

A continuación pasamos a exponer las respuestas desglosadas del ítem 20.

Ítem 20.1. Carteles o Videos

Respecto a la primera respuesta, tenemos que de las 89 personas que dicen haber recibido formación en Educación para la muerte, 20 personas indican haber recibido esa formación a través de carteles y videos, mientras que el resto, 69, nos indican que no la han recibido a través de este medio.

Soporte: Carteles o videos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	20	4,4	22,5	22,5
	No	69	15,2	77,5	100,0
	Total	89	19,6	100,0	
Perdidos	999	366	80,4		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.28. Formación en EpM: Carteles o videos.

Así tendríamos que el 22,5% recibieron información y/o formación a través de carteles o videos mientras que un 77,5% afirman no haber recibido formación a través de este medio. Como se aprecia este medio de transmisión es el menos utilizado para tratar el tema de la EpM.

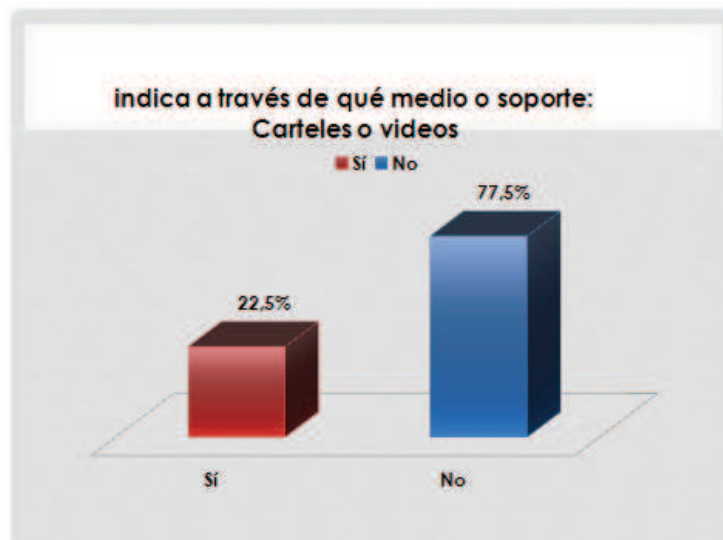


Gráfico 4.2.27. Formación en EpM: Carteles o videos.

Ítem 20.2. Conferencias, charlas, exposiciones

Esta opción es marcada por 34 personas que indican haber recibido esa formación a través de conferencias, charlas, exposiciones (de duración breve), mientras que el resto, 55, nos indican que no la han recibido a través de este medio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	34	7,5	38,2	38,2
	No	55	12,1	61,8	100,0
	Total	89	19,6	100,0	
Perdidos	999	366	80,4		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.29. Formación en EpM: Conferencias, charlas, exposiciones.

De este modo, tendríamos que el 38,2% recibieron información y/o formación a través de conferencias, charlas o exposiciones mientras que un 61,8% afirman no haber recibido formación a través de este medio. Esta es de las cuatro opciones planteadas la más marcada afirmativamente por los estudiantes.

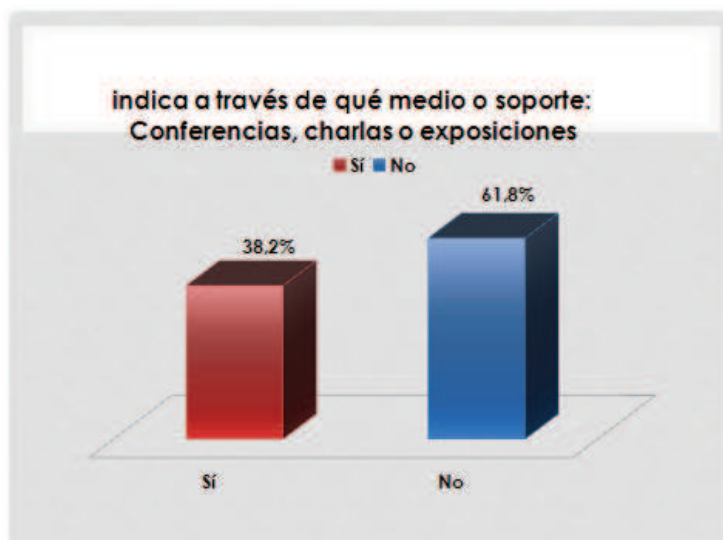


Gráfico 4.2.28. Formación en EpM: Conferencias, charlas, exposiciones.

Ítem 20.3. Cursos, Jornadas, Seminarios

Respecto a la tercera respuesta, 29 estudiantes indican haber recibido esa formación a través de cursos, jornadas, seminarios (de varias horas de duración), mientras que el resto, 60, nos indican que no la han recibido a través de este medio.

Cursos, Jornadas, Seminarios					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	29	6,4	32,6	32,6
	No	60	13,2	67,4	100,0
	Total	89	19,6	100,0	
Perdidos	999	366	80,4		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.30. Formación en EpM: Cursos, Jornadas, Seminarios.

De esta forma, tendríamos que el 32,6% recibieron información y/o formación a través de cursos, jornadas, seminarios exposiciones mientras que un 67,4% afirman no haber recibido formación a través de este medio.

Esta es la segunda opción (de las cuatro planteadas) menos marcada por los estudiantes, ya que no se suelen realizar cursos de este tipo en la Universidad, aunque en nuestro caso hemos planteado durante el curso anterior una asignatura de libre configuración en este tema en la que se pudieron matricular una treintena de estudiantes.

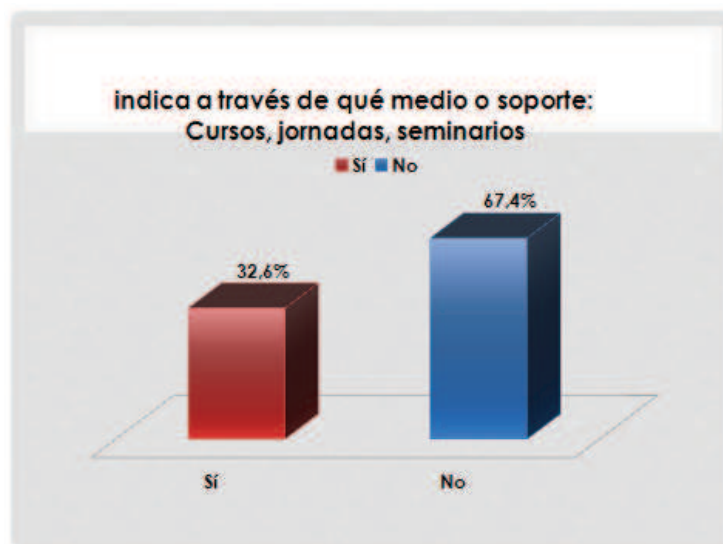


Gráfico 4.2.29. Formación en EpM: Cursos, jornadas, seminarios.

Ítem 20.4. Otros medios

En la última respuesta, 28 personas indican haber recibido esa formación a través de otros medios, mientras que el resto, 61, nos indican que no la han recibido a través de otros medios.

		Otros			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	28	6,2	31,5	31,5
	No	61	13,4	68,5	100,0
Total		89	19,6	100,0	
Perdidos	999	366	80,4		
	Total	455	100,0		

Tabla 4.2.31. Distribución de frecuencias: Formación en EpM: otros medios.

Por ello, tendríamos que un 31,5% recibieron información y/o formación a través de otros medios mientras que un 68,5% afirman no haber recibido formación a través de otros medios. En este caso, dejamos la opción de otros abierta, para que los estudiantes que la marquen puedan indicar a través de qué medios. La mayoría de los estudiantes que han escrito afirman que han visto estos contenidos relacionados con la Educación para la Muerte en la asignatura de EpS o en alguna otra asignatura de Trabajo Social, donde uno de los contenidos incluidos es el duelo y la muerte de un ser querido.

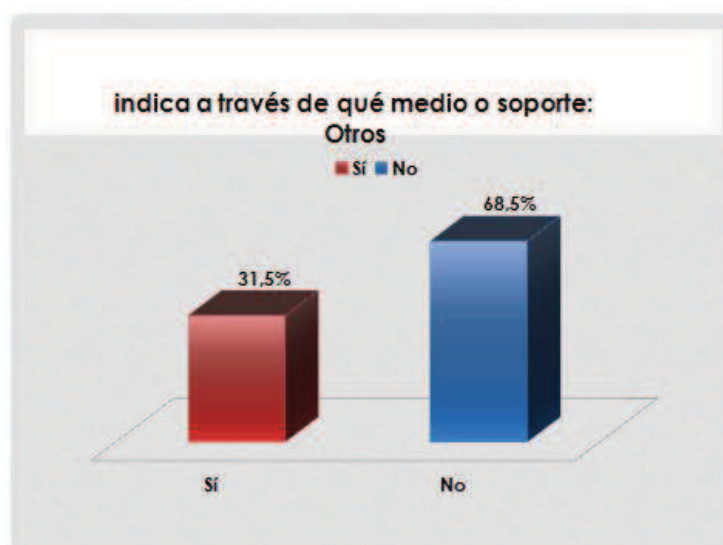


Gráfico 4.2.30. Formación en EpM: otros medios.

Ítem 21. Conocimientos de alguna de los temas relacionados con la Educación para la muerte

Ante la cuestión ¿Tienes conocimiento de alguna de las siguientes temáticas relacionadas con la Educación para la Muerte? , les facilitamos a los estudiantes una serie de respuestas, nueve en concreto: 1) Tanatología o disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, 2) Enfermos/Fase Terminal/Agonía/Cuidados Paliativos, 3) Afrontar la muerte de un ser querido: el proceso de duelo, 4) Actitudes ante la muerte, 5) Aspectos sociales de la muerte: ritos y ceremonia fúnebres, 6) Aspectos éticos: eutanasia y testamentos vitales, 7) La postura religiosa ante la muerte: vida futura-más allá, 8) Posturas filosóficas ante la muerte: el existencialismo y otros, 9) Otros.

Planteamos estas opciones como las grandes temáticas que se pueden abordar desde la tanatología y que ya hemos comentado a lo largo del análisis documental realizado en el tercer capítulo. A continuación, pasamos a exponer las respuestas desglosadas del ítem 21.

Ítem 21.1. Tanatología

En cuanto a la primera respuesta, tenemos que sólo 14 personas dicen tener conocimientos sobre tanatología, mientras que 441 desconocen esta temática.

		Tanatología			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	14	3,1	3,1	3,1
	No	441	96,9	96,9	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.32. Conocimientos de Tanatología.

De esta forma, tendríamos que el aproximadamente el 97% desconocen tener conocimientos en este tema frente a un 3% que sí dicen tener alguna noción. Esta es de entre las nueve opciones planteadas la menos marcada en positivo, es decir, la más desconocida por los estudiantes.

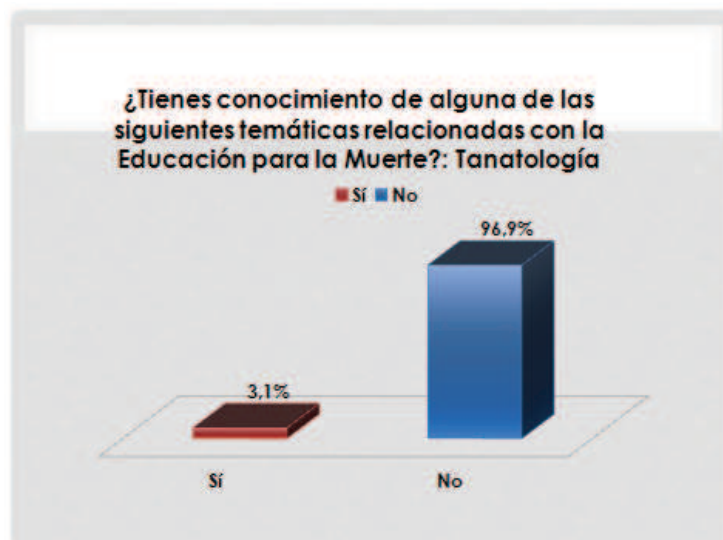


Gráfico 4.2.31. Conocimientos de Tanatología.

Ítem 21.2. Enfermos terminales

En esta segunda opción, tenemos que 113 personas dicen tener conocimientos sobre los aspectos médicos de la muerte: enfermos terminales, cuidados paliativos, etc.... mientras que 342 desconocen esta temática.

Enfermos terminales/cuidados paliativos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	113	24,8	24,8	24,8
	No	342	75,2	75,2	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.33. Conocimientos de enfermos terminales.

En este sentido, tendríamos que el casi el 25% tienen conocimientos de los aspectos médicos relacionados con la muerte, mientras que un 75% no tiene conocimientos de estos temas.

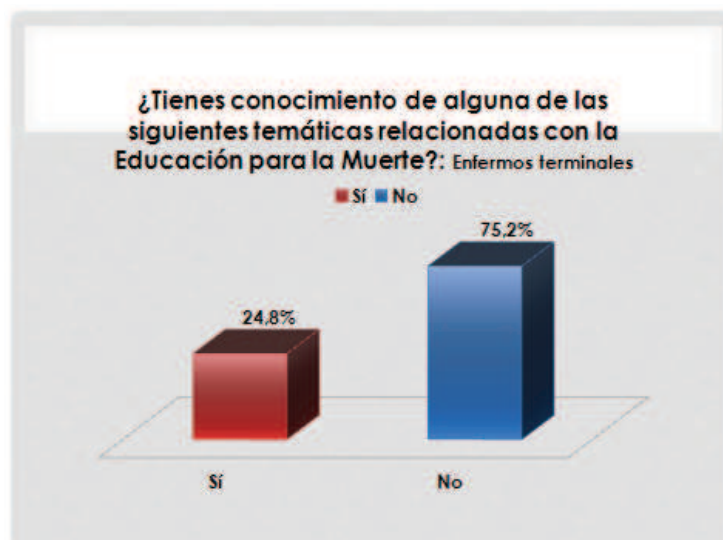


Gráfico 4.2.32. Conocimientos de enfermos terminales.

Ítem 21.3. Duelo

En cuanto a la tercera opción, tenemos que 150 estudiantes dicen tener conocimientos sobre algunos de los aspectos psicológicos relacionados con la muerte como por ejemplo sobre el duelo, mientras que 305 no afirman tener conocimientos sobre esta temática.

Aspectos psicológicos: Duelo, etc.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	150	33,0	33,0	33,0
	No	305	67,0	67,0	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.34. Conocimientos sobre aspectos psicológicos: duelo, etc....

De esta forma, tendríamos que el 33% conocen algo sobre los aspectos psicológicos de la muerte mientras que un 67% afirman no tener conocimientos de estas temáticas. De todas las temáticas expuestas esta es la opción más marcada en afirmativo, dentro del gran desconocimiento que parecen tener los estudiantes alrededor de la EpM.

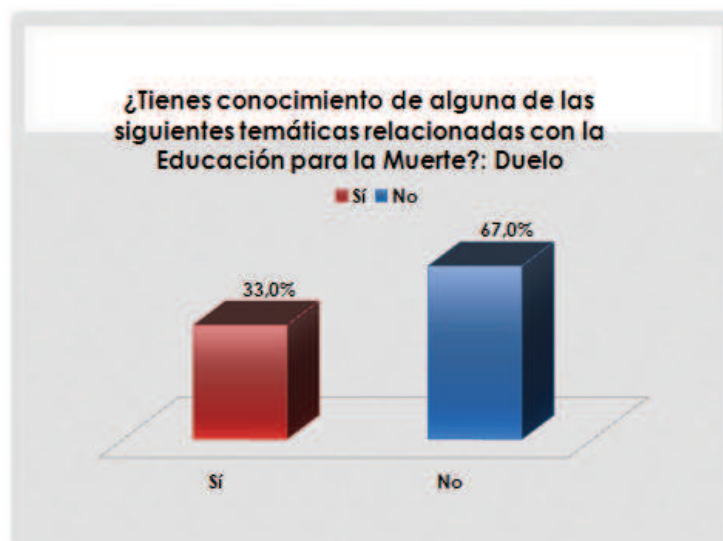


Gráfico 4.2.33. Conocimientos sobre aspectos psicológicos: duelo, etc....

Ítem 21.4. Actitudes ante la muerte

Respecto a la respuesta sobre las actitudes ante la muerte, tenemos que 104 personas dicen tener conocimientos sobre las actitudes ante la muerte, mientras que 346 desconocen esta temática.

Actitudes ante la muerte					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	109	24,0	24,0	24,0
	No	346	76,0	76,0	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.35. Conocimientos sobre actitudes ante la muerte.

El 24% tiene conocimientos sobre las actitudes ante la muerte mientras que un 76% afirman no saber nada sobre esta temática.

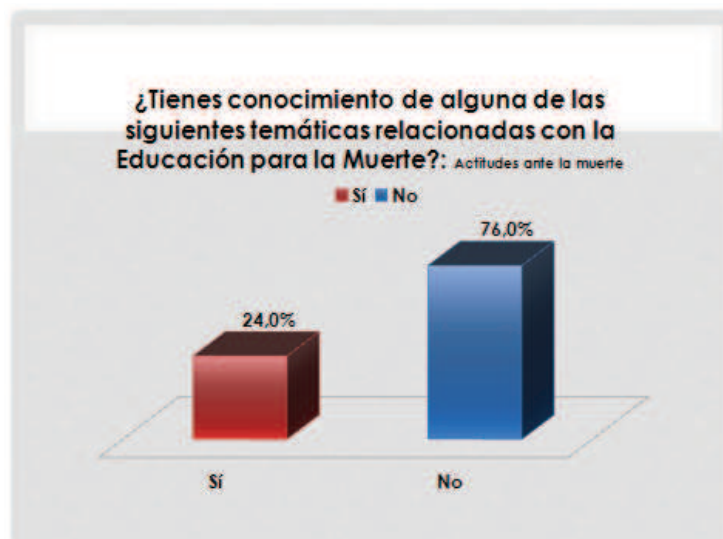


Gráfico 4.2.34. Conocimientos sobre actitudes ante la muerte.

Ítem 21.5. Ritos y ceremonias

En relación a los aspectos sociales de la muerte, tales como ritos y ceremonias, tenemos que 124 personas dicen tener conocimientos sobre los aspectos sociales de la muerte, mientras que 331 desconocen esta temática.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	124	27,3	27,3	27,3
	No	331	72,7	72,7	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.36. Conocimientos sobre aspectos sociales: ritos y ceremonias.

En este sentido un 73% no sabe nada sobre esta temática frente a un 27% que tiene conocimientos sobre los ritos y ceremonias.

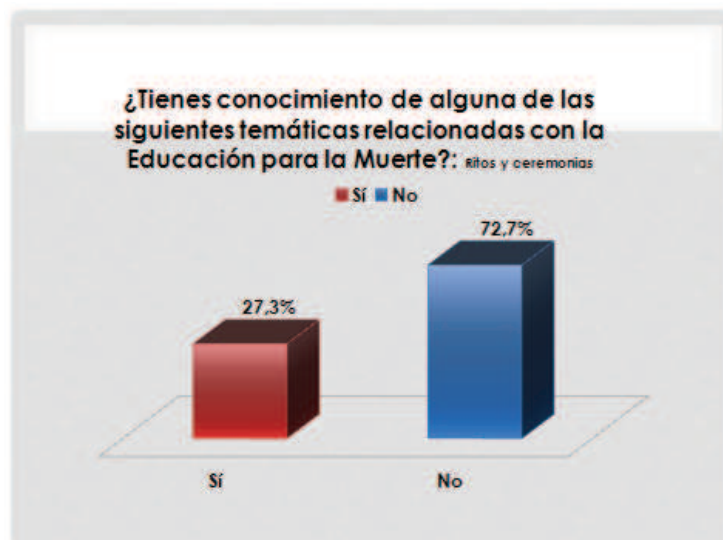


Gráfico 4.2.35. Conocimientos sobre aspectos sociales: ritos y ceremonias.

Ítem 21.6. Eutanasia

Respecto a la respuesta sobre los aspectos éticos de la muerte, tenemos que 132 personas dicen tener conocimientos sobre estos aspectos, mientras que 323 desconocen esta temática.

Aspectos éticos: eutanasia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	132	29,0	29,0	29,0
	No	323	71,0	71,0	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.37. Conocimientos sobre aspectos éticos: eutanasia.

Un 29% tiene conocimientos sobre la eutanasia y otros aspectos relacionados con la ética de la muerte, mientras que un 71% afirma no saber nada sobre esta temática.

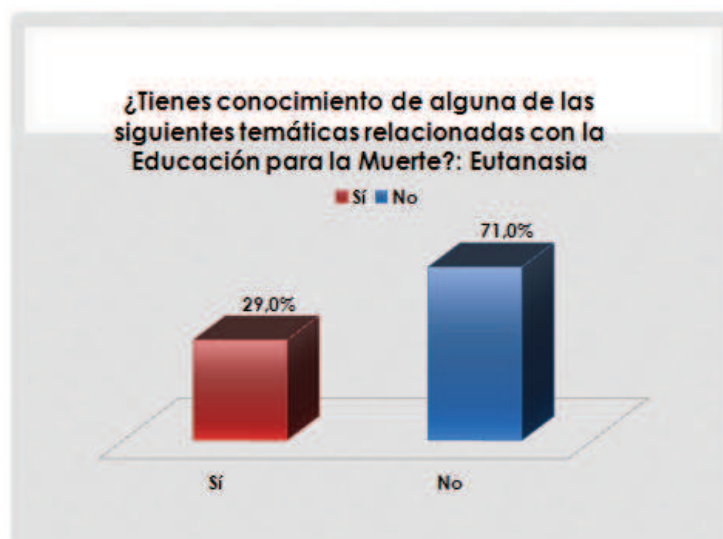


Gráfico 4.2.36. Conocimientos sobre aspectos éticos: eutanasia.

Ítem 21.7. Religiones

En cuanto a los aspectos religiosos, 123 estudiantes dicen tener conocimientos sobre ellos, en cambio 332 desconocen esta temática.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	123	27,0	27,0	27,0
	No	332	73,0	73,0	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.38. Conocimientos sobre aspectos religiosos.

De este modo, tendríamos que el 27% tiene conocimientos aspectos religiosos de la muerte mientras que un 73% afirman no saber nada sobre esta temática.

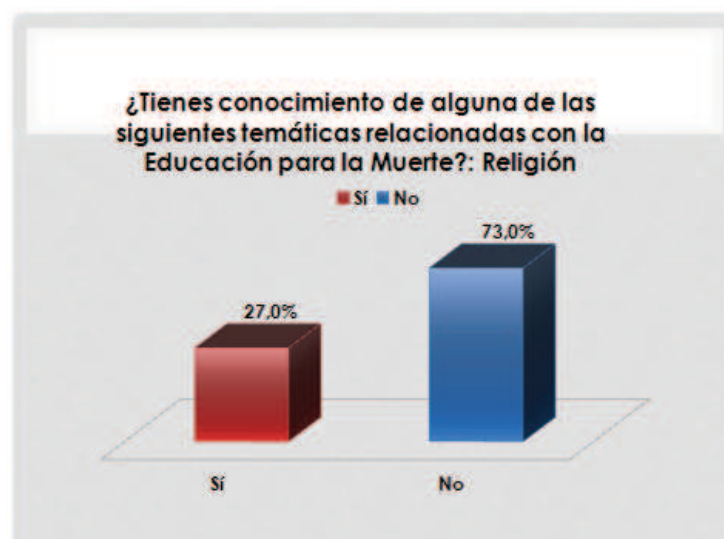


Gráfico 4.2.37. Conocimientos sobre aspectos religiosos.

Ítem 21.8. Filosofía

Sobre los aspectos filosóficos ante la muerte, encontramos que 64 personas dicen tener conocimientos sobre ellos, mientras que 391 desconocen esta temática.

Aspectos filosóficos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	64	14,1	14,1	14,1
	No	391	85,9	85,9	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.39. Conocimientos sobre aspectos filosóficos.

Esto significa que el 14,1% tiene conocimientos sobre las actitudes ante la muerte mientras que un 85,9% afirman no saber nada sobre esta temática.

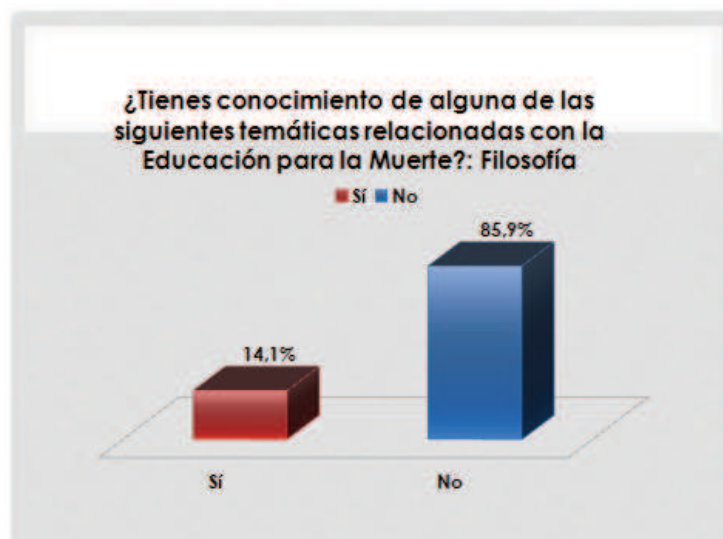


Gráfico 4.2.38. Conocimientos sobre aspectos filosóficos.

Ítem 21.9. Otros conocimientos

En cuanto a la última respuesta, nos encontramos que respecto a otros conocimientos, tenemos que 7 personas dicen tener otros conocimientos sobre los temas relacionados con la educación para la muerte, mientras que 448 afirman no tener otros conocimientos.

Otros conocimientos en EpM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	7	1,5	1,5	1,5
	No	448	98,5	98,5	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.40. Otros Conocimientos sobre la muerte.

Lo que representa que el 98,5% afirma no tener otro tipo de conocimientos sobre Educación para la muerte mientras que un 1,5% afirman tenerlos.

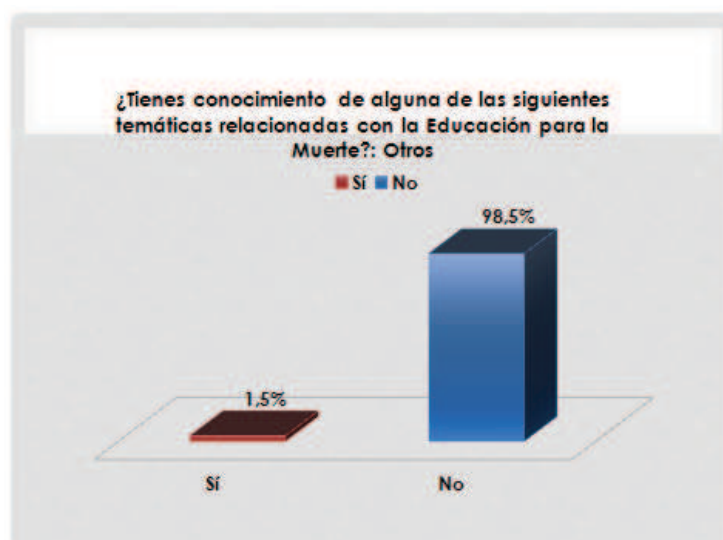


Gráfico 4.2.39. Otros Conocimientos sobre la muerte.

Los datos del último ítem muestran que los estudiantes afirman en todas las opciones (desde el 97% en la temática de la tanatología, hasta un 67% en el duelo) desconocer las temáticas que se pueden incluir en la Educación para la Muerte, por lo que justificamos que habría que incluirla en las Ciencias Sociales, ya que los estudiantes creen que hay que educar en la conciencia de la finitud, en la muerte.

4.2.7. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

La categoría *Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en Educación para la Muerte* está constituida por los últimos cuatro ítems del cuestionario (nº 22, 23, 24 y 25). Todos ellos de respuesta cerrada.

<p>22. ¿Necesitas recibir formación en Educación para la Muerte?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta</p>
<p>23. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta</p>
<p>24. ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta</p>
<p>25. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serte de utilidad en tu futura profesión?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta</p>

A continuación, pasaremos a comentar los resultados obtenidos en cada uno de esos ítems en las siguientes páginas.

Ítem 22. ¿Necesitas recibir formación en EpM?

Respecto a la pregunta: ¿Necesitas recibir formación en Educación para la Muerte?, nos encontramos con que 272 estudiantes han respondido que Sí, 100 han respondido que No y 83 NS/NC.

		Necesidad de formación en EpM			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	272	59,8	59,8	59,8
	No	100	22,0	22,0	81,8
	NS/NC	83	18,2	18,2	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.41. Necesidad de recibir formación en EpM.

En cuanto a los resultados transformados en porcentajes de esta pregunta tenemos que casi un 60% han respondido que sí tienen necesidad de recibir formación en EpM, 22% no tienen necesidad de recibir formación, y 18,2% NS/NC. Esto supone que un alto porcentaje necesita recibir formación en este ámbito, ya que como hemos visto hay un desconocimiento de esta temática entre el alumnado.

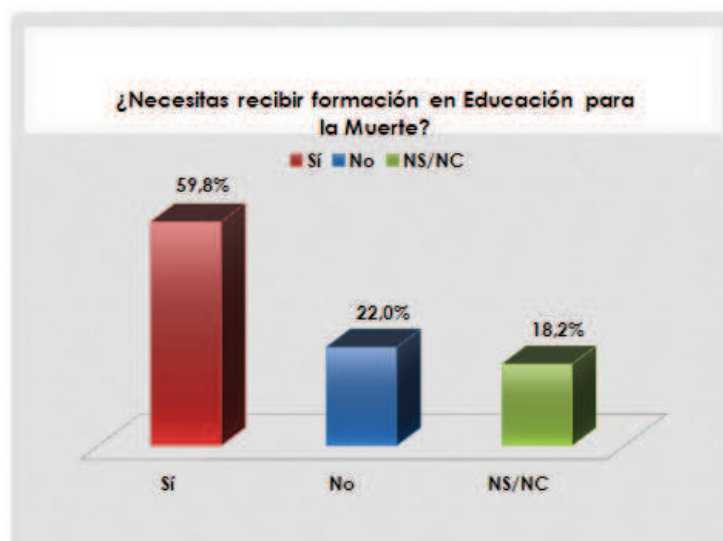


Gráfico 4.2.40. Necesidad de recibir formación en EpM.

Ítem 23. ¿Demandas recibir formación en EpM en tu carrera?

En relación a la pregunta de si La EpM sería una asignatura demandada por los estudiantes para completar su plan de formación, nos encontramos con que 211 estudiantes han respondido que sí, frente a 163 que no y 81 NS/NC.

Demanda de formación en EpM					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	211	46,4	46,4	46,4
	No	163	35,8	35,8	82,2
	NS/NC	81	17,8	17,8	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.42. Distribución de frecuencias: Demanda de formación en EpM.

El 46,4% de los encuestados dice que la EpM sería una asignatura demandada por ellos para completar su plan de formación, frente al 35,8% para los que no sería una asignatura demandada y un 17,8% NS/NC. De esta forma, aunque no tan ampliamente como en el caso anterior, encontramos una disposición en el alumnado para demandar esta temática como asignatura.

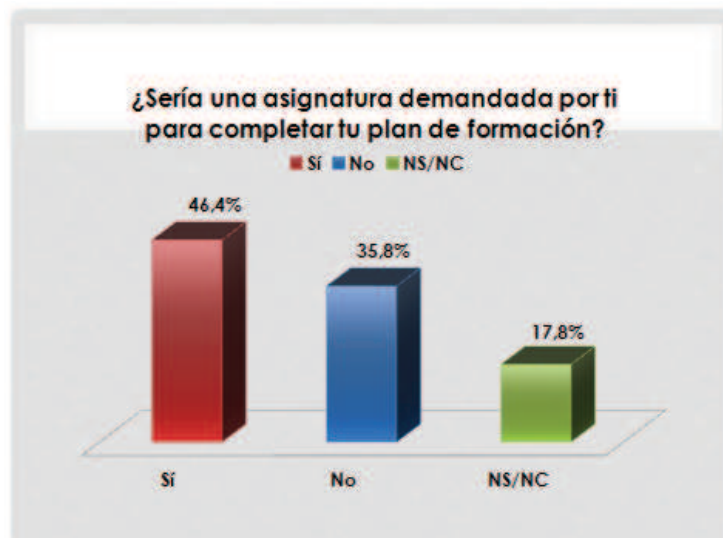


Gráfico 4.2.41. Demanda de formación en EpM.

Ítem 24. ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?

Ante la cuestión: ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?, nos encontramos con que 320 estudiantes han respondido que Sí frente a 72 que respondieron que No y 63 NS/NC.

		Mejoraría tu formación recibir EpM			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	278	61,1	61,1	61,1
	No	94	20,7	20,7	81,8
	NS/NC	83	18,2	18,2	100,0
	Total	455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.43. ¿Mejoría tu formación recibir EpM?

Si analizamos estos datos en porcentajes vemos que para el 61,1% de los encuestados creen que mejoraría su formación si recibieran EpM, frente al 20,7% para los que no creen que recibir formación en EpM mejoraría su formación, y un 18,2% que NS/NC. En este caso también es significativo observar como más del 60% cree que este tema mejoraría su formación.

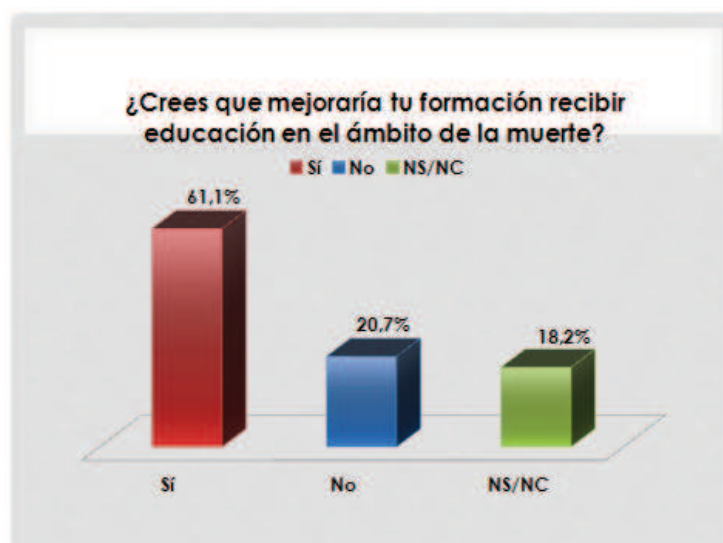


Gráfico 4.2.42. ¿Mejoría tu formación recibir EpM?

Ítem 25. ¿Crees que tener conocimientos en EpM puede ser de utilidad en tu profesión futura?

En este último ítem preguntábamos: ¿Crees que tener conocimientos en EpM puede ser de utilidad en tu profesión futura?, y observamos que 311 estudiantes han respondido que sí, frente a 66 que respondieron que no y 78 NS/NC.

		EpM es de utilidad en tu profesión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	311	68,4	68,4	68,4
	No	66	14,5	14,5	82,9
	NS/NC	78	17,1	17,1	100,0
Total		455	100,0	100,0	

Tabla 4.2.44. ¿EpM de utilidad en tu profesión?

Si analizamos estos datos en porcentajes vemos que para el 68,4% de los encuestados la EpM es de utilidad en su profesión, frente al 14,5% para los que no sería de utilidad, y un 17,1% que NS/NC. De nuevo, al igual que ocurría con la EpS, los estudiantes creen que tener conocimientos sobre este tema puede ser de utilidad en su futura profesión.

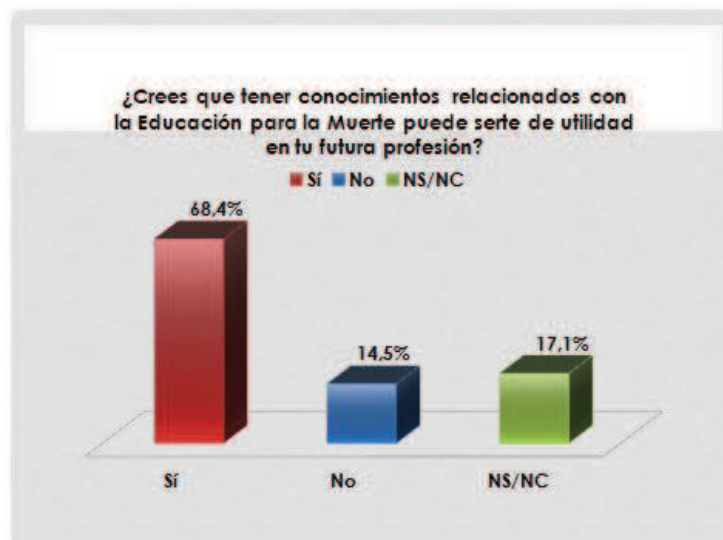


Gráfico 4.2.43. ¿EpM de utilidad en tu profesión?

Análisis e interpretación de datos: Grupo de discusión

Tabla de contenido

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	607
4.3. GRUPO DE DISCUSIÓN	607
4.3.1. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	610
4.3.2. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y MUERTE .	618
4.3.3. PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDO EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: CONTEXTOS Y TEMÁTICAS	620
4.3.4. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	621

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.3. GRUPO DE DISCUSIÓN

Como ya comentamos en el segundo capítulo, con los grupos de discusión que hemos realizado se ha querido crear un espacio de comunicación o foro donde se puedan intercambiar diferentes puntos de vistas y signifique una puesta en común para conocer las opiniones que se abordan sobre la temática de la EpM. De este modo, se ha querido conocer cuál es la realidad de los estudiantes universitarios frente a estos temas de los que no se suele hablar en el ámbito académico.

Hemos realizado dos grupos de discusión con estudiantes de la UPO de las titulaciones de Educación Social, Trabajo Social y la Doble titulación de Trabajo y Educación Social. Ambos grupos se realizaron en el mes de abril del 2011. Estos grupos de discusión han proporcionado un espacio de diálogo y reflexión para abordar la temática de la Educación para la Muerte (EpM).

En el grupo de discusión se han formulado nueve preguntas. Estas cuestiones se configuran en torno a varios núcleos temáticos que responden a los siguientes objetivos fundamentales:

- g) Conocer las ideas que los estudiantes³ poseen sobre la muerte y la Educación para la Muerte (EpM).
- h) Saber la formación recibida por los estudiantes en EpM.
- i) Averiguar la relación que establecen los estudiantes entre Salud, Calidad de Vida, y Muerte.
- j) Comprobar la necesidad y/o demanda desde las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte.
- k) Conocer la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional de los estudiantes.

³ Cuando mencionamos en los objetivos a estudiantes, nos referimos de forma específica a los Estudiantes de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

Las cuestiones que se trataron en el grupo de discusión fueron las siguientes:

1. ¿Crees que se habla de la muerte en nuestra sociedad? Justifícalo
2. ¿Crees que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad? Justifícalo
3. ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de vida? Justifícalo
4. ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de vida como EpS, habría que educar en la muerte?
5. ¿Has recibido alguna vez información y/o formación en EpM?
6. ¿Crees que necesitas recibir formación en Educación para la Muerte?
7. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?
8. ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?
9. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serte de utilidad en tu futura profesión?

Como se ve, formulamos preguntas de diferentes tipos, sobre todo preguntas de abiertas a la opinión de cada uno/a de los/as participantes, e incluso algunas cuestiones que te orientan a la reflexión y a la elaboración de un discurso personal.

El objetivo del grupo de discusión era poder comparar los resultados de los discursos de los estudiantes con respecto a las preguntas del cuestionario relacionadas con la temática de la muerte y la EpM. En este sentido, y siguiendo con el esquema utilizado en el cuestionario, podemos determinar una serie de categorías temáticas y su correspondencia con las 9 preguntas formuladas en el grupo de discusión.

El instrumento puede consultarse en el Anexo 2, junto a la transcripción de los dos grupos de discusión realizados.

Después de exponer los objetivos y las cuestiones formuladas en el grupo de discusión, mostraremos los resultados de los discursos de los estudiantes que hemos agrupado en función a cuatro categorías temáticas:

- VIII. Introducción a la temática de la muerte y la Educación para la Muerte (EpM).
- IX. Relación entre EpS/Calidad de vida /Muerte.
- X. Percepción sobre la formación recibida en Educación para la muerte: contextos y temáticas.
- XI. Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM.

Como puede observarse, las categorías anteriormente descritas guardan correspondencia con los ítems de la siguiente forma:

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	CORRESPONDENCIA PREGUNTAS GRUPO DE DISCUSIÓN
Introducción a la temática de la muerte y la Educación para la Muerte	1,2,4
Relación entre EpS/Calidad de Vida /Muerte	3
Percepción sobre la formación recibida en Educación para la Muerte: contextos y temáticas	5
Necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM	6,7,8,9

Tabla 2.7. Categorías temáticas del grupo de discusión. Fuente: Elaboración propia.

A continuación, exponemos el análisis de ambos grupos de discusión en función de las categorías temáticas establecidas. Cada grupo de discusión tuvo una duración de una hora en la que todos los participantes en el grupo pudieron hablar ampliamente. A lo largo de este apartado de análisis de interpretación de datos vamos a sintetizar las ideas expuestas en los grupos de discusión, eliminando aspectos que no amplían información o que son redundantes. Para una lectura completa pueden consultarse las transcripciones completas. Junto al nombre de los participantes, hemos colocado una aclaración: G1 (Grupo de discusión realizado el 11 de abril) o G2 (realizado el 14 de abril) de 2011).

4.3.1. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE LA MUERTE Y LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

Esta categoría temática está compuesta por tres preguntas que se han formulado en ambos grupos de discusión. Empezaremos a analizar la primera cuestión:

1) ¿Crees que se habla de la muerte en nuestra sociedad? Justifícalo.

En los dos grupos de discusión realizados encontramos opiniones diversas. La mayoría de estudiantes del primer grupo de discusión realizado piensan que no se habla de la muerte en general, ya que creen que está considerado un tema tabú actualmente. En cambio en el segundo grupo hay más diversidad de opiniones, varios estudiantes afirman que sí se habla de la muerte, aunque sea entre amigos o familiares. Para reflejar la opinión de los estudiantes mostramos algunas de las ideas que han ido reflejando a lo largo de las sesiones.

Marco Antonio (G1) opina: *“...no se atreven entre los propios miembros de las familias a hablar de ese tema en cuestión, pienso también al mismo tiempo que solamente en las familias más abiertas en donde el núcleo familiar... esté basado en la confianza y en la amistad entre los miembros, solamente entonces se atreven a hablar de esos temas. O sobre todo cuando hay algún miembro que se acerca a la edad avanzada. Creo que para los niños siempre ha sido una cuestión que los padres han limitado a la hora de darle explicación y poco más...”*

Isabel (G1) piensa que *“tampoco se habla porque esta sociedad, mmm, como que parece que estamos preparados para la felicidad pero no para el dolor, como que es una cosa que preferimos reprimirnos, no estamos acostumbrados a hablar de ello”*.

José Luis (G1) cree que *“cada vez conforme más pasan los años es un tema que se está tratando mas porque por ejemplo hoy en día ya se comentan los deseos que tu quieres una vez después de muerto, que yo creo que eso antes todo el mundo tenía la misma forma...hoy te morías y te enterraban... y hoy sin embargo, se hace testamento, te incineran, yo quiero que donen mis órganos, yo quiero... y creo que es un tema que cada día pues está mostrando más interés. Porque cada vez se piensa más en el día de mañana en lo que puede pasar”*.

Miguel (G1) piensa que con las personas mayores se habla más del tema o surge de forma espontánea por ejemplo: *“tu abuela, tu abuelo, siempre te va diciendo... ¡bueno pues el día que yo no esté...”*.

Patricia (G1) opina lo mismo que Miguel: *“pues yo creo que cuanto más mayores son más abiertamente hablan de la muerte además que lo dicen... yo te lo digo por mis abuelos, tenga un abuela con 85 años que habla tranquilamente vamos... me habla con una tranquilidad y una pasividad tan natural que te pone hasta los pelos de punta”. ...“de vez en cuando pues te lo sueltan que el día que se muera, mi abuela dice que la entierren con el marido, que la metan en el mismo nicho,... y yo le digo ah abuela, tú no te preocupes, que yo te voy a meter en el mismo sitio si es lo que tú quieres”*.

Pedro (G2) piensa en nuestra sociedad evitamos abiertamente hablar de la muerte. *“Por ejemplo en mi caso concreto, porque mi abuelo falleció hace un año y en mi casa por ejemplo todavía no se han hecho a la idea, así que hablar de la muerte es muy difícil, se ve como algo del ciclo vital... pero no te vas haciendo a la idea”*.

José Luis (G2) reafirma la idea expresa por Pedro y añade: *“huimos, la sociedad en sí huye al hablar de la muerte, y yo quería señalar que más que de la muerte en sí, se habla de la muerte cuando ocurre un hecho puntual, se habla un poco más de la vivencia de esa persona, de cómo era (esa persona) más que reflexionar sobre la muerte en sí. ¿Escuchar hablar de la muerte? Yo no escucho hablar de la muerte a nadie”*.

Ezequiel (G1) también cree que no se habla de la muerte y cuando se habla: *“es cada vez que pasa algo repentino en la familia... En la familia suele ser un tema tabú hasta el momento en el que pasa”*.

Isabel (G1) opina en este sentido: *“yo creo que es un tema doloroso, que los familiares de alrededor lo van a sufrir, y que intentan no hablar de ese tema”*.

En cambio, otra alumna, Isabel (G1), cree que: *“solamente se habla (de la muerte) cuando tu lo ves muy lejano, pero tu cuando realmente... las personas mayores o enfermas lo ven ya cercano, lo tienen como más tema tabú”. “cuando lo ven más lejano si se habla con toda naturalidad y demás, pero ya cuando lo ves tan cercano”.*

En general, los estudiantes opinan que no se habla de este tema, sólo en momentos puntuales o en algunos colectivos (como el de las personas mayores que en muchas ocasiones se menciona).

Así, lo menciona Carmen (G2): *“Se habla en momentos puntuales, cuando sucede un hecho de un familiar..., entonces si se habla, porque sobre todo cuando no se espera, todo el mundo dice hay que ver que no somos nadie...que nos queremos comer unos a otros y en un momento ya no estamos, y entonces se reflexiona un poco sobre eso, pero normalmente... no es un tema que sea agradable de hablar, ni que se toque con normalidad, sino de una forma un poco tabú y un poco apartada. Solamente eso, cuando ocurre un hecho de un conocido, familiar o algo, pues a lo mejor si se habla un poco del tema, pero yo creo que a todos nos da un poquito de recelo. La muerte está poco presente...”*

Respecto a los colectivos, María (G2) apunta que *“Cuando el colectivo es la tercera edad si se habla continuamente, además ellos lo tienen muy presente y la mayoría pienso yo... además es algo que aceptan y que están esperando y sin ningún miedo realmente porque ya lo típico es: yo ya he vivido lo mío, a mi no me importa cuando me lleve Dios, a mi me da igual... sí eso es común en todos ellos que lo hablan sin ningún tipo de tabú o tapujo...”*

Mercedes (G2) también lo expresa así: *“Se habla cuando hay un hecho puntual o en momentos. Yo de hecho la intento evitar, yo evito hablar de la muerte porque me da miedo”.*

Carla (G1) reafirma la idea que no se habla de la muerte: *“y menos los jóvenes que pensamos que nunca nos vamos a morir, pensamos que la vida es prácticamente eterna”.*

Patricia (G1) por el contrario opina que se ha empezado a oír un poco más sobre el tema de la muerte: *“sobre todo con lo del tema de la muerte digna que se está sacado ahora mucho, yo creo que sí se está..., vamos no una cosa ahí en plan súper abierta...pero sí”*.

Rocío (G2) también cree que se habla la muerte pero en ocasiones puntuales. *“Me explico, se habla de la muerte lo que está establecido, yo por ejemplo cuando en mi casa viene el seguro de defunción no?... ha venido el de los muertos... Se habla de la muerte en ese sentido, o cuando una persona es mayor. Pero después no se habla de la muerte...”*.

Fátima (G2) piensa que aunque en la sociedad no se hable de la muerte, ella sí lo hace: *“en mi casa, con mi marido, con mis padres. Les pregunto, aunque ellos no sacan el tema. No sé por qué, pero no sacan el tema. Y yo saco el tema porque yo no tengo miedo a la muerte, yo creo en una vida futura...Entonces no me da miedo”*.

Para finalizar queremos dejar una reflexión de María (G2) que refleja muy actitud clara ante la muerte *“Yo no hablo personalmente porque es que no me gusta literalmente porque estoy viva, tengo que hablar de la vida, no de la muerte”*.

Además de analizar la primera cuestión planteada, hemos observado en los discursos de los estudiantes que se pueden apreciar claramente diferentes actitudes ante la muerte. Encontramos la actitud de negación (la más extendida), algunas estudiantes claramente no quieren hablar del tema, prefieren negar el hecho de la muerte (*los jóvenes pensamos que nunca vamos a morir*); otras en cambio adoptan una actitud de esperanza, lo refleja Fátima cuando indica que ella cree en una vida futura. También hemos observado alguna actitud de desesperanza (*nadie me ha dado la certeza de que haya algo después*). En general comprobamos que no se ha reflexionado sobre el tema y sólo encontramos esa reflexión en las estudiantes más mayores y con más experiencia, las que sobrepasan la treintena, o en personas jóvenes que han vivido pérdidas importantes. Es importante tener esta cuestión presente porque va a delimitar claramente el discurso sobre esta temática.

Si analizamos los discursos de los estudiantes en esta cuestión, comparándolos con las respuestas dadas en el cuestionario, podemos observar lo siguiente: en el cuestionario, los porcentajes entre las respuestas están muy ajustados. Un 46,20% de los estudiantes considera que se habla de la muerte en su entorno, frente a un 44,6% que considera que no, mientras que el 9,2% NS/NC. En cambio, en el grupo de discusión, las respuestas mayoritarias indican que no se habla de la muerte y, con leves matizaciones, piensan que se habla más en colectivos concretos (como el de la personas mayores) o en situaciones inevitables (cuando ya ha sucedido la muerte de un conocido).

Respecto a la segunda cuestión planteada:

2. ¿Crees que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad? Justifícalo

En el primer grupo de discusión por unanimidad creen que sí es un tema tabú. Además ya en la primera pregunta planteada respondían la mayoría de ellos que no se habla de la muerte en nuestra sociedad porque es un tema tabú.

En el segundo grupo también piensan lo mismo con la matización de que quizás en las personas mayores haya dejado de ser un tabú porque perciben la muerte cerca. Pedro (G2) lo expresa así: *“Yo creo que deja de ser un tabú cuando te lo ves cerca. Cuando te lo ves en lo alto ya prácticamente empiezas a pensarlo y lo meditas pero antes lo intentas evitar”*.

Comparando estos resultados con el cuestionario, tenemos que en esta pregunta, el 55,8% consideran la muerte como un tema tabú en nuestra sociedad, frente a un 35,6% que cree que no y un 8,6% que NS/NC. En este sentido, los estudiantes del grupo nos confirman de forma más amplia que el tema de la muerte es considerado como un tabú en nuestra sociedad y lo justifican expresando que no se habla de ello o en contadas ocasiones y como consecuencia de que se haya producido un hecho concreto relacionado con ella.

En cuanto a la siguiente pregunta formulada:

4. ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de vida como EpS, habría que educar en la muerte?

Respecto a esta cuestión todos los estudiantes de ambos grupos creen necesario que se debería concienciar o educar en la muerte, como un tema más, alguno menciona que como una parte más del ciclo vital y otros que si se educara en estos temas se podría superar el tema a la muerte, como parte de lo desconocido. Posteriormente se pasa a debatir de qué forma se podría incluir este tipo de educación y en qué niveles educativos sería conveniente incluirla. Es de destacar que ninguno de los estudiantes rechaza educar en este tema, y resaltan el tema de la concienciación. A continuación pasamos a exponer algunas de las ideas que han mencionado los estudiantes:

Carla (G1) comenta: *"...yo pienso que sí... que si se educara en ese aspecto pues a lo mejor nos ayudaría a afrontarlo de una forma distinta y no tenerle el miedo que se le tiene muchas veces..."*.

Patricia (G1) ahonda en el tema del miedo: *"...pero el miedo es porque le tenemos miedo a lo desconocido, el no saber qué pasa cuando... es el tabú de la muerte, es el miedo, a lo que no conocemos..."*.

Como se puede apreciar surge de nuevo el tema del miedo a la muerte, y estas estudiantes consideran que si se educara en este tema se podría afrontar la muerte de otra forma e incluso llegar a superar el miedo que muchas personas tienen.

Carla (G1) comenta que: *"...la educación para la muerte sería interesante pero pasaría igual que ha pasado, como por ejemplo, con la educación en la sexualidad ¿no?, al principio la gente no la acogía con buenas ganas..."*.

Miguel (G1): *"A lo mejor los niños les vas a hablar de esto y te dicen:...quita, quita, le vas a hablar tu a mi hijo la muerte, el niño tiene que ser feliz no pensar en la muerte, pero si es que la muerte no es, no es algo... tan negativo, es algo que nos llega a todos, a todo ser vivo le llega, que mejor forma que educar y que aprender de ello"*.

En algunos casos han comparado el tema de la muerte con el de la sexualidad. Se ha dicho que el gran tabú de nuestro siglo es la muerte. Ya lo comentó el principal sociólogo de la muerte, Philippe Ariès, que constató como este tabú ha sustituido en el siglo XX al tabú del sexo del siglo XIX. En los discursos de los estudiantes se manifiesta que hay que empezar a romper ese tabú.

Emilio (G1) cree que aunque es necesario: *“es un tema complicado para educar...”* y José Luis (G1) piensa que: *“...hay que darle una mirada diferente, yo creo que la muerte es muy dolorosa pero que es necesaria una educación”*.

Patricia (G1): *“lo de la preparación para cómo vas a morir es, el no tenerle el miedo de saber que eso te va a llegar y a lo mejor hasta cierta edad, pero a lo mejor a un niño pequeño hablarle directamente de la muerte es igual, tu a un niño pequeño no le hablas directamente del sexo, le vas, empiezas por una biología, empiezas por algo, y ya después es cuando tú te vas metiendo más en cosas de sentimientos... con la muerte creo que es igual ¿no? empiezas... a hablarle de un ciclo vital... el rey león ¿no? es el ciclo vital”*.

En el segundo grupo de discusión, Pedro (G2) abre el debate diciendo que: *“Yo no sé si educar, pero un poco concienciar a la persona, tanto como educación no sé, pero aplicarlo a ámbitos de la vida por ejemplo universidades donde se está trabajando la gerontología...un poco por lo menos para saber qué te vas a encontrar”*.

Rocío (G2). *“Yo creo que sí, yo pondría una asignatura sobre todo para profesionales como por ejemplo en Trabajo Social, Educación Social, Psicología... son súper importantes. No sé en las demás carreras, pero en trabajo social no tenemos una asignatura que trate el duelo y lo hemos visto sólo hoy en una asignatura. Además en 3º cuando se supone que quedan un par de meses de carrera, y un tema corto una asignatura... yo creo que habría que poner algo, no sé si troncal o cuatrimestral, pero algo si...”*.

Fátima (G2). *“Yo sí pondría una asignatura pero más que a nivel universitario a nivel de instituto, porque en la universitaria tu ya tienes una idea formada sobre la muerte, sobre la vida y sobre los distintos aspectos que nos rodean. Sin embargo,*

cuando eres más pequeño te puedes concienciar más fácilmente, de lo que es la muerte, de lo que significa, de las ventajas, de los inconvenientes, bueno de todo lo que rodea a la muerte”.

Mercedes (G2). *“Yo opino lo mismo (incluirla en la universidad y en el instituto). Por ejemplo, en el instituto para...concienciar, para que lo tomen con más naturalidad, no como nosotros, no como yo por ejemplo, que lo vean como algo más natural, yo lo vería bien. Y también vería desde otra perspectiva una asignatura aquí en la universidad...”*.

María (G2). *“Yo me quedaría con las dos respuestas también. Pienso que es una manera de concienciar al principio y de introducirlos a lo que puede llegar a ocurrir en un futuro y no ya en futuro, porque si acostumbras a esas personas a pensar en la muerte como algo natural... Si por ejemplo pierden a un familiar muy cercano que por lo menos sepan por dónde ir, eso sería a nivel de instituto. Y también en la universidad en los primeros cursos, con todas las carreras que sean sociales, que tengan que ver con lo social, por eso... por cómo ayudar a esas personas que se tienen que enfrentar a un duelo, guiarlos de alguna manera”*.

José Luis (G2). *“Se debe educar. No viéndolo como una asignatura pero si ya de pequeños en las diferentes asignaturas que se incluyan contenidos... implantar una cuestión que a mi parecer está tan escondida”*.

Esther (G2). *“Yo creo que más que desde el instituto, desde más pequeños, llegaría un momento en el instituto que lo verían como algo normal y ya no solo para los demás sino también para uno mismo para decir: oye, la muerte también está para mí”*.

Arturo (G2). *“E ir enfocándolo en función de la edad que vayan teniendo. En primaria, secundaria, instituto, universidad y sobre todo para nosotros, sí yo sí sería partidario tenerlo como una asignatura”*.

Como se aprecia, hay diferentes opiniones de cuándo debería empezarse a producirse esa concienciación y/o educación para la muerte.

Para algunos, es necesario que se produzca desde la escuela, desde la Primaria, como contenidos que se van incluyendo en el currículum de las diferentes asignaturas de forma explícita. Para otros, esta educación podría empezarse desde la Secundaria, y tratarse a modo de transversal como se da la Educación para la Salud, la Educación Sexual o la Prevención de Drogas y, por último, hay otro grupo que cree que es necesario que se incluya entre los contenidos de las carreras universitarias de Ciencias Sociales, algunos lo introducirían como asignatura, otros como parte del temario de asignaturas ya existentes. Y creen que como profesionales es importante que se eduque en ello para posteriormente ellos intervenir con familias, menores, inmigrantes pero sintiéndose preparados para abordar el tema.

Comparando estas respuestas con las dadas en el cuestionario, vemos que el 71% de los encuestados considera que habría que educar en la muerte, frente a un 13,2% que cree que no habría que hacerlo y un 15,8% que NS/NC. En este caso coinciden las respuestas manifestadas en el Grupo de discusión, sí hay que educar en esta temática y queda ampliamente justificado en el apartado.

4.3.2. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y MUERTE

Esta categoría la abordamos con la pregunta: ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de vida? Justifícalo

Los estudiantes de ambos grupos afirman de forma casi unánime que existe relación entre la muerte, la salud y la calidad de vida. Sólo una estudiante planteaba que no existe relación entre ellos y puso como ejemplo el de un futbolista o cualquier persona “aparentemente sana” que muere joven, y esto abrió el debate para descubrir las otras variables que pueden influir en la muerte de una persona. Lo vemos a continuación:

Carla (G1): *“...hace poco estuvimos también dando que en verdad la muerte está muy relacionada también con el tema de la pobreza, y en este sentido... la calidad de vida que tú tengas en el tercer mundo no es la misma que tú tienes aquí, y la*

probabilidad de que mueran niños menores de cinco años es mayor en África que aquí...”.

Miguel (G1): *“Claro, y además la esperanza de vida en nuestro país ha ido aumentado ¿no?... , o sea que va en relación...”*.

Carme (G2): *“Cada vez se viven más años, hay más personas mayores, yo creo que eso es porque ha mejorado la calidad de vida, las condiciones de higiene y todo eso influye en la salud de las personas. ...ahora que cada uno tiene su casa, que tenemos otra higiene y otra alimentación y otra forma de vida más adecuada para tener una salud que te permite vivir más años”*.

Esther (G2). *“No porque hay muchos..., se ve todos los días,...por ejemplo en la tele...ha muerto un futbolista. Un futbolista no fuma, hace una vida sana, hace deporte, come sano y sin embargo le he dado un paro cardíaco y ha muerto. Yo no creo que tenga nada que ver. Que si es verdad que se debe tener pero no está condicionado”*.

María (G2). *“Yo pienso que sí, que si está relacionada en la gran mayoría del tiempo, de todo el proceso de vida... Esther si es verdad que ha puesto el ejemplo de los futbolistas... pero pienso que el porcentaje es más pequeño... a lo mejor ha tenido un tipo de patología antes y no lo han podido detectar”*.

Al igual que ha pasado en los grupos de discusión, las respuestas del cuestionario también muestran que la opinión de los estudiantes establece una relación clara entre salud, calidad de vida y muerte; los porcentajes así lo demuestran, el 84% consideran que existe relación entre la muerte, salud y calidad de vida, frente a un 6,4% que cree que no existe tal relación.

4.3.3. PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

En esta categoría nos planteamos la pregunta: ¿Has recibido alguna vez información/formación en EpM? Todos los estudiantes dicen de forma unánime que no han recibido educación para la muerte (Excepto los que han cursado la asignatura de Educación para la Salud y concretamente en el segundo grupo de discusión habían visto recientemente en una asignatura un tema sobre el duelo). Por lo que podemos determinar que la temática de la muerte y la educación para la muerte no se trata en el ámbito universitario: en los tres años de carrera cursados, solo han tratado un tema sobre el tema del duelo y, específicamente, han hablado sobre la muerte en la optativa de Educación para la salud sólo aquellos que la han cursado.

Un alumno (Ezequiel) matiza si la educación católica y las concepciones acerca de la muerte se pueden entender como educación de este tipo, entonces sí ha recibido algo. A lo que otra estudiante contesta, Isabel (G1): *“si pero tampoco, veras yo soy católica y no hemos dado una formación, es mas fe lo que recibes pero no formación... yo creo que no”*.

Ante la pregunta de por qué creen que no se ha dado formación en este tema responden lo siguiente:

Carla (G1): *“...por lo que estamos hablando, que es un tema tabú y...que no se ve necesario...”* y José Luis (G1): *“yo personalmente...creo que es un tema tabú y si tú haces un proyecto, si se debería abordar por la gente de ciencias sociales...”*

Pedro (G2) cree que: *“Lo peor de todo esto, es que también los profesionales que hay fuera no tienen ni idea, que es eso... si nosotros sabemos poco ellos saben menos todavía”*.

Carmen (G2) aclara lo que la clase que han dado: *“A todos nos ha pasado lo mismo. Dentro de la asignatura de Familia hemos tenido una clase,... una práctica... Hemos hecho un cuadrante y hemos puesto las pérdidas que hemos tenido y cómo nos hemos sentido, lo que hemos vivido y qué nos ha aportado eso”*.

Y para Pedro (G2) no es suficiente con esa única clase: *“creo que con un simple tema no es suficiente...yo creo que lo pensamos todos”*.

En los porcentajes del cuestionario sobre esta pregunta, nos encontramos la misma situación, el 74,7% no ha recibido ningún tipo de información o formación en este tema. Posiblemente, los estudiantes que han respondido que sí tienen algo de información, puede que lo entiendan como Ezequiel planteaba, relacionado con la religión y las concepciones acerca del más allá.

4.3.4. NECESIDAD, DEMANDA Y UTILIDAD DE RECIBIR FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

Por último, en esta categoría se incluyen cuatro cuestiones relacionadas con la necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en este tema. Vamos a ir analizando cada una de las cuestiones:

Ante la pregunta ¿Crees que necesitas recibir formación en educación para la muerte? Todos los estudiantes responden que sí, que necesitan recibir formación. Las razones que se dan de la necesidad de esta formación son diversas. Sobre todo se plantean que como futuros profesionales, necesitan tener formación en este ámbito tan desconocido y para acompañar y ayudar a personas que estén en esa situación (viviendo un proceso de duelo de un ser querido o con una enfermedad terminal en el final de sus días).

Carla (G1) concreta: *“además que nuestra profesión...está dividida en muchos sectores y uno de ellos, por ejemplo, es el de la vejez y ahí concretamente si nos vamos a encontrar con muchas personas que están al final de sus días”*.

Isabel (G1): *“pero los trabajadores sociales que por ejemplo están en los hospitales, y trabajan con personas en oncología... es que se mueren niños todos los días y eso es muy duro, deberíamos de estar preparados, efectivamente”*.

De nuevo, los datos aportados por los estudiantes en el grupo coinciden con los resultados del cuestionario, donde un 60% ha respondido que sí tiene necesidad de

recibir formación en EpM. Esto supone que un alto porcentaje que estudiantes necesita recibir formación en este ámbito, ya que como hemos visto hay un desconocimiento de esta temática entre el alumnado.

Respecto a la siguiente pregunta: ¿sería una asignatura demandada por vosotros para completar vuestro plan de formación? Todos los estudiantes de ambos grupos dicen que sería una asignatura demandada por ellos.

Rocío (G1) piensa que más que como una asignatura: *“lo vería como un curso de formación especializada exterior a lo que es la carrera,...no dentro de las asignaturas de una carrera sino como una especialidad..., como algo más profundo porque verdaderamente en una asignatura tampoco da mucho”*.

E Isabel (G1) añade: *“pero que fuera obligatorio porque si no habría mucha gente que por sus motivos no lo harían...”*

Y Emilio cree que es necesario que se incluya ya que de los colectivos con los que van a trabajar, van a tener que tratar obligatoriamente con la muerte. Emilio (G1): *“del colectivo que tenemos, vejez todos los días, si no es eso es maltrato, si no es..., realmente a mí a día de hoy no me han dado ninguna herramienta para aguantar el tipo en esa situación”*.

En este sentido, las respuestas de los estudiantes del grupo de discusión vuelven a coincidir de forma mayoritaria con las respuestas dadas en el cuestionario. En este caso el 46,4% de los encuestados decía que la EpM sería una asignatura demandada por ellos para completar su plan de formación, frente al 35,8% para los que no sería una asignatura demandada, y un 17,8% NS/NC. De esta forma, aunque no tan ampliamente como en el caso anterior, encontramos una disposición en el alumnado para demandar esta temática como asignatura.

Respecto a la pregunta de si ¿crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte? de nuevo volvemos a encontrarnos con una concienciación plena por parte del alumnado de que recibir formación en este ámbito mejoraría su plan de estudios.

Isabel (G1) cree que: *“necesitamos una formación...yo lo veo principal”*

También los estudiantes que respondieron el cuestionario opinaban en un 61% que mejoraría su formación si recibieran EpM, frente al 20,7% para los que no lo creen.

Por último, En cuanto a la pregunta: ¿crees que tener conocimientos relacionados con la educación para la muerte puede ser de utilidad en tu futura profesión? Nos volvemos a encontrar con que todos y todas han respondido un sí de forma unánime. Ya ha quedado ampliamente justificado que educar para la muerte es necesario, que se debe incluir en los planes de estudio porque sería una asignatura demandada por los estudiantes ya que ven en ella una utilidad tanto profesional como personal.

Pedro (G2) opina que: *“Sí, porque vas a saber afrontar el problema desde tu propia perspectiva que has vivido. Porque se supone que has vivido o has tratado. Te han formado. Es que tu, sin saber nada como puedes afrontar una pérdida que tienes enfrente”*.

De nuevo comparando estos resultados con los dados en el cuestionario, observamos que un porcentaje alto, del 68,4%, cree que la EpM es de utilidad en su profesión, frente al 14,5% para los que no sería de utilidad.

Analizando todos estos datos podemos percibir que las opiniones mostradas en los grupos de discusión nos sirven para confirmar los datos obtenidos a través del cuestionario, y además en aquellos encontramos justificación a las respuestas planteadas a través de los discursos dados por los propios estudiantes.

TERCER BLOQUE:
CONCLUSIONES

**CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y
PROPUESTAS DE
ACTUACIÓN**

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	627
5.1. CONCLUSIONES	631
5.2. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	643
5.2.1. JUSTIFICACIÓN	643
5.2.2. OBJETIVOS	645
5.2.3. CONTENIDOS	645
5.2.4. ACTIVIDADES Y PROPUESTAS METODOLÓGICAS	646
5.2.5. RECURSOS DIDÁCTICOS	649
5.2.6. EVALUACIÓN	675
5.2.7. ANEXOS AL PROGRAMA: RECURSOS EDUCATIVOS (BIBLIOGRAFÍA Y FILMOGRAFÍA SOBRE LA MUERTE Y EL DUELO)	676
5.3. LÍNEAS FUTURAS	681

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

5.1. CONCLUSIONES

Hace unos treinta años se empezó a enriquecer el currículum de los contextos educativos con los llamados ejes o temas transversales (Educación para la Salud, para la Paz, Ambiental, Sexual, Vial, etc.) y, al igual que opinan De la Herrán y Cortina (2006), creemos que hoy nos encontramos en el momento propicio de normalizar la reflexión, el diseño y el desarrollo de la *Educación para la Muerte*. En este sentido, aparecen una serie de ejes que constituyen las fuentes de motivación y de actuación que han presidido y animado nuestro trabajo a lo largo de su realización. Son principalmente las siguientes:

- a) **Complejidad:** el tema de la muerte en el ámbito educativo constituye una laguna de desconocimiento y penumbra en la que sólo unos pocos profesionales socioeducativos se encuentran investigando. En esta Tesis hemos querido ir más allá del tradicional enfoque científico mecanicista, lineal y simplificador.
- b) **Circunstancia educativa favorable:** nos encontramos en un momento de la historia con numeroso conocimiento pedagógico, y donde la comprensión del niño y del adolescente nunca ha sido mayor. A su vez, empiezan a aparecer las primeras investigaciones exploratorias y descriptivas en nuestro país sobre la temática de pedagogía de la muerte, a las que pretende contribuir esta Tesis Doctoral.
- c) **Línea de investigación educativa-no convencional:** la educación en torno al tema de la muerte resulta rara y sorprendente. Pero si el ser humano es el primer ser vivo conocido que puede reflexionar sobre su propia muerte, podemos deducir que no hacerlo quizá fuese algo disfuncional.
- d) **Utopía:** nos acogemos a una actitud utópica de fondo, que creemos inherente a todo planteamiento educativo saludable y que se tenga por tal,

entendiendo por utopía el movimiento hacia el derecho a anhelar algo mejor y a trabajar por ello permanentemente. Lo utópico hoy, mañana será realizable. Sin utopía no hay movimiento, ni cambio evolutivo.

- e) **Pluridisciplinariedad:** el presente trabajo y las propuestas formativas se han desarrollado desde una perspectiva pluridisciplinar, en el sentido de abarcar la temática de la muerte desde la mayor diversidad de áreas posibles y no desde un coto temporal o disciplinar concreto.

Por ello, la finalidad de esta Tesis era realizar un estudio exploratorio para, posteriormente, contribuir a visibilizar la muerte en el ámbito socioeducativo, proporcionándole hondura e interés, para alcanzar un posterior desarrollo a nivel curricular y formativa de los agentes socioeducativos, que actualmente no tiene.

En este sentido, los resultados de los cuestionarios y los grupos de discusión realizados a los estudiantes, así como las entrevistas al profesorado, nos indican que es la hora de afrontar con normalidad, conocimiento y recursos un importante tabú sociocultural. Por ello pensamos que la Educación para la Muerte podría ser, como indican algunos profesores universitarios (Mèlich, 1989; De la Herrán, 2006; García Martínez, 2010), uno de los muchos asuntos radicales y perennes capaces de iniciar el camino hacia otra Nueva Educación, hacia otra (re)volución educativa, ésta vez centrada en la profundidad, ampliación, complejidad y elevación de la conciencia. También, comprometida con la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Nuestro objetivo, con esta Tesis Doctoral, ha sido contribuir a la creación de nuevas perspectivas para el trabajo educativo, en un proceso evolutivo de la propia educación que creemos imprescindible e irreversible. En él se deben anudar Teoría y Didáctica en función de una educación capaz de adoptar como eje vertebradora la conciencia, pese a que, como comentan De la Herrán y Cortina (2006), la inmensa mayoría de las personas conscientes son la inmensa minoría. Pretendemos que la Educación para la Vida-Muerte algún día pueda dejar de ser materia vetada o utopía, y ni siquiera objeto de innovación educativa, para que pueda llegar a ser algo cotidiano.

Por ello, se apuntan análisis que favorecen la normalización del tema que nos ocupa, como hemos visto en el anterior capítulo, y se proporcionan recursos metodológicos para la práctica de la Educación a través de un programa de Educación para la muerte que expondremos en el siguiente apartado.

Para el desarrollo de las conclusiones tomaremos como referencia los objetivos planteados en el diseño de esta investigación y los iremos vinculando. En esta Tesis, hemos planteado dos tipos de objetivos de investigación.

- ✓ Objetivos del análisis documental para establecer el estado de la cuestión.
- ✓ Objetivos de investigación empírica.

Respecto al primer tipo, englobamos el tema de la muerte dentro de la rama científica de la Tanatología. Esto nos llevó a investigar sobre sus diferentes aspectos, tal y como ya hemos comentado: médicos, psicológicos, filosóficos, éticos, sociales, religiosos y educativos. Por ello, los objetivos generales que planteamos en esta primera fase de investigación son los siguientes:

- a) Aproximarnos a las diferentes ramas científicas que estudian el proceso de muerte: tanatología.
- b) Establecer la dimensión pedagógica del saber morir como estrategia educativa para mejorar la calidad de vida.

Ambos objetivos han quedado plasmados a través de la perspectiva pluridisciplinar expuesta en el capítulo III.

Por otra parte, apuntamos diez objetivos de investigación empírica entre los que se encuentran:

- c) Proporcionar instrumentos metodológicos que recojan las necesidades y/o demandas del profesorado y del alumnado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide, respecto a la formación en Educación para la Salud y Pedagogía de la Muerte.

- d) Conocer las ideas que poseen el profesorado y el alumnado de Ciencias Sociales sobre la Educación de la Salud, la muerte y la Pedagogía de la Muerte.
- e) Conocer la formación recibida por el profesorado y el alumnado de Ciencias Sociales en los ámbitos de la Educación para la Salud y la Pedagogía de la Muerte.
- f) Analizar la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional del profesorado y del alumnado de Ciencias Sociales.
- g) Averiguar si existe relación para el profesorado y el alumnado entre Salud, Calidad de Vida y muerte.
- h) Establecer la relación entre la formación recibida en Educación para la Salud, la necesidad de ampliar su formación y la utilidad futura de la misma.
- i) Comprobar si existe la necesidad y/o demanda desde las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte.
- j) Delimitar las actitudes de afrontamiento ante la muerte y el duelo que tiene el profesorado.
- k) Plantear alternativas socioeducativas para aceptar y comprender la muerte desde el ámbito universitario.
- l) Diseñar un programa de Educación para la Muerte en el marco de la Educación para la Salud desde una perspectiva socioeducativa de la Calidad de Vida: Calidad de Muerte para el ámbito de la Educación Universitaria.

A continuación pasamos a analizar cada uno de esos objetivos:

En cuanto al primer objetivo, *Proporcionar instrumentos metodológicos que recojan las necesidades y/o demandas del profesorado y de los estudiantes respecto a la formación en Educación para la Salud y Pedagogía de la Muerte*, quedaría cumplido

a través de las diferentes técnicas de investigación empleadas: cuestionario, entrevista y grupo de discusión que se han realizado en esta investigación y que pueden consultarse en los anexos. Estos instrumentos han sido la base para obtener información diversa sobre el alumnado y el profesorado en base a las temáticas clave de nuestra Tesis Doctoral.

En cuanto al segundo y al tercer objetivo, han apuntado a hacer surgir nueva información que hemos analizado complementariamente. El segundo objetivo sería, *Conocer las ideas que poseen profesorado y alumnado sobre la salud, la Educación de la Salud, la muerte y la Pedagogía de la Muerte.*

En este sentido, conviene aclarar que mediante la entrevista realizada obtenemos ese tipo de datos en referencia al profesorado y a través del cuestionario y los grupos de discusión, podemos analizar los datos de los estudiantes.

En la entrevista se formularon diferentes cuestiones relacionadas con este objetivo. En particular, su conocimiento sobre la existencia de la Educación para la Salud y la Educación para la muerte en su universidad, así como ideas sobre la muerte. En concreto, se pueden analizar las cuestiones: 1, 2, 3, 12, 13 y 23 de la entrevista, que corresponderían a las categorías de *percepción sobre la existencia de la EpS y la EpM en su universidad e Introducción a la temática de la muerte y la EpM*, analizadas en el Capítulo IV, y cuyas respuestas sugieren varias conclusiones:

El profesorado conoce de la existencia de la materia Educación para la Salud, no así de la Educación para la muerte. Se considera que los contenidos de ésta deben aparecer incluidos dentro de la EpS y que así debe seguir siendo para que se visibilice la temática de la muerte, quedando vinculada a la salud y la calidad de vida.

Por otra parte, hay un interés generalizado del profesorado por este tema y, aunque se verbalizan motivos diversos, suele haber una constante de fondo. Cuando profundizamos en esos argumentos, se aclara un sentido al conocer la experiencia vital de la persona entrevistada, y en la mayoría de los casos suele coincidir con haber vivido situaciones personales de pérdidas significativas.

Por lo que podemos determinar que el haber vivido el dolor de cerca, y no haber podido girar el rostro ante él, produce en la persona una reflexión íntima en torno a la muerte y el duelo, y esta experiencia de aprendizaje suele repercutir en el ámbito profesional. Como hemos observado, en la docencia, las circunstancias vividas a nivel personal se vinculan al ámbito profesional, en ocasiones irremediamente. En todo caso, estas experiencias han propiciado en el profesorado un interés personal que se traduce posteriormente en la concienciación sobre la oportunidad de introducir la temática de la muerte entre los contenidos propios de la Educación para la Salud así como en establecer líneas futuras de investigación y/o proyectos de innovación en estas temáticas.

A este respecto, la conclusión más destacada es que el factor que condiciona en mayor medida la inclusión del tema de la muerte en sus programas, no está determinada por la edad, el sexo o las creencias religiosas del profesor/a en concreto, sino por el haber experimentado o no pérdidas significativas en su vida.

Respecto al alumnado, también se les han formulado tanto en el cuestionario como en el grupo de discusión diferentes preguntas para abordar este objetivo. Concretamente en el cuestionario, las preguntas vinculadas serían las pertenecientes a las categorías: *percepción sobre la formación recibida en EpS: contextos y temáticas* y *percepción sobre la formación recibida en EpM: contextos y temáticas*, que se corresponderían con los ítems: 6, 7, 8, 9, 10, 19, 20 y 21, que ya hemos analizado en el capítulo IV. En cuanto al tema de la Educación para la Salud y la Pedagogía de la Muerte, las preguntas han ido orientadas básicamente a la formación que han recibido, dónde se ha producido esa formación y qué contenidos se han tratado. Vamos a comentar estos aspectos en el siguiente objetivo ya que está relacionado directamente con éste.

El tercer objetivo planteaba *conocer la formación recibida por el profesorado y el alumnado de Ciencias Sociales en los ámbitos de la Educación para la Salud y la Pedagogía de la Muerte.*

En las respuestas dadas por los estudiantes en relación a la EpS observamos que más del 75% han recibido algún tipo de formación a lo largo de su vida académica. Aunque es de destacar que aún quede un 25% de ellos que no consideren haber sido formados en este ámbito, a pesar de que llevan como mínimo 12 años dentro del sistema educativo y pertenecen a una generación que se ha educado estando la LOGSE implantada. Lo que explica que posiblemente en algún momento de su formación hayan visto algún contenido relacionado con la Educación para la Salud. Lo reseñable, es que la formación recibida en este ámbito, se ha dado principalmente a través de la educación formal, ya sea en niveles obligatorios o postobligatorios, y así lo indican a través de sus respuestas en un alto porcentaje. Las temáticas que más conocen dentro de la EpS son las relacionadas con las drogas y la prevención de adicciones, así como la educación afectivo-sexual, consideradas ambas líneas clave dentro de la EpS.

En cuanto al tema de la Educación para la Muerte, señalar que un 75% no ha recibido formación en este ámbito, y los que sí la han recibido se ha dado principalmente a través de conferencias o charlas dentro de la asignatura EpS (ya que venimos introduciendo esta temática desde el curso 2006/2007 en la Universidad Pablo de Olavide). A través de los grupos de discusión, en la categoría *percepción sobre la formación recibida en EpM: contextos y temáticas*, pregunta 5, se vuelven a confirmar estos datos: que apenas se trata el tema de la muerte o la educación para la muerte en el sistema educativo y que, incluso dentro de la universidad, se aborda de forma breve, a través de un único tema dentro de una asignatura optativa. Los múltiples testimonios nos indican que existe una laguna formativa; los estudiantes tienen necesidad y a su vez demandan formación en este aspecto, y como profesorado que venimos investigando este tema nos sentimos concienciados con esta situación y queremos introducir diferentes tipos de actuaciones para cambiar esta realidad. Todas ellas quedarán expuestas en el último apartado de este capítulo, *líneas de futuro*.

El profesorado responde a este tercer objetivo a través de la categoría *percepción del nivel de formación en EpS y EpM*, que se analiza en las cuestiones 6, 7 y 26.

Como informantes clave en EpS consideran que su formación en esta área es suficiente, aunque siempre mejorable, y en el caso de la EpM aunque poseen conocimientos sobre las temáticas expuestas, estos pueden resultar insuficientes para abordar la muerte de manera interdisciplinar, vinculando diferentes campos científicos tal y como hace la tanatología. Por lo que se requiere, al igual que en el caso de los estudiantes, una formación complementaria en esta temática.

A través del análisis del cuarto objetivo, *investigar la utilidad que la formación para la muerte puede tener en el desempeño profesional del profesorado y del alumnado de Ciencias Sociales*, se confirma la suficiente justificación para introducir el tema de la muerte en las aulas universitarias.

En el análisis realizado de las entrevistas, observamos que este objetivo se introduce en la categoría *necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM*, y concretamente, en las cuestiones 27, 28, 29 y 30. El profesorado considera que es necesario tener conocimientos en esta temática, tanto para ellos como docentes, como para los estudiantes universitarios, especialmente de los ámbitos de la salud y de las Ciencias Sociales. Saber sobre esta temática puede ayudar en la propia vida para afrontar las pérdidas propias y, a su vez, puede ser de utilidad en el ejercicio de su profesión.

En el caso del alumnado hallamos la misma situación. En la categoría *necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM*, concretamente en el ítem 25, un alto porcentaje de estudiantes considera que tener conocimientos en esta temática puede ser útil en su futura profesión; de hecho los estudiantes de los últimos cursos de carrera lo afirman en más ocasiones que los de los primeros cursos, lo que sugiere que las experiencias vividas y el bagaje personal y académico pueden ser factores influyentes a la hora de solicitar formación en este ámbito y de relacionar directamente esta formación con su campo profesional. Los grupos de discusión vuelven a correlacionar con las respuestas dadas en el cuestionario.

De este modo, en la categoría *necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM*, concretamente en la cuestión 9, el alumnado opina que educar para la muerte es necesario pues ven en ella una utilidad tanto profesional como personal.

En relación al quinto objetivo, esto es, *averiguar si existe relación para el profesorado y los estudiantes entre Salud, Calidad de Vida y muerte*, la respuesta del profesorado queda plasmada en la categoría *relación entre EpS, Calidad de vida y muerte* a través de los ítems 11 y 14. Para todos los entrevistados hay una importante relación entre la EpS y la calidad de vida y a su vez establecen que la muerte está relacionada con la salud y la calidad de vida. En cuanto al alumnado, en la misma categoría establecida para las entrevistas, en este caso correspondiente a los ítems 14 y 17, descubrimos que para un 97% la EpS puede mejorar la calidad de vida y, a su vez, para un 84% existe relación directa entre muerte, salud y calidad de vida.

También en los grupos de discusión, el alumnado confirma a través de la pregunta nº 3, de forma casi mayoritaria, que existe relación entre la muerte, la salud y la calidad de vida.

En cuanto al sexto objetivo, *establecer la relación entre la formación recibida en Educación para la Salud, la necesidad de ampliar su formación y la utilidad futura de la misma*, a través de las respuestas dadas por el profesorado, se observa una relación clara entre tener formación en Educación para la Salud, sentir la necesidad de ampliarla y encontrarle una utilidad personal o profesional a esos conocimientos. Se puede percibir a través de diferentes categorías y preguntas que ya hemos comentado anteriormente.

En el caso de los estudiantes, a través de la categoría *necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpS*, ítems 11, 12 y 13, observamos que los estudiantes que responden afirmativamente a la necesidad de recibir formación en EpS, también la demandarían como asignatura y creen en mayor medida que el resto que pueda serles de utilidad en su futura profesión. Por lo tanto, encontramos relación entre estas tres variables: necesidad, demanda y utilidad.

El séptimo objetivo sería *comprobar si existe la necesidad y/o demanda desde las Ciencias Socioeducativas de una Pedagogía de la Muerte*. En las entrevistas al profesorado analizamos este objetivo desde la categoría *necesidad y demanda de formación en EpS y EpM*, concretamente a través de los ítems: 15, 16, 17, 23, 24 y 25. El profesorado dice que es necesario educar en la EpM, por su relación directa con la EpS, por lo que hallamos que la necesidad existe, aunque nos indican que la demanda de esta asignatura por parte de las áreas y/o departamentos no se produciría, ya que no creen que se pueda impartir como entidad propia.

En este caso disentimos con el profesorado entrevistado, ya que tenemos conocimiento de que Agustín de la Herrán (profesor Titular de la Universidad Autónoma de Madrid), ha mantenido durante algunos cursos la asignatura optativa denominada *“la muerte y su didáctica en Educación Infantil, Primaria y Secundaria”*. Por lo que es perfectamente factible que una asignatura que trate exclusivamente de la Educación para la muerte pueda ser aprobada dentro de la Facultad de Ciencias Sociales o de la Educación de cualquier universidad española. Aunque el profesorado, a pesar de no creer que se pueda implantar como asignatura propia, si considera que mejoraría la formación del alumnado recibir educación en este ámbito. Por ello concluimos que, para el profesorado, sí sería una necesidad formativa en la que instruir a los estudiantes universitarios, pero no constituiría una demanda a nivel de asignatura incluida en el plan de estudios. Aunque afirman que sí se podría incluir como actividad de libre configuración o a través de jornadas, charlas o seminarios que abordaran la temática de la Educación para la muerte.

En cuanto a los estudiantes, encontramos respuestas en la categoría *necesidad, demanda y utilidad de recibir formación en EpM*, concretamente en los ítems 22, 23. Casi el 60% de los estudiantes responden que sí tienen necesidad de recibir formación en EpM, esto se debe principalmente al desconocimiento sobre esta temática. En menor medida, un 46% de ellos demandaría una asignatura relacionada con la EpM para completar su plan de formación. Por lo que, aunque hay una disposición a demandarla, ésta es menor que la necesidad de formarse en ella.

Por otro lado, la información de las preguntas categorizadas formuladas en el cuestionario se nos amplía a través de los grupos de discusión, por lo que vemos que todos ellos se plantean que, como futuros profesionales, necesitan tener formación en este ámbito tan desconocido a nivel educativo. Por otro lado, encontramos una disposición a demandar la formación en este ámbito, aunque no siempre a través de una asignatura dentro del plan de estudios de la titulación, sino como una extensa formación de postgrado, a la vez que se complementa con diversos cursos o jornadas a lo largo de la carrera. En este sentido, cada estudiante considera que la formación puede venir dada a través de numerosas vías, y no necesariamente como una asignatura troncal, obligatoria u optativa.

En el décimo objetivo nos planteamos *delimitar las actitudes de afrontamiento ante la muerte y el duelo que tiene el profesorado*. Establecimos una categoría concreta en la entrevista, llamada *actitudes de afrontamiento ante la muerte del profesorado*, compuesta por los ítems nº 18, 19, 20 y 21.

En las entrevistas realizadas hemos observado que a nivel hipotético el profesorado sí cree importante y necesario abordar el tema de la muerte cuando surja la situación (ésta puede ser la muerte de un/a estudiante, de un/a profesor/a, o de otro tipo de pérdidas que se puedan producir), de modo que opinan que abordarían la temática de forma básicamente paliativa, es decir, cuando se haya producido alguna pérdida en el aula.

Queremos indicar que, asumir esta situación educativa en el aula, ya sea de forma preventiva o paliativa, conlleva poseer una formación, tener preparación y contar con una serie de recursos para afrontarla. Sabemos, porque nos ha ocurrido en nuestra práctica docente, que puede resultar una experiencia dura para el profesorado que no está formado en la temática y que, a su vez, tiene que lidiar con su propio duelo. En este sentido, constatamos que, a menudo, el vivir actualmente en una sociedad donde la muerte está tabuizada, de la que es difícil hablar y aún cuesta más aceptar y superar la muerte de un ser querido, puede resultar muy doloroso a nivel emocional llevar el tema al aula. Pero no conseguimos nada evitando hablar de ello, negándonos la oportunidad de compartir con el alumnado recordar a la persona

querida. Y esta apertura es la que queremos transmitir al profesorado para que poco a poco puedan ir cambiando sus actitudes de negación o rechazo por otras de aceptación y afrontamiento. Pero para ello, hemos de dotarles de formación y recursos, y creemos que esta Tesis puede contribuir a visibilizar y normalizar esta temática.

Por último, tendríamos dos objetivos directamente relacionados con los siguientes apartados. Por un lado, el de *Diseñar un programa de Educación para la Muerte en el marco de la Educación para la Salud desde una perspectiva socioeducativa de la Calidad de Vida/ Calidad de Muerte*. Este programa se presentará a continuación, como un ejemplo de propuesta de actuación en el ámbito universitario, que pretende seguir en la misma línea de lo que venimos comentando: visibilizar y normalizar la temática de la Educación para la Muerte. Por otro lado, el último objetivo es *plantear alternativas socioeducativas para aceptar y comprender la muerte desde el ámbito universitario*, y, en este sentido, en el apartado “líneas futuras” dejaremos constancia de una serie de propuestas y alternativas para aplicar en los próximos años en la Universidad Pablo de Olavide y en cualquier otra.

5.2. PROPUESTA DE ACTUACIÓN. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

5.2.1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente nos encontramos una situación de negación del fenómeno de la muerte en toda nuestra sociedad. Las instituciones educativas no permanecen ajenas a este fenómeno. En las escuelas, institutos, centros de formación y universidades no se habla de la muerte. Como se ha analizado en el anterior capítulo, los instrumentos metodológicos utilizados en esta Tesis Doctoral nos han servido para comprobar cómo se contempla dentro del currículo universitario el tema de la muerte y cómo es tratado. En general, nos encontramos con que la temática de la muerte parece que no existiera y en absoluto fuera una temática vinculada al ámbito educativo (Herrán y Cortina, 2006). En este sentido, y como ya hemos apuntado, se habla de una *pedagogía de la infinitud*, en la que ni el fracaso, ni el sufrimiento, ni la muerte se aparecen integrados en los proyectos educativos (Poch y Herrero, 2003) más allá de su conexión con la Educación para la Salud.

A lo largo de esta Tesis venimos justificando la necesidad de una educación para la muerte y tenemos argumentos realmente válidos para poder introducirla en los currículos de las diferentes etapas educativas, desde la Educación infantil hasta las aulas universitarias. Como comenta, Poch y Herrero (2003), el reto educativo que planteamos parte de la premisa de que la persona no sólo descubre el sentido de su vida a través del placer, de la creación, del goce, de la felicidad, sino que también puede encontrar dicho sentido a través del sufrimiento y la muerte. Ya lo aseveraba Jaspers al considerar el sufrimiento y la muerte como las dos situaciones límite más duras por las que el ser humano tiene que pasar, sin posible escapatoria ni subterfugio, por lo que los podemos considerar aspectos claves a la hora de abordar la pedagogía de la muerte. Otros profesionales desde diferentes ámbitos también han defendiendo la necesidad de una educación para la muerte, como ya hemos mencionado en esta Tesis: Elisabeth Kübler-Ross, Louis- Vincent Thomas, Sogyal Rimpoché, Octavi Fullat, Javier Gafo, Joan-Carles Mèlich...

Todos ellos, como ya expusimos, se preguntan: ¿por qué tenemos que educar para *Eros* y no tenemos que hacerlo para *Tánatos*? ¿Qué motivo hay para descuidar la pedagogía de la muerte?

Por ello, queremos empezar a integrar el fracaso, el sufrimiento y la muerte en nuestros proyectos educativos y vamos a hacerlo introduciendo la pedagogía de la muerte como una temática más en el ámbito universitario. Si formamos a futuras educadoras, maestros, pedagogas, trabajadores sociales, psicólogos, médicas, enfermeras, etc. en la conciencia de que la muerte forma parte de la vida como una realidad inevitable de la que no se puede huir, y les damos herramientas para enfrentar el sufrimiento y los procesos de duelo, se verán preparados para no rechazar el tema y, quizá entonces, deje de ser considerado en poco tiempo un tabú, al menos en el ámbito universitario. A su vez, esta visibilidad afectará también a sus usuarios, a los estudiantes, a la población en general con la que trabajen, y cada vez más personas podrán hablar y profundizar abiertamente en esta temática en todos los ámbitos sociales.

Nuestro propósito es ofrecer a los educadores y educadoras pautas de reflexión y herramientas concretas para poder tratar el tema de la muerte —y la vivencia que la acompaña— de un modo transparente y abierto, sin tabúes ni miedos; de este modo, podremos contribuir, también, a la idea de que los procesos producidos tras una pérdida y las emociones que se experimentan no sólo son normales, sino que tienen su razón de ser; de no hacerlo, les estaríamos privando de una dimensión educativa esencial (Poch, 2000).

Por ello, presentamos este programa para llamar la atención sobre la necesidad de introducir en el marco educativo *la pedagogía de la vida y de la muerte*. Los destinatarios de este programa sería el alumnado matriculado en las titulaciones de Ciencias sociales o educativas, sin que ello implique que no puedan ampliarse a otras titulaciones singularmente implicadas, como las ya mencionadas.

5.2.2. OBJETIVOS

Los objetivos generales que pretendemos conseguir son:

a) Comprender la Educación para la Muerte como ámbito didáctico normalizable.

b) Favorecer un progresivo cambio conceptual en torno a la muerte, de cara a sus posibilidades curriculares y formativas.

c) Conocer un significativo repertorio de recursos y estrategias prácticas para desarrollarlas con niñas y niños, adolescentes, jóvenes y adultos desde una doble perspectiva, preventiva y paliativa.

d) Saber cómo acompañar educativamente en casos de pérdidas significativas.

e) Formar a los agentes educativos implicados en las diferentes etapas educativas para normalizar la Educación para la Muerte en entornos educativos formales, no formales e informales.

5.2.3. CONTENIDOS

Los contenidos a trabajar serían los siguientes:

a) La Educación para la Salud como materia específicamente vinculada a una pedagogía de la muerte.

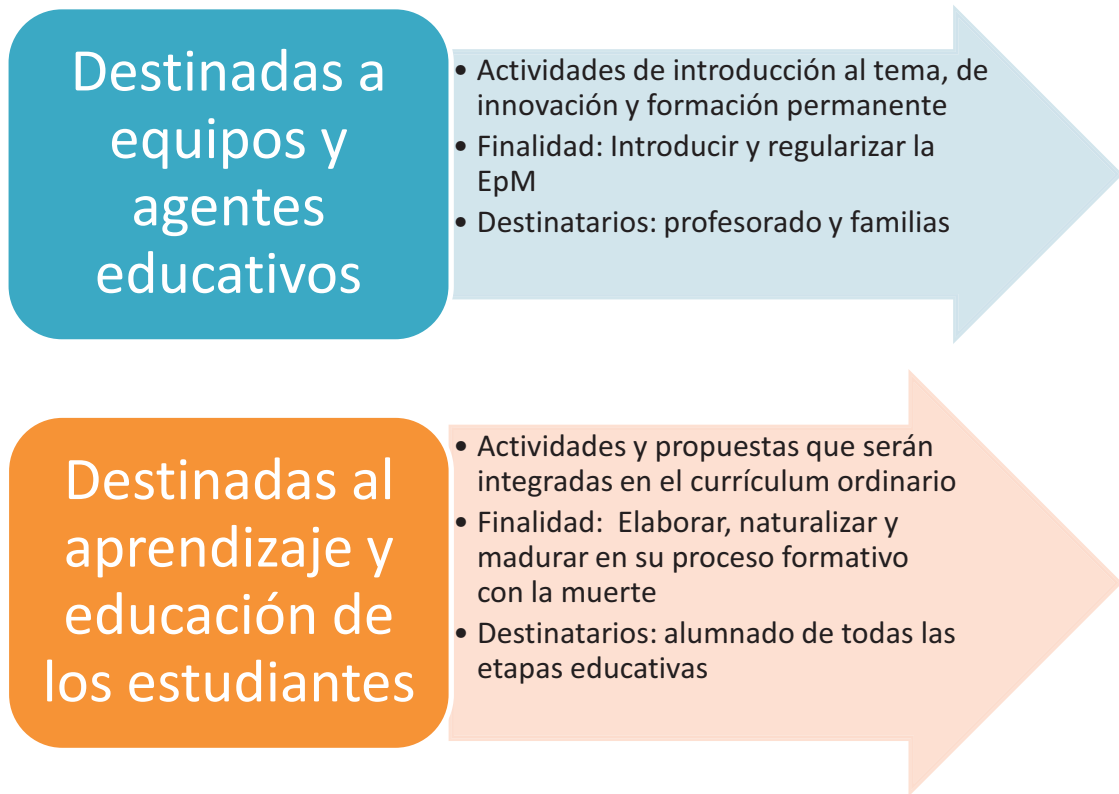
b) La Tanatología como la rama científica que estudia la muerte y que contribuye fundamentalmente a la Pedagogía de la Muerte.

c) La muerte y el morir: conceptos básicos como morir y morirse, el morir de los demás y el morir propio, las actitudes ante la muerte; en definitiva, aspectos sociales, religiosos y culturales y sus efectos en la vida de las personas.

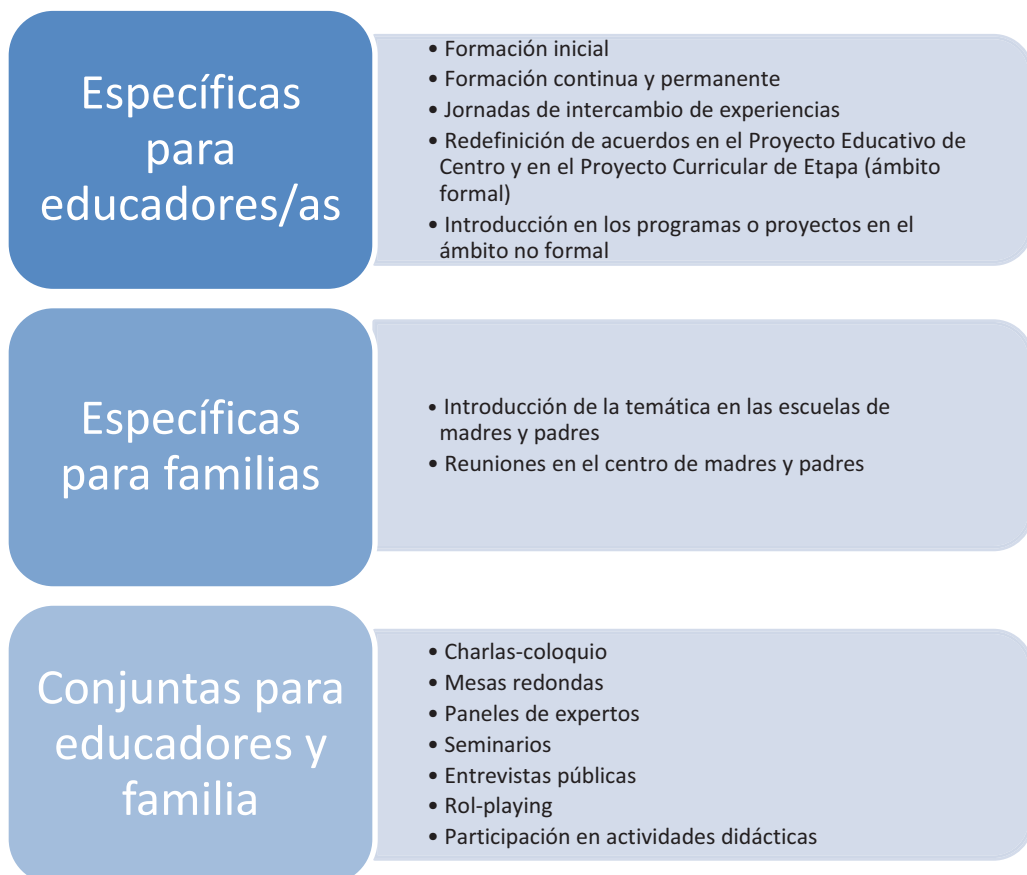
- d) El proceso de muerte: la distinción entre la buena/mala muerte o muerte sin calidad de vida y sus implicaciones con diferentes aspectos médico-sanitarios.
- e) Cultura de la muerte y sus aspectos éticos: la guerra, la pena de muerte, el aborto, la eutanasia, el suicidio, etc.
- f) Perspectivas socioeducativas para afrontar las diversas situaciones que el fenómeno de la muerte provoca: preventiva y paliativa.
- g) La muerte y el duelo como ámbito formativo: actitudes y estrategias de afrontamiento frente a la muerte.
- h) La inclusión de la Educación para la Muerte en el currículo, más allá de la transversalidad.
- i) Propuestas metodológicas más adecuadas para tratar la muerte en diferentes edades.
- j) Recursos didácticos de Educación para la Muerte para Educación Infantil, Primaria y Secundaria.
- k) Intervención didáctica para ayudar a superar el duelo del niño y el adolescente: estudio de casos de acompañamiento educativo.

5.2.4. ACTIVIDADES Y PROPUESTAS METODOLÓGICAS

Considerando la Educación para la muerte como un tema radical o perenne, creemos necesario empezar a dotar de herramientas metodológicas y didácticas a los educadores para trabajar este tema con niños, adolescentes, jóvenes, adultos o mayores. Las siguientes actividades y propuestas metodológicas no son, ni pretenden ser, una relación exhaustiva de posibilidades. Tan sólo algunas experiencias llevadas a la práctica o caminos emprendidos y contrastados en diferentes contextos educativos por De la Herrán y Cortina (2006), Poch (2000), Poch y Herrero (2003) y por otros profesionales con los que se ha colaborado. Dado su amplio espectro y variedad, se pueden clasificar de acuerdo con la siguiente estructura:



Algunos de los tipos de actividades destinadas a equipos y/o agentes educativos pueden ser las siguientes:



En cuanto a actividades destinadas al aprendizaje y educación del alumnado nos encontramos con varios tipos de actividades en función de diferentes criterios (no excluyentes entre sí): niveles o etapas educativas, disciplinar y/o metodológico.

Etapas y/o niveles educativos

- Charlas-coloquio
- Mesas redondas o paneles
- Entrevistas públicas colectivas
- Actividades anticipantes
- Rincones de juego, de actividad o de áreas curriculares
- Centros de interés
- Unidades didácticas, investigaciones, proyectos didácticos
- Talleres de técnicas, globalizados
- Fiestas, salidas, desfiles o murgas, homenajes, momentos significativos

Específicas para Educación Infantil/Primaria

- Juegos simbólicos
- Juegos cooperativos
- Juegos liberadores
- Proyectos temáticos o de inmersión temática
- Juicios
- Juegos,...

Específicas para Educación Secundaria

- Debates
- Cine-forum
- Técnica del riesgo
- Proyectos de investigación
- Proyectos de inmersión temática
- Aprendizaje basado en problemas
- Unidades didácticas
- Viajes formativos
- Propuestas plásticas, musicales, científicas, socio-históricas, literarias

En este programa que exponemos, los destinatarios son estudiantes universitarios, por lo que podemos combinar sin miedo actividades específicas para educadores y para estudiantes, en función de los objetivos que nos propongamos conseguir en cada momento.

Básicamente, con nuestro alumnado universitario y en función de la experiencia obtenida, observamos que a través de exposiciones, diálogos, análisis de situaciones y documentos, actividades prácticas de grupo y otros tipos de intercambio de experiencias, podemos desarrollar una metodología activa y participativa que conlleve una reflexión y un análisis crítico de la muerte propia y ajena, así como de su vinculación sociocultural.

5.2.5. RECURSOS DIDÁCTICOS

Aunque pueda resultar inicialmente paradójico, partimos del supuesto de que para la planificación y desarrollo de la Educación para la Muerte son necesarios los mismos recursos didácticos que para la Educación para la Vida, tejidos desde las áreas curriculares o materias propias de cada etapa o nivel, o desde los temas transversales y la educación en valores.

A continuación, presentamos un repertorio no exhaustivo de algunos recursos didácticos que se pueden utilizar en la educación para la muerte y ser útiles a todos los miembros que integran la comunidad educativa. Confiamos en su posible aplicación a toda clase de entornos y situaciones, no sólo preventivas o paliativas, sino formativas en general. Algunos de los muchos recursos que se pueden utilizar son: nombres, denominaciones de la muerte o epitafios, refranes y dichos populares, días señalados, mitos, cuentos tradicionales y modernos, videos: películas y series, obras de teatro, óperas, poemas, canciones, obras musicales, gastronomía y alimentos típicos, símbolos, obras de arte relacionadas, y bibliografía tanto específica para niñas, niños y adolescentes como para la formación personal y profesional.

Como sería imposible detallarlos todos, incluimos una selección. Para ello, hemos elaborado una serie de fichas a modo de propuesta que incluyen los siguientes aspectos: título, el objetivo que se pretende conseguir con su realización, la descripción y los materiales necesarios (si es pertinente) y el desarrollo/explicación para ser llevada a cabo (tiempo aproximado de realización, tipo de agrupamiento aconsejado: individual, grupo pequeño, gran grupo).

Todas las actividades que presentamos a continuación tienen como objetivo tratar el tema de la muerte y de la pérdida a partir de un proceso de reflexión que invite al diálogo sobre estos temas y contribuya a una normalización de los mismos entre estudiantes universitarios para ser aplicado con poblaciones de distintas edades.

Por otro lado, resulta beneficioso y muy útil para los participantes de dichas actividades dedicar los últimos minutos a recoger todas sus intervenciones y formular los aprendizajes que han logrado a partir del diálogo.

En el caso de los grupos, establecer conclusiones será el resultado de que expresen aquello que han aprendido, y que quieran compartir, respecto a la tarea llevada a cabo. Asimismo, también en el trabajo individual es relevante dedicar unos minutos a reflexionar sobre la actividad realizada y la forma en que los nuevos aprendizajes repercutirán en la vida del estudiante, ya sea niño/a, adolescente o adulto. Tan importante es fomentar la reflexión sobre las conclusiones de los aprendizajes adquiridos en el aula, como potenciar el efecto que éstos tendrán fuera de ella.

El tiempo necesario para realizar cada una de estas actividades es una variable que dependerá de muchos factores. En los casos en los que trabajemos las actividades en grupo, el tiempo variará en función de las características del grupo, así como de la implicación del mismo en la discusión y del número de participantes. Sin embargo, no es recomendable ocupar menos de una hora ni alargarse más de dos. En el caso que estemos realizando un trabajo individual, es recomendable dedicar por lo menos una hora, a pesar de que en muchas ocasiones ello dependerá del tiempo disponible dentro de la institución en la que se encuentre la actuación del profesional. Entre los ejemplos de actividades descritos nos encontramos con: lluvia de ideas, el trabajo en artes plásticas, utilización de la literatura y textos periodísticos: poemas, cuentos, historias, artículos de revistas, libros, la utilización de técnicas narrativas, el trabajo con metáforas, el cine y la música como recursos didácticos, el trabajo con los valores y la visita a cementerios/funerarias. Después de cada una de las fichas que hemos elaborado, en algunos casos se incluyen modelos específicos para trabajar, y concretamente en el anexo 5, hemos incluido otros ejemplos de actividades.

Título	El <i>brainstorming</i> o «lluvia de ideas»
Objetivos	Permitir la construcción, entre el líder del grupo y los participantes, de los conceptos clave sobre los que queremos trabajar así como potenciar la libertad de los asistentes para formular preguntas, dudas y opiniones personales
Desarrollo	<p>Es una técnica ampliamente utilizada en muchos contextos grupales de distinta índole y que también nosotros podemos utilizar para trabajar el tema de la muerte o los procesos de duelo tanto con los niños como con los adolescentes.</p> <p>En el caso de que puedan seleccionarse los miembros del grupo sería recomendable agruparlos por edades y situaciones más o menos similares. En este caso, el número de participantes que permitirá realizar un buen trabajo es aproximadamente 10; así aseguramos la intervención de todos.</p> <p>Sentados en círculo o distribuidos por la sala de forma que cada uno disponga de un espacio propio, se distribuyen tarjetas blancas (o de colores si trabajamos con niñas y niños pequeños) donde, de forma anónima, cada uno de los asistentes plantea dos o tres preguntas acerca de la muerte y de lo que les pasa a las personas cuando elaboran la pérdida de un ser querido. (Si el grupo está compuesto por niños pequeños, podemos referirnos a la muerte de un animal doméstico, por ejemplo, para irnos acercando a la pérdida de la persona querida.)</p> <p>Una vez escritas las preguntas, se pone en el centro del círculo de asistentes una caja o cualquier otro tipo de superficie donde se colocarán las fichas boca abajo. Cuando todos hayan colocado las suyas, uno a uno escogen una de las hojas, leen las preguntas en voz alta y discuten sus ideas acerca de las mismas.</p> <p>Este ejercicio puede hacerse con un formato más o menos flexible en función de la edad de sus participantes. Cuando el trabajo se lleva a cabo con niños pequeños, puede colocarse en el centro un gran papel de embalar o una cartulina de tamaño grande para que vayan colocando las tarjetas con las que se ha ido trabajando, de modo que no les obliguemos a pasar largo tiempo sentados sino que la sesión pueda ser más dinámica a medida que va transcurriendo el tiempo.</p>
Materiales	Papel y lápiz
Edades aconsejadas	A partir de 6 años.

Título	Artes Plásticas: El trabajo con materiales fáciles de manipular
Objetivos	Podemos trabajar con barro o con cualquier otro tipo de material que sea fácilmente manipulable. Así como los dibujos implican estaticidad, todos los materiales que pueden manipularse implican transformación y cambio. De este modo, podemos jugar con los niños a crear figuras, emociones o situaciones que se transformen en otras. Por ejemplo, podemos pedirles que escojan colores para representar un sentimiento (por ejemplo, la tristeza) y que le den una forma. A partir de ahí, podemos trabajar con ellos cómo transformarla en otro sentimiento (por ejemplo, la tranquilidad) para que se sientan como agentes activos y ayudarles a ver qué pueden hacer ellos para que esos cambios se produzcan.
Desarrollo	Podemos realizar esta actividad tanto en el trabajo con grupos como con familias o individualmente. Suele ser muy útil que haya otros niños presentes para que puedan compartir sus creaciones y ayudarse unos a otros. También es muy importante que la persona que trabaje con ellos reconozca los méritos de los trabajos artísticos que han llevado a cabo y se los valore positivamente. Podemos optar por finalizar con un ritual en el que cada uno de ellos diga lo que desea hacer con su creación (por ejemplo, dejarla en la sala para la próxima vez, llevársela a casa para mostrarla a alguien, cambiársela a otro niño, mezclarla con la de otro niño, etc.). Lo importante será que cada uno decida por sí mismo lo que desea hacer de modo que cada uno de ellos se haga responsable de su creación.
Edades aconsejadas	A partir de 3 años
Anexos	Cualquier material fácilmente manipulable que se pueda utilizar tipo: plastilina, arcilla, diferentes tipos de papel: papel maché, cartulinas, etc....

Título	Literatura y textos periodísticos: El trabajo con poesías, historias, cuentos, artículos de revistas, libros,...
Objetivos	Poder acercar a los miembros del grupo a los discursos sociales que quedan recogidos en forma de poemas, poesías, canciones, historias o cuentos. En ellos, se expresa también una determinada visión de la vida, de la muerte, del amor y se encuentran implícitos muchos significados que adoptamos como propios. Realizar este tipo de actividad implica tomar conciencia de los discursos que nuestra sociedad utiliza en torno al tema de la muerte y del dolor, y nos permite acercarnos a los mismos con metáforas, dando lugar a diversas interpretaciones por parte de quienes forman parte del grupo.
Contenidos	Diferentes tipos de textos relacionados con la muerte y/o el duelo.
Desarrollo	Puede realizarse tanto en grupo como individualmente, según se prefiera. Podemos plantear dos formatos diferentes: <ul style="list-style-type: none"> - formato A: el maestro o líder del grupo aporta material para discutir con el grupo; - formato B: el maestro o líder del grupo pide a sus participantes, con un margen de tiempo adecuado, que traigan textos donde el autor hable acerca de la muerte o del sufrimiento. Así, colocamos la responsabilidad en los propios asistentes y aumentamos la sensación de participación activa en los mismos.
Materiales	Los poemas, poesías, historias, canciones y cuentos utilizados
Edades aconsejadas	A partir de los 3 años
Anexos	Poemas, cuentos,...

Título	Cuento: «EL CABALLERO DE MILAÑOS»
Objetivos	Este cuento tiene como objetivo principal ayudar al profesor-tutor a introducir el tema de la muerte en el aula. Tema central del cuento: vivir mucho tiempo.
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>Se trata de hablar, con la ayuda de este original cuento, de una cuestión tan íntima y delicada como la de la muerte, en un clima de serenidad y normalidad, dejando de lado la angustia que con frecuencia produce el tema al ser planteado desde un punto de vista novedoso.</p> <p>a) Reparto de personajes entre los componentes del grupo teniendo en cuenta que todos pueden intervenir: caballero, mendigo, parientes, amigos y sabio. También lo podemos representar con marionetas.</p> <p>b) Representación del cuento.</p> <p>c) Comentario de acuerdo con esta pauta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Por qué no quería morir el caballero? - ¿Qué ventajas e inconvenientes le comportó su larga vida? - ¿Por qué finalmente deseaba morir? <p>d) ¿Cuál sería tu opción personal si te encontrases en las mismas circunstancias que el caballero de Milaños?</p>
Edades aconsejadas	De 6 a 12 años
Anexos	<p>El cuento:</p> <p>El caballero de Milaños era un señor rico y poderoso, valiente y decidido, con buenos sentimientos y con muchas ganas de vivir regaladamente. Todo le iba bien y estaba satisfecho de la vida; solamente le disgustaba que fuese tan corta. No paraba de repetir que le gustaría mucho vivir mil años.</p> <p>Una noche de invierno, fría y lluviosa, un pobre mendigo llegó a su castillo y le pidió alojamiento. El caballero lo hizo pasar, le ofreció un lugar al lado del fuego en el cual ardían unos buenos leños y mandó que le sirvieran una buena cena. Se trataba de un mendigo que había recorrido medio mundo y tenía un montón de cosas que explicar. Al caballero le gustaba conversar. Hablaron de todo y de todos, y el caballero terminó diciéndole que encontraba la vida demasiado corta y que le complacería vivir mil años.</p> <p>Entonces el mendigo, señalando un trozo de leña que estaba cerca del fuego, a punto de ser lanzado para arder, le dijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vuestra vida durará tanto como este trozo de leña. Al caballero le sorprendieron las palabras del mendigo e hizo apartar el trozo de leña del fuego. Al día siguiente fue a enterrarlo en una gran torre que se levantaba solitaria en la cima de una montaña. <p>Pasaban los años y el caballero continuaba llevando una vida regalada. Pero se fue haciendo viejo y había perdido tanto las fuerzas que ya no podía moverse. Todos los suyos se fueron muriendo y también sus descendientes. Llegó un momento en que ya nadie sabía quién era y, como habían pasado tantos años y la manera de hablar de la gente había cambiado también mucho, ya nadie le entendía.</p> <p>Tras el paso de varias generaciones, los nuevos dueños le respetaron a pesar de que no le conocían. El pobre caballero, desengañado ya de la vida y sin poder entenderse con nadie ni valerse por sí mismo, quería morir. Y así iban pasando los años, con gran desesperación del caballero de Milaños.</p> <p>Un día llegó de visita un sabio muy sabio que se había dedicado al estudio de las lenguas antiguas que había estudiado en viejos libros. Los dueños de la casa le dijeron que vivía con ellos un anciano que hablaba de un modo que nadie entendía.</p> <p>El sabio comentó que le gustaría mucho conocerle y le acompañaron al rincón donde siempre permanecía, quieto y silencioso, el viejo caballero. Empezó a hablar con él y, efectivamente, pudieron entenderse.</p> <p>El viejo señor de Milaños le contó su triste historia y le pidió que fuese a desenterrar el tronco que, hacía unos mil años, había enterrado. Inmediatamente se dirigieron al lugar indicado y lo encontraron. Enseguida lo llevaron a la casa y lo echaron al mismo fuego donde debería haberse quemado tantos años antes.</p> <p>Las llamas fueron apoderándose del viejo tronco y lo fueron consumiendo lentamente, a la vez que la vida del caballero de Milaños se iba apagando y apagando hasta que murió dulcemente, después de tantos y tantos años de angustiosa soledad.</p>

Título	Cuento: «EL CUENTO YO SIEMPRE TE QUERRÉ» Wilhelm, H., Barcelona, Juventud, 1985.
Objetivos	<p>Tema central del cuento: la muerte de un animal de compañía.</p> <p>Este cuento nos narra la historia de un niño que tenía una perrita que se llamaba Elfi. Los padres y los hermanos del niño querían a la perrita, pero nunca se lo decían, pensaban que ella ya lo sabía. El niño se daba cuenta de que Elfi se estaba haciendo vieja: no podía subir las escaleras, no podía jugar con él... Finalmente, la perrita murió y él pensaba a menudo: «Yo le decía: "Siempre te querré"».</p> <p>Los objetivos que podemos alcanzar mediante su lectura son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Darnos cuenta de la importancia de hacer explícitos nuestros sentimientos de amor y ternura hacia las personas y también hacia los animales de compañía de los que seamos responsables. - Hacer reflexionar a los niños sobre sus cualidades y las de las personas a quienes más quieren para que se den cuenta de que quizá no las valoran suficientemente, o que incluso las desconocen. - Valorar lo que tenemos y saber disfrutarlo y agradecerlo.
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>Este cuento puede sernos muy útil en el caso de tener un animal doméstico en el aula (un hámster, un pájaro, un pez) para potenciar la responsabilidad de los alumnos.</p> <p>A partir del cuento, se puede reflexionar sobre qué pasaría si un día, al llegar a la escuela, el animal hubiera muerto: algunos niños se sentirían mal, estarían tristes, llorarían... Esto ayudará a valorar la vida del animal, a cuidarlo (no sólo en su higiene y su alimentación) y estar pendientes de lo que hace o deja de hacer. Puede ser interesante plantear a los niños que cuando muera ya no podremos hacer nada por él, ahora que vive y está con nosotros es cuando podemos cuidarle y mimarle.</p> <p>Es posible extrapolar la experiencia a las personas: ¿decimos a los padres, hermanos, abuelos que los queremos? Y a los amigos, ¿les decimos que estamos contentos de tenerlos como amigos?</p> <p>a) Cada alumno tiene una hoja de papel y escribe en la parte superior el nombre de un animal de compañía y al lado escribe algo que este animal necesita para sentirse querido.</p> <p>b) Cada uno pasa la hoja a su compañero para ir completando la lista hasta que la hoja vuelve al alumno que la inició.</p> <p>En voz alta se leen todos los animales que han ido apareciendo y todo lo que les hemos dado para hacerles felices.</p> <p>c) En otra hoja de papel, cada alumno escribe el nombre del mismo animal, y al lado una palabra que exprese su sentimiento si le dijeran que éste ha muerto. En voz alta se van leyendo todos, y se escriben en la pizarra. Al final, se hace una reflexión sobre las cosas más importantes que han ido saliendo y sobre cómo nos hemos sentido: tristes, contentos, relajados, pensativos...</p>
Edades aconsejadas	De 3 a 8 años.

Título	Cuento: «ABUELA DE ARRIBA, ABUELA DE ABAJO" De Paola, T., Barcelona, SM, 1994
Objetivos	<p>Tema central del cuento: la muerte de personas queridas.</p> <p>Este cuento nos narra la historia de Pablo. Él tiene una abuela y una bisabuela. Viven en una casa que tiene dos plantas. La bisabuela tiene su habitación en el piso de arriba, por esta razón el niño le llama abuela de arriba. La abuela vive en el piso de abajo, donde está la cocina. Cuando la bisabuela se pone enferma, no se mueve del piso de arriba y la abuela la cuida. Cuando la bisabuela se muere, el niño se plantea un montón de preguntas sobre el tema. Al cabo de un tiempo, cuando Pablo ya es mayor, muere la abuela de abajo. Entonces él piensa que las dos son abuelas de arriba, imaginándose que son dos estrellas.</p> <p>Los objetivos que podemos alcanzar mediante su lectura son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hablar de los abuelos y de las abuelas, de qué significa hacerse viejo, descubrir la importancia de hacerles compañía, escucharles, pedirles su opinión, obedecerles...
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>Se hará una lectura colectiva y después se invitará a los niños a participar con sus vivencias personales:</p> <p>a) Para hacer participar a los alumnos en la conversación colectiva, se pueden hacer preguntas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿ Cuántos abuelos tienes? ¿Y abuelas? - ¿Cómo son tus abuelos? - Seguro que a ellos les gusta que vayáis a su casa. ¿Qué es lo que más os gusta hacer con los abuelos? - La abuela de Pablo debe de cocinar muy bien. ¿Cuál es el plato que más te gusta de los que cocina tu abuela? - Cuando vas a casa de los abuelos y te quedas a dormir, ¿dónde duermes? - ¿ Cuánto tiempo hace que los abuelos no os han visto? ¿Qué os dicen cuando vais a verlos? - Si vosotros estáis a gusto con los abuelos, ¿pensáis que ellos también están bien con vosotros? ¿Porqué? - En el cuento que hemos leído, la abuela de arriba se muere. Esto quiere decir que el niño no la verá más. ¿Qué pensarías tú si no pudieses ver más a tu abuelo o a tu abuela? Quizás esto ya te ha ocurrido. ¿Cómo te sentiste? <p>b) Realiza un dibujo de tus abuelos. Antes de empezar recuerda cómo son: él color de sus cabellos, de sus ojos, si llevan gafas, si son altos o bajos, gordos o delgados, si llevan bastón ... Dibújalos haciendo alguna cosa que les guste. También puedes dibujarte a ti acompañándoles a pasear o en su casa ...</p>
Edades aconsejadas	De 6 a 9 años.

Título	Análisis de textos periodísticos: «CARTA A UN IMBECIL»
Objetivos	<p>El escritor Arturo Pérez-Reverte escribió esta satírica carta, de plena actualidad todavía, en 1994 y la tituló «Carta a un imbécil».</p> <p>La transcribimos íntegramente con unos objetivos muy concretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar en los adolescentes y jóvenes la reflexión sobre morir y la muerte por accidente. - Relacionar esta reflexión con el concepto de «riesgo» y el valor de la prudencia.
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>Cuestiones para resolver individualmente:</p> <p>a) ¿Te ha sugerido alguna respuesta la carta de Arturo Pérez-Reverte?</p> <p>b) Quizá conozcas a alguien que encuentra divertido y excitante saltarse los límites y vivir «a tope». ¿Qué le dirías?</p> <p>e) ¿Te parece que es posible vivir sin riesgo? ¿Crees que algún día será posible alcanzar la máxima seguridad? ¿Hasta qué punto los avances tecnológicos pueden combatir la inseguridad en lugares públicos, fronteras, aeropuertos? ¿Cómo puede quedar afectada nuestra libertad individual?</p> <p>d) Puedes compartir tus reflexiones con el resto de compañeros de clase.</p>
Edades aconsejadas	Adolescentes y jóvenes
Anexos	Texto del Artículo.

Título	Análisis de textos periodísticos: «BUENA MUERTE y MALA MUERTE: BIEN MORIR Y MAL MORIR»
Objetivos	-Reflexionar sobre la buena/mala muerte y el bien o mal morir. -Valorar la muerte digna
Presentación de la actividad:	¿Hay alguna muerte buena? Séneca decía en sus Epístolas morales a Lucilio: Por más dichosa o más cruel que haya sido la muerte de unos o de otros, es siempre la muerte. Los caminos son diferentes, pero todos conducen a lo mismo. Ninguna muerte es más grande o más pequeña; siempre tiene el mismo resultado: terminar la vida. Quizá ninguna sea la «buena muerte», pero sin lugar a dudas existen formas de morir mejores que otras. Para la mayoría de personas la buena muerte es la que acontece sin dolor, sin sufrimiento. Para otras, buena muerte es sinónimo de vida cumplida, de morir de muerte natural, en la vejez. También morir durmiendo es considerada una forma de buena muerte. En general, en nuestra sociedad occidental, una buena muerte es la que sucede sin darse uno cuenta. Unamuno expresa este deseo, suplicando a la Muerte, en un poema de 1910: <p style="padding-left: 40px;">¡Oh Muerte, casta Muerte, madre de la vida, ten piedad de nosotros! ¡Ven con paso pausado y silenciosa escoltada del sueño y en tus brazos aduérmelos! ¡Engáñanos, oh Muerte! Aparta de nosotros esos ojos, tus ojos de tinieblas, esos que han visto la verdad desnuda -sólo el vacío puede verla pura-, ¡engáñanos, oh Muerte! ¡engáñanos, piadosa! Ten piedad de nosotros, ¡oh Muerte, santa Muerte, madre de la vida!</p> No sabemos de qué forma moriremos: los escenarios de la muerte no dependen en general de uno mismo; puede ser en la cama, en la carretera, en el hospital... Pero cada vez más nuestra sociedad reclama el derecho a una muerte digna.
Desarrollo y descripción de la actividad	a) Muerte digna y eutanasia: - ¿Qué condiciones crees que se han de dar para morir con dignidad? Completa la lista: <ul style="list-style-type: none"> • sin dolor físico, • con el mínimo dolor moral, • en compañía de las personas queridas, • - ¿Sabes en qué consiste la eutanasia? ¿Qué piensas de su aplicación? - ¿Puedes explicar la diferencia entre eutanasia activa y eutanasia pasiva? - ¿Conoces alguna asociación que promueva o defienda su aplicación? - ¿Es posible encontrar información en Internet sobre la eutanasia? Busca alguna dirección y recoge sus ideas clave sobre el tema. b) «Aplausos» (artículo de Quim Monzó publicado en La Vanguardia el 10 de mayo de 2000): - Comentario libre, personal y por escrito del artículo de Quim Monzó relacionándolo con lo expuesto sobre la muerte digna: - Puesta en común, en gran grupo, de las opiniones y los comentarios sugeridos por este artículo. - Resaltar y recoger por escrito los acuerdos y desacuerdos surgidos en el coloquio. - Analizar el valor del silencio ante la muerte.
Edades aconsejadas	Adolescentes y jóvenes
Anexos	Artículo de Quim Monzó

Título	Análisis de textos periodísticos: «LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS DE LA MUERTE»
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el mecanismo básico de la herencia contemplado en el artículo 33 de la Constitución. - Saber si hay alguna especificidad en este mecanismo básico en determinadas Comunidades Autónomas. - Reflexionar e investigar sobre el hecho de hacer testamento o dejar de hacerlo, y las consecuencias jurídicas derivadas en ambos casos. - Investigar la herencia de algún personaje histórico. - Investigar las consecuencias que se han derivado por la muerte <i>intestada</i> de algún personaje público y conocido.
Presentación de la actividad:	<p>El nacimiento y la muerte marcan los límites legales de las personas. Antes y después de ellos no hay persona desde el punto de vista legal.</p> <p>Los juristas afirman que el hecho físico de la muerte convierte a la persona en cadáver; y su patrimonio, en herencia.</p> <p>El derecho no considera personas a los cadáveres.</p> <p>Persona es todo aquel ser humano vivo que puede ser titular de diferentes derechos y deberes; por lo tanto, la muerte determina que lo único que subsiste mientras no ha sido inhumada o incinerada es el cadáver; éste es considerado objeto del derecho, pero no sujeto.</p> <p>La muerte de la persona ha de constar en el Registro Civil, estableciendo el lugar, la fecha y la hora de la muerte. La persona que ha muerto deja una herencia, definida como el conjunto de derechos, obligaciones y bienes que, muerto el causante, pueden ser transmitidos al heredero o legatario. Heredar consiste, pues, en suceder en la propiedad (de bienes, de derechos, de obligaciones) de un difunto.</p>
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>Opción A</p> <p>a) Por parejas, os proponemos que hagáis la siguiente encuesta a tres personas de cada una de estas franjas de edad: 25-40 años, 40-65 años, más de 65 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Consideras importante hacer testamento? ¿Por qué razón? - ¿Tú has hecho testamento? ¿Por qué? - ¿Piensas que la mayoría de personas que conoces, de tu franja de

edad, ha hecho testamento o lo hará en breve?

- ¿Cómo ves la postura de las personas que no piensan hacer testamento?

- ¿Sabes qué razones esgrimen para mantener dicha postura?

b) Con las respuestas obtenidas por cada pareja abrid un debate en clase sobre el contenido de las mismas. Es importante tener en cuenta las diversas franjas de edad, el sexo de las personas entrevistadas, su nivel económico y cultural.

Opción B

Según datos del Registro General de Actas de Última Voluntad, 535.868 españoles hicieron testamento durante el año 1999. En los últimos años, la tendencia es de una progresión al alza; no obstante, los expertos consultados consideran que todavía no hay una verdadera concienciación social sobre la importancia y las ventajas de hacer testamento. Es importante saber que un testamento no es un documento definitivo y que, por tanto, se ha de sustituir siempre que los cambios de nuestra vida lo requieran.

A partir de estos datos y de una situación imaginada, planteamos el siguiente ejercicio para efectuar en el aula:

a) Se hacen grupos de seis alumnos. Cada uno escribe una lista con sus objetos personales más queridos (ni menos de cinco ni más de diez).

b) Se pasa la lista al compañero de al lado y se recibe a la vez la de otro compañero. Se comprueba qué objetos están repetidos y se buscan las razones de esta repetición. Ello nos informará de qué bienes u objetos son los más queridos por los chicos de la clase.

c) A continuación, se piensa individualmente a quién «me gustaría» que fuesen a parar mis pertenencias más queridas si yo ya no las necesitara por enfermedad, muerte ...

d) Simultáneamente, se expresa el deseo de tener alguna pertenencia u objeto de un compañero de la clase, como recuerdo suyo, si éste muriese en un accidente, se pusiera enfermo y «me lo quisiera regalar»...

**Edades
aconsejadas**

Adolescentes y jóvenes.

Título	Novela: «UN MUNDO FELIZ» Huxley, A., Barcelona, Círculo de Lectores, 1995
Objetivos	<p>Algunos de los objetivos que podemos conseguir en esta actividad son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre una cuestión como la muerte y el morir desde una perspectiva crítica y madura. - Analizar qué relación se establece entre la vida y la muerte en el «mundo feliz» y en el «mundo salvaje», tratándola también desde la perspectiva de nuestro mundo. - Ver qué valores positivos se encuentran en la concepción “feliz” de la vida y de la muerte. - Hacer lo mismo con respecto al concepto de «salvaje». - Reflexionar sobre el tratamiento de la vida y de la muerte en la educación de nuestro mundo, dejando espacio y tiempo para la discusión y el diálogo. <p>Se trata -como en otras propuestas- de fomentar la reflexión y el espíritu crítico de los alumnos y, como objetivo específico, de realizar un estudio comparativo entre el tratamiento que de la vida y de la muerte nos aportan el «mundo feliz» y el «mundo salvaje», muy bien diferenciados en el libro.</p>
Presentación de la actividad:	<p>Tema central de la novela: visión futurista de la vida y de la muerte.</p> <p>Esta obra es una novela de ciencia ficción escrita en 1932 por Aldous Huxley, y situada en el año 2500, sobre una sociedad de seres humanos fabricados en probetas. No existe sufrimiento, las personas no se aman y no hay literatura. Con estas premisas es fácil adivinar que se plantean cuestiones muy actuales y atractivas para los adolescentes y jóvenes.</p>
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>a) Comparación global entre el «mundo feliz» y el «mundo salvaje».</p> <p>b) La muerte en el «mundo feliz»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento y actitudes frente a los sentimientos que nos provoca. - Educación de los niños respecto al tema de la muerte. - Importancia de valores como juventud, salud, triunfo. ¿Por qué? <p>c) La muerte en el «mundo salvaje»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento y reacciones frente a los sentimientos que nos provoca. - Educación de los niños respecto al tema de la muerte. - ¿El sufrimiento puede ser un valor? ¿Cuándo? ¿Cómo? - Valoración global y personal de la obra. <p>d) Puesta en común de las valoraciones personales.</p>
Edades aconsejadas	Adolescentes y jóvenes.

Título	NOVELA: «CARTA A MENECEO» Epicuro, Madrid, Pearson Educación, 1987
Objetivos	<p>Algunos de los objetivos que podemos conseguir con esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrastar nuestra visión y actitud frente a la muerte con la que nos ofrece Epicuro. - Reflexionar sobre si el pensamiento y la actitud que nos propone Epicuro tiene vigencia en el marco de la sociedad en la que vivimos. Investigar las causas de nuestra respuesta.
Presentación de la actividad:	<p>Tema central de la carta: el miedo a la muerte.</p> <p>Epicuro nació el año 341 a.C. y murió hacia el 270.</p> <p>Para él y para sus discípulos el objetivo de la filosofía es la felicidad, entendiendo por ésta la conquista de la libertad interior, de la autonomía espiritual, a las cuales solamente se puede acceder mediante la tranquilidad o imperturbabilidad del ánimo (ataraxia). Además, para conseguir esta felicidad, nada mejor que no tener miedo de los temores internos del ser humano: la muerte, el dolor, el sufrimiento...</p> <p>Epicuro, en este texto de su famosa obra titulada Carta a Meneceo, pretende hacernos ver que el miedo a la muerte es un miedo sin fundamento:</p> <p>[...] Porque vivir no tiene nada de terrible para aquellos que han asumido verdaderamente que no hay nada de terrible en no vivir. Por tanto, es un ignorante aquel que dice que tiene miedo a la muerte, no porque padecerá cuando llegue, sino porque padece sabiendo que llegará. [...] De este modo el más espantoso de los males, la muerte, nada es para nosotros, pues, durante el tiempo que nosotros somos, la muerte no está presente, y cuando la muerte se hace presente, entonces nosotros no existimos. Por tanto, ni afecta a los vivos ni a los muertos, porque para éstos no existe y los otros no existen ya.</p>
Desarrollo y descripción de la actividad	<p>a) Elimina del fragmento citado de Epicuro las proposiciones que te parezcan repetitivas y enuncia con una sola frase, extraída del texto, lo esencial de su planteamiento.</p> <p>b) Fíjate bien en el sentido en que se utiliza en el texto la palabra «muerte» y da a continuación una respuesta razonada a las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Crees que Epicuro creía en la inmortalidad del alma o en cualquier tipo de pervivencia después de la muerte? - Epicuro define la muerte como «privación del sentir». ¿Podrías explicar por qué, según él, es imposible que la muerte produzca dolor? <p>c) ¿Cómo se explica el miedo a la muerte de muchas personas en nuestra sociedad occidental? ¿Por qué piensas que en otras culturas y contextos ésta no se da o, al menos, no se da tanto?</p> <p>d) ¿Quién tiene más miedo a la muerte: un abuelo, un joven, un enfermo? ¿Por qué? ¿Consideras que esta pregunta puede plantearse de este modo? En caso negativo, ¿cómo la replantarías tú?</p> <p>e) ¿Cuál es tu actitud personal frente al hecho de morir? ¿Estarías de acuerdo con Epicuro si actualmente fuese tu maestro y te hiciera este planteamiento? ¿Qué le dirías?</p>
Edades aconsejadas	Adolescentes y jóvenes.

Entrevistas: ejemplos de material para trabajar en literatura

1. Fragmento de entrevista

Entrevista publicada en La Vanguardia (16 de agosto de 2001) al psiquiatra José Miguel López Ibor y efectuada por el periodista Víctor M. Amela:

V. M. A.: Y si me angustio ante la muerte, ¿qué?

J. M. L.: Tendrá motivo, y no por el hecho de morir, sino porque esto está mal montado. Hoy es duro morir: sé de una señora mayor que, ingresada en el hospital, la dejaron desnuda en una camilla. ¡Ella, siempre tan púdica! Creo que murió de esa vergüenza más que de su mal. Y luego no nos dejan morirnos sin dolor (algo químicamente posible) en casa ... ¡porque la camilla no cabrá luego en el ascensor! ¡Es grotesco! ¡Es absurdo! ¡Es inhumano!

¿Cómo quisiera morir? (cómo prefieren morir los famosos)

LOS HOMBRES

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Alberti, Rafael (poeta) | Tal vez con los zapatos puestos |
| 2. Banderas, Antonio (actor) | Tranquilo y dándome cuenta |
| 3. Berlanga, Luis (director de cine) | Con garantía de resucitamiento |
| 4. Bosé, Miguel (cantante y actor) | Satisfecho y en paz cósmica |
| 5. Carrillo, Santiago (político del PC) | Con dignidad |
| 6. Chillida, Eduardo (escultor) | Con esperanza |
| 7. Coronado, José (actor) | Habiendo aprovechado la vida |
| 8. Delgado, Pedro (ciclista) | En la cama y en paz |
| 9. Flores, Antonio (cantante y compositor) | ¡Feliz y de un orgasmo! |
| 10. Yepes, Narciso (músico) | Consciente y alegre |

LAS MUJERES

- | | |
|--|---|
| 1. Almeida, Cristina (abogada, política de IU) | De repente y sin dejar de vivir |
| 2. Flores, Rosario (cantante) | No lo quiero ni penar |
| 3. Martín Gaité, Carmen (escritora) | No me gusta pensar en eso |
| 4. Navarro, Sara (diseñadora de moda) | Sin que sufriera nadie |
| 5. Otero, Julia (radio, presentadora TV) | Lúcida, vieja y rodeada de mi gente |
| 6. Pradera, María Dolores (cantante) | A ser posible, de risa |
| 7. Rodoreda, Merce (escritora) | De cualquier manera, pero sola |
| 8. Roig, Montserrat (escritora) | En casa. Y sabiendo quién irá a mi entierro |
| 9. Sánchez, Marta (cantante pop) | De ninguna manera |
| 10. Soriano, Irma (presentadora) | Rápidamente |

C. Cobo Medina, *Los tópicos de la muerte, la gran negación*, Madrid, Libertarias, 2000, pags. 188-210.

Título	Técnicas narrativas
Objetivos	<p>a) Permitir la expresión de sentimientos y pensamientos acerca de la persona fallecida y de aquellos aspectos que la persona hubiera querido concluir y, sin embargo, permanecen sin elaborar.</p> <p>b) Fomentar la clarificación dentro de la confusión al tener que poner por escrito todo aquello que la persona siente y piensa. Escribir para uno mismo y para otro obliga a clarificar y ordenar las ideas y puede ser terapéutico.</p>
Desarrollo e instrucciones	<p>En este caso, el formato es individual más que grupal. Se le pide a la persona que escriba acerca de aquello que consideremos relevante en función de la situación en la que se encuentre. Pueden utilizarse por ejemplo los espacios de tutoría para comentarlos individualmente en la medida en que el adolescente así lo desee. A continuación planteamos varios tipos de escritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta de despedida: en el caso en el que se considere que es necesario realizar algún tipo de ritual de despedida, una de las técnicas más frecuentemente utilizadas en procesos de duelo consiste en escribir una carta de despedida a la persona fallecida expresándole aquéllas emociones y pensamientos que la persona tiene hacia ella. - Carta a una emoción o pensamiento que la persona considere relevante en ese momento de su vida: cuando la persona se siente abrumada y considera que hace demasiado tiempo que se siente de una determinada manera y no logra cambiarlo, podemos pedirle que le escriba una carta a esa emoción y la titule como prefiera, por ejemplo «Carta a la nostalgia». De este modo, coloca la nostalgia «fuera» de su persona y se dirige a ella desde otra parte de sí misma. En estos casos, es interesante notar desde qué parte de él o ella ha escrito la carta (por ejemplo, desde «la que quiere seguir adelante»). - Diario: llevar un diario es algo que también ayuda a las personas a quienes les gusta escribir puesto que, de nuevo, les permite ordenar sus vivencias. Otro aspecto significativo de escribir un diario es que pueden advertirse los cambios a lo largo del tiempo así como las nuevas construcciones que van emergiendo alrededor del suceso crítico. - Narrativa de identidad: para advertir de forma más notable dichos cambios, podemos pedir a la persona que escriba acerca de quién es y cómo la muerte de una persona querida ha afectado a su sentido de identidad. Por ejemplo, podemos utilizar la siguiente versión: Nos gustaría que reflexionaras por escrito sobre la historia de tu vida, especialmente sobre aquellas vivencias (por ejemplo: personas, relaciones, experiencias, aspectos de ti mismo...) que crees que te han hecho ser como eres. Hazlo con la extensión y el detalle que creas conveniente. También nos gustaría que reflexionaras por escrito, si no lo has hecho ya, sobre la conexión entre lo que has escrito en la primera parte y la muerte de tu pareja. Hazlo con la extensión y grado de detalle que creas conveniente.
Materiales	Materiales de escritura y papel
Edades aconsejadas	A partir de 12 años.

Título	El trabajo con metáforas
Objetivos	Teniendo en cuenta que alrededor del tema de la muerte y de los procesos de duelo las personas son ricas en metáforas, resulta útil trabajar con ellas. A través de éstas, las personas nos expresan lo que sienten; a medida que se elaboran las metáforas se van construyendo nuevos significados. Esto permite experimentar cambios significativos respecto a la vivencia de una determinada situación así como cambiar la posición que se ocupa respecto a la misma.
Desarrollo	<p>Puede realizarse tanto en grupo como individualmente, según se prefiera. Podemos plantear dos formatos diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formato A: el maestro o líder del grupo aporta material para discutir con el grupo; - formato B: el maestro o líder del grupo pide a sus participantes, con un margen de tiempo adecuado, que traigan textos donde el autor hable acerca de la muerte o del sufrimiento. Así, colocamos la responsabilidad en los propios asistentes y aumentamos la sensación de participación activa en los mismos. <p>También podemos trabajar con metáforas en contextos individuales. En ambos casos, lo que resulta interesante es estar atentos al uso de metáforas relevantes para el individuo con la finalidad de seleccionarlas de su discurso y ampliarlas tanto como sea posible para poder acceder a todos sus matices. Esto puede llevarse a cabo mediante preguntas acerca de formas, colores, olores, sensaciones táctiles, etc. Por ejemplo, ante alguien que nos dice que a partir de la muerte de su padre ha construido una barrera que no le permite acercarse a los demás por miedo a que le hagan daño o a volver a sufrir, seleccionaremos el término «barrera» y ayudaremos a la persona a hablarnos de ésta de una forma distinta. Por ejemplo: ¿de qué material está hecha?, ¿cómo fue construida?, ¿qué tamaño tiene?, ¿es igual con todas las personas?, ¿con quién es más baja?, ¿hasta dónde llega entonces?, ¿cómo imagina que será dentro de unos meses? ¿De qué la protege?, ¿a qué le impide acceder?, ¿quiere que siempre la acompañe?, ¿cuándo podrá disminuirla al máximo?, ¿qué aparecerá en su lugar?, ¿quién contribuyó a construirla?, ¿qué hay a cada lado de ella? ¿de qué otro material podría ser?, etc.</p>
Edades aconsejadas	A partir de 12 años.

Título	Cine: Ficha general para utilizar con películas que trabajan el tema de la muerte y el duelo
Objetivos	Utilizar el cine como recurso didáctico y pedagógico para trabajar el tema de la muerte y el duelo.
Desarrollo	<p>Guía para fomentar la discusión:</p> <p>A continuación presentamos algunas de las preguntas que permiten vincular la práctica del ejercicio con la teoría de los procesos de duelo. Lo que proponemos es fruto de nuestro propio análisis de la película, así como de los años que llevamos utilizándola en distintos tipos de grupos y edades (estudiantes, maestros, personal sanitario -especialmente enfermería-, psicólogos o psicoterapeutas, entre otros). La propia creatividad de la persona que lidere el grupo así como los aspectos que se vayan desarrollando durante la discusión pueden dar lugar a otras reflexiones que sigan este guión o que se alejen de él complementándolo.</p> <p>Discusión libre sobre los sentimientos que la película ha despertado en los participantes del grupo:</p> <p>Para abrir el diálogo y recoger las primeras impresiones de los participantes del grupo podemos dedicar unos minutos a conversar acerca de su opinión sobre la película (¿les ha gustado?, ¿no les ha gustado?...), compartir cómo se han sentido durante la película y discutir el tipo de pensamientos y emociones que les ha provocado. Precisamente porque es una película donde se tratan temas de duelo y de la muerte algunos de los participantes pueden sentirse afligidos o haber recordado situaciones personales, y éstas deberían recogerse al principio (incluso antes de empezar la discusión) como forma de tranquilizarles, respetar sus reacciones sin juzgarles por ello y permitir que se sientan más preparados para conversar.</p>
Materiales	DVD
Edades aconsejadas	A partir de los 3 años se puede comenzar a educar para la muerte, utilizando el cine como recurso didáctico. De los agentes educativos dependerá la adaptación y el nivel de profundización a tratar en los temas.

Título	Película: «MI CHICA» Columbia Pictures, Estados Unidos, 1991
Objetivos	<p>Los objetivos que se pretenden alcanzar con el visionado de esta película son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre el contenido de la historia. Utilizar el guión para organizar mejor las ideas. - Dar tiempo para que todos expresen sus puntos de vista y sentimientos, respetando el ritmo personal. - Aprender a escuchar a los demás para que nos puedan escuchar.
Contenidos	<p>La película expone la vida de una niña de 12 años, huérfana de madre, que vive con su padre, el cual tiene una empresa funeraria. Aunque la niña tiene una relación diaria con la muerte por la presencia de los muertos en su casa, ciertamente no ha entendido la muerte de su madre, de la cual se siente culpable. Su padre no ha hablado nunca con ella de esa muerte; argumenta que es demasiado pequeña y que no lo entendería. A consecuencia de la muerte de su mejor amigo se inicia una comunicación más sincera y abierta con su padre y ella puede compartir su angustia y sus dudas en torno a la muerte de su madre.</p>
Desarrollo instrucciones	<p>e a) Se organizan diversos grupos de tres a Cinco compañeros cada uno.</p> <p>Un miembro de cada grupo hace de secretario y recoge los conceptos más destacados que aparezcan a fin de poder explicarlos posteriormente al resto de los compañeros de la clase y hacer un debate en gran grupo.</p> <p>Guión para el intercambio de impresiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué pensáis de Vada? 2. El padre de Vada quizá no tiene su suficientemente en cuenta los sentimientos de la niña. ¿Por que os parece que actúa de esa manera? 3. Thomas pregunta a Vada: «¿Como crees que será el cielo?». Vada responde: «Creo que allí todos tienen un caballo blanco y se pasan el día cabalgando. Los que están allí son muy amigos, no hay equipos y así no marginan a nadie». Y vosotros ¿como os imagináis el cielo? 4. ¿Cuál es vuestra opinión sobre la amistad entre Vada y Thomas? 5. Cuando Thomas muere, Vada pregunta a su padre: ¿por qué? Él le responde: «No tengo respuesta a esta pregunta». Qué pensáis vosotros de la muerte de Thomas? Tenéis alguna respuesta para la pregunta de Vada? 6. Vada se siente mal porque no le había dicho nunca a Thomas que era su mejor amigo. Después encuentra una manera de decirle adiós: le escribe un poema. ¿Qué opináis vosotros de esta manera de despedirse de él? Podéis pensar otras formas de despediros de una persona que ha muerto.
Materiales	DVD
Edades aconsejadas	12-16 años

Título	El trabajo con valores
Objetivos	<p>Este trabajo está pensado como una actividad de autoconocimiento centrada en la técnica de clarificación de valores que consiste en que los alumnos acaben con su valoración frases inacabadas, escribiendo aquello que personalmente crean respecto a la cuestión planteada.</p> <p>El objetivo sería:</p> <p>Reflexionar sobre el tema del sufrimiento y la muerte con el fin de conocer mejor qué piensan los adolescentes sobre estos temas.</p>
Contenidos	Valores relacionados con el sufrimiento y la muerte
Desarrollo	<p>La actividad consta de las siguientes frases inacabadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La muerte es un tema _____ 2. El sufrimiento me produce _____ 3. Pensar en la muerte es _____ 4. Pensar en el sufrimiento es _____ 5. Frente al sufrimiento y la muerte las personas acostumbramos a ___ 6. Es bueno pensar en ello porque _____ 7. No me gusta pensar en ello porque _____ 8. Me gusta hablarlo con alguien porque _____ 9. Me gusta hablarlo con alguien, pero _____ 10. Creo que hay cosas peores que la muerte, como _____ 11. El miedo a la muerte lo disfrazo con frecuencia de _____ 12. En torno a la muerte se pueden descubrir valores como _____ 13. En torno al sufrimiento se pueden descubrir valores como _____ 14. Si pudiera escoger, me gustaría morir _____ 15. A la hora de consolar a alguien que ha sufrido la pérdida de un ser querido acostumbro a _____ <p>Las hojas de respuestas serán recogidas por el profesor o tutor, que posteriormente expondrá al grupo sus contenidos a fin de originar una reflexión/coloquio entre los alumnos.</p> <p>En experiencias llevadas a cabo en algunas escuelas cabe señalar que muchos adolescentes destacan valores como la comprensión, la amistad, el coraje, la serenidad, la solidaridad, el compañerismo... En el caso del sufrimiento se hace mención explícita de dos contravalores; el miedo y la angustia.</p> <p>El objetivo Ideal de este trabajo sería poder repetirlo con los mismos chicos y chicas al cabo de un tiempo -por ejemplo, en el curso siguiente- a fin de discernir si se ha producido algún cambio en su valoración. Las comparaciones obtenidas entre las respuestas iniciales y las últimas aportarían datos de sumo interés para los adolescentes y para sus educadores.</p>
Edades aconsejadas	A partir de 12 años

Título	Música: Ficha general para utilizar con música: canciones, piezas musicales que tienen un contenido relacionado con la muerte y el duelo
Objetivos	Utilizar la música como recurso didáctico y pedagógico para trabajar el tema de la muerte y el duelo.
Desarrollo	<p>I. Ambientación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condiciones acústicas mínimas, - posibilidad de ver en todo momento el rostro de los otros y captar sus miradas. <p>2. Exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicación del tema: averiguar de qué trata la canción, - localización ambiente/lugar en el cual sucede la historia - exposición de los objetivos que se pretenden conseguir - sensibilización por el tema, expresión y comunicación de sentimientos (melancolía, tristeza, indiferencia...), aportaciones y sugerencias personales. <p>3. Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - clima de silencio, - entrega del texto de la canción, - atención exclusiva al tema musical (éste se escuchará sin interrupciones de ningún tipo y a un volumen que invada suavemente toda la sala). <p>4. Reflexiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿qué actitudes y mensajes hemos captado a lo largo de la audición?, - ¿qué tipo de léxico se utiliza?, ¿por qué razón crees que es así?, - ¿en qué tiempo se narra la historia? Explícalo brevemente, - ¿podrías elaborar, en pequeños grupos, una síntesis que recogiese todas vuestras aportaciones? <p style="text-align: center;">Poned en común, en gran grupo, todas estas reflexiones contrastando las diferencias que hayan surgido y destacando los puntos de convergencia.</p>
Materiales	Canciones y piezas musicales que podamos relacionar con el tema de la muerte y el duelo.
Edades aconsejadas	Todas las edades

Título	Pieza musical: «RÉQUIEM, DE MOZART»
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrir a los jóvenes una audición clásica sobre el tema de la muerte. - Conocer qué es un réquiem y explicar de qué partes está integrado indicando brevemente el contenido y la finalidad de cada una de ellas. - Investigar en qué circunstancias personales y sociales trabajó Mozart en la composición de su Réquiem. - Buscar qué otros compositores, además de Mozart, escribieron réquiems, decir cuáles son y situarlos cronológicamente.
Contenidos	<p>Tema central de la pieza musical: Recuerdo, plegaria por una persona fallecida.</p> <p>La voz latina réquiem expresa «descanso», «reposo». En la expresión musical, el réquiem es una misa de difuntos. Los réquiems suelen ser piezas singulares en el catálogo de los compositores.</p> <p>El Réquiem de Mozart ha sido una obra que ha hecho correr ríos de tinta entre literatos, pensadores, dramaturgos y guionistas cinematográficos. Mozart estuvo trabajando en esta obra hasta la noche anterior a su muerte. Su preocupación por el tema de la muerte se hace patente en este fragmento de una carta dirigida a su padre (4 de abril de 1787):</p> <p>[...] Dado que la muerte, debidamente entendida, es el verdadero propósito final de nuestra vida, durante años me he ido familiarizando con esta auténtica y valiosa amiga de la humanidad. Gracias a esta actitud mía, la muerte ya no tiene nada de terrorífico, ¡sino más bien de tranquilizador y de reconfortante! La muerte es la clave de nuestra auténtica bienaventuranza. No me voy nunca a la cama sin pensar que (por joven que sea) quizás al día siguiente ya no estaré aquí y, no obstante, ninguna persona de todas las que me conocen podrán decir que en mi trabajo me muestre malhumorado o triste, y por esta felicidad doy gracias todos los días a mi creador; y la deseo desde el fondo de mi corazón a todos y cada uno de mis semejantes.</p>
Desarrollo e instrucciones	<p>a) Búsqueda de la información necesaria para alcanzar los objetivos de la actividad.</p> <p>b) Audición de una parte significativa del Réquiem (10 o 15 minutos). La disposición física de los oyentes ha de permitir que se vean mutuamente los rostros.</p> <p>c) Análisis personal y posterior expresión -en pequeño grupo- de los sentimientos que se han experimentado en el transcurso de la audición (melancolía, tristeza, soledad, esperanza...).</p> <p>d) Reflexión y respuesta personal y anónima sobre las cuestiones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Crees que esta música que has escuchado puede ayudar a recordar con más intimidad a una persona querida que haya muerto y, si somos creyentes, a rezar por ella? - ¿Te gustaría que en el entierro de una persona querida se interpretase una parte o todo el Réquiem de Mozart? Explica tus razones. - ¿Piensas que puede ser una buena idea que una persona gravemente enferma comparta con familiares y amigos la preparación de su propio funeral, sugiriendo, por ejemplo, que en ella se interprete el Réquiem de Mozart? ¿Consideras que tú podrías hacerlo? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
Materiales	Cualquier material musical que queramos utilizar.
Edades aconsejadas	Adolescentes y jóvenes
Anexos	<p>HOCQUARD, J. v., Mozart, Barcelona, Antoni Bosch, 1980.</p> <p>HUTCHINGS, A., Mozart, Barcelona, Salvat, 1986.</p> <p>Ritter, W., Mozart va ser assassinat?, Barcelona, Columna, 1994. Diccionarios de música diversos.</p>

<p>Título Objetivos</p>	<p>«DISCO-FORUM SOBRE LA CANCIÓN "PRÍNCIPE GITANO"» El disco-forum es una actividad educativa de grupo que, utilizando la música y la canción, pretende, mediante el establecimiento de una dinámica interactiva de comunicación entre los participantes, el descubrimiento, la vivencia y la reflexión de una realidad que vive y está latente en el grupo o en la sociedad." - Hacer descubrir y vivir a los jóvenes el hecho de la muerte como parte integrante de la vida y sobre el cual es sano pensar y hablar. - Conducir el grupo, a través del texto y de la música, a la vivencia íntima del tema de la muerte, haciendo que ésta penetre progresivamente en un clima de comunicación existencial.</p>
<p>Contenidos Desarrollo e instrucciones</p>	<p>Tema central de la pieza musical: Recuerdo de una persona fallecida Nuestro disco-forum se centra en el tema de la muerte de un ser querido, con la audición y posterior reflexión de la siguiente canción/homenaje (anexo): 1. Ambientación: - condiciones acústicas mínimas, - posibilidad de ver en todo momento el rostro de los otros y captar sus miradas. 2. Exposición: - explicación del tema: indagar de qué va la canción, - localización ambiente/lugar en el cual sucede la historia, - exposición de los objetivos que se pretenden conseguir, - sensibilización por el tema, expresión y comunicación de sentimientos (melancolía, tristeza, indiferencia...), aportaciones y sugerencias personales. 3. Audición: - clima de silencio, - entrega de los textos de las canciones, - atención exclusiva al tema musical (éste se escuchará sin interrupciones de ningún tipo y a un volumen que invada suavemente toda la sala). 4. Reflexiones: - ¿qué actitudes y mensajes hemos captado a lo largo de la audición?, - ¿qué tipo de léxico se utiliza?, ¿por qué razón crees que es así?, - ¿en qué tiempo se narra la historia? Explícalo brevemente, - ¿podrías elaborar, en pequeños grupos, una síntesis que recogiese todas vuestras aportaciones? Poned en común, en gran grupo, todas estas reflexiones contrastando las diferencias que hayan surgido y destacando los puntos de convergencia.</p>
<p>Materiales Edades aconsejadas Anexos</p>	<p>Canción "Príncipe Gitano" Adolescentes y jóvenes Canción: Dicen que en el cielo hay una estrella que brilla en andaluz y canta como un dios ... Con una guitarra y unas palmas amenaza la parada de una estrella fugaz. Dicen que es un príncipe gitano que de la tierra escapó y dicen que canta como un dios ... Dicen que en el cielo hasta las almas en pena cantan blues el blues del andaluz. Desde su llegada sólo suenan seguidillas, fandangos, bulerías y soleás. Dicen que es príncipe gitano que de la tierra escapó entonando una canción. Canta como un dios, hasta que salga el sol, canta su dolor gitano ... Canta como un dios, hasta que sale el sol, canta el cantaor gitano ... Dicen que en el cielo hay una estrella que brilla mirando al sur que se llama Camarón. Con una guitarra y unas palmas su voz viaja sin escalas al fondo del corazón. Dicen que es un príncipe gitano que de su isla se escapó y que canta como un dios. Canta como un dios, hasta que salga el sol, canta su dolor gitano ... Canta como un dios, hasta que sale el sol, canta el cantaor gitano ... y ojalá que me toque cuando yo haga ese viaje, que me toque junto a él. Y ojalá que me cante cuando yo haga ese viaje y pueda tocar junto a él. Dicen que en el cielo hay una estrella que brilla en andaluz y canta como un dios. Dicen que en el cielo hay una estrella que brilla mirando al sur que se llama Camarón. Dicen que es un príncipe gitano que de la Tierra se escapó y que canta como un dios. Preguntas y flores, 1993</p>

<p>Título</p>	<p>«DISCO-FORUM SOBRE LA CANCIÓN "CREMACIÓN: POLVO AL POLVO"»</p>
<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar información sobre la incineración: en qué consiste, lugares más comunes dónde se realiza, coste económico, proceso... - Cuestionarse la conveniencia de manifestar, o no, la propia voluntad de ser inhumados o incinerados después de fallecer. Obrar en consecuencia.
<p>Contenidos</p> <p>Desarrollo e instrucciones</p>	<p>Tema central de la pieza musical: reflexión sobre la incineración.</p> <p>El disco-forum de esta actividad se centra en el tema de la incineración-cremación, con la audición y posterior reflexión de la siguiente canción de Lou Reed, titulada «Cremación: polvo al polvo».</p> <p>1. Ambientación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condiciones acústicas mínimas, - posibilidad de ver en todo momento el rostro de los otros y captar sus miradas. <p>2. Exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicación del tema: averiguar de qué trata la canción, - localización ambiente/lugar en el cual sucede la historia - exposición de los objetivos que se pretenden conseguir - sensibilización por el tema, expresión y comunicación de sentimientos (melancolía, tristeza, indiferencia...), aportaciones y sugerencias personales. <p>3. Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - clima de silencio, - entrega del texto de la canción, - atención exclusiva al tema musical (éste se escuchará sin interrupciones de ningún tipo y a un volumen que invada suavemente toda la sala). <p>4. Reflexiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿qué actitudes y mensajes hemos captado a lo largo de la audición?, - ¿qué tipo de léxico se utiliza?, ¿por qué razón crees que es así?, - ¿en qué tiempo se narra la historia? Explícalo brevemente, - ¿podrías elaborar, en pequeños grupos, una síntesis que recogiese todas vuestras aportaciones? <p style="padding-left: 40px;">Poned en común, en gran grupo, todas estas reflexiones contrastando las diferencias que hayan surgido y destacando los puntos de convergencia.</p> <p>Adolescentes y jóvenes</p>
<p>Edades aconsejadas</p>	
<p>Anexos</p>	<p>Transcripción de la canción utilizada en la actividad:</p> <p>Bien, el mar negro carbón me espera, me espera El mar negro carbón espera eternamente.</p> <p>Las olas rompen contra la orilla Llorando cada vez más Pero el mar negro espera eternamente.</p> <p>Llegan los tornados, avanzando por la costa. Los huracanes desgarran el cielo para siempre.</p> <p>Aunque el tiempo cambie. El mar sigue siendo el mismo. El mar negro carbón espera eternamente.</p> <p>Las cenizas se esparcen por culpa colectiva. La gente descansa para siempre en el mar Puesto que te quemaron y te metieron en una urna</p> <p>Al mar negro carbón no le das miedo.</p> <p>¿Flotarán sus cenizas como una barca extranjera? ¿O se hundirán para siempre?</p> <p>¿Hará la costa atlántica Su alarde final?</p> <p>Ninguna otra cosa te contuvo jamás. Ahora el mar negro carbón me espera a mí, a mí</p> <p>El mar negro carbón espera eternamente, Cuando abandone este antro</p> <p>Cuando abandone este antro</p> <p>En algún momento lejano, El mismo mar negro carbón estará esperando.</p>

Título	«ANÁLISIS DE LA CANCIÓN "GRACIAS A LA VIDA"»
Objetivos	Conocer canciones donde se agradece la vida en contraposición a la muerte.
Contenidos	Tema central de la pieza musical: agradecimiento por el don de la vida.
Desarrollo e	Esta canción es un canto a la vida, con todo lo que ésta comporta: cosas buenas para gozar y
instrucciones	cosas no tan buenas que nos entristecen.
	Violeta Parra, que nació en Chile, se suicidó el 5 de abril de 1967 después de componer esta
	canción. Violeta también había padecido la muerte de su hija Rosita Clara:
	- explicación del tema: averiguar de qué trata la canción,
	- localización ambiente/lugar en el cual sucede la historia,
	- exposición de los objetivos que se pretenden conseguir,
	- sensibilización por el tema, expresión y comunicación de sentimientos (melancolía,
	tristeza, indiferencia ...), aportaciones y sugerencias personales.
	Con el especialista de música los alumnos pueden escuchar la canción, a ser
	posible cantada por la propia autora, Violeta Parra. Hay diversos cantautores que la
	interpretan: Mercedes Sosa, Joan Baez... en la misma clase de música pueden intentar
	conocer mejor a la autora de la canción y situarla dentro de un grupo de cantantes de una
	determinada época y situación social y cultural en algunos países de Latinoamérica.
	- Buscad otras canciones de contenido próximo y trabajadlas en clase de música o en
	tutoría.
	- Descubrid otras composiciones que tengan relación con el tema y hablad de sus
	compositores.
	- Haced un análisis del contenido de la canción desde el área de lengua. En la canción se
	nombran ocho cosas para agradecer, pero a raíz de estas ocho cosas se pueden descubrir
	muchas otras, que constituyen la vida.
	Después de haber escuchado la canción:
	1. Averigua cuántas cosas agradece la autora a la vida. Estas pocas cosas le permiten
	descubrir otras más. ¿Cuáles son?
	2. Si tú tuvieras que escoger cinco cosas de la vida, ¿cuáles escogerías? Explica por
	qué razón has elegido precisamente esas cinco.
	3. Escribe un pequeño poema partiendo de las ideas que has expuesto en las
	preguntas anteriores. Para hacerlo sigue este proceso:
	- Escoge las cuatro o cinco palabras que sean más significativas para ti.
	- Inventas pequeñas frases donde aparezcan estas palabras escogidas.
	- Ponlas en orden. No siempre conviene dejar las frases en el mismo orden que han sido
	creadas, es necesario encontrar la mejor manera de ordenarlas para dar un sentido poético.
	- Para redondear el resultado, has de leer el poema de arriba abajo y aplicarle las
	modificaciones necesarias.
	4. Escribe una pequeña composición en la que aparezcan las palabras vida, muerte,
	amigo, reír y llorar. Quizá pienses en alguien a quien quieras y que haya muerto.
Materiales	Canción "Gracias a la Vida" de Violeta Parra
Edades	De 10 años en adelante
aconsejadas	
Anexos	Gracias a la vida que me ha dado tanto: me dio dos luceros que cuando los abro perfecto
	distingo lo negro del blanco y en el alto cielo su fondo estrellado y en las multitudes al
	hombre que yo amo.
	Gracias a la vida que me ha dado tanto: me ha dado el oído que en todo su ancho graba
	noche y día grillos y canarios, martillos, turbinas, ladridos, chubascos y la voz tan tierna de
	mi bien amado.
	Gracias a la vida que me ha dado tanto: me ha dado el sonido y el abecedario; con él las
	palabras que pienso y declaro: padre, amigo, hermano; y luz alumbrando
	la ruta del alma del que estoy amando.
	Gracias a la vida que me ha dado tanto: me ha dado la marcha de mis pies cansados;
	con ellos anduve ciudades y charcos, playas y desiertos, montañas y llanos y la casa tuya, tu
	taller, tu patio.
	Gracias a la vida que me ha dado tanto: me dio el corazón que agita su marco cuando miro
	el fruto del cerebro humano, cuando miro al bueno tan lejos del malo, cuando miro el fondo
	de tus ojos claros.
	Gracias a la vida que me ha dado tanto: me ha dado la risa y me ha dado el llanto; así yo
	distingo dicha de quebranto, los dos materiales que forman mi canto y el canto de ustedes
	que es el mismo canto y el canto de todos que es mi propio canto.

Título	Visitas a cementerios/funerarias
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Conocer y visitar el cementerio del pueblo o alguno de la ciudad.- «Investigar» qué significado/simbología tienen los cipreses de los cementerios: se puede consultar el diccionario; mirar si en la biblioteca de la escuela o del barrio hay algún libro que explique la simbología de árboles y plantas, preguntar en casa si tienen alguna información sobre el tema...
Desarrollo	<p>La realización de esta actividad se llevará a cabo en un cementerio.</p> <p>(En algunos servicios funerarios pueden atender al profesorado de forma individual e informarle de aquellos aspectos que sean de interés para los alumnos, aunque generalmente no existe ningún servicio estipulado de atención a escuelas. Ello significa que es el maestro quien ha de organizar la visita con sus alumnos.)</p> <p>Antes de efectuar la visita es importante realizar una pequeña investigación para conocer mejor algunos datos sobre el cementerio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Año en que fue construido.- Cuántas personas hay enterradas.- Cuántas personas se entierran cada año.- Quién tiene la titularidad del cementerio: el ayuntamiento, es de propiedad privada ...- De quién depende el mantenimiento.- Qué servicio da el cementerio a la sociedad. <p>Una vez en el cementerio, será preciso observar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Qué tipo de tumbas hay.- Qué dicen algunas de las inscripciones.- Qué clase de vegetación hay en el cementerio.
Edades aconsejadas	A partir de 8 años.
Evaluación	<p>De regreso al aula, se propone a los alumnos hacer este ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Explica tus impresiones sobre la visita al cementerio. No te limites a hacer una descripción de lo que has visto, intenta explicar las sensaciones que experimentaste a lo largo de la visita.

5.2.6. EVALUACIÓN

La evaluación será continua y formativa, en la medida que las condiciones lo permitan. Se desarrollarán numerosas actividades individuales y grupales, obligatorias y voluntarias, presenciales y no presenciales. Por las características de la materia Educación para la Salud, la asistencia se hace indispensable.

¿Qué cambios de planteamiento serían necesarios a la hora de valorar la práctica de la Educación para la Muerte?:

a) En el *referente curricular*: Es necesario no concebir la muerte como contenido independiente, sino de entender su relación natural (radical y espiral) con todos aquellos otros contenidos que se dan desde la Educación para la Salud.

b) En el *referente formativo*: No se trata sólo de conocer los procesos de aprendizaje significativos del estudiante, sino de favorecer ese crecimiento interior desde un incremento de conciencia del estudiante y del docente. Desde el punto de vista del proyecto educativo y la enseñanza también se ha de ser sensible a que el tema está socialmente muy tergiversado y en curso de destabuización y normalización. Ello requiere hacer lo posible por intentar evaluar lastres o posibles fallos con cuya ausencia la práctica educativa ganaría en calidad formativa.

Respecto al aprendizaje de los estudiantes debemos tener en cuenta dos momentos en la evaluación:

A) EVALUACIÓN INICIAL. Evaluar formativamente los aprendizajes asociados a la Educación para la Muerte. Ello requiere un conocimiento previo acerca de lo que los estudiantes y futuros educadores piensan y *saben* de la muerte.

B) EVALUACIÓN CONTINUA-FINAL. En estos momentos de la evaluación, del aprendizaje de todas las propuestas metodológicas, ha de referirse esencialmente a los objetivos didácticos, considerándolos durante o al final del proceso, a través de una serie de indicadores de evaluación. En cualquier caso, su mayor peso recaería sobre actitudes, valores y cambios conceptuales. Para que la evaluación desarrolle su máximo potencial formativo es conveniente que el adulto pueda autoevaluarse y valorar o tomar conciencia de la evolución de sus aprendizajes y de sus transformaciones.

5.2.7. ANEXOS AL PROGRAMA: RECURSOS EDUCATIVOS (BIBLIOGRAFIA Y FILMOGRAFÍA SOBRE LA MUERTE Y EL DUELO)

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE (DE INTERÉS PARA AGENTES EDUCATIVOS EN EL TRABAJO CON NIÑ@S, ADOLESCENTES Y JÓVENES).

TURNER, MARY (2004). *Cómo hablar con los niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo*. Guías para padres. Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.



El presente libro que nos trae Mary Turner, psicoterapeuta, trabajadora social del St. Richard Hospice, en Worcester, con amplia experiencia con niños problemáticos en hospitales y servicios sociales, es un libro de ejercicios, cuyas ilustraciones han sido realizadas por Bob Thomas, de modo que entre ambos: imágenes y texto, ayuden a los adultos las empleen como instrumento de ayuda para que niños y niñas puedan entender y superar las pérdidas de un ser querido. Creando de igual modo un medio efectivo para que niños, niñas y jóvenes comuniquen y entiendan los pensamientos y las emociones que acompañan al proceso de la muerte y la pérdida, emociones y sentimientos en ocasiones contradictorios, confusos y dolorosos. A través de diferentes láminas con pequeños cuadros de texto y dibujos va tratando diferentes temáticas todas relacionadas con la muerte:

- la muerte y el morir,
- decir adiós y pensar en los funerales,
- hablar de alguien que ha muerto,
- pensamientos y sentimientos,
- miedos y preocupaciones,
- sueños y pesadillas,
- amigos, familia y escuela,
- recuerdos
- Seguir adelante

El presente libro planteado como una guía, pretende ser una vía para la reflexión de largo alcance, por ello mediante una escritura que resulta fácil a la lectura y un acceso sencillo tanto para niños como para adultos consigue mantener la atención propiciando la

comunicación. Se divide para una más fácil lectura en 2 partes: 1ª. Para la persona que ayuda y la 2ª en la que se incluye un cuaderno de ejercicios: sobre la muerte y el morir, decir adiós y pensar en los funerales, hablar de alguien que ha muerto, pensamientos y sentimientos, miedos y preocupaciones, sueños y pesadillas, amigos, familia y escuela, recuerdos, seguir adelante.

A partir de la exploración del concepto de muerte, se plantean distintos ejercicios que abordan diferentes dimensiones del concepto de pérdida, así como los sentimientos que se generan en la misma, para culminar con unas palabras sobre el recuerdo y la superación. Consideramos que es un buen texto de referencia para trabajar en la escuela, con la familia o en psicoterapia. Desde el punto de vista que a nosotros más nos preocupa, la aplicación didáctica de este material en el aula, pensamos que se podría aplicar como centro de interés a lo largo del último ciclo académico de la educación primaria o el primer ciclo de la secundaria, aunque los conceptos e ideas que propone se deberían trabajar a lo largo de toda la escolarización obligatoria.



"Mamá, ¿qué es el cielo?". María Shriver. Edit. Salamandra. 1999. Kate va a asistir al funeral de su bisabuela, pregunta a su mamá dudas en torno a saber qué es un funeral, dónde va la bisabuela, porqué se le ve tan distinta...Su madre da respuestas del tipo "va al cielo", aunque desarrolla las respuestas en torno a la existencia del alma.

"Recuerda el Secreto". Elizabeth Kübler-Ross. Edit. Luciérnaga. 1992. Trata de dos amiguitos que comparten el secreto de haber estado juntos con dos compañeros invisibles, que les enseñan "el paraíso" que existe en el otro mundo. Uno de los niños muere pero su amiguita no se entristece porque sabe que estará con aquellos compañeros.



"Te echo de menos". Paul Verrept. Edit. Juventud. (2001). El sentimiento de tristeza por la pérdida de un ser querido, se descubre ante un niño por la mudanza de su mejor amiga, que le recuerda también a la muerte de su

abuela. Comparte con el abuelo sus sensaciones y descubre con él otra manera de relacionarse con aquellos que ya no están. Es un cuento sencillo pero muy tierno.

"Cuando Hola Significa Adiós". *Una guía para los padres del niño que fallece antes, durante, o poco después del parto.* PAT SCHIWIBERT, PAUL KIRK. PERINATAL LOSS, 1981. 3ª EDICIÓN, 2001. 47 páginas. Enriquecido con poesías y testimonios, nos ofrece un texto de autoayuda para padres y madres, abordando, entre otros, desde síntomas físicos y emociones hasta temas como la autopsia o como escoger la funeraria. A partir de su segunda edición (1985), incluye imágenes fotográficas a fin de facilitar a los padres a *percibirse con su hijo y ayudarles a crear su experiencia.* Incluye bibliografía comentada, profesionales que le pueden ayudar, ...



"Berta". Paulina Vergés de Echenique. Sirpus.2001. Relata, con ilustraciones muy representativas y de colores intensos, cómo afronta una niña con cáncer y en tratamiento, la caída del pelo, gracias a que a su alrededor se aborda de una manera muy natural. Es lindo.

"Abuela de arriba, abuela de abajo". Tomie de Paola. SM. 1994. Tomie, de unos 4 añitos, tiene una bisabuela y una abuela y las quería muchísimo. Narra con pequeños detalles la relación que mantiene con cada una de ellas y cómo llora cuando su bisabuela se muere, obteniendo respuestas claras de su madre acerca de si volverá alguna vez, pero la mantiene viva con su recuerdo, y de la misma manera a su abuela cuando muere.



"Se ha muerto el abuelo". Dominique de Saint Mars, S. Bloch. La Galera. 1998. Max y Lilí se enteran de la muerte de su abuelo. Es una historia donde se expresa abiertamente la tristeza y no se le oculta a los niños, permitiéndoles además despedirse de su abuelo, asistir al funeral, y todo ello en un ambiente muy natural donde cada pregunta de los niños tiene, a mi parecer, una respuesta acertada del adulto. Buen libro para aconsejar a los papás y mamás.



"¿Dónde está el abuelo?". Mar Cortina, A. Reguero. Tándem. 2001. Muchas dudas tiene la pequeña protagonista acerca de dónde ha ido su abuelo que hace días que no lo ve. Las respuestas de sus padres no la convencen y cree que volverá, pero tarda demasiado, aunque ella lo siente dentro de sí. Las reflexiones que hace son posibles cuando nadie le ha aclarado qué ha pasado realmente. Es un cuento ingenioso.



"Estirar la pata o cómo envejecemos". Babette Cole. Ed. Destino. 1996. Una forma muy divertida de explicar todo el ciclo vital, sin meterse en historias filosóficas sobre qué hay después de la muerte o en qué nos convertimos.

"La vida y la muerte". Piruletas de Filosofía. Brigitte Labbé, M. Puech. S. M. 2002. (a partir de 8 años). Un libro muy divertido que ayuda a los niños a pensar e introducir a los niños en el mundo de las ideas. Aconsejable también para adultos.



"¿Por qué, Charlie Brown, por qué?". Charles M. Schulz. Ed. Junior. 1993. Habla de las repercusiones que tiene la enfermedad de Janice (una leucemia), sobre su familia, compañeros de colegio y sobre todo, sus amigos. Tiene mucha sensibilidad y ternura.

"Libro de la vida. Libro de la otra vida". María M. Vassart, A. Comella. Montena. 1996. Narra todo nuestro ciclo vital incluso desde antes de nacer y después de la muerte con un lenguaje sencillo y natural a través de una conversación entre un niño y su madre. Da una visión espiritual del antes de nacer y del después del morir. Original la presentación como libro reversible por su simbolismo.



"Papá, explícame el cuento de la vida". Antón Layunta. Integral. 2002. Nos habla metafóricamente a través del cuento de la metamorfosis de una crisálida, del proceso de adaptación a los cambios y por tanto, a las pérdidas.



"L'enterrament". Cadevila, R; Gaudrat, M. A. Colección Els dies diferente.. Ed. La Galera. Barcelona. 1987. La guionista Gaudrat es una autora francesa, la cual nos acerca la historia del enterramiento gracias a las ilustraciones realizadas y adaptadas para esta edición catalana de Roser Capdevila.

"Si te mueres, ya verás adónde vas". Calleja, S. Editorial Luis Vives. Zaragoza. 1994. El autor, profesor y estudioso de la literatura infantil, ahonda con maestría y extraordinaria delicadeza en las emociones e inquietudes de sus personajes. La protagonista, una niña llamada Aiala ingresa en el hospital, de lo cual se pone muy contenta pues la tienen que operar de apendicitis. Allí conoce a otros niños: Ramón, Bambi Javier, Lourdes Cocoliso, Eduardo Manostijeras, Felipe Grillo, Pili y Mili, a los niños que iban a ser su pandilla y con los que correrá mil aventuras. Sin embargo, lo mejor de todo será su "estancia en el cielo".



"Grandpa Died Today"(Mi abuelo murió Hoy). Fassler, J. Nueva York. Behavioral Publications. 1971. Es la historia de un niño cuyo abuelo se muere y de las dificultades que tiene para aceptar esa muerte.

"The Magic Moth" (La mariposa mágica). Lee, V. Greenwich, Conn.; Seabury Press. 1972. La historia de la muerte de una niña de diez años. Su presentación delicada llegará a los corazones de niños de todas las edades.

"Annie and the Old One" (Anita y la vieja). Mills. M. Boston: Little, Brown and Co. 1972. La historia de una indiecita navajo que no comprende la muerte inminente de su abuela; se discute el concepto de que hay un momento en que todas las cosas tienen que volver a la tierra.

"The Dead Tree" (El árbol muerto). Tresselt, A. Nueva York: Parents' Magazine Press. 1972. Una historia acerca del tiempo de vida de un roble. Explicando la muerte de una manera tal que el niño la pueda relacionar con su ambiente.

"The Tenth Good Thing about Barney" (La décima cosa buena que tiene Barney). Viorst, J. Nueva York. Athenson. 1971. La historia de un niño que pierde a su gatito y como su madre lo ayuda a aceptar la muerte de este.

"Charlotte's Web" (La telaraña de Carlota). White, E. B. Nueva York. Dell Publishing Company. 1952. Trata de un cerdito que pierde a su mejor amiga, una araña. Un libro valioso porque explica el ciclo de la vida y la muerte según se encuentra en la naturaleza.



¿Está la abuelita en el cielo? Cómo tratar la muerte y la tristeza. Baum, Heike. 2003. Ediciones Oniro. Barcelona, 45 págs. Desde la realidad de que niños y niñas se toman las pérdidas, despedida y muerte de sus seres queridos de modo diferente, así como el modo en que procesan sus sentimientos y emociones, la autora, pedagoga, nos acerca el presente trabajo, sencillo y claro a la vez, en el que intenta establecer las líneas que nos lleven a comprender y redescubrir el adiós en la vida cotidiana en los niños. Divide para ello el libro en: *Duele separarse* en el que incluye como se aflijen los niños, y lo que los adultos necesitan saber al respecto; *principios y fines forman parte de la vida*, donde configura los significados dados por los niños a las pérdidas cotidianas; *comprender la muerte y sentir sin embargo, la vida*, apartado en el que incluye juegos, actividades y ritos relacionados con la muerte.

La muerte explicada a mi hija. E. Huisman-Perrin. 2003. El Aleph Editores. Barcelona. Los niños pequeños hablan a menudo de la muerte. Después, al crecer, dejan de hacerlo. Ya no se atreven. Son conscientes de la angustia y del silencio de los adultos. Yo deseo combatir ese silencio. Si no podemos evitar la muerte, podemos cuanto menos evitar hacer de ella un misterio o tabú. Hay en esta obra una intención sin duda importante, que es presentar un discurso tranquilizador sobre la muerte y los pensamientos en torno a la misma, y ver en ella no sólo



la causa que provoca el vacío atroz de la pérdida, de un sufrimiento constante avivado y reavivado desde la ausencia, sino también un fenómeno natural y aceptable. Dialogar con el niño sobre la muerte, nos refiere la autora, puede ser una de las mejores formas de mantenerse lo más cerca posible de la vida, al tiempo que se intenta alejar el silencio y la angustia.



The last goodbye 1. Bereavement guide. Jim & Joan Boulden. 1994. USA. Boulden Publishing. La presente guía ha sido elaborada a modo de preguntas y distintos ejercicios que ha de realizar quien la trabaja. De ella se obtienen respuestas de los que pensamos en torno a la muerte, de lo que sentimos, de lo que recordamos del obituario de la persona querida que murió, y de como nos sentimos cuando acaeció, durante el proceso y posteriormente. Nos cuestiona sobre distintas cuestiones de modo que entablamos una conversación con distintos aspectos relacionados con nuestro dolor, la pérdida y el significado que atribuimos a ella y a nuestros sentimientos. Mientras, mediante mensajes cortos se orienta al entendimiento de la razón y sentido de la muerte y el morir.

Saying Goodbye. Diciendo adiós. Jim & Joan Boulden. 1992. USA. Boulden Publishing. Guía para niños en torno a 5-8 años en las que mediante dibujos que pueden colorearse se invita a hacer al niño y la niña un recorrido por distintas preguntas que le acercan a significados en torno a la muerte. De muy fácil lectura y con distintos y variados comentarios, desglosan los autores diferentes ideas sobre la muerte mediante ejemplos sencillos.



Todos los caracoles se mueren siempre?. Cómo tratar la muerte en educación infantil. Agustín de la Herrán Gascón; Isabel González; María Jesús Navarro; Soraya Bravo; María Vanesa Freire. 2002. Ediciones de la Torre. Madrid.

Agustín de la Herrán Gascón es profesor titular del Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación de la Facultad de Formación de Profesorado y Educación de la Universidad Autónoma de Madrid. Maestro, Isabel González Sánchez lleva trabajando desde hace más de treinta años como maestra de Educación Infantil y Educación Primaria.

María Jesús Navarro es diplomada en Magisterio especialista en Ciencias Humanas y en Educación Infantil. María Vanesa Freire López es Maestra de Educación Infantil y de Formación de Adultos. Diplomada por la Universidad Autónoma de Madrid y Soraya Bravo García es maestra de Educación Infantil. Diplomada por la Universidad Autónoma de Madrid. Trabaja como profesora especialista de inglés aplicado a la Educación Infantil.

Este libro, redefine la educación desde una hipotética educación para la muerte. Se presenta como un material curricular útil, no sólo para maestros/as y educadores/as en formación y en ejercicio, sino para todos los profesionales de la educación infantil y todas las personas interesadas en ella: formadores, profesionales de la orientación y la atención temprana, equipos directivos, abuelos y abuelas, padres y madres, etc. El presente trabajo pretende: Favorecer la indagación de padres y profesionales, y propiciar, desde su interiorización, una educación tan integral como coherente; que la muerte sea comprendida por el niño de 3 a 6 años, en el diseño de la enseñanza, realizable tanto desde una perspectiva preventiva como paliativa o formativa; ser innovador desde una perspectiva cultural, porque amplía el campo de normalidad educativa e impulsa a la reflexión y la crítica sobre la práctica, la didáctica y la orientación escolar y familiar hacia ámbitos como éste, a la vez tapados y cotidianos, pero capaces de proporcionar al currículo una profundidad transformadora que no tiene.

Se estructura en los siguientes apartados: *Fundamentación*: I. Un marco de referencia; II. La muerte como contenido educativo. *Investigación*: I. Coordinadas, II. La experiencia realizada. *Vinculación de temas educativos transversales con la educación para la muerte*: I. Educación para la salud. Educación sexual; II. Educación ambiental; III. Educación para la paz; IV. Educación vial; V. Educación del consumidor; VI. Educación moral y cívica; VII. Educación para la igualdad entre los sexos. *El discurso de los niños*: I. El niño como maestro de maestros; II. "¿Muertos o moridos?" (Diálogos con niños de 3-6 años); III. Los niños juegan y hablan de la muerte. *Propuestas curriculares preventivas para la investigación-acción*: I. Momentos; significativos; II. "Role Playing" con padres/madres y maestros/as: estrategia para la introducción del tema en un centro escolar; III. Fiesta: "El Día de Todos los Moridos"; IV. Murga; V. Títeres y cuentos de colores; VI. Rincones: "El Miedo"; VI. Actividades para unidades didácticas; VIII. Juego: "Sigue la Bola"; IX Taller Globalizado: "Rumbo a lo Desconocido"; X. Taller: "Érase

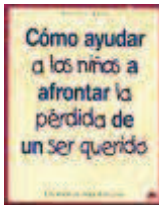
una vez..."; XI. Taller: "Mira, Mira... ¿Qué Ves?"; XII. Proyecto: "El Entierro de la Mascota"; XIII Escuela de Padres y Madres. *Recursos didácticos. Respuestas curriculares paliativas para una eventualidad trágica*: I. Acercamiento a la eventualidad; II. El discurso educador de los adultos: Una primera aproximación a las respuestas de padres y madres, maestros/as y equipos de orientación educativa y psicopedagógica; III. Pautas de intervención. *Dichos, hechos y trechos. Curiosidades para pensar*: I. Denominaciones, refranes y dichos populares; II. De mitos, cuentos y otros inventos; III. Se ha dicho... *Conclusión. Anexos. Índice de figuras. Bibliografía citada y consultada.*

La muerte y el duelo en el contexto educativo.

Reflexiones, testimonios y actividades. Concepció Poch, Olha herrero. 2003. Paidós. Barcelona. 207 págs.

Las autoras del presente libro Concepció Poch licenciada en filosofía y master en psicopedagogía y Olga Herrero doctora en psicología, revelan lo importante de una formación adecuada que atienda al sufrimiento y el impacto de la muerte de las personas, por ello y fruto de la necesidad de que educadores, padres, pedagogos, psicólogos y profesionales de la salud, tomen consciencia de la necesidad de tratar, en los distintos niveles educativos, el tema de la muerte y el duelo, nos proponen un recorrido de reflexión y de posibles respuestas a los distintos interrogantes: ¿Cómo afecta a la educación la "sutil" discreción existente en torno a la muerte y el hecho de morir?, ¿Por qué nos planteamos "educar para la muerte"? ¿Y para qué? ¿Cómo explicar a los niños la experiencia de la muerte y hacer frente a sus preguntas?, ¿Cómo se trata la muerte en los currículos educativos?, ¿Cómo dar la noticia de la muerte de un ser querido para él a un niño o a un adolescente?, ¿Cómo elaboran los duelos los adolescentes, los niños y los adultos?. El presente trabajo viene a contribuir de modo importante en ese espacio educativo de la pedagogía de la vida y de la muerte como una formación más, integradora, aportando a su vez testimonios y propuestas educativas a modo de estrategias de enseñanza-aprendizaje útiles que fomenten la reflexión personal y la práctica profesional.





Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Kroen, William C. 115 págs.

Este libro es un manual dirigido a padres, maestros y cualquier persona que se ocupe de un niño que está llorando la pérdida de un ser querido. Usando un lenguaje claro, conciso y sencillo, el autor ofrece consuelo, compasión y sólidos consejos a cualquier adulto que esté ayudando a un niño a afrontar la muerte de uno de los padres, de un hermano o de algún ser querido. Ilustrado con anécdotas sobre casos reales, el libro explica cómo los niños perciben la muerte y reaccionará ante ella. William Kroen nos sugiere de qué modos podemos responderles según las distintas edades y etapas, y nos describe unas estrategias concretas para orientarlos y apoyarlos durante el proceso de duelo: desde los primeros desoladores días hasta que el niño conmemora al ser querido y finalmente sigue adelante con su vida. Un manual sumamente útil dirigido a los padres, maestros y a cualquier persona que se ocupe de un niño que llora la muerte de un ser querido. Kroen entretiene la obra con casos reales de niños y presenta su contenido con integridad y sensibilidad. No existe una fórmula mágica para superar una pena profunda rápidamente y de manera indolora, sino que más bien hemos de recurrir a lo que hemos aprendido de los estudios y las investigaciones científicas que se han llevado a cabo, y de la tradición y la observación, y añadir después una buena dosis de sentido común. Este libro refleja el conocimiento, la sabiduría, la compasión y la experiencia de científicos sociales, cuidadores profesionales, padres y otros adultos que han reflexionado profundamente sobre este tema para ayudar a los niños a superar la muerte de un ser querido y que han trabajado estrechamente con ellos.

Kroen escribe (2002:13) Ser capaz de comprender la muerte, de atravesar las etapas del duelo de una manera sana, y seguir viviendo con eficacia, es esencial para el bienestar del niño. Poder llorar la muerte de un ser querido adecuadamente y afrontar la pérdida antes de que se produzca, en el momento en que ocurre y sobre todo después, hace que el niño crezca sin sentirse culpable, deprimido, enojado o asustado. Cuando ayudamos a nuestros hijos a curarse del dolor que produce la herida emocional más profunda de todas –la muerte de un ser querido– los estamos dotando de unas capacidades y una comprensión importantes, que habrán de servirles para el resto de sus días.

El libro se estructura en seis apartados:

- Respuestas rápidas a preguntas comunes
- Comprendiendo la muerte
- El duelo
- La conmemoración
- La vida sigue
- Cómo encontrar ayuda

¿Cómo se lo decimos a los niños? Olshaker, Bennett. 230 págs.

El autor, pediatra y especialista en psiquiatría infantil, dedica este libro a los padres que desean educar a sus hijos en base al sentido común. Incluye el mismo, sugerencias y consejos que se basan en un profundo conocimiento de la mentalidad de los niños, los pensamientos y preocupaciones que motivan sus preguntas. Presenta respuestas que ayudan a elaborar una filosofía y un estilo de vida que puede apoyar a los adultos en sus responsabilidades como padres y educadores. Recomendado a cualquier persona que trate con niños.



Consejos para niños ante el significado de la muerte. Wolfelt, Alan, 103 págs.

Consejos para jóvenes ante el significado de la muerte. Wolfelt, Alan. 101 págs.



Ambos libros profundizan en los sentimientos y momentos dolorosos que viven niños y niñas, y adolescentes cuando quien quieren muere.

Por ello que invitan mediante su lectura a que dichos acontecimientos se exterioricen mediante la lectura y la reflexión, lo cual beneficia indudablemente a los ojos del autor. También intentan acercar al lector al entendimiento de la experiencia dolorosa desde la aproximación de consejos prácticos e ideas simples para dicho viaje personal. En ambos textos escribe, de forma breve 100 consejos para trabajar el tema de la muerte y el duelo de un ser querido con niños y jóvenes respectivamente. Estos consejos consisten en una serie de actividades que pueden realizar los niños y/o jóvenes y que nosotros hemos agrupado en cuatro categorías, según sean consejos relacionados con:

- Expresión de emociones y sentimientos
- Superación del duelo
- Calidad de vida y el aprender a vivir plenamente
- Aplicación didáctica en el aula

En el libro que ofrece consejos a los niños, después de una descripción breve del consejo les propone que escriban o dibujen lo que sienten sobre ello, en el caso del volumen de los jóvenes se hace más extenso y explicativo el consejo a la vez que al final propone una actividad práctica de la expresión de ese consejo. Creemos que este tipo de material puede resultar interesante como material de trabajo para el educador.

A continuación os presentamos dos tablas, donde aparecen reflejados los consejos de Alan Wolfelt para trabajar con niños y jóvenes, ya que consideramos pertinente que pueda servir de ayuda a familiares, maestros, educadores, psicopedagogos o terapeutas... para trabajar el tema de la muerte o el duelo.

- Tienes derecho a sentir lo que sientes
- Tienes derecho a estar contento
- Llorar
- Diles a tus amigos y a tu familia que les quieres
- Abraza a alguien
- Coge de la mano a alguien
- No pienses que tienes que ser fuerte
- Si te sientes más triste de lo normal díselo a alguien
- Expresa tu dolor jugando
- Ayuda a tu familia a expresar su dolor
- Si estás enfadado/a golpea una almohada o haz un dibujo que refleje ese enfado
- Si estás asustado/a habla con alguien sobre lo que te da miedo
- Si te sientes culpable coméntaselo a un adulto
- Si te sientes alivado/a háblalo con un adulto
- Si te has portado mal habla con un adulto
- Habla con tu profesor o un adulto en quien confies
- Habla con tus abuelos
- Habla con tus hermanos

- Habla con un amigo
- Habla de la persona que ha muerto
- Piensa en toda la gente que quieres

Superación del duelo

- Aprende a diferenciar entre duelo y dolor
- Tómatelo con calma
- Comprende la seis cosas necesarias para respetar el duelo: acepta la muerte, recuerda que tienes derecho a estar triste, recuerda a la persona que ha muerto, acepta que ahora tu vida es distinta, piensa en lo que ha pasado, deja que los demás te ayuden ahora y siempre.
- Encuentra un escondite para el dolor
- Ve a la iglesia o lugar de culto de tu familia
- Escribe una carta a la persona que ha muerto
- Haz un libro de recuerdos
- Construye una caja de recuerdos
- Agárrate a algo que perteneció a la persona que ha muerto
- Reza
- Mira fotos de la persona que ha muerto
- Únete a un grupo de apoyo
- Habla con otros niños que han sufrido una pérdida
- Habla con un psicólogo
- No te asustes con las oleadas de dolor
- Hazte a la idea de que en los días especiales te sentirás peor
- Ve al cementerio
- Sal con gente que te haga sentir bien y seguro
- Entiende que el dolor durará mucho tiempo
- Créete que algún día aprenderás a aceptar el dolor

Calidad de vida y aprender a vivir plenamente

- Duerme el tiempo que necesites
- Come alimentos buenos para ti y prueba algo diferente de vez en cuando
- Bebe mucho agua
- No pases demasiado tiempo solo
- No veas demasiada televisión
- Juega con tu mascota
- Cuida de una planta
- Ordena tu habitación
- Nunca hagas algo que pueda hacerte daño a ti o a los demás

- Convéncete de que la gente te quiere
- Valórate
- Contempla el amanecer/atardecer
- Sal a jugar
- Haz el payaso
- Ríete
- Haz algo que se te de bien
- Haz algo que no se te de demasiado bien
- Haz algo que le hubiera gustado a la persona que ha muerto
- Escucha y disfruta de la música
- Haz una lista de las cosas buenas de tu vida
- Apúntate a algún club
- Pide un deseo
- Haz algo bonito por otra persona
- Invita a unos amigos a dormir en tu casa
- Aprende algo nuevo
- Sonríe
- Contempla el cielo
- Sueña con tu futuro

Actividades para aplicar en la escuela

- Escribe un diario
- Dibuja tus sentimientos
- Baila
- Haz deporte
- Juega
- Escribe una carta a la persona que ha muerto
- Escucha música
- Escribe un poema
- Haz una lista de las cosas buenas de tu vida
- Escribe un cuento
- Lee un libro
- Canta
- Haz un regalo

Consejos para niños ante el significado de la muerte. Adaptado del texto de Wolfelt (2003).

- Tienes derecho a sentir lo que sientes
- Tienes derecho a estar aturdido
- Llorar
- Expresa tu ira de forma constructiva
- Admite tus sentimientos
- No te asustes con las “oleadas de tristeza”
- Hazte a la idea de que habrá ciertos días en los que estarás afligido

Superación del duelo

- Comprende la diferencia entre duelo y dolor.
- Comprende la idea de aceptación.
- Asiste al funeral o la ceremonia por la muerte de la persona que ha fallecido.
- Comprende los seis requisitos del duelo: acepta que la muerte es real, no te impidas sentir el dolor de la pérdida, recuerda a la persona que ha muerto, desarrolla una nueva identidad, piensa sobre el sentido de la vida, deja que los demás te ayuden ahora y siempre.
- Explica cómo sucedió la muerte una y otra vez si lo necesitas.
- Menciona el nombre de la persona que ha muerto.
- Guarda un recuerdo de la persona que ha muerto.
- Vive a cámara lenta.
- Despréndete de los mitos destructivos sobre el duelo y el dolor: tienes que ser fuerte y seguir adelante, las lágrimas son un signo de debilidad, tienes que reponerte de tu dolor, ahora eres el hombre o la mujer de la casa, no se debe hablar de la muerte.
- En vez de alejarte del dolor, ve a su encuentro
- Hazte a la idea de que tendrás todo tipo de sentimientos: te sentirás triste, desconcertado, culpable, con miedo o incluso aliviado y feliz. Todos esos sentimientos son normales.
- No esperes que el duelo sea de una forma concreta ni que dure un tiempo fijo.
- Sé consciente de que tu relación con la persona que ha muerto era única.
- No te exijas demasiado
- Déjate llevar
- Rinde un homenaje a la persona que ha muerto
- Ve al cementerio
- Ve a un lugar de culto
- Reza
- Pregunta a los demás por la pérdida de sus seres queridos
- Recuerda los buenos tiempos
- Guarda tus recuerdos en un libro o en una caja

- Explica tus recuerdos
- Acuérdate de las personas que tenían una relación especial con la persona que ha muerto
- Identifica tus necesidades y pide ayuda
- Apóyate en tus amigos
- Recurre a tu fe
- Recurre a tu familia
- Ayuda a tu familia en su duelo
- Acude al psicólogo escolar
- Participa en un grupo de apoyo
- Pasa tiempo a solas
- Comprende que la curación es lenta
- Date tiempo
- Esfuérzate por madurar con la experiencia del dolor de la pérdida
- No hagas caso de los consejos que te hacen daño

Calidad de vida y aprender a vivir plenamente

- Duerme el tiempo que necesites
- Come alimentos sanos
- Bebe mucha agua
- Ríete con tus amigos
- Si tienes un animal de compañía, deja que te consuele
- Planta un árbol
- Emprende una misión
- Hazte voluntario
- Haz algo divertido y dedícaselo a la persona que ha muerto
- Sal de excursión con la persona que ha muerto
- Sé consciente de que el espíritu de la persona que ha muerto está contigo
- Haz algo que se te de bien
- Haz algo que no se te de tan bien
- Haz algo para superarte
- Haz algo que a la persona que ha muerto le gustaba hacer
- Sal a dar un largo paseo
- Contempla el amanecer/atardecer
- Rodéate de aromas
- Redecora tu habitación
- Enciende una vela
- Compra un póster nuevo
- Pon una planta en tu habitación

- Cuida tu cuerpo
- Escribe una carta a la persona que ha muerto
- No utilices la tecnología para escaparte de la realidad: Televisión, juegos de ordenador, videojuegos, Internet.
- Vive plenamente
- Simplifica tu vida
- Ve el mundo desde un punto de vista nuevo
- Disfruta de la expresión creativa de los demás
- Toca a los demás
- No intentes calmar el dolor de formas poco saludables
- Sé consciente de que te quieren
- Sé consciente de que quien ama a alguien sufrirá por su muerte
- Haz planes y márcate objetivos
- Piensa en todo lo bueno que tiene la vida
- Pide un deseo

Actividades para aplicar en la escuela

- Expresa tus sentimientos de diferentes formas: dibujando, bailando, escribiendo, haciendo teatro.
- Haz deporte
- Lee
- Escribe una carta a la persona que ha muerto
- Cartéate con alguien
- Escucha música
- Haz una lista de las cosas buenas de tu vida

Consejos para jóvenes ante el significado de la muerte. Adaptado del texto de Wolfelt (2003).

Creemos imprescindible incluir la bibliografía más aconsejable de Elisabeth Kubler-Ross como una de las representantes más importantes de la tanatología, ya que su obra debe ser un referente para cualquier agente educativo que quiera introducirse en el tema de la educación para la muerte.

2. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA DE ELISABETH KUBLER.



1. KÜBLER-ROSS, E. (1969) *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo. Barcelona. De obligada lectura para quienes quieren adentrarse en el mundo del morir humano. Libro o clásico sobre la muerte y los moribundos más conocido, difundido y leído. Probablemente fruto de haber sido de los libros pioneros en cubrir la carencia que existía sobre el tema que aborda. Primero hace un acercamiento en su primer capítulo un abordaje sobre el miedo a la muerte (págs. 13-24). Para continuar con las actitudes con respecto a la muerte y al moribundo mediante la comprensión de los sentimientos los cuales los aborda a lo largo de los distintos capítulos a modo de fases: 1. Negación y aislamiento; 2. ira; 3. Pacto; 4. Depresión; 5. Aceptación. (págs. 59-178) Dedicando a continuación un capítulo a ese sentimiento recurrente a lo largo según la autora de todas las fases que es la esperanza (págs. 179-201). Ya en el capítulo 9 se aborda el crucial tema de la familia y el paciente (págs. 203-232) para continuar con algunas entrevistas con pacientes moribundos (págs 233-305) valiosas para un acercamiento al sentimiento de muerte humano. En el capítulo 11 la autora nos acerca a las reacciones que se suscitaron ante el seminario sobre la muerte y los moribundos (págs. 307-336). En el último capítulo "terapia del enfermo de muerte" la autora a la vista de todo lo anterior nos lleva a entender que el paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos el tiempo para sentarnos, escuchar y averiguar cuales son, dándole a este proceso valor sobre todo de tipo relacional y de trabajo personal (págs. 337-346). Incluye al final una bibliografía importante por orden alfabético de autores de 169 referencias de libros y artículos (en inglés).

2. KÜBLER-ROSS, E. (1973) *La agonía como acontecimiento humano-psicológico*. Traducido por Santidrian, P. R. La conocida y profesional preocupada por la necesidad de que reflexionemos sobre la agonía como acontecimiento humano y psicológico, nos adelanta que los pacientes saben que se están muriendo y pueden informarnos de la proximidad de su muerte. Pasan por lo que denomina la autora etapas de la agonía y saben "hacer el juego", es decir que notan enseguida quienes son capaces de hablar con ellos, quienes se mantienen en silencio y quienes son

capaces de enfrentarse con la realidad. Elisabeth nos refiere que si podemos aceptar las necesidades de nuestros pacientes y no proyectamos las nuestras, entonces el moribundo llegará entonces hasta la fase final de verdadera aceptación. Nadie mejor que el moribundo puede ayudarnos a superar nuestro miedo y llegar a la aceptación de nuestra propia finitud, llenos de esperanza, años antes de que tengamos que morir. Este es el regalo que nos hacen si no los abandonamos en el momento de esta crisis.

3. KÜBLER-ROSS, E. (1974) *Como morimos. Entrevista realizada a Kübler-Ross. Revista Catechistes. nº 99. pág. 43-48.* Elisabeth Kübler-Ross nos acerca sus respuestas a preguntas en torno a la muerte y los moribundos. Las preguntas son: ¿Qué pueden hacer los sanos para ayudar a los moribundos?, ¿Se debe decir a un moribundo que está a punto de morir?, Sin embargo ¿Usted aconseja no crear esperanzas ilusorias de curación?. ¿Por qué los sanos tienen miedo a la muerte? Usted sugiere que lo importante en la relación con el moribundo no son las palabras que se dicen sino, sobre todo, la actitud que se asume... ¿Existen personas verdaderamente piadosas que pasen sólo por algunas de las etapas del morir, que usted describe, y que mueran en calma?. ¿Ha podido comprobar si el celibato es un factor positivo o negativo para un sacerdote o religiosa que trabajen con enfermos?. ¿Es difícil encontrar al sacerdote ideal para ayudar a los moribundos?

4. KÜBLER-ROSS, E. (1974) *Questions and answers on death and dying. McMillan Publishing Co. New York. (1998) Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Ediciones Martínez Roca. Barcelona.* Este trabajo de la Dra. E. Kübler-Ross realizado hace dos décadas, profundiza en las preguntas que son planteadas con más frecuencia acerca de la muerte de las personas cercanas. De reciente edición en España, es una referencia importante para profesionales de la salud, religiosos, asistentes sociales, conductores de ambulancias, directores de funerarias y cualquier persona que esté interesada en el tema o tenga que afrontar el trance de la muerte de un ser querido. El objetivo de esta obra es pues aclarar dudas y responder a las preguntas que con mayor frecuencia plantean moribundos y sus familiares. Se divide la presente obra en 13 capítulos que son: 1. El enfermo terminal; 2. Formas especiales de comunicación; 3. Enfermedades terminales y suicidio; 4. Muerte súbita; 5. Prolongación de la vida; 6. ¿dónde se

encuentran mejor los pacientes terminales?; 7. Problemas en la familia después de la muerte; 8. Funerales; 9. Sentimientos de la familia y el personal sanitario; 10. Otros problemas del personal sanitario; 11. Vejez; 12. Preguntas sobre el humor, temor, fe, esperanza; 13. Preguntas personales.

5. KÜBLER-ROSS, E. (1976) *Lecciones de la agonía*. Pág. 14-24. En *Sociología de la muerte*. Tribuna Médica. Madrid. La autora nos indica que a pesar que las profesiones médica y de enfermería atienden desde hace muchísimo tiempo a los pacientes que sufren su última enfermedad, no sólo ha habido muy pocos escritos, sino también una tremenda falta de enseñanza en el campo de la asistencia a los moribundos. Explica como se decidió a trabajar con los moribundos desglosando el texto en varios apartados: 1. Hablar del morir, 2. Aceptación y paz, 3. El gran papel del médico, 4. Un miedo universal. Resume las lecciones que según la autora de entrevistar a cientos de pacientes moribundos.



6. KÜBLER-ROSS, E. (1989) *La muerte, un amanecer*. Luciérnaga. Barcelona. La presente obra está compuesta por tres conferencias, un material único dentro de la obra de Elisabeth Kübler-Ross; se leen y entienden muy fácilmente pero probablemente, para muchos, resultarán, enormemente difíciles de digerir. Cuanto más aferrado este nuestro pequeño ego a sus propios miedos y razonamientos, más difícil nos será abrirnos a lo que Elisabeth expone y aceptarlo, al menos, como posible. Sea cual fuere nuestra reacción intelectual, lo cierto es que este libro, como toda la obra de Kübler-Ross, es un testimonio de amor personal que ella pregona. Un amor que se atreve más allá de lo razonable y conveniente, un amor que trasciende los límites de la propia muerte y, en aras de la Verdadera Vida, se desborda...

7. KÜBLER-ROSS, E. (1981) *Fuera del cuerpo*. Entrevista realizada a la autora por TAYLOR, P.; INGRASCI, R.; págs. 133-141. En *La muerte y el morir. Desafío y cambio*. Editado por FULTON, R.; MARKUSEN, E.; OWEN, G.; SCHEIBER, J. L.; Fondo Educativo Interamericano. Puerto Rico. La entrevista se realiza en base a unas declaraciones que realizó la autora publicadas en la revista New Age (Nueva época), en una conferencia de Salud General en el año 1980, bajo el título: "la muerte no existe".

A lo largo de la entrevista se profundiza en los fenómenos que no se pueden entender mediante el pensamiento científico de hoy: experiencias espontánea de estar fuera del cuerpo. Responde a preguntas amplias, tales como: ¿Qué experiencias ha tenido al trabajar con niños moribundos? ¿Pasan por las cinco etapas del morir que usted ha escrito en sus libros?, ¿usa actualmente técnicas extracorpóreas?, ¿qué quiere decir Shanti Nilaya?.

8. KÜBLER-ROSS, E. (1981) Entrevista a una joven de 17 años; pág. 171-175. En *La muerte y el morir. Desafío y cambio*. Editado por FULTON, R.; MARKUSEN, E.; OWEN, G.; SCHEIBER, J. L.; Fondo Educativo Interamericano. Puerto Rico.

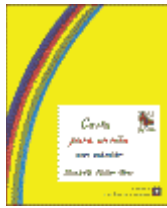
El artículo ofrece una penetrante mirada a la mente de una joven que se enfrenta a una muerte prematura debida a una enfermedad incurable de la sangre. Su entrevista revela varias percepciones que están relacionadas con nuestra comprensión de los pacientes moribundos. Sobre todo vemos la importancia de la comunicación afectuosa y del apoyo de la familia y del personal. La joven aprecia la oportunidad de compartir sus sentimientos en una atmósfera de confianza y de preocupación por ella. La aceptación de su condición es facilitada también por las creencias religiosas, las cuales incluyen el convencimiento de que Dios tiene un propósito, así como la su propia supervivencia espiritual después de la muerte física.



9. KÜBLER-ROSS, E. (1991) *Vivir hasta despedirnos*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona.

En el presente ejemplar la autora, conocida mundialmente por su trabajo con los enfermos en situación terminal, nos ofrece no solamente enseñanza, sino también un testimonio gráfico de algunos de sus pacientes. El propósito del presente libro es, pues, enseñar lo que sucede a los seres humanos, jóvenes o viejos, cuando se encuentran con que un mal los destruye por dentro, pero, a pesar de ello, pueden resurgir de la misma manera como una mariposa sale de su capullo, con sentimientos de paz y libertad, no sólo dentro de ellos mismos sino también de los que tienen la voluntad de compartir con ellos sus últimos momentos y la fuerza de decir adiós, sabiendo que, asimismo, cada despedida incluye una bienvenida.

Cada uno de los pacientes escogidos reaccionó de una manera diferente a su enfermedad y tenía un sistema diferente que los mantenía vivos, pero todos tuvieron la fuerza de aceptar su enfermedad sin temor al final, sin ninguna culpa, sin ningún sentimiento de dejar algo por hacer, incompleto. Los únicos enemigos del hombre son el miedo y la culpabilidad, pero si podemos afrontar nuestro propio miedo, nuestros errores y asuntos pendientes, conseguiremos tener más respeto y amor propios, y tendremos más valor para luchar contra cualquier tormenta que nos sacuda. La autora espera que esta aventura común con las fotos de sus pacientes, magistralmente realizadas por Mal Worshaw, lo diga todo, ya que no hay necesidad de muchas palabras para describir lo que sucede en ellos. Tan importante es el texto como las imágenes. Ambos pueden darnos nuevas ideas sobre como acercarse y preparar esta despedida que debe ser un diálogo entre los que van a partir y sus familiares, conduciéndoles a la aceptación de la inevitabilidad de la muerte.



10. KÜBLER-ROSS, E. (1991) *Carta para un niño con cáncer*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona.

Carta publicada por Shanti Nilaya, escrita en respuesta a un niño de nueve años enfermo de cáncer, que escribió a Kübler-Ross preguntándole tres cosas: ¿Qué es la vida?...¿Qué es la muerte?...¿Y por qué tienen que morir los niños?. La autora escribió una carta sencilla con los colores del plumier de su hija. Su respuesta fue muy positiva. Se sintió muy orgulloso de tener un libro escrito e ilustrado especialmente para él, por Elisabeth. No sólo lo compartió con otros niños, sino también con los padres de otros niños muy enfermos. Dougy dio permiso para imprimirlo y, a través de Shanti Nilaya, difundirlo para ayudar a otros niños a comprender estas preguntas tan importantes.



11. KÜBLER-ROSS, E. (1992) *Recuerda el secreto*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona.

Este es el primer libro que escribe la conocida autora para niños, en él hay tristeza pero también superación y sabiduría. Podemos considerarlo un libro maravilloso para que niños y adultos aprendan acerca de uno de los temas básicos de la vida. Esta bella historia trata de amor y de pérdida. Suzy y Peter están unidos entre sí por una gran amistad que comparten también con sus compañeros

invisibles, Teresa y Willy. Juegan juntos y son felices a pesar de las burlas que Peter y Suzy sufren de sus amigos imaginarios. Repentinamente los dos niños tienen que enfrentarse a la realidad de la muerte. El modo en que ambos ganan comprensión de ellos mismos y de su universo.



12. KÜBLER-ROSS, E. (1992) *Los niños y la muerte*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona.

El presente trabajo de la Dra. Kübler-Ross, es el complemento final a su obra y está basada en la época que trabajó exclusivamente con niños, y ofrece a las familias de niños enfermos o ya fallecidos, la ayuda y la esperanza necesarias para sobrevivir. En un lenguaje sencillo y cálido Elisabeth nos habla de los miedos, dudas, confusión y angustia de aquellos padres confrontados con una enfermedad terminal o con la muerte súbita de un hijo. Se divide el libro en los siguientes apartados: 1. Pensamientos (9-14); 2. El comienzo de la vida (15-42); 3. La muerte súbita (43-66); 4. Lesiones cerebrales y estados de coma (67-78); 5. Forma natural de preparar a los niños para la vida (79-100); 6. El duelo, catalizador para el crecimiento y la comprensión (101-126); 7. Niños desaparecidos, asesinados y suicidio infantil (127-150); 8. Tratamientos alternativos: la visualización (151-164); 9. Cuando los niños saben que van a morir (165-188); 10. Como pueden ayudar los amigos (189-216); 11. Los funerales (251-264); 13. Aspectos espirituales del trabajo con niños moribundos (265-292); 14. Recursos: grupos y sistemas de apoyo (293-295).

13. KÜBLER-ROSS, E. (1992) *No hay ningún niño que no se de cuenta de su muerte inminente*. Labor Hospitalaria. Nº 225-226. Julio-Diciembre. Vol. XXIV, págs. 258-261. Barcelona.

Extracto de un coloquio mantenido con la doctora Elisabeth Kübler-Ross con motivo de su visita a la Unidad de Cuidados Paliativos pediátricos del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, en ella responde a las siguientes preguntas en un lenguaje sencillo y cálido: ¿Cómo podemos concebir la muerte de los niños terminales y aportarles la ayuda más eficaz?; ¿Cómo percibe y vive el niño el conocimiento de su muerte, según su edad?; ¿Y qué respuesta obtiene el niño con el ejemplo del gusano y la mariposa?; ¿debemos avisar a los hermanos del niño que se está muriendo de todo cuanto acontece con respecto al niño terminal? ¿Hay que decirles siempre toda la verdad?; ¿y los padres cómo reaccionan ante la enfermedad

de un hijo?; ¿podemos añadir que usted tiene o sigue alguna metodología que permita a los médicos y enfermeras disponer de una mejor preparación para atender a los niños terminales y a sus familias?; ¿Tiene usted alguna razón específica por la que nos podría explicar el por qué nos impresiona tanto la muerte a los profesionales de la salud?; ¿qué importancia tienen los voluntarios en las unidades de cuidados paliativos?

14. KÜBLER-ROSS, E. (1995) *Morir es de vital importancia*. Luciérnaga. Barcelona. Libro que agrupa conferencias pronunciadas por la autora en Barcelona (1992) "*Niños*"; Estocolmo (1980) "*Morir es de vital importancia*"; Washington (1982) "*Sanar en nuestros días*". Así como una entrevista que se le realizó sobre el tema: "SIDA, amor y vida". En la que aborda mediante una reflexión profunda la situación mundial de hombres, mujeres y niños con SIDA, los mitos y tabúes que han generado las sociedades desde que apareció en 1980, los modelos de curación y nuestra actitud ante ellos. Como problema multidimensional, no describiéndolo como una enfermedad causada por un virus, sino que se han dado unas características que han hecho que "La Madre Tierra esté enferma". Cada uno puede sanar a su manera, mediante un amor incondicional, aceptando sin juzgar a los demás. Nadie puede vivir sin esperanza, pero esperanza no quiere decir sanación, tratamiento o prolongación de la vida.

Kübler-Ross refiere que hemos de abordar la vida de otro modo, empezar a enseñar a toda una nueva generación y que la prioridad número 1 es el AMOR y en tú tiempo, no mi tiempo. Desde la sinceridad y no desde la pretensión. De ahí el nombre de su libro "*SIDA, la última oportunidad*" sí, esa última oportunidad de aprender el amor de la humanidad liberándonos del miedo que nos destruye. Elisabeth hace una reflexión sobre su vida y el sentido de ella hasta encontrar las claves que hacen crecer el concepto de vida. Esa especie de tarta con sus cuatro cuadrantes: el físico, emocional, intelectual y el espiritual o también llamado intuitivo. Aborda el significado del lenguaje simbólico y verbal de acuerdo con la teoría de Jung.



15. KÜBLER-ROSS, E. (1996) *Conferencias*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. El presente trabajo, publicado en 1995, con el título *Morir es de vital importancia*, incluye algunas conferencias, junto con la que pronunció en 1992

en Barcelona, además de la entrevista: *SIDA, amor y vida*. En la presente edición, corregida y aumentada, se incluyen las conferencias que la autora pronunció en Suecia y en Estados Unidos: *Morir es de vital importancia* (Estocolmo, 1980); *El capullo y la mariposa* (Estocolmo, 1981); *Sanar al finalizar este siglo* (Washington, 1982); *Decir que sí* (Edgar Cayce Foundation, Virginia Beach, 1985); Conferencia de Barcelona (Barcelona, 1992); *SIDA, amor y vida* (Entrevista, Virginia, 1989). Epílogo de la edición sueca. El lector encontrará a lo largo de su lectura algunas repeticiones, inevitables por ser la transmisión de pensamientos y experiencia de la Dra. Kübler-Ross. La presente editorial que ha publicado 4 libros de Elisabeth, ha preferido en la actual edición publicarla en su integridad en el intento de conservar la fuerza, espontaneidad, frescura y unidad presentes en cada una de las conferencias.



16. KÜBLER-ROSS, E. (1997) *La rueda de la vida*. Ediciones B. Barcelona.

La autora, quien no necesita presentación, sintiéndose cercana a su propia muerte tras setenta y dos años de vida intensa y dura, ha decidido escribir estas memorias y recordar junto a los lectores los pasos importantes que han marcado su trayectoria personal y profesional, desde su infancia en Suiza hasta las cátedras de las mejores universidades americanas. El magnifico resultado de este esfuerzo es el presente libro, singular como ella misma, donde la autora nos acerca comentarios de su vida fáciles de malinterpretar si son descontextualizados. Elisabeth Kübler-Ross nos acerca el libro de su vida, del que sobresale el poder del amor incondicional capaz de guiarnos cuando abandonemos la tierra en busca del hogar definitivo: un remanso de paz.



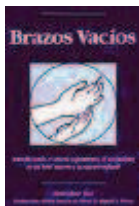
17. KÜBLER-ROSS, E. (2000) *Todo final es un luminoso principio*. Ediciones Sirpus. Barcelona.

Con un lenguaje poético y con fotografías que documentan la metamorfosis de las mariposas, Kübler-Ross nos invita a una profunda reflexión sobre la muerte y el duelo. La autora ha encontrado en la imagen de la transformación de la mariposa una nueva puerta al mundo de los pensamientos de los enfermos terminales. Las diferentes fases de una mariposa simbolizan las diversas etapas de la vida humana. Éste es un delicado libro de regalo que no sólo interesará a los seguidores de Kübler-Ross, sino también a las personas con sensibilidad y a las que precisan apoyo y ánimo.



18. KÜBLER-ROSS, E., KESSLER, D. (2003) *Lecciones de Vida*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. Ambos autores son expertos en la muerte y en el morir y nos enseñan acerca de los misterio de la vida y el vivir. En este libro, que puede transformar nuestra vida, nos guían a través de las lecciones que necesitamos aprender para, en cada momento, poder vivir la vida en su máxima plenitud. Muchos años de trabajo con enfermos terminales han demostrado que ciertas lecciones se repiten una y otra vez y por encima de todo, cuando debemos enfrentarnos a una pérdida, el amor es el sentimiento que prevalece por encima de todo.

3. BIBLIOGRAFIA SOBRE EL DUELO PERINATAL Y NEONATAL



Brazos Vacíos: Sobrellevando el aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto y la muerte infantil.

ILSE, SHEROKEE. ARCENE APPELBAUM, 1982. IMPRESIÓN 22. TRADUCCIÓN: PINZÓN DE PÉREZ, H.; PÉREZ, M. A. 97 páginas.

Tal como dicen los traductores, *las historias de la autora en este libro son un reflejo de la realidad de muchas parejas...este libro describe la intensidad del dolor generado por la pérdida de los que amamos*. Con más de 150.000 copias, Brazos Vacíos, trata de ofrecer ayuda en el proceso de duelo tras la pérdida de un hijo (aprendiendo acerca de la muerte de un bebé, decisiones que se tienen que tomar inmediatamente, los primeros días y semanas, después de que ha pasado un tiempo, ganando perspectiva y encontrando esperanza, lo que los familiares y amigos pueden hacer, ...), añadiendo comentarios personales de la autora. Incluye apartado de bibliografía comentada.

Consuélanos, Dios Nuestro Bebé Murió: Un libro de oraciones para familias.

NORMAN E. HAGLEY, D. CENTERING CORPORATION, 1999. 20 páginas. Mediante 14 oraciones diferentes (oración de una madre en tiempo de separación, oración de una que tiene niños en casa, oración de una madre al sentirse culpable por enojo...), el pastor Norman Hagley, pretende que *Dios oiga sus oraciones y les dé paz y consuelo poco comunes*.





Cuando el embarazo termina en pérdida: Nuestras historias. FALDET, R.; FITTON, K. PSICOLOGÍA/PÉRDIDA Y SUPERACIÓN.- FAIRVIEW PRESS, 2003. 203 páginas. *Cuando el embarazo termina en pérdida* nos transmite los sentimientos, emociones y experiencias de pérdida perinatal de unos cincuenta contribuyentes mediante sus relatos y poemas. Útil para reconocernos en otros que han sufrido experiencias similares.

Cuando Hola Significa Adiós. *Una guía para los padres del niño que fallece antes, durante, o poco después del parto.* PAT SCHIWIBERT, PAUL KIRK. PERINATAL LOSS, 1981. 3ª EDICIÓN, 2001. 47 páginas. Enriquecido con poesías y testimonios, nos ofrece un texto de autoayuda para padres y madres, abordando, entre otros, desde síntomas físicos y emociones hasta temas como la autopsia o como escoger la funeraria. A partir de su segunda edición (1985), incluye imágenes fotográficas a fin de facilitar a los padres a *percibirse con su hijo y ayudarles a crear su experiencia*. Incluye bibliografía comentada, profesionales que le pueden ayudar, ...



Aborto espontáneo. Un libro para los padres. JHONSON, J.M; BOCK, R; DANNEN, C; HASSLINGER, M; JAEGLY, P; SMITH, S. CENTERING CORPORATION, 1983. REVISADO 2002. 16 páginas. *El choque emocional y el miedo que provoca el tener un aborto espontáneo, son abrumadores. Se sufre un dolor físico intenso y uno se da cuenta que no hay nada que pueda hacer...* Explica y aconseja a los padres en el proceso de duelo tras la pérdida perinatal. Se detiene en cuestiones como: una unidad especial, por qué yo, papás, cómo relacionarse, su futuro, miedos, sentimientos, palabras y términos especiales,...

El Cuento De Thumpy: Un Cuento que Comparte Amor y Pena por Thumpy, el Conejito. DODGE, NANCY C. THE DOODLE - BUG PEOPLE, 1984. 2ª EDICIÓN, 1986. 19 páginas. Para niños o ser leído con niños. Ayudado por ilustraciones, cuenta la historia, en primera persona de un conejito que vive la pérdida de una hermana. Relata como Thumpy y su familia se van reconstruyendo tras la pérdida, sus dudas, preguntas y sentimientos; favoreciendo con la lectura, la comunicación del niño de sus sentimientos, reacciones y pensamientos en una experiencia similar.





Curando el Pesar. JENSE, A.H. MIDIC PUBLISHING, 1996. 2ª EDICIÓN. 24 páginas. *El pesar le cambiará, pero usted tiene el control sobre si los cambios serán para lo mejor o lo peor. Esto no tiene por qué ser el fin de su vida...* Desde la perspectiva de quien sufrió pérdidas importantes, da pautas de actuación para afrontar la muerte de un hijo, explorando las respuestas (conmoción, ira, culpa, tristeza...) y sus efectos (niños, matrimonio, pesar prolongado...). Termina con sugerencias para continuar progresando (Lámparas en el camino).

En Memoria De Mi Precioso Bebé. BEREAVENT SERVICES, 1996. TRADUCCIÓN: MEMORIES UNLIMITED Cuadernillo en memoria del bebé muerto. En forma de diario, ofrece la posibilidad de crear un espacio físico donde plasmar sentimientos y recuerdos del hijo fallecido. Incluye testimonios y consejos.



Ese Momentito: Para los padres que sufren la experiencia de perder un hijo o de que su bebe nazca muerto. JHONSON, JOY. CENTERING CORPORATION, 2002. 32 páginas. Recorre con testimonios y poemas la pérdida de un hijo, deteniéndose, mediante consejos sencillos en puntos como reconocer la realidad de la pérdida, antes de salir del hospital, guardar recuerdos, darle un nombre a su bebé,... afrontando situaciones reales que se producen tras la pérdida: planear el funeral, el adiós, como recobrase con la pareja, cómo incluir a los niños en el proceso (con guía conforme a la edad), la aflicción (ira, culpa, síntomas físicos,...), adaptarse a la nueva realidad,...

No Tendremos Un Nuevo Bebé. GRYTE, MARILYN. CENTERING CORPORATION, 1988. Revisión 2002. 12 páginas. *Para niños y niñas cuyo hermanito murió antes de nacer.* 10 relatos breves amenizados por ilustraciones de Kristi McClendon, desde la óptica de un niño que vive como su *hermanito* muere antes de nacer, destacando la relación con su *abuelita*, que de manera natural le contesta y aclara dudas. Incluye nueve sencillas pautas para ayudar a afrontar a un niño la pérdida de un hermano.





Una memoria demasiado temprana. Una guía para los padres que sufren un malparto. PAT SCHIWIBERT. PERINATAL LOSS, 2001. 58 páginas. *Hay muy pocos libros que se enfoquen en las necesidades de los padres que tienen que lidiar con una pérdida que no tiene memorias tangibles* (Pat Schiwibert). Va dando respuestas a preguntas que surgen en los padres tras la pérdida (por qué sufrimos después de un aborto, cómo puede una saber que necesita la ayuda de otros para sobrepasa el sufrimiento, por cuánto tiempo estaré sufriendo, dónde encontrar ayuda, cuándo volver a intentarlo,...).

4. BIBLIOGRAFÍA GENERALISTA SOBRE LA MUERTE Y EL DUELO



Elisabeth Lukas. En la tristeza pervive el amor. Ed. Paidós, 90 págs.

En este pequeño y valioso libro la Dra. Lukas nos plantea una nueva visión de duelo llena de sentido y significado, distinta a los psicologismos tradicionales o a las encasillantes teorías de los mismos, se presenta una nueva visión del dolor, no como un sentimiento sino como : *“el conocimiento de una pérdida valiosa”*, desde la cual el doliente adquiere una sabiduría especial que le dará paso a una profunda transformación interior.

Con esta óptica logoterapéutica la autora nos invita a abordar el tema desde un lugar diferente; desde el reconocimiento valioso de lo que hemos tenido, de lo que hemos compartido en nuestras vidas. El duelo, señala Lukas, *“es el precio que se tiene que pagar”* por las correspondencias amorosas compartidas. El dolor experimentado en el duelo es directamente proporcional, según esta teoría, a la cantidad de amor recibido-invertido en la relación que se llora. No hay manera de eliminar el dolor del duelo, es en él donde reside precisamente el enorme valor de la relación, es el espejo de nuestra riqueza, el lugar en el cual se eterniza el amor, explica bellamente la Dra. Lukas. Propone una serie de pasos para *“Resucitar desde duelo”*: 1.-Retiro a la calma. 2.-Enfrentamiento con la situación 3.-Lucha por una posición digna de vivir. 4.-Intensificación de la espiritualidad.

Esta obra aborda temas como el de la angustia, explicando que ésta condiciona el trabajo de duelo saludable. *La reparación de la culpa, liberación de la ira, aceptar la impotencia* son tratados con sencillez y algunos ejemplos ilustrativos.

Casi al final encontramos un capítulo que habla de la Creación, fundamentado en varios autores, Elizabeth Lukas, sostiene que ante la perfección de la Creación, no es posible que sólo exista el vacío y el sin sentido; idea que se refuerza con un brevísimo análisis literario de una obra de Iván Turguénev, en la cual el protagonista da testimonio de la sorprendente fuerza de obstinación del espíritu.

El ingrediente espiritual tan característico de la Logoterapia se encuentra presente en cada capítulo de esta pequeña obra que bien merece ser leída.

El poema de Herman Traub al final del libro nos despide dejando un agradable sabor de boca y un espacio para la reflexión. La Dra Lukas, psicóloga clínica y psicoterapeuta, fue discípula de Víctor Frankl, fundador de la Logoterapia.



Derrida, J. (2000) *Dar la muerte*. Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.

El autor (El-Biar (Argelia)1930- 2004), figura clave del pensamiento contemporáneo, fundador de la escuela filosófica conocida como deconstruccionismo. Profesor en universidades a ambos lados del Atlántico, como las estadounidenses Harvard, Yale o John Hopkins, así como en la Sorbona de París, sus obras han sido traducidas a los principales idiomas del mundo.

En la presente obra *Dar la muerte* nos acerca a que la memoria nos previene y nos detiene, nos ordena y nos requiere, nos asigna una herencia irrevocable. Nosotros podemos renunciar a dicha herencia, pero ésta sigue siendo irrenunciable y sigue dictando una determinada lectura del mundo, de lo que “un mundo” quiere decir. Incluso de la actual mundialización, de la confesión, del arrepentimiento y del perdón. Abraham, según sugiere la literatura de Kierkegaard, habría pedido perdón a Dios no por haberle traicionado, sino por haberle obedecido.

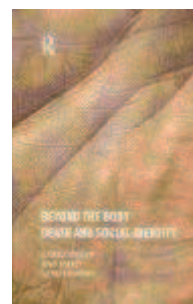
El presente libro de 147 páginas, se divide en dos grandes apartados: *Dar la muerte* y *La literatura segregada* (una filiación imposible). El primer apartado *Dar la muerte* se divide a su vez en los capítulos: 1. Los secretos de la responsabilidad europea; 2. Más Allá: dar a prender, aprender a dar la muerte; 3. A quién dar (saber no saber) y 4. Cualquiera/radicalmente otro es cualquiera/radicalmente otro. El segundo apartado *La literatura segregada* se divide en los capítulos: 1. La prueba del secreto: tanto para el Uno como para el Otro; 2. El Padre, el Hijo y la Literatura; 3. Más que Uno.

Beyond the body. Death and Social Identity

(Más allá del cuerpo. Muerte e identidad social)

Hallam, E.; Hockey, J.; Howarth, G. (1999) Routledge. Taylor and Francis Group. London & New York.

Elizabeth Hallam es Directora de Cultural History at the University of Aberdeen, Jenny Hockey es Senior Lecturer in Health Studies at the University of Hull, y Glennys Howarth es Associate Professor of Sociology at the University of Sydney.



Los autores en el presente libro hacen un uso considerable de la investigación empírica en torno a la muerte, el morir y el duelo promoviendo respuestas de cómo se construye la identidad social durante un periodo en el cual el cuerpo es el elemento sobre el que se elaboran los diversos puntos de vista y se centra la formación de la identidad.

Beyond the body usa estudios de casos, algunos contemporáneos y otros históricos, otros transculturales, desde la cuestión dualista de separación de vida-muerte.

Se divide el presente libro en 10 capítulos: 1. vegetales, vampiros y otros híbridos, 2. El cuerpo muerto: representaciones visuales, 3. Bodies without selves, 4. Medicalizando el cuerpo, 5. Narratives of the body I: the coroner's court, 6. Narratives of the body II: the Church court, 7. Socialising the body, 8. Married life after death, 9. Ghosts, apparitions and occult phenomena, 10. Mediating the dead: spiritualists and clairvoyants.



Susan Sontag (2003) Ante el dolor de los demás.

Alfaguara. Madrid. Traducción Aurelio Major.

En el presente libro la autora, quien recibiera en 2003 el Premio Príncipe de Asturias de las Letras y el Premio de la Paz concedido por los libreros alemanes, figura implicada en los movimientos intelectuales y políticos contemporáneos, recalca en el sufrimiento y su iconografía, acompañándonos en un viaje a modo de mirones del sufrimiento ocasionado por otros o nosotros mismos, sorteando un infierno que nada nos dice sobre como sacar a la gente de ese infierno, y acercándonos a la perversidad del ser humano, y al significado de crueldades horripilantes sin la necesidad de visionar las imágenes salvo desde el recuerdo que de ellas tenemos.

El presente libro parte del argumento, que en forma embrionaria, impartió la autora en la cátedra de Amnesty de la Universidad de Oxford en febrero de 2001. Desde guerra como telón de fondo, entra en nuestras vidas, mediante imágenes y sonidos, mediante la llamada "noticia" y de pronto, somos espectadores de calamidades, turistas especializados, donde los conflictos y la violencia son los titulares, y donde un caudal incansable de información nos acerca las agonías de la guerra y la conciencia del sufrimiento de los otros. Así ha sido desde 1839 en que se inventaron las cámaras fotográficas, y desde entonces la fotografía a acompañado a la muerte, y en el último siglo ha ido ganando en auge y realismo a medida que ha avanzado la tecnología, a través de la forma en que son registrados mediante las cámaras. La imagen fotográfica superaba a la pintura en evocación. Casi hasta llegar a un "está sucediendo, lo estás viendo" Susan Sontag nos invita a reflexionar sobre los múltiples usos para las incontables oportunidades que depara la vida moderna de mirar las imágenes de la guerra, -con distancia, por medio de la fotografía- permitiéndonos mirar hacia adentro cuando ojeamos imágenes del afuera, del otro que sufre y del sufrimiento de la guerra. Las imágenes de ciudadanos muertos y casas arrasadas acaso sirven para concitar el odio al enemigo y en más de una ocasión parecen un montaje para la cámara, atrocidad o embuste de que no sucedió jamás dependiendo de donde se ubique la mirada y del pie de foto cambiante en ocasiones sobrado.

A modo de catástrofe vivida, que parecerá a menudo una representación preformativa, irreal y a la vez surrealista, como una película más hollywoodiense de alto presupuesto y realidad

escalofriante, o a modo de producto de la memoria como el Museo del Holocausto Judío. La autora nos refiere que en la actualidad un conjunto de imágenes incesantes (películas, televisión, noticias, videos, etc.) se prodigan en nuestro entorno, pero la imagen estática, la fotografía cala más hondo. Tal como los cuadros la fotografía es congelada en nuestras mentes, nos permite comprender algo y memorizarlo, a modo de cita proverbio o máxima se ancla en nuestra retina y podemos recuperarlas instantáneamente. De pronto la mirada del fotógrafo es nuestra mirada, ya sea a través de una granulosa imagen en blanco y negro o una sofisticada imagen digital con su esplendor en cuatricromía. Somos víctimas, parientes afligidos o consumidores de noticias y guardamos toda nuestra distancia o proximidad ante la guerra. La cámara aproxima al espectador en una mezcla de desaprobación y admiración, en ese momento mori como objeto de contemplación que se resiste a encontrar su espacio, público o privado, y que da una información innecesaria e indecente a la que en ocasiones terriblemente nos resistimos, queriendo censurar.

Luis Rojas Marcos (2004) **Nuestra incierta vida normal**. Aguilar. Madrid, 2004. 182 páginas.

Luis Rojas Marcos, nacido en Sevilla en 1943, se trasladó a Nueva York en 1968 para ampliar estudios y desde entonces su carrera como médico psiquiatra y experto en salud pública ha sido espectacular. Su privilegiada posición como observador del comportamiento humano le ha proporcionado un peso de saber con el que ha ido alimentando numerosos artículos y libros a lo largo de las dos últimas décadas.



En esta entrega, parte Luis Rojas Marcos de la idea de que, tras el ataque del terrorismo islámico a las Torres Gemelas de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, el estado emocional de buena parte de la población ha sufrido un sensible deterioro. Apoyándose en su propia observación, en su investigación como psiquiatra y en las encuestas epidemiológicas realizadas a lo largo de los tres últimos años, Rojas Marcos afirma que “los síntomas de ansiedad, irritabilidad y desconfianza en el futuro han aumentado entre el 15 y el 30 por ciento, dependiendo del país”. Al cambiar el mundo –presionado por el terrorismo global–, prosigue Luis Rojas Marcos, se produce un nuevo estado psicológico en el que la falta de seguridad y el miedo cobran un peso excesivo, desproporcionado y desconocido en el último medio siglo.

Tras este planteamiento, Luis Rojas Marcos dedica la segunda parte de su obra a diseñar el remedio a la incomodidad psicológica, vital en definitiva, de tanta gente. De lo que se trata es de potenciar los rasgos de personalidad que mejor se adaptan a los nuevos y turbados tiempos. Tres son los escogidos: la valoración positiva de lo que cada uno es, el optimismo y la comunicación interpersonal. Con autoestima y optimismo las personas sociables tienen casi todo ganado. Pero, cuidado, todavía quedan dos recetas más para vencer el desasosiego y la fragilidad de nuestro tiempo. La primera es relegar al olvido tres absurdas suposiciones acerca del mundo en que vivimos: que las personas son malas por naturaleza, que la humanidad empeora y camina hacia su fin y que la felicidad apenas existe. Argumentadas estas tres premisas, Luis Rojas Marcos proporciona al lector su segunda receta, la cual no es otra sino concebir al ser humano con capacidad para aprender y con ello seguir las diez estrategias que en opinión del autor constituyen el mejor antídoto para cuidar y mejorar la salud psíquica.

La primera estrategia consiste en mantenerse informado de lo que pasa y no dejarse arrastrar por las campañas insidiosas de los medios de comunicación. Diversificar las fuentes y momentos de satisfacción y relacionarse más son los consejos siguientes que se prolongan en los que se añaden a continuación. Hablar aunque estemos abrumados, desahogarse e, incluso, si no tenemos interlocutores hablarle a un espejo. Buscarle explicación positiva a las cosas. Reírse. Hacer ejercicio. Dejarse ayudar por la ciencia. Cultivar la espiritualidad. Por último, trabajar como voluntario, ejercer la solidaridad y, a través de la ayuda a los demás, sentirse mejor. *Nuestra incierta vida normal* tiene en su sencillez y claridad mucho de libro de autoayuda destinado a mejorar la salud mental del lector.

Compilación Alfonso García

TÁN@TO'S. Número 6. Junio de 2005 Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología

5. FILMOGRAFÍA SOBRE EL DUELO Y LA MUERTE (DE INTERÉS PARA TRABAJAR COMO RECURSO EDUCATIVO POR PARTE DE AGENTES EDUCATIVOS)

Cortina, M., y Herrán, A, de la (2005). Cine y Educación para la Muerte II. Making Of. Cuadernos de Cine y Educación (36), 20-33. Para completar la información pueden dirigirse al artículo “Cine y Educación para la Muerte” (Mar Cortina Selva). Nº 15 de “Making Off”, Videoteca XIV, pág. 21-31

1. EL MAYOR ESPECTÁCULO DEL MUNDO (1952). EE.UU. DIR: Cecil B. DeMille

Argumento: En la película se mezclan numerosas historias, todas ellas relacionadas con el espacio común del circo. El personaje principal es un médico acusado del homicidio de su esposa, con el fin de evitarle los sufrimientos de su enfermedad mortal. Se protege con su disfraz de payaso y siempre aparece con la cara oculta.

Valoración didáctica: El público adoraba a James Stewart paradigma del americano medio, héroe de la Segunda Guerra Mundial y protagonista de algunos de los filmes más populares de la época, nadie más adecuado para dar la voz de alerta a un tema de permanente actualidad y polémica: el derecho a una vida digna. Especialmente válida para ver que en los años 50 también se planteaban cuestiones como las nuestras. (Bachiller y Ciclos Formativos).

2. EL SÉPTIMO SELLO. 1956. SUECIA. DIR: Ingmar Bergman

Argumento: Un caballero regresa de las cruzadas con su escudero. En el camino encuentran la peste que está asolando el territorio. De repente la Muerte se le presenta al caballero, quien desea un plazo, no porque tema morir sino porque quiere un poco de conocimiento. La Muerte le permite jugar con ella al ajedrez, pero no está en capacidad de darle respuestas. Una familia de juglares, un clérigo desalmado, una muchacha acusada de brujería y otros personajes son los últimos encuentros del caballero antes de llegar a su castillo.

Valoración didáctica: El Séptimo Sello es una alegoría con un tema muy sencillo: el hombre, su eterna búsqueda de Dios y la muerte como única seguridad. En el film aparece una búsqueda continua de las preguntas que nos han venido inquietando desde que los primeros filósofos se las hicieran, es decir, ¿qué hay después de la muerte?, ¿qué pasa con nosotros? La visión de Bergman presenta a La Muerte como algo terrestre que afecta puramente al cuerpo y no al alma.

Un aspecto que nos parece muy bien pensado es la primera vez que Max Von Sydow se encuentra con La Muerte, no es La Muerte la que se le presenta, sino que es él quién entabla y comienza la conversación, lo que convierte la situación en mucho más inquietante. (Bachiller y Ciclos Formativos).

3. DANZAD, DANZAD, MALDITOS. EE.UU. 1969. Dir: Sydney Pollack

Argumento: Basada en la novela *They Shoot Horses, Don't They?* de Horace McCoy. En los comienzos de los años 30 llega a California gente ilusionada con la idea de participar en un maratón de baile para intentar conseguir un premio en metálico muy importante, es la época de la Gran Depresión. En los últimos momentos del film, las mentes de los danzantes están tan interconectadas que la actitud de Gloria es rápidamente comprendida por Robert, que se presta a ayudarla cuando ella no tiene valor para dispararse en la sien. Pollack y McCoy comparan el acto de matar a una persona que está sufriendo con la acción de sacrificar a un caballo herido (mostrado en imágenes cuando muere Gloria).

Valoración didáctica: Es una película pesimista y claustrofóbica que reflexiona sobre la condición humana en un período de inestabilidad general, analizando el comportamiento e interacción de muy diversos personajes al borde del colapso emocional que culmina con la muerte de una de ellos. (Bachiller y Ciclos Formativos).

4. JOHNNY COGIÓ SU FUSIL. EE.UU. 1971. B/N. Dir: Dalton Trumbo.

Argumento: El último día de la Primera Guerra Mundial, Joe resulta gravemente herido.

En el hospital, sin brazos, ni piernas, sin poder ver, ni alimentarse normalmente, recibe la mejor atención médica. Sólo su consciencia

funciona, lo que le permite enfrentarse al horror en que se ha convertido su vida. El joven empieza a reflexionar sobre su existencia, pero sobre todo piensa en su enfermera, que consigue que él pueda comunicarse. Gradualmente, se va consolidando un gran amor entre ambos.

Valoración didáctica: Es una película dura, antibelicista, que trata con crudeza el tema de la eutanasia, basada en la novela del mismo nombre y mismo director. Todas estas preguntas están inmersas en la película: ¿Qué es mejor, matar a Johnny o prolongar su tortura mientras se encuentra como un vegetal? ¿Es la mejor opción? ¿Hasta qué punto es lícito mantener el dolor de un ser humano en favor de su derecho a la vida? ¿No es cruel en este caso? ¿Es que puede querer Johnny en estas condiciones otra cosa que la muerte? Pero aquel medio cuerpo se agita... Ha tenido una idea: Podría ser entre la gente un testimonio vivo en contra de la guerra. Qué importante nos parece la idea para reflexionar con los alumnos sobre el hecho de que encontrar un *para qué* vivir puede cambiar el sentido de la existencia. (2º Ciclo de la ESO, Bachiller y Ciclos Formativos).

5. CUANDO EL DESTINO NOS ALCANCE. 1973. EE.UU. Dir:Richard Fleischer

Argumento: Nueva York, 2022: la población ha crecido hasta los cuarenta millones de habitantes, que viven en una gran miseria, hacinados sin la menor esperanza de progreso. Hace unas semanas ha aparecido un nuevo alimento sintético. El policía Thorn y el viejo Roth, superviviente de otra época, sospechan que hay algo raro.

Valoración didáctica: La película reflexiona sobre varios temas, entre ellos la eutanasia, aunque el más importante sea la comida cuando en el mundo ya no hay materia prima de la que extraerla, si no fuera por la posibilidad de globalizar la eutanasia. Es emocionante la muerte programada de uno de los protagonistas mientras se le proyectan imágenes de naturaleza, amaneceres, animales..de un mundo definitivamente perdido. (Bachiller y Ciclos Formativos).

6. LAS DOS VIDAS DE AUDREY ROSE. 1977. USA DIR.: Robert Wise

Argumento: Hasta una localidad de EEUU llega un hombre, un extranjero, que se dirige a un joven matrimonio para contarles una historia increíble. El extranjero declara, con toda seriedad, que la hija del matrimonio, una niña de corta edad, no es solamente hija de ellos, sino la reencarnación de una hija que él perdió tiempo atrás. Por ello, se considera también padre de la niña americana.

Valoración didáctica: La película nos abre las puertas para un debate sobre sus creencias en la vida después de la muerte (o sus no creencias) debiendo ser muy cuidadosos en respetar cualquier opción. (ESO, Bachiller y Ciclos Formativos).

7. EL SABOR DE LAS CEREZAS. 1997. Irán. Dir: Abbas Kiarostami

Argumento: Un hombre busca un testigo de su propia muerte, quiere suicidarse y necesita a alguien que le ayude en su objetivo, alguien que le dé sepultura después de que se haya suicidado. En el tiempo que dura esa búsqueda, van apareciendo individuos que le recuerdan instintos, sentimientos, placeres, convicciones... por las que él ha vivido hasta ahora y por las que, tal vez, debería seguir adelante. Si consigue o no su propósito, ya es otra historia.

Valoración didáctica: Tras una trama livianísima, se susurra la trascendencia de la vida humana y el misterio de la libertad. Un film obsesivo de intensidad penetrante, una parábola engañosamente sencilla de la condición humana, contada con un incomparable sentido poético y lírico. En esta película lo que importa es la reflexión sobre la vida y la muerte, la decisión de un hombre cansado de vivir en un mundo que no desea. El film esquiva la más mínima exposición de las razones que hicieron que Badii decidiera suicidarse. Con lo que los alumnos, inevitablemente, comenzarán a imaginarlas por su lado. Y cuando queda en claro que nunca se sabrán los motivos, las especulaciones son reemplazadas por la intriga intelectual: lo evidente es que el film no expondrá las razones para aislar esa decisión. Para preguntar, y preguntarse, si se puede justificar el suicidio independientemente de las circunstancias que lo susciten. De algún modo Kiarostami está anticipando que, para él, el suicidio no

puede justificarse jamás. El problema es el modo mediante el cual llega a dicha conclusión. (Bachiller y Ciclos Formativos).

8. MI VIDA ES MÍA. 1981. EUA. Dir: John Badham

Argumento: Es una película basada en la obra teatral del mismo título de Brian Clark. Ken Harrison es un escultor que sufre un accidente de circulación muy grave. Queda paralizado en todo el cuerpo, de manera que sólo puede hablar. En el hospital dispone de una pequeña zona aislada, y todos los que le atienden simpatizan con él ya que es amable y tiene sentido del humor a pesar de su trágica situación. Con el tiempo Harrison llega a la determinación de que quiere morir, debido a que su vida carece de sentido. Deberá enfrentarse a los tribunales, ya que sólo ellos pueden autorizar a los médicos a dejarle salir del hospital, que para él equivale a la muerte ya que le dejan sin la ayuda necesaria para su supervivencia.

Valoración didáctica: De nuevo una película que nos plantea el sentido de la vida cuando no se poseen las condiciones dignas. Interesante película sobre la eutanasia, le sobra algo de metraje aunque se hace muy llevadera gracias al gran trabajo de Dreyfuss, y bien secundado por John Cassavetes. No está exenta de ese toque ochentero tan nostálgico que a nuestros alumnos les resultará desconocido. (2º Ciclo de la ESO, Bachiller y Ciclos Formativos)

9. PARA SIEMPRE. 1989. EEUU. DIR: STEVEN SPIELBERG

Argumento: Pete, un piloto que lucha contra los incendios forestales, muere intentando salvarle la vida a su mejor amigo. Su trabajo sin embargo, no termina ahí: en su viaje al cielo, Pete se encuentra con una especie de hada madrina que le pide que regrese a la tierra para transmitir sus conocimientos a otro piloto, se convierta en un ángel de la guarda y, de paso, anime a su novia Dorinda para que pueda seguir viviendo sin su compañía.

Valoración didáctica: Esta fue la última película que rodó Audrey Hepburn y lo hizo en el año 1989. Es una nueva versión de la película *Dos en el cielo*, una película de 1943. Plantea, como otras del mismo

estilo la idea de un más allá, de un estar conectado más allá de la muerte que permite la reflexión.

10. LA BALADA DE NARAYAMA (1982). JAPÓN. DIR: Shohei Imamura.

Argumento: Era una vieja ley de pueblo, de un tiempo tan lejano que ya nadie recordaba... Al alcanzar los 70 los ancianos debían abandonar el pueblo para ir a vivir a la cima de la montaña Narayama. Una sentencia de muerte despiadada que sumía en la tristeza y desesperación a las familias cuando tenían que enviar a sus mayores a la montaña. Orin tiene 69 años y se acerca el momento de partir hacia la montaña, pero todavía tiene que encontrar una mujer a su hijo.

Valoración didáctica: Película dura donde se relata con gran crudeza la realidad cotidiana de unos personajes cuya única razón de ser es el sobrevivir atados a rituales y tradiciones que pueden resultar abominables vistas desde un punto de vista moderno. Hay escenas de sexo brutal. Es el retrato directo de cierta sociedad rural japonesa, en la que se muestran una serie de leyes y costumbres duras e inflexibles pero en absoluto gratuitas. Es destacable el paralelismo que realiza entre el ser humano y el reino animal mediante imágenes explícitas. La igualdad de todos ante la dificultad de supervivencia es lo que engendra su bárbaro comportamiento. Muy buena para realizar pequeñas lecturas sobre antropología de la muerte. (Bachiller y Ciclos Formativos)

11. MI CHICA. 1991. EUA. Dir: Howard Zieff

Argumento: Vada Sultenfuss es una niña obsesionada con la muerte. Su madre ha muerto y su padre dirige una funeraria. Además está enamorada de su profesor de inglés y se apunta a unos cursos de poesía en verano sólo para impresionarle. Thomas J., su mejor amigo, es alérgico a todo. Cuando el padre de Vada contrata a Shelly –una experta maquilladora– para su negocio, comienza a enamorarse de ella y ella hará todo lo posible para separarlos. Además este no será un verano cualquiera para Vada. Conocerá a Thomas, y algo especial nace entre ellos; su primer beso, su primer amor, y su primer paso hacia la adolescencia.

Valoración didáctica: Es difícil encontrar películas que podamos proponer a los alumnos de Primaria, ésta es una de ellas, es una historia muy creíble con circunstancias que les puede pasar a cualquiera de ellos y en ella se muestra una de las maneras de encarar situaciones con las que no estás de acuerdo (el enamoramiento de su padre) o con las que no puedes hacer nada por remediar (la muerte de su madre).

12. TRES COLORES: AZUL. 1992. POLONIA. DIR: Krzysztof Kieslowski

Argumento: Tras la muerte de su esposo, un reconocido compositor musical y de su hija en un accidente de tráfico, Julie intenta suicidarse. Tras la convalecencia, se propone rehacer su vida mudándose a un nuevo apartamento y desprendiéndose de todas sus pertenencias materiales y ataduras emocionales. Sin embargo, su vida solitaria se verá perturbada por los problemas de personas procedentes tanto de su vida anterior como de la presente. Lentamente, Julie irá reenganchándose a la vida a través de un creciente sentimiento de compasión.

Valoración didáctica: La película es realista en el sentido de reflejar cómo la muerte de nuestros seres queridos nos puede cambiar la vida totalmente y hacernos tomar decisiones que, de ninguna manera hubiéramos hecho. Esperanzadora en el sentido de que lo que le sucede a la protagonista hace que recupere una parte de ella pérdida u oculta. Tiene un ritmo diferente al que nuestros alumnos están acostumbrados en el cine pero eso puede ser también un enriquecimiento. (2º Ciclo de la ESO, Bachiller y Ciclos Formativos).

13. CORAZONES Y ALMAS. 1993. EE.UU. DIR: Ron Underwood

Argumento: Cuatro personas, dos hombres y dos mujeres, mueren en un accidente de autobús, y sus almas se convierten en los amigos invisibles de un niño que nace en el mismo momento en que ellos mueren. Treinta años después, los cuatro personajes utilizarán el cuerpo de su amigo para resolver aquellas cosas que dejaron pendientes y que les permitirá hacer el viaje final.

Valoración didáctica: La película es para que los alumnos disfruten de fantasía. Es una imaginativa cinta de reencarnaciones y buenos sentimientos. También da pie para hablar de la importancia de no postergar para un *no sabemos cuando* aquello que sentimos y aquello que nos gustaría realizar en la vida. (ESO, Bachiller y C.F.)

14. LA CASA DE LOS ESPIRITUS. 1993. Dinamarca / Alemania / Portugal / USA. DIR: Bille August

Argumento: Esteban Trueba, un humilde minero de fuerte carácter, consigue escapar de su destino al comprar una gran hacienda abandonada, que reconstruye completamente, y al casarse con Clara, la bella hija de un adinerado político conservador, se instalan allí. Clara es una mujer misteriosa, con inexplicables poderes mágicos y una particular relación con Férula, la hermana de Esteban.

Valoración didáctica: Lo que nos lleva a incluir esta película en este artículo es el hecho de los poderes de Clara que son vividos con mucha naturalidad por parte de la familia, lo que facilita que los alumnos expresen sus opiniones sobre lo mágico, lo invisible, lo misterioso, etc. (ESO, Bachiller y C.F.)

15. NO TE MUERAS SIN DECIRME ADÓNDE VAS. 1995. ARGENTINA. Dir: Eliseo Subiela

Argumento: Leopoldo tiene 50 años, trabaja como proyectista de un cine de barrio y sueña con concretar algún invento que haga trascender su vida. El invento es el "recolector de sueños", con el que consigue obtener imágenes de una mujer que viste ropas del siglo pasado. Ella le revela que se han amado en sucesivas reencarnaciones.

Valoración didáctica: Elementos fantásticos urdidos en una historia dramática y de corte romántico, que profundiza la fórmula de realismo mágico más reflexión filosófica y que, de nuevo, nos lleva al tema de la reencarnación. ((ESO, Bachiller y C.F.).

16. PONETTE. 1996. FRANCIA. DiR: Jacques Doillon.

Argumento: Ponette es una niña de cuatro años, que acaba de perder a su madre en accidente de automóvil, en el que también iba ella. Su mano y antebrazo izquierdo escayolados hacen constantemente presente al espectador el suceso que no ha visto.

El padre lleva a Ponette al lugar en que perdió a su madre, y procura, allí en el campo, explicarle con suave y rotunda claridad el hecho irreversible de la muerte; sin esperanza, al no ser él creyente. Ponette, que sí lo es, como su madre, no acepta el no poder verla más... aquí.

Valoración didáctica: La película desarrolla de modo principal la *tesis* de Ponette, frente a las razones de su padre y de otras personas mayores, aunque todas la ayuden y algunas enriquezcan su fe. Jacques Doillon desarrolla la historia de Ponette hilvanando sucesos cotidianos, mínimos, a veces en sostenidas y largas secuencias admirablemente resueltas: los momentos previos al entierro, la estancia de Ponette en casa de su tía y sus primos, las conversaciones con ella, con el padre, los juegos, su soledad buscada, el colegio y los primos y amigas... La historia es sobre todo la del alma de Ponette en su decidido deseo de ver otra vez a su madre, empeño que llega a hacerse imperiosa petición a Dios, urgente, ansiosa, petición que no puede Dios dejar de realizar, pues es Todopoderoso. Ésta es la *tesis* de Ponette. Muy adecuada para iniciar el tema en el Ciclo Superior de Primaria.

17. TIC TAC. ESPAÑA. 1997. DIR: Rosa Vergés

Argumento: Cada año, el seis de Enero, los Tres Reyes Magos de Oriente traen regalos a los niños. Este año, un avisado niño de siete años, ha escrito una carta a los Reyes muy extraña: quiere conocer la Eternidad. Su deseo pondrá en peligro las vacaciones con sus padres en Francia. Las complicaciones empiezan cuando el tren en el que viajan se para en una misteriosa estación sin nombre y Héctor baja al andén, donde ha visto un buzón real, para echar su carta. El tren se va. Se hace de noche y Héctor se queda solo y triste en el andén, mientras el reloj de la estación, inexplicablemente, va perdiendo las horas. Pero todo cambia cuando conoce a Bibu, el ingenioso hijo minusválido del enigmático Jefe de Estación, y a Olivia, la dulce

hermana que cocina golosinas y toca el violín. Con ellos descubrirá que el tiempo está vivo y disfrutará de un mundo fantástico escondido dentro de los relojes.

Valoración didáctica: Es una película que plantea a los más pequeños (9, 10 y 11 años) la cuestión del tiempo, la posibilidad de la magia. No es una película sobre la muerte directamente pero abre el espacio de que lo imposible es imposible y nos pareció oportuno incluirla por su originalidad.

18. MÁS ALLA DE LOS SUEÑOS.1998. EEUU. DIR: Vincent Ward

Argumento: El guión de Ron Bass —basado en una novela del famoso autor de cienciaficción Richard Matheson— describe el drama de Chris, un hombre maduro, profundamente enamorado de su esposa Annie, que también le corresponde. Ese amor es puesto a prueba cuando mueren en un accidente de coche los dos hijos adolescentes del matrimonio y, sobre todo, cuando fallece Chris en similares circunstancias. Desesperada, Annie, que ya había recibido tratamiento psiquiátrico, se suicida. Desde «su cielo», con la forma de los bellos cuadros que pintaba su esposa, Chris se lanza a rescatar a Annie del dantesco infierno de los suicidas. En su viaje, contará con la ayuda de una especie de ángel de la guarda y de un misterioso guía, experto en el infierno.

Valoración didáctica: Es una película muy poco realista, que quiere recuperar la dimensión espiritual del hombre frente al materialismo; renuncia a la plena ortodoxia de las grandes religiones tradicionales en favor de la integración de sus elementos principales con ideas New Age, esotéricas o psicoanalíticas y hay un predominio casi absoluto de los sentimientos sobre la razón. Romántica, convencional y empalagosa, de estructura confusa y con un fondo caótico en el que se mezcla la doctrina cristiana sobre el cielo, el purgatorio y el infierno con una cierta aceptación de la reencarnación, toques de ecologismo esotérico, fuertes acentos de idealismo subjetivista —se insiste en que «el pensamiento es la realidad, y la realidad física, pura ilusión», y una hipersentimental visión del poder redentor del amor, capaz de arrancar un alma de las penas eternas del infierno. (ESO).

19. EL HOMBRE BICENTENARIO. 1999. USA. DIR.: Chris Columbus

Argumento: Es la primera década del nuevo milenio y Richard llega a casa con un regalo, un robot llamado Andrew que realizará tareas menores de la casa, como la cocina, limpieza, reparaciones caseras, jugar y cuidar de los niños, aunque a la pequeña Amanda le da un poco de miedo. Pero no tiene nada que temer porque Andrew siempre estará ahí para protegerla. Y así va pasando el tiempo, primero años, luego décadas. Andrew ve cómo la familia se convierte en un grupo de adultos que envejece. Esto hace que Andrew repare en lo distinto que es porque por él no pasa el tiempo, en su individualidad y en lo solo que se encuentra.

Valoración didáctica: Se basa en la novela de Isaac Asimov *The positronic man*, escrita en 1976 con motivo del doscientos aniversario de los Estados Unidos. La película plantea la imposibilidad de emocionarse, de enamorarse y de morir de los robots y cómo Andrew consigue más de lo que hubiéramos imaginado. (Ciclo Superior de Primaria y ESO).

20. LOS HIJOS DEL AYER. 2000. EUA. DIR: Marcus Cole

Argumento: Desde su infancia, Jenny tiene extraños sueños que evocan otra vida transcurrida a principios de siglo de un pueblecito de Irlanda. Ella, que nunca estuvo en tal lugar, decide viajar hasta allí para seguir la pista de la mujer que ve en sus sueños

Valoración Didáctica: La película muestra como si fuera muy real que, en nuestra vida, podemos ver "estrofas" de la otra, que hemos podido tener anteriores vidas, que nuestra alma puede nacer infinidad de veces, con diferente cuerpo, así que nos lleva directamente al tema de la reencarnación y a su debate. Además, conocemos con esta película una Irlanda preciosa y también podemos hablar de la importancia de los sueños. (ESO, Bachiller y C.F.).

21. CORAZONES EN ATLÁNTIDA. 2001. EUA. DIR: Scott Hicks.

Argumento: El pasado irrumpe repentinamente en la vida de Bobby Garfield, un fotógrafo de mediana edad, cuando la muerte de un

amigo de la infancia le hace volver a la ciudad en la que creció, y a los recuerdos de su undécimo verano en 1960. Es un verano de amistad compartida con sus amigos íntimos, Carol y Sully y marcado por la llegada de un nuevo inquilino, Ted Brautigan al apartamento de arriba de la casa de huéspedes donde vive Bobby con su obsesiva madre, Liz.

Valoración didáctica: La película se basa en la serie de historias interconectadas que Stephen King escribió en 1999. Como Ted trae consigo un pasado lleno de fantasmas y extraños poderes esto da pie a comentar con los alumnos qué piensan sobre este tipo de situaciones y si han tenido o no alguna experiencia al respecto. Cuando le ofrece a Bobby un trabajo: leerle el periódico para que el viejo no fuerce su deteriorada vista, no es sólo un trabajo, Ted requiere los servicios del muchacho para que le ayude a evitar un gran peligro que le está acechando. Algo más para reflexionar: cómo influyen en nuestra vida presente, los hechos sucedidos en el pasado y las muertes de personas queridas. (2º Ciclo de la ESO, Bachiller y C.F.).

22. LOS OTROS. 2001. España-USA-Francia. DIR: Alejandro Amenabar

Argumento: Isla de Jersey, 1945. La II Guerra Mundial ha terminado pero el marido de Grace no vuelve. Sola en un aislado caserón victoriano, educa a sus hijos dentro de estrictas normas religiosas. Los niños sufren una extraña enfermedad: no pueden recibir directamente la luz del día. Los tres nuevos sirvientes que se incorporan a la vida familiar deben aprender una regla vital: la casa estará siempre en penumbra; nunca se abrirá una puerta si no se ha cerrado la anterior. El estricto orden que Grace ha impuesto hasta entonces será desafiado.

Valoración didáctica: La película plantea de manera inteligente cuestiones como la existencia de fantasmas, las creencias religiosas, en un clima de intriga que mantendrá sin lugar a dudas la atención de los alumnos. (2º Ciclo de la ESO; Bachiller y C.F.).

23. EL VIAJE DE CAROL. 2002. ESPAÑA. DIR: Imanol Uribe

Argumento: Carol, una adolescente de madre española y padre norteamericano, viaja por primera vez a España en la primavera de 1938 en compañía de su madre separada de su padre, piloto en las Brigadas Internacionales al que ella adora. Su llegada al pueblo materno transforma un entorno familiar lleno de secretos. Armada de un carácter rebelde, se opone a los convencionalismos de un mundo que le resulta desconocido. La complicidad con Maruja, las lecciones de vida de su abuelo y su amor por Tomiche le abrirán las puertas a un universo de sentimientos adultos que harán de su viaje un trayecto interior desgarrado, tierno, vital e inolvidable.

Valoración didáctica: Es un tierno y desgarrado cuento demasiado real, una historia de amor y amistad donde Carol enriquece su carácter y forja su personalidad más en su breve estancia en Cantabria por la vivencia de situaciones de dureza trágica que el resto de su vida en Nueva York, lo cual invita a los alumnos a reflexionar sobre el valor que contienen las situaciones difíciles o dramáticas que no podemos evitar. Aparecen sentimientos y emociones que no dejarán impasibles a los alumnos. (ESO).

24. DRAGON FLY (LA SOMBRA DE LAS LIBÉLULAS). 2002. EUA. DIR: Tom Shadyac

Argumento: El jefe de urgencias del Chicago Memorial Hospital, el Dr. Joe Darrow es un respetado experto en traumatología. Pero su dilatada experiencia profesional no le sirve de mucho cuando su mujer muere trágicamente. Emily Darrow que también era médico, se encontraba de misión cuando falleció en accidente de autobús en una carretera de montaña de Venezuela. Seis meses después de su muerte, el cuerpo de Emily sigue sin aparecer y Joe está tan hundido que se ha aislado del mundo. Todo le recuerda a Emily, especialmente las libélulas, el amuleto personal de la joven debido a una marca de nacimiento que tenía en el hombro. La extraña forma empieza a aparecer en otros contextos, en todo lo que rodea a Joe. Parece decirle que debe mirar más allá de lo que tiene ante los ojos si quiere encontrar la respuesta a sus preguntas. De hecho, estas preguntas incomodan a todo el mundo, salvo a la Hermana Madeline una monja católica que le ayuda en su búsqueda. Joe logra dar un

paso adelante, aunque le guía más la fe que la realidad. Y ese paso va a significar un cambio decisivo en su vida.

Valoración didáctica: La película despierta el interés de los alumnos ya que está bien tramada y nos va llevando a diferentes preguntas que dan pie al debate posterior: Cuando muere un ser querido, ¿Se va para siempre?; ¿Qué pasa con las experiencias próximas a la muerte?, etc. Otros temas a para la reflexión que la película nos brinda: La importancia de resolver los asuntos pendientes; el peso que le damos en nuestra vida a las corazonadas; perseguir lo que crees aunque vaya en contra de lo que piensen los demás. (2º Ciclo de la ESO, Bachiller y C.F.).

25. CUARTA PLANTA. 2003. ESPAÑA. DIR: Antonio Mercero

Argumento: Narra las peripecias de Izan, José Angel y Dani, tres chicos que llevan ya tiempo internados en el hospital, enfermos de cáncer de huesos, pero su vida, lejos de estar marcada por la angustia, está llena de correrías por el hospital, entrenamientos de baloncesto y escapadas al sol del patio. Lo que no les impide recibir con cariño al nuevo chico que llega a la planta con la sospecha de que la enfermedad se cierne sobre él.

Valoración didáctica: Es un intento de acercarse al tema del cáncer en los niños y adolescentes muy elogiable, la pega que se le puede poner es que las cosas en la realidad no son así, aunque podríamos utilizar esta visión positiva del director para hablar, investigar o realizar una búsqueda bibliográfica sobre cómo son las cosas en realidad en un hospital de oncología pediátrica. (Ciclo Superior de Primaria, ESO, Bachiller y C.F.)

26. 21 GRAMOS. 2003. EEUU. DIR: Alejandro González Inárritu

Argumento: El profesor universitario Paul Rivers y su esposa Mary ven cómo su relación se balancea entre la vida y la muerte. Él está mortalmente enfermo y espera un transplante de corazón, mientras que ella quiere concebir un hijo suyo por medio de la inseminación artificial. Olvidado su turbulento pasado, Christina Peck tiene una vida familiar llena de esperanza y alegría: tiene a su hermana Claudia a su

marido Michael y a sus dos hijitas. De extracción social mucho más modesta, el ex convicto y ahora firme creyente Jack Jordan y su mujer Marianne luchan por sacar adelante a sus dos hijos. Un trágico accidente hace que las vidas de estas tres parejas entren en una misma órbita y obliga a Paul a afrontar su mortalidad, pone a prueba la fe de Jack, y hace que Christina se mueva para arreglar su presente y quizá su futuro.

Valoración didáctica: Ninguno de los protagonistas pierde la voluntad de vivir y el instinto de apoyarse en otra persona a pesar de sus circunstancias personales, de sus condiciones sociales y de sus personalidades, lo cual nos parece muy positivo de mostrar a los alumnos. (Bachiller y C.F.)

27. LAS INVASIONES BÁRBARAS. 2003. Canadá y Francia. DIR: Denys Arcand

Argumento: Rémy, divorciado, 50 años y pico, está hospitalizado. Louise, su ex mujer, llama a Sébastien, el hijo de ambos, que vive en Londres. Sébastien se lo piensa; hace tiempo que él y su padre no tienen nada de que hablar. Por fin decide volver a Montreal para ayudar a su madre y apoyar moralmente a su padre. Se le ocurre volver a reunir a la alegre pandilla que marcó el pasado de Rémy: parientes, amigos y ex amantes. ¿Qué habrá sido de ellos en esta época de "invasiones bárbaras"?

Valoración didáctica: El director canadiense muestra en esta obra coral los beneficios del uso de los drogas con fines terapéuticos y de defender con firmeza y naturalidad una muerte digna para quienes así lo elijan, convirtiendo en un auténtico drama esta amarga comedia. La extraordinaria forma de narrar la etapa final del protagonista cubierta con dignidad, emotividad y hasta alegría, en un final en el que cada uno encuentra espacio para su propia reconciliación. (Bachiller y C.F.)

28. MAR ADENTRO. 2004. ESPAÑA. DIR: Alejandro Amenabar

Argumento: Basada en hechos reales, narra la historia de Ramón Sampederro, un hombre tetrapléjico que durante 25 años luchó para

conseguir una muerte digna y cuyo caso desencadenó un gran debate social. Pero su mundo se ve alterado por la llegada de dos mujeres: Julia, la abogada que quiere apoyar su lucha y Rosa, una mujer del pueblo que intentará convencerle de que vivir merece la pena. La luminosa personalidad de Ramón termina por cautivar a ambas mujeres, que tendrán que cuestionar como nunca antes los principios con que rigen sus vidas. Ramón sabe que sólo la persona que de verdad le ame será la que le ayude a realizar ese último viaje.

Valoración didáctica: La película contiene diferentes aspectos sobre los que reflexionar que ayudarán a los alumnos a cuestionarse temas de vital importancia como el derecho a elegir la muerte o no en situaciones de extrema dependencia, el sentido de la vida, la capacidad de ayudar, la amistad y el amor más allá de las relaciones físicas. (ESO, Bachiller y C.F.)

29. MILLION DOLLAR BABY. (2004). EUA.DIR: Clint Eastwood

Argumento: Frankie Dunn ha entrenado y representado a los mejores púgiles. La lección más importante que ha enseñado a sus boxeadores es el lema que guía su propia vida: por encima de todo, protégete primero a ti mismo. Tras una dolorosa separación de su hija, Frankie ha sido incapaz durante mucho tiempo de acercarse a otra persona. Su único amigo es Scrap un exboxeador que cuida del gimnasio de Frankie. Maggie Fitzgerald aparece un día en su gimnasio. Sin rodeos, le describe a Maggie la amarga realidad: ella es demasiado mayor, y él no entrena a chicas. Incapaz de abandonar su máxima ambición en esta vida, Maggie se machaca cada día en el gimnasio, con el único apoyo de Scrap. Finalmente, convencido por la inquebrantable determinación de Maggie, Frankie acepta a regañadientes entrenarla. Lo que no saben es que pronto tendrán que afrontar una batalla que exigirá más esfuerzo y coraje que ninguna otra que hayan conocido.

Valoración didáctica: Maggie nunca ha tenido mucho, pero sí posee algo que muy poca gente en el mundo tiene: *sabe lo que quiere* y ha llegado hasta donde está apoyándose en su innato talento, impasible concentración y tremenda *fuerza de voluntad*. Los dos principales protagonistas van descubriendo que comparten *un espíritu que trasciende el dolor y las pérdidas de su pasado*. El duro desenlace, con

unos personajes que sufren el conflicto de *conciencia ante la muerte*, respira auténtico *respeto y sensibilidad ante el dolor y quien lo sufre*, y se percibe sinceridad en su director al plantear la duda moral entre un pretendido "derecho a morir" y la licitud al dejar de poner medios extraordinarios para mantener la vida. Una película muy valiosa para reflexionar sobre todo lo mencionado. (ESO, Bachiller y C.F.)

30. CAMARON. ESPAÑA. 2005. Dir: Jaime Chávarri

Argumento: Es la biografía nunca contada antes del genio de la música flamenca: José Monge Cruz "Camarón de la Isla". La película sobre Camarón elige al personaje como protagonista absoluto. Un recorrido por su vida y obra, un acercamiento a este genial cantautor que innovó en el flamenco, influyó en las nuevas generaciones y rompió barreras sociales y artísticas. Camarón murió de un cáncer de pulmón.

Valoración didáctica: Nos parece importante la aportación de esta película por el modo en cómo el protagonista afronta un diagnóstico de enfermedad terminal y cómo le acompañan sus seres más queridos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

Herrán, A. de la, y Cortina, M. (2006). La muerte y su didáctica. Manual para Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Madrid: Universitas.

Para terminar de completar este apartado incluimos un listado de películas proporcionadas por la Asociación Derecho a Morir Dignamente en el que se incluyen algunas de las películas que hemos comentado a lo largo de este apartado, así como otras relacionadas con la temáticas de: Enfermedad, Enfermedad terminal, eutanasia, suicidio, duelo y muerte. Todas ellas pueden ser igualmente aplicadas en video-forums y utilizadas por los agentes educativos con niños, adolescentes y jóvenes.

DIRECTOR	TITULO	AÑO	NACIONALIDAD	ESCENAS
A. GONZÁLEZ IÑÁRRITU	21 GRAMOS	2001	EEUU	ENFERMEDAD
MICHAEL APETD	AL CRUZAR EL LIMITE		EEUU	EUTANASIA
MIKE NICHOLS	AMAR LA VIDA (WIT)	2001	EEUU	ENF. TERMINAL
JULIAN SCHNABEL	ANTES QUE ANOCHEZCA		EEUU	SUICIDIO
MARTIN BREST	CONOCES A JOE BLACK?	2002	EEUU	ENFERMEDAD
CARL FRANKLIN	COSAS QUE IMPORTAN		EEUU	EUTANASIA
J.L.GARCI	EL ABUELO	1999	ESPAÑA	SUICIDIO
GEORGE MILLER	EL ACEITE DE LA VIDA		EEUU	ENFERMEDAD
PAUL WENDKOS	EL DERECHO A MORIR	1987	EEUU	EUTANASIA
JUAN JOSÉ CAMPANELLA	EL HIJO DE LA NOVIA	2000	ARGENTINA	ENFERMEDAD
INGMAR BERGMAN	EL SÉPTIMO SELLO	1957	SUECIA	MUERTE
JOEL SCHUMACHER	ELEGIR UN AMOR		EEUU	ENF. TERMINAL
ANTONIO HERNÁNDEZ	EN LA CIUDAD SIN LÍMITES	2002	ESPAÑA	ENFERMEDAD
FERNANDO MELGAR	EXIT	2005	SUIZA	SUICIDIO
ALMODÓVAR	HABLE CON ELLA	2002	ESPAÑA	ENFERMEDAD
RICHARD EYRE	IRIS	2001	REINO UNIDO	ENFERMEDAD
SHOHEI IMAMURA	LA BALADA DEL NARAYAMA	1983	JAPON	MUERTE
JAMES L BROOKS	LA FUERZA DEL CARIÑO	1990	EEUU	ENF. TERMINAL
JERRY ZAKS	LA HABITACIÓN DE MARVIN		EEUU	ENFERMEDAD
NANNI MORETTI	LA HABITACION DEL HIJO	2001	ITALIA	DUELO
JEAN-PIERRE AMERIS	LA VIDA (C'EST LA VIE)	2003	FRANCIA	ENF. TERMINAL
STEPHEN DALDRY	LAS HORAS	2003	EEUU	SUICIDIO
DENYS ARCAND	LAS INVASIONES BÁRBARAS	2003	CANADA	EUTANASIA
KENNETH BRANAGH	LOS AMIGOS DE PETER	2000	REINO UNIDO	DIAGNÓSTICO
AMENABAR	MAR ADENTRO	2004	ESPAÑA	EUTANASIA
CHRISTOFEN NOLAN	MEMENTO	2004	EEUU	ENFERMEDAD
BRUCE JOEL RUBIN	MI VIDA	1994	EEUU	ENF. TERMINAL
ISABEL COIXET	MI VIDA SIN MI	2004	ESPAÑA	ENFERMEDAD
CLINT EASTWOOD	MILLION DOLLAR BABY	2004	EEUU	EUTANASIA
VENTURA PONS	MORIR (O NO)	2001	ESPAÑA	MUERTE
CARLOS SAURA	PAJARICO		ESPAÑA	MUERTE
JONATHAN DEMME	PHILADELPHIA	1994	EEUU	ENFERMEDAD
ANTONIO MERCERO	PLANTA 4ª	2004	ESPAÑA	ENFERMEDAD
CHRIS COLUMBUS	QUEDATE A MI LADO	1999	EEUU	DIAGNÓSTICO
J. CORBACHO, J. CRUZ	TAPAS	2004	ESPAÑA	EUTANASIA
PEDRO ALMODOVAR	TODO SOBRE MI MADRE	1999	ESPAÑA	MUERTE
JOHN AVNET	TOMATES VERDES FRITOS	1990	EEUU	MUERTE
LONQ SCHERFIG	WILBUR SE QUIERE SUICIDAR	2004	INGLATERRA	SUICIDIO

5.3. LÍNEAS FUTURAS

Para finalizar esta Tesis Doctoral queremos plantear una serie de actividades en forma de alternativas socioeducativas que permitirán visibilizar el tema, con el fin de ayudar al conjunto de la Comunidad Universitaria: estudiantes, personal docente e investigador y personal de administración y servicios: laboral y funcionario, a aceptar y comprender la muerte (tanto propia como ajena) un poco mejor. En este sentido queremos incidir en tres aspectos: la información, la formación y la investigación.

- ✓ A nivel de información: pretendemos continuar colaborando con el Aula de Salud Integral y medio ambiente para visibilizar el tema de la muerte. En los últimos años, hemos conseguido introducir temáticas relacionadas con las adicciones y drogodependencias, sexualidad, hábitos alimentarios, en las múltiples actividades que se organizan desde este Aula. Con esta Tesis, extenderemos nuestra implicación para seguir apostando por este tema radical y perenne, a través de los servicios con los que contamos dentro de la universidad Pablo de Olavide. Esta colaboración se puede concretar en un stand dentro del Aula de Salud Integral y Medio Ambiente donde se ubiquen diferentes materiales relacionados con la temática de la muerte, duelo, eutanasia, enfermedades terminales...
- ✓ A nivel formativo:
 - Planificación y docencia de una asignatura de libre designación denominada: *Educación para la vida y la muerte* con reconocimientos de créditos de libre configuración/designación. Esta propuesta de asignatura estaría dirigida a toda la comunidad universitaria y orientada específicamente a cualquier estudiante de la Facultad de Ciencias Sociales. El programa de la asignatura podría ser el que hemos incluido en el apartado anterior.
 - Organización de un curso de verano de la Universidad Pablo de Olavide, (“Olavide en Carmona”), denominado Valores, muerte y

Educación el que se introduzca la temática Educación para la muerte a través del cine. En este sentido, utilizaríamos la metodología del video-forum para trabajar diferentes temáticas relacionadas con la muerte. Para ampliar información sobre esta actividad incluimos en el anexo 5 una serie recursos educativos para trabajar específicamente el tema de la Educación para la muerte y especialmente de filmografía relacionada con el tema. En cuanto a los destinatarios de esta actividad podría ser cualquier persona interesada en esta temática y no exclusivamente perteneciente a la comunidad universitaria.

- Coordinación de Jornadas Interuniversitarias denominadas “EDU-VIDA”. Las Jornadas se organizarían anualmente en distintas universidades españolas donde se trabaja la temática de la educación para la muerte. La Jornada se organizará en torno a diferentes conferencias y talleres impartidos por especialistas en la materia.
- A nivel Investigador:
 - Introducir la temática de la Educación para la muerte como línea de investigación permanente en el Grupo de Investigación educativa de la Universidad Pablo de Olavide (GEDUPO).
 - Una vez realizado, en esta Tesis Doctoral, el estudio exploratorio sobre la situación de la EpS y la EpM a nivel universitario, continuar profundizando en diferentes aspectos de la muerte y su relación con la salud y la calidad de vida. Entre otras:
 - Actitudes ante la muerte: indagar en las variables que afectan al afrontamiento de la muerte propia y ajena. Posteriormente realizar un estudio comparativo entre la población joven, adulta y mayores sobre la posible

correlación entre esas variables y estas otras: edad, género, creencia espirituales y experiencias vitales.

- Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y la muerte y su relación con la calidad de vida-calidad de muerte.
- Desarrollar durante el próximo curso escolar una experiencia piloto con los estudiantes de la Asignatura Educación para la Salud. Partiendo de un centro educativo ubicado en el municipio de Dos Hermanas, colindante con la UPO en el que se cursen los Niveles educativos: infantil, primaria y secundaria, se implementará el proyecto de Educación para la Muerte. Primero trabajaríamos en la formación de los maestros y profesores del centro para que ellos mismos puedan desarrollar a través del programa de acción tutorial formación con sus estudiantes en educación para la vida-muerte. *Propuesta de intervención y difusión.*

Con esta serie de actuaciones podemos conseguir normalizar la reflexión, el diseño y el desarrollo de la *Educación para la Muerte* dentro del ámbito educativo y más allá.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

AA.VV. (2000). *TRAS LOS PASOS DE ELISABETH KÜBLER-ROSS: UNA NUEVA VISIÓN DEL DUELO*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

ABERASTURI, A. (1973). LA PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN LOS NIÑOS. *REVISTA DE PSICOANÁLISIS ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. 30, N° 3 Y 4, PP. 689-702.

ACARÍN, N. (2005). LA MUERTE, PERSPECTIVA MÉDICA. EN HALLADO, D. (COMP). *SEIS MIRADAS SOBRE LA MUERTE*. BARCELONA: PAIDÓS.

AJURIAGUERRA, J. (1983). *MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL*. BARCELONA: TORAY-MASSON.

ALFONSO, M.T., Y ÁLVAREZ-DARDET, C. (1992). *MANUAL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA I*. BARCELONA: ED. CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS.

ALFONSO, I. (1994). *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA*. CARACAS: CONTEXTO EDITORES.

ALIAGA, F. (2000). *BASES EPISTEMOLÓGICAS Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN PSICOEDUCATIVA*. VALENCIA: C.S.V.

ALIZADE, A. M. (1992). TRABAJANDO CON PACIENTES A LA HORA DE MORIR. *REVISTA DE PSICOANÁLISIS ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. 49, N° 5 Y 6, PP. 931-945.

ALVARADO DE PIÉROLA, C. (2001). "UNA REFLEXIÓN ACERCA DE LA VIDA ACERCA DE LA VIDA Y LA MUERTE". *REVISTA LETRAS*. N° 101-102. PP. 109-117.

ÁLVAREZ, R. (2005). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MADRID: DÍAZ SANTOS.

ÁLVAREZ-CIENFUEGOS FIDALGO, J. (2003). SOBRE EL BUEN MORIR. *DEVENIRES. REVISTA DE FILOSOFÍA Y FILOSOFÍA DE LA CULTURA*. AÑO IV N° 8. PP. 80-98.

ANDER-EGG, EZEQUIEL (2004) *MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL II. LA CIENCIA: SU MÉTODO Y LA EXPRESIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO*. BUENOS AIRES: LUMEN-HVMANITAS.

ANGULO, F. Y VÁZQUEZ, R. (2003). *INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE CASOS. LOS PRIMEROS CONTACTOS CON LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA*. MÁLAGA: ALIBE.

ANTÓ BOQUÉ, J.M. (1983). EVOLUCIÓN Y CONCEPTO DE LA SALUD HUMANA, EN DASI, M.J. (COORD.): *SALUD PÚBLICA. CURSO DE NIVELACIÓN DE A.T.S.* MADRID: UNED, 21-39, 25.

AMEZCUA, M. Y GÁLVEZ, A. (2002). LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD. PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. EN *REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA*. 76, 423-436.

ARANDA, F. R. (1997). PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA SIERRA NORTE DE SEVILLA. *T. E.*, 186, 9-12.

ARASA FERRER, H. (1991). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PROPUESTAS PARA SU INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA*. ZARAGOZA: DEPARTAMENTO DE SANIDAD.

ARREGUI, J. Y CHOZA, J. (2002). *FILOSOFÍA DEL HOMBRE: UNA ANTROPOLOGÍA DE LA INTIMIDAD*. MADRID: EDICIONES RIALP.

ARENDT, H. (1996). *LA CONDICIÓN HUMANA*. BARCELONA: PAIDÓS.

ARIÈS, P. (1982). *LA MUERTE EN OCCIDENTE*. BARCELONA: ARGOS VERGARA.

ARIÈS, P. (1984). *EL HOMBRE ANTE LA MUERTE*. MADRID: TAURUS.

ARNAL, J., DEL RINCÓN, D. Y LATORRE, A. (1992). *INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. BARCELONA: LABOR.

ARROYO, M. (1984). SINGULARIDAD Y COMPLEJIDAD DE LA PEDAGOGÍA. *CINCUENTENARIO DE LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE PEDAGOGÍA*. MADRID: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE.

ARROYO, M. (1993A). EL PROCESO EDUCATIVO Y LOS PROCESOS DE DESARROLLO HUMANO. *EDUCADORES*, 35, (166).

ARROYO, M. (1993B). INTENCIONALIDAD Y EFICIENCIA EN LA NOCIÓN DE EDUCACIÓN. ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO-CRÍTICO. *EDUCADORES*, 35, (167).

ASENJO, M.A. (1999). *LAS CLAVES DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA*. BARCELONA: GESTIÓN 2000.

ASENSI DÍAZ, J. (1989). *MANUAL DE ORIENTACIÓN ESCOLAR Y TUTORÍA*. MADRID: NARCEA.

ASHTON, J. Y SEYMOUR, H. (1990). *LA NUEVA SALUD PÚBLICA*. BARCELONA: MASSON.

B

BÁRCENA, F. Y MÈLICH, J.C. (2000). *LA EDUCACIÓN COMO ACONTECIMIENTO ÉTICO*. BARCELONA: PAIDÓS.

BARDIN, L. (1996). *EL ANÁLISIS DE CONTENIDO*. MADRID: AKAL.

BARLEY, N. (2000). *BAILANDO SOBRE LA TUMBA: ENCUENTROS CON LA MUERTE*. BARCELONA: ANAGRAMA.

BARRIGA, S. (1988). *SALUD Y COMUNIDAD*. SEVILLA: DIPUTACIÓN DE SEVILLA.

BARRIGA, S. (1995). CONTRADICCIONES EN LA PROMOCIÓN DE SALUD. LA SALUD ¿PARA QUÉ? EN J.A. MORÓN MARCHENA (DIR.). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO*. 15-29. SEVILLA: DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SEVILLA.

BARTOLOMÉ, M. (1984). PEDAGOGÍA EXPERIMENTAL. (PROGRAMA. EN BORDAS Y ECHEVARRIA, B. (COORD.): DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA EXPERIMENTAL, TERAPÉUTICA Y ORIENTACIÓN. DPTO. DE METODOLOGÍA Y TECNOLOGÍA EDUCATIVA. BARCELONA. UNIVERSIDAD DE BARCELONA, PP. 24-31.

BAYÉS, R. (2001). *PSICOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

- BEAUVOIR, S. (1997). *UNA MUERTE MUY DULCE*. BARCELONA: EDHASA.
- BECKER, E. (2000). *LA NEGACIÓN DE LA MUERTE*. BARCELONA: KAIROS.
- BELANDO, M^a.R. (1998). EDUCAR PARA LA VIDA, EDUCAR PARA LA MUERTE. REFLEXIONES Y PROPUESTAS SOBRE LA MUERTE Y LA VEJEZ. *ANALES DE PEDAGOGÍA*, 16, 199-225.
- BELANDO, M. Y LÓPEZ, E. (2003). UNA PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA DEL EDUCADOR SOCIAL A TRAVÉS DE LOS RECURSOS TELEMÁTICOS APLICADOS AL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *REVISTA LATINOAMERICANA DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA*, 2 (1), 51-71.
- BEORLEGUI, C. (2004). *ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA*. BILBAO: UNIVERSIDAD DE DEUSTO.
- BERICAT, E. (1998). *LA INTEGRACIÓN DE LOS MÉTODOS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL*. BARCELONA: ARIEL.
- BERMEJO, J.C. (2003). *LA MUERTE ENSEÑA A VIVIR. VIVIR SANAMENTE EL DUELO*. MADRID: SAN PABLO.
- BERNALTE, A. Y MIRET, M^a T. (2003). *UNA GUÍA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LA MIRADA ANTROPOLÓGICA*. UNIVERSIDAD DE CÁDIZ, CD-ROM.
- BERTAUX, D. (1982). *BIOGRAPHY AND SOCIETY: THE LIFE HISTORY APPROACH IN THE SOCIAL SCIENCES*. BEVERLY HILLS: SAGE PUBLICATIONS.
- BERTAUX, D. (1993). LOS RELATOS DE VIDA EN EL ANÁLISIS SOCIAL. EN ACEVES LOZANO, J. (COMP.). *HISTORIA ORAL, ANTOLOGÍAS UNIVERSITARIAS*. MÉXICO: UAM.
- BISQUERRA, R. (COORD.). (2009). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: LA MURALLA.
- BLANCO PICABIA, A. (1992). *EL MÉDICO ANTE LA MUERTE DE SU PACIENTE*. SEVILLA: MONARDES.
- BLASI, S. Y OTROS (1988). *ORIENTACIONES Y PROGRAMAS: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA*. BILBAO: GENERALITAT DE CATALUÑA/DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO.
- BOLÍVAR, A. (1999). *CÓMO MEJORAR LOS CENTROS EDUCATIVOS*. MADRID: SÍNTESIS.

BOLÍVAR, A., DOMINGO, J, Y FERNÁNDEZ, M. (2001). *LA INVESTIGACIÓN BIOGRÁFICO-NARRATIVA EN EDUCACIÓN*. MADRID: LA MURALLA.

BOOTH, W., COLOMB, G. Y WILLIAMS, J.M. (2001). *CÓMO CONVERTIRSE EN UN HÁBIL INVESTIGADOR*. BARCELONA: GEDISA.

BOUCHÉ, H. Y OTROS (1998). *ANTROPOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN*. MADRID: DYKINSON.

BOURDIEU, P. (1975). *EL OFICIO DE SOCIÓLOGO*. BUENOS AIRES: SIGLO XXI.

BOUSQUETS, M. D. Y LEAL, A. (1993). LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EN VV.AA. *LOS TEMAS TRANSVERSALES*. MADRID: SANTILLANA.

BOWLBY, J. (1993). *LA PÉRDIDA AFECTIVA. TRISTEZA Y DEPRESIÓN*. BARCELONA: PAIDÓS.

BOWKER, J. (1996). *LOS SIGNIFICADOS DE LA MUERTE*. GRAN BRETAÑA: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.

BUENDÍA, L. (1994). *ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. GRANADA: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

BUENDÍA, L. (2002). *TEMAS FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: LA MURALLA.

BUENDÍA, L., COLÁS, M.P. Y HERNÁNDEZ, F. (1998). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOPEDAGOGÍA*. MADRID: MCGRAW-HILL.

BUGEDA, J. (1974). *MANUAL DE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. MADRID: INSTITUTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS.

BUSQUETS, M. D. Y LEAL, A. (1993). LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EN VV.AA. *LOS TEMAS TRANSVERSALES*. MADRID: SANTILLANA.

BRAUNSTEIN, N. (1983). *A MEDIO SIGLO DEL MALESTAR EN LA CULTURA*. MÉXICO: SIGLO VEINTIUNO EDITORES.

BRENNEN, A. (1987). *LOS TRAUMAS INFANTILES. CÓMO AYUDAR A VENCERLOS*. BARCELONA: PLANETA.

BREZINKA, W. (1990). *CONCEPTOS BÁSICOS DE LA CIENCIA DE LA EDUCACIÓN*. BARCELONA: HERDER.

BUCKMAN, R. (1993). *COMMUNICATION IN PALLIATIVE CARE: A PRACTICAL GUIDE*. EN D. DOYLE, G.W. HANKS & N. MACDONALS (EDS), *OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE* (PP. 47-61). OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS.

BUCKMAN, R. (1992). *HOW TO BREAK BAD NEWS*. TRADUCCIÓN CATALANA: COM DONAR LES MALES NOTICIES. UNA GUIA PER A PROFESSIONALS DE LA SALUT. BARCELONA, VIC: EUMO, 1994.

C

CABADAS, P. (2004). *LA MUERTE LÚCIDA. CÓMO ENCONTRAR SENTIDO A LA VIDA Y A LA MUERTE*. BARCELONA: BELACQVA.

CABODEVILLA, J. M. (1969): *32 DE DICIEMBRE: LA MUERTE Y DESPUÉS DE LA MUERTE*. MADRID: EDITORIAL CATÓLICA.

CALLE, R. A. (1995). *ENSEÑANZAS PARA UNA MUERTE SERENA*. MADRID: TEMAS DE HOY.

CALLE, R. A. (1996). *APRENDER A VIVIR, APRENDER A MORIR*. MADRID: AGUILAR.

CALVO BRUZOS, S. (1992). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

CALVO FERNÁNDEZ, J.R. ET AL. (1996). EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CONCEPTOS Y MÉTODOS, EN MACÍAS, B.E. Y AROCHA, J.L.: *SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. LAS PALMAS: ICEPSS, 371-380.

CALVO FERNÁNDEZ, J.R. ET AL. (1996). ACCIDENTES DE TRÁFICO Y EDUCACIÓN VIAL, EN MACÍAS GUTIÉRREZ, B.E. Y AROCHA HERNÁNDEZ, J.L. (DIRS.): *SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. LAS PALMAS: ICEPSS, 269-279.

CALVO FERNÁNDEZ, J.R. ET AL. (1996). EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CONCEPTOS Y MÉTODOS, EN MACÍAS GUTIÉRREZ, B.E. Y AROCHA HERNÁNDEZ, J.L. (DIRS.): *SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. LAS PALMAS: ICEPSS, 371-381.

CAMPS, V. (1994). *LOS VALORES DE LA EDUCACIÓN*. MADRID: ANAYA.

CANALES, M. Y PEINADO, A. (1994): "GRUPOS DE DISCUSIÓN", EN J.M. DELGADO Y J. GUTIERREZ (COORD.): *MÉTODOS Y TÉCNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES*. MADRID: SÍNTESIS.

CARRERAS, ET AL. (1997). *CÓMO EDUCAR EN VALORES: MATERIALES, TEXTOS, RECURSOS Y TÉCNICAS*. MADRID: NARCEA.

CARR, W. Y KEMMIS, S. (1988). *TEORÍA CRÍTICA DE LA ENSEÑANZA. LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN LA FORMACIÓN DEL PROFESORADO*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

CASADO FLORES, J. (1990). ENFERMEDADES INFANTILES DE ORIGEN SOCIAL. *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 5, 67-75.

CASTAÑEDA, J. (1984). *SER HUMANO: ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA EN EL ENCUENTRO ORIENTE-OCCIDENTE*. SALAMANCA: EDICIONES SÍGUEME.

CASTELL, E. (1989). *GRUPOS DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. APRENDER A CAMBIAR*. BARCELONA: PPU.

CASTILLO DEL PINO, CARLOS (1995). *CELOS, LOCURA Y MUERTE*. MADRID: TEMAS DE HOY.

CASTILLO LEMEE, F. (1993). LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD, EN VV.AA.: *LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD. V JORNADAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA*. MURCIA: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES.

CASTILLO LEMEE, F. (1998). LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD. EN A. GARCÍA, (COORD.). *CLAVES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MURCIA: DM.

CASTILLO, S. Y GENTO, S. (1995). MODELOS DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS. MEDINA, A. Y VILLAR, L.M. *EVALUACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS, CENTROS Y PROFESORES*. MADRID: UNIVERSITAS.

CASTILLO, E. Y VÁSQUEZ, M.L. (2003). *EL RIGOR METODOLÓGICO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*. REVISTA COLOMBIA MÉDICA, VOL. 34, Nº 3, PP 164-167.

CEA D'ANCONA, M. A. (1996). *METODOLOGÍA CUANTITATIVA. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. MADRID: SÍNTESIS

CEA D'ANCONA, M. A. (2004). *MÉTODOS DE ENCUESTAS. TEORÍA Y PRÁCTICA, ERRORES Y MEJORA*. MADRID: SÍNTESIS.

CEMBRANOS, F.; MONTESINOS, D. H.; BUSTELO, M. (1997). *LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA*. MADRID: EDITORIAL POPULAR.

CHIOZZA, L. (2001). *UNA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL CÁNCER*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

CLAVÉ, E. (2000). *ANTE EL DOLOR: REFLEXIONES PARA AFRONTAR LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE*. MADRID: TEMAS DE HOY.

COBO MEDINA, C. (1999). *EL VALOR DE VIVIR: ELOGIO Y RAZÓN DEL DUELO. DE CÓMO EL SER HUMANO SE DEFIENDE DEL DOLOR POR LA MUERTE DE UN SER QUERIDO*. MADRID: LIBERTARIAS.

COBO MEDINA, C. (2000). *LOS TÓPICOS DE LA MUERTE. LA GRAN NEGACIÓN*. MADRID: LIBERTARIAS.

COBO MEDINA, C. (2004). *EL DUELO EN LA INFANCIA. APOTEGMAS DEL NIÑO Y EL MORIR*. ADIÓS (45), 30-34.

COBOS SANCHIZ, D. (2007).

COHEN, G.D. (1991). *ENVEJECIMIENTO CEREBRAL*. BILBAO: DESCLEE DE BROUWER.

COHEN, L. Y MANION, L. (2002). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: LA MURALLA.

COLÁS BRAVO, M^a P. Y BUENDIA EISMAN, L. (1994). *INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. SEVILLA: ALFAR.

COLL, C. (1986). *MARCO CURRICULAR PARA LA ENSEÑANZA OBLIGATORIA*. BARCELONA: GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DL'ENSENYAMENT.

COLOM, A. J. (1982). *TEORÍA Y METATEORÍA DE LA EDUCACIÓN*. MEXICO: TRILLAS.

COLOM, A. J. (1987). *LA EDUCACIÓN COMO SISTEMA*. BARCELONA: CEAC.

COLOMER, C. Y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2000). *PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CAMBIO SOCIAL*. BARCELONA: MASSON.

CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA (1997). *GUÍA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS*. MADRID: C.J.E.

COOK, T.D. Y REICHARDT, C.S. (1986). *MÉTODOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS EN INVESTIGACIÓN EVALUATIVA*. MADRID: MORATA.

CORBELLA, J. (1990). *VIVIR SIN MIEDO*. BARCELONA: FOLIO.

CORBETTA, P. (2003). *METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. MADRID: MCGRAWHILL.

CORBÍ, M. (2001). *ACERCA DE LA MUERTE*. BARCELONA: BIBLIOTECA AGRUPACIÓ.

COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (1986). *SALUD COMUNITARIA*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (1996). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. UNA ESTRATEGIA PARA CAMBIAR LOS ESTILOS DE VIDA*. MADRID: PIRÁMIDE.

CRONBACH, L.J. (1980). *TOWARD REFORM OF PROGRAM EVALUATION: AITNS, METHODS AND INSTITUTIONAL ARRANGEMENTS*. SAN FRANCISCO: JOSSEY-BASS.

CRUZ, F. Y GUALDA, E. (2001) *MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. HUELVA: ESTUDIOS SOCIALES E INTERVENCIÓN SOCIAL.

D

DELGADO, J.M. Y GUTIERREZ, J. (1994). *MÉTODOS Y TÉCNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES*. MADRID: SÍNTESIS.

DE LEÓN AZCÁRATE, J.L. (2000). *LA MUERTE Y SU IMAGINARIO EN LA HISTORIA DE LAS RELIGIONES*. BILBAO: UNIVERSIDAD DE DEUSTO.

DE MIGUEL DÍAZ, M. (2000). LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES: FUNDAMENTOS Y ENFOQUES TEÓRICOS. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*, 18(2), pp. 289-317.

DELP, A. (1942). *EXISTENCIA TRÁGICA: NOTAS SOBRE LA FILOSOFÍA DE MARTÍN HEIDEGGER*. MADRID: EDITORIAL RAZÓN Y FE.

DEL RINCÓN, D., ARNAL, J., LATORRE, A. Y SANS, A. (1995). *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES*. MADRID: DYKINSON.

DENDALUCE, I. (COORD.) (1989). *ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: NARCEA.

DENDALUCE, I. (1995). AVANCES EN LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA EN LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*, 26, pp. 9-32.

DENDALUCE, I. (1998). ALGUNOS RETOS METODOLÓGICOS. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*, 16, pp. 7-24.

DESHIMARU, T. (1982). *PREGUNTAS A UN MAESTRO ZEN*. BARCELONA: KAIRÓS.

DENZIN, N.K. Y LINCOLN, Y.S. (1994). *INTRODUCTION: ENTERING THE FIELD OF QUALITATIVE RESEARCH*. IN N.K. DENZIN Y Y.S. LINCOLN (EDS). *HANDBOOK OF QUALITATIVE RESEARCH*. LONDON: SAGE, PP 1-17.

DÍEZ, R. (DIR.) (1994). *APRENDER PARA EL FUTURO: EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MADRID: FUNDACIÓN SANTILLANA.

DÍEZ SALES, M^a T. (1999). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: GUÍA DIDÁCTICA*. ALICANTE: UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN (ED.) (1991). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PROPUESTAS PARA SU INTEGRACIÓN EN EL ESCUELA*. ZARAGOZA: DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN.

DURÁN, M.A. (1983). *DESIGUALDAD SOCIAL Y ENFERMEDAD*. MADRID: TEKNOS.

E

- EISNER, E. (1998). *EL OJO ILUSTRADO: INDAGACIÓN CUALITATIVA Y MEJORA DE LA PRÁCTICA EDUCATIVA*. BARCELONA: PAIDÓS.
- ELIZARI, F.J. (1991). *BIOÉTICA*. MADRID: EDICIONES PAULINAS.
- ELLIOT, J. (1990). *LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN EN EDUCACIÓN*. MADRID: MORATA.
- ELLIOT, J. (1993). *EL CAMBIO EDUCATIVO DESDE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN*. MADRID: MORATA.
- ERICKSON, F. (1986). QUALITATIVE METHODS IN RESEARCH ON TEACHING. EN M.C. WITTRICK (ED.). *HANDBOOK OF RESEARCH ON TEACHING*. NEW YORK: MACMILLAN P.C. , pp. 119-161.
- EVELSON, E. Y GRINBERG, R. (1962). EL NIÑO FRENTE A LA MUERTE. *REVISTA DE PSICOANÁLISIS ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. TOMO 19, N°4, pp. 344-350.

F

- FAVARGER, C., GABUS, J. Y CHAERER R. (1964). *EL HOMBRE FRENTE A LA MUERTE*. BUENOS AIRES: EDICIONES TROQUEL.
- FEITO, L. (1996). LA DEFINICIÓN DE SALUD. *DIÁLOGO FILOSÓFICO*, 34, 64.
- FEITO, L. (ED.) (1997). *ESTUDIOS DE BIOÉTICA*. MADRID: DYKINSON.
- FERRATER MORA, J. (1979). *EL SER Y LA MUERTE: BOSQUEJO DE FILOSOFÍA INTEGRACIONISTA*. BARCELONA: EDITORIAL PLANETA.
- FERRATER MORA, J. (1980). *DICCIONARIO DE FILOSOFÍA*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

FERNÁNDEZ SIERRA, I. Y SANTOS GUERRA, M. A. (1992). *EVALUACIÓN CUALITATIVA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MÁLAGA: ALIBÉ.

FERNÁNDEZ CANO, A. (1995). *MÉTODOS PARA EVALUAR LA INVESTIGACIÓN EN PSICOPEDAGOGÍA*. MADRID: SÍNTESIS.

FICK, U. (2004). *INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*. MADRID: MORATA.

FILSTEAD, W.J. (1986). MÉTODOS CUALITATIVOS. UNA EXPERIENCIA NECESARIA EN LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA. EN T.D. COOK Y CH.S. REICHARDT (1986). *MÉTODOS CUALITATIVOS Y CUANTATIVOS EN INVESTIGACIÓN EVALUATIVA*. MADRID: MORATA. PP. 59-79.

FLORES, M. L. Y FUENTES, M. (1984) "INTRODUCCIÓN AL TEMA ANGUSTIA Y PULSIÓN DE MUERTE". *REVISTA DE PSICOANÁLISIS ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. TOMO 41, N° 5, PP. 881-888.

FLORES, M.D. Y SARLET-GERKEN, A. (1992). EDUCACIÓN Y SALUD. *PEDAGOGÍA SOCIAL*, 7, 147-166.

FLORES, M.D. Y SARLET-GERKEN, A.M. (1996). EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MEDIO ESCOLAR, EN SARLET-GERKEN, A.M. (COMP.): *SALUD, MEDIO-AMBIENTE, TOLERANCIA Y DEMOCRACIA: LA TRANSVERSALIDAD EDUCATIVA*. MURCIA: DM, 43-64.

FLORES, M.D. (1996). EDUCACIÓN Y SALUD COMUNITARIAS, EN SARLET-GERKEN, A.M. (COMP.): *SALUD, MEDIO-AMBIENTE, TOLERANCIA Y DEMOCRACIA: LA TRANSVERSALIDAD EDUCATIVA*. MURCIA: DM, 65-81.

FLORES, M.D. (1996). DESARROLLO DE LA COMUNIDAD: ¿UN NUEVO MITO? *ANALES DE PEDAGOGÍA*, 6, 151-163.

FLORES, M.D. (1999). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UN CURRÍCULUM DE ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA COMPARADA DE LOS PLANES DE ESTUDIO*. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD DE MURCIA.

FLORES, M.D. (2001). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA ENFERMERÍA*. MURCIA: D.M.

FLORES, M.D. (COORD.) (2003). *LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA*. VALENCIA: NAU LLIBRES.

FLORES, M.D., GARCÍA, A. Y RABADÁN 2003 EN FLORES, M.D. (COORD.) (2003). *LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA*. VALENCIA: NAU LLIBRES.

FONNEGRA DE JARAMILLO, I. (2006). *MORIR BIEN*. BOGOTÁ: PLANETA.

FORNER, A. Y LATORRE, A. (1996) *DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA*. BARCELONA: EUB.

FORTUNY, M. (1984). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

FOX, D. (1981). *EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN*. PAMPLONA: EUNSA.

FRAILE, E., MAYA, V. (2008) *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. CIENCIAS DE LA SEGURIDAD*. SALAMANCA: UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

FRANKL, V. (1994). *LA VOLUNTAD DE SENTIDO. CONFERENCIAS ESCOGIDAS SOBRE LOGOTERAPIA*. BARCELONA: HERDER.

FRANKL, V. (2002). *EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO*. BARCELONA: HERDER.

FRANKL, V. (2003). *EL HOMBRE DOLIENTE. FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOTERAPIA*. BARCELONA: HERDER.

FRANKL, V. (2003). *PSICOTERAPIA Y EXISTENCIALISMO. ESCRITOS SELECTOS SOBRE LOGOTERAPIA*. BARCELONA: HERDER.

FRIEDAN, B. (1994). *LA FUENTE DE LA EDAD*. BARCELONA: PLANETA.

G

GADAMER, H. G. (2002). *LOS CAMINOS DE HEIDEGGER*. BARCELONA: HERDER.

GAFO, J. (1994). *DIEZ PALABRAS CLAVE EN BIOÉTICA*. MADRID: VERBO DIVINO.

GANZINI, L. Y OTROS (2000). PHYSICIANS EXPERIENCES WITH THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT. *THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*. 342, 8, PP. 557-563.

GARCÍA, D. (1999). *PASEO ALREDEDOR DE LA MUERTE*. MADRID: ALIANZA LITERARIA.

GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. Y ALVIRA, F. (2007). *EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD SOCIAL: MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M (1993). CURRÍCULUM Y EDUCACIÓN PARA LA MUERTE. *ENFERMERÍA CLÍNICA*, 3 (5), 45-49.

GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M (2002). *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TANATOLOGÍA*. WWW.TANATOLOGIA.ORG

GARCÍA HOZ, V. Y PÉREZ JUSTE, R. (1984). *LA INVESTIGACIÓN DEL PROFESOR EN EL AULA*. MADRID: ESCUELA ESPAÑOLA.

GARCÍA LLAMAS, J.L. (2003). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y EVALUATIVA*. MADRID: UNED.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1990). *CIENCIAS SOCIALES Y EPISTEMOLOGÍA*. BARCELONA: PPU/DM.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1991). *TRABAJO SOCIAL Y ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL. LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA DE LA ACCIÓN SOCIAL*. VALENCIA: NAU LLIBRES.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1992). *LA PEDAGOGÍA SOCIAL EN SU CONTEXTO*. BARCELONA: PPU/D.M.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. Y BENITO MARTÍNEZ, J. (1996). LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA EDUCATIVA. *REVISTA DE PEDAGOGÍA SOCIAL*, nº 14, DICIEMBRE; PP. 135-145.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. Y ESCARBAJAL DE HARO, A. (1997). EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DEL BIENESTAR, EN J. SÁEZ CARRERAS (COORD.), *TRANSFORMANDO LOS CONTEXTOS SOCIALES: LA EDUCACIÓN EN FAVOR DE LA DEMOCRACIA*. MURCIA: D.M. PP. 119-134.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1997). LAS TAREAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL SIDA Y SUS EFECTOS EN EL SISTEMA DE GÉNERO. *PEDAGOGÍA SOCIAL*, nº 15-16; JUNIO-DICIEMBRE; PP. 123-136.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (COORD.) (1998). *CLAVES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MURCIA: D.M.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1998B). EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PERSPECTIVAS SOCIOCÓNICAS: UN GIRO CONSISTENTE PERO INCONCLUSO, EN M. CAMPILLO Y J. DEL CERRO (COORDS.), *TRANSVERSALIDAD Y CONOCIMIENTO SOCIAL*. MURCIA: D.M. Pp. 101-116.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1998C). EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, EN A. ESCARBAJAL (COORD.), *LA EDUCACIÓN SOCIAL EN MARCHA*. VALENCIA: NAU LLIBRES. Pp. 155-171.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1998D). EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DROGAS: HACIA UN CAMBIO DE ENFOQUE". *PEDAGOGÍA SOCIAL*, Nº 1 (SEGUNDA ÉPOCA), 1998; pp. 59-69.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1998F). EDUCACIÓN PARA LA SALUD, MEDIA Y DROGAS. *ANALES DE PEDAGOGÍA*, Nº 16; pp. 179-198.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1999). EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNIDAD, EN J.A. MORÓN MARCHENA (DIR.), *EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y MUNICIPIO*. SEVILLA: AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS (SEVILLA)/CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. Pp. 31-45.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. ET AL. (2000). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. TEXTO GUÍA*. MURCIA: I.C.E. UNIVERSIDAD DE MURCIA/D.M.

GARCÍA MARTÍNEZ, J.A, SÁEZ CARRERAS, J. Y ESCARBAJAL DE HARO, A. (2000). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. LA APUESTA POR LA CALIDAD DE VIDA*. MADRID: ARÁN.

GARCÍA MARTÍNEZ, J.A. Y OTROS (2009). *EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. UNA MIRADA CONTEXTUAL*. MURCIA: DIEGO MARÍN.

GARCÍA MARTÍNEZ, J.A. Y AURA ARMIÑANA, M.C. (2010). *LA GRAN CARENCIA: MUERTE, EUTANASIA Y EDUCACIÓN*. MURCIA: D.M.

GARCÍA-SABELL, D. (1999, 2000) *PASEO ALREDEDOR DE LA MUERTE*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

GARRET, H. E. (1976). *ESTADÍSTICA EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN*. BUENOS AIRES: PAIDÓS.

GEHLEN, A. (1993). *ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA: DEL ENCUENTRO Y DESCUBRIMIENTO DEL HOMBRE POR SÍ MISMO*. BARCELONA: PAIDOS.

GERVILLA, E. (1997). *ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS PARA EDUCAR EN VALORES: POSTMODERNIDAD Y EDUCACIÓN*. MADRID: DYKINSON.

GESSELL, A. (1954). *EL NIÑO DE CINCO A DIEZ AÑOS*. BUENOS AIRES: PAIDÓS.

GESSELL, A. (1987). *EL ADOLESCENTE DE DIEZ A DIECISEIS AÑOS*. BARCELONA: PAIDÓS.

GIL PASCUAL, J. A. (2004). *BASES METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA: ANÁLISIS DE DATOS*. MADRID: UNED.

GIMENO SACRISTÁN, J. Y PÉREZ, A. (1983). *LA ENSEÑANZA, SU TEORÍA Y SU PRÁCTICA*. MADRID: AKAL.

GOETZ, J.P. Y LECOMPTE, M.D. (1988). *ETNOGRAFÍA Y DISEÑO CUALITATIVO EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. EVALUACIÓN DEL DISEÑO ETNOGRÁFICO. MADRID: MORATA.

GOLLETE, G. Y LESSARD-HÉBERT, M. (1988). *LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN. SUS FUNCIONES, SU FUNDAMENTO Y SU INSTRUMENTALIZACIÓN*. BARCELONA: LAERTES.

GÓMEZ, J. (1990). METODOLOGÍA DE ENCUESTAS POR MUESTREO. EN J. ARNAU, M.T. ANGERA Y J. GÓMEZ, *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO*. MURCIA: UNIVERSIDAD DE MURCIA.

GÓMEZ OCAÑA, C. (2005). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UN MODELO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA*. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

GÓMEZ SANCHO, M. (1998). *MEDICINA PALIATIVA: LA RESPUESTA A UNA NECESIDAD*. MADRID: ARÁN.

GONZÁLEZ, D. (1993). INVESTIGACIONES BASADAS EN LA ENCUESTA. EN L. BUENDÍA (COORD.), *ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. GRANADA: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

GONZÁLEZ ALFAYA, M.E. (2007). *INTERVENCIÓN DE LA UNIVERSIDAD EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE SUS ESTUDIANTES*. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

GONZÁLEZ ALVÁREZ, A. (1969). *FILOSOFÍA DE LA EDUCACIÓN*. BUENOS AIRES: TROQUEL.

GONZÁLEZ RÍO, M. J. (1997). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS*. ALICANTE: AGUACLARA.

GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. Y GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1997). ¿ES SOCIALMENTE ÚTIL LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?, EN J.A. MORÓN (DIR), *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA*. DOS HERMANAS (SEVILLA): EXCMO. AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS. PP. 27-43.

GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. Y GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1998). *CLAVES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MURCIA: D.M.

GONZÁLEZ LUCINI, F. (1993). *TEMAS TRANSVERSALES Y EDUCACIÓN EN VALORES*. MADRID: ALAUDA/ANAYA.

GONZÁLEZ LUCINI, F. (1994). *TEMAS TRANSVERSALES Y ÁREAS CURRICULARES*. MADRID: ALAUDA/ANAYA.

GONZÁLEZ LUCINI, F. (1996). *SUEÑO, LUEGO EXISTO. REFLEXIONES PARA UNA PEDAGOGÍA DE LA ESPERANZA*. MADRID: ALAUDA-ANAYA.

GONZÁLEZ LUCINI, F. (1997). "EDUCACIÓN EN VALORES Y TRANSVERSALIDAD: UN NUEVO RETO PARA LA EDUCACIÓN CONTEMPORÁNEA", EN SERRANO GONZÁLEZ, M.I. (COORD.-ED.): *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI: COMUNICACIÓN Y SALUD*. MADRID, DÍAZ DE SANTOS, 113-117.

GRACIA, D. (1991). APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD. *LABOR HOSPITALARIA*, (219), 11-14.

GREEN, A., WIDLÖCHER, D. Y SEGAL H. (1991). *LA PULSIÓN DE MUERTE*. BUENOS AIRES: AMORRORTU EDITORES.

GREEN, A. (2001) "LA MUERTE EN LA VIDA: ALGUNOS PUNTOS DE REFERENCIA PARA LA PULSIÓN DE MUERTE". *REVISTA DE PSICOANÁLISIS. ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. TOMO LVII, 2, PP.291-309.

GREENE, W.H. Y SIMONS-MORTON, B.G. (1988). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MÉXICO: INTERAMERICANA DE MCGRAW-HILL.

GROLLMAN, E.A. (1987). *TALKING ABOUT DEATH: A DIALOGUE BETWEEN PARENT AND CHILD*. BOSTON: BEACON PRESS.

GUASCH, O. (1997). *OBSERVACIÓN PARTICIPANTE*. MADRID: CIS. INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

H

HALLADO, D. (COMP) (2005). *SEIS MIRADAS SOBRE LA MUERTE*. BARCELONA: PAIDÓS.

HAMMERSLEY, M. Y ATKINSON, P. (1994). *ETNOGRAFÍA. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN*. BARCELONA: PAIDÓS.

HEIDEGGER, M. (2002). *SER Y TIEMPO*. SANTIAGO DE CHILE: EDITORIAL UNIVERSITARIA.

HENDERSON, A. C. (1981). THE FUTURE OF THE HEALTH EDUCATION PROFESSION: IMPLICATIONS AND PRACTICE, *AMERICAN J. PUBLICHEALTH*, 95 (6) 555-559.

HENNEZEL, M. Y LELOUP, J-Y. (1998). *EL ARTE DE MORIR: TRADICIONES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALIDAD HUMANISTA FRENTE A LA MUERTE*. BARCELONA: HELIOS.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., BAPTISTA LUCIO, P. (2000): *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. MÉXICO: MACGRAW-HILL.

HERNÁNDEZ PINA, F. (1995). *BASES METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. BARCELONA, PPU.

HERRÁN, A. DE LA (1998). *EL SER Y LA MUERTE. DIDÁCTICA, CLAVES, RESPUESTAS*. BARCELONA: HUMANITAS.

HERRÁN, A. DE LA Y OTROS (1999). LA MUERTE, UN TABÚ EN LA EDUCACIÓN. *REVISTA ESCUELA ESPAÑOLA* (3410), 17-18.

HERRÁN, A. DE LA Y OTROS (2000). *¿TODOS LOS CARACOLES SE MUEREN SIEMPRE? CÓMO TRATAR LA MUERTE EN EDUCACIÓN INFANTIL*. MADRID: EDICIONES DE LA TORRE.

HERRÁN, A. DE LA, GONZÁLEZ, I., NAVARRO, M.J., FREIRE, M.V. Y BRAVO, S. (2001). ¿CÓMO EDUCAR PARA LA MUERTE? UN ANDAMIAJE. *CUADERNOS DE PEDAGOGÍA* (310), 22-25.

HERRÁN, A. DE LA, GONZÁLEZ, I., NAVARRO, M.J., FREIRE, M.V. Y BRAVO, S. (2001). LA MUERTE: ¿TABÚ O IMPERATIVO? *AULA DE INNOVACIÓN EDUCATIVA* (106), 62-64.

HERRÁN, A. DE LA, Y GONZÁLEZ SÁNCHEZ, I. (2001). "CÓMO TRATAR LA MUERTE EN EDUCACIÓN INFANTIL". CONFERENCIA EN LAS JORNADAS DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS. EDUCACIÓN INFANTIL. COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN ACADÉMICA. CENTRO REGIONAL DE APOYO A LA FORMACIÓN DE LA INFANCIA "EL VALLE". 24 Y 25 DE ABRIL.

HERRÁN, A. DE LA, Y MUÑOZ DIEZ, J. (2002). EDUCACIÓN PARA LA UNIVERSALIDAD. MÁS ALLÁ DE LA GLOBALIZACIÓN. MADRID: DILEX.

HERRÁN, A. DE LA (2003). EL NUEVO PARADIGMA COMPLEJO EVOLUCIONISTA EN EDUCACIÓN. *REVISTA COMPLUTENSE DE EDUCACIÓN*, 14, 499-562.

HERRÁN, A. DE LA, GONZÁLEZ, I., NAVARRO, M.J., FREIRE, M.V. Y BRAVO, S. (2003). LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: SELECCIÓN DE PROPUESTAS. *AULA DE INFANTIL* (12), 14-18.

HERRÁN, A. DE LA, Y CORTINA, M. (2005). EL VALOR FORMATIVO DE LA MUERTE. EL PAÍS, LUNES, 27 DE JUNIO, P. 2.

HERRÁN, A. DE LA, HASHIMOTO, E., Y MACHADO, E. (2005). INVESTIGAR EN EDUCACIÓN: FUNDAMENTOS, APLICACIÓN Y NUEVAS PERSPECTIVAS. MADRID: DILEX.

HERRÁN, A. DE LA, Y CORTINA, M. (2006). *LA MUERTE Y SU DIDÁCTICA: MANUAL PARA EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA Y SECUNDARIA*. MADRID: UNIVERSITAS.

HERRERA MENCHÉN, M.M. (1998). *LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL UN PROCESO DE EDUCACIÓN SOCIAL*. EDITORIAL EDICIAL.

HINTON, J. (1996) *EXPERIENCIAS SOBRE EL MORIR*. BARCELONA: SEIX BARRAL.

HUAITA, E. (2006). *ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE: EL CONCEPTO DE PULSIÓN DE MUERTE DE SIGMUN FREUD Y EL CONCEPTO DE MUERTE EN SER Y TIEMPO DE MARTÍN HEIDEGGER*. TESIS DE LICENCIATURA. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

I

IBÁÑEZ, J. (1979): *MÁS ALLÁ DE LA SOCIOLOGÍA. EL GRUPO DE DISCUSIÓN: TÉCNICA Y CRÍTICA*. MADRID: SIGLO XXI.

IBÁÑEZ, J. (1989). *CÓMO SE REALIZA UNA INVESTIGACIÓN MEDIANTE GRUPOS DE DISCUSIÓN*, EN GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. Y ALVIRA, F., *EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD SOCIAL* MADRID: ALIANZA EDITORIAL, 489-501.

ILlich, I. (1975). *NÉMESIS MEDICALE*. PARÍS: SEUIL.

ILlich, I. (1986). *NÉMESIS MÉDICA*. MÉXICO: PLANETA.

J

JACOB, E. (1987). *QUALITATIVE RESEARCH TRADITIONS: A REVIEW*. *REVIEW OF EDUCATIONAL RESEARCH*, 57(1), 1-50.

JASPERS, K. (1985). *INTRODUCCIÓN A LA FILOSOFÍA*. BARCELONA: CÍRCULO DE LECTORES.

JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, C. (1983). POBLACIÓN Y MUESTRA. EL MUESTREO. EN JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, C., LÓPEZ-BARAJAS, E. Y PÉREZ JUSTE, R. : *PEDAGOGÍA EXPERIMENTAL II. TOMO I*. UNED. MADRID. PP. 229-258.

JUÁREZ, F. (2001). *EDUCAR EN EL AULA: ACTIVIDADES PARA TRABAJAR EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MADRID: ENEIDA.

K

KALISH, R.A. (1983). *LA VEJEZ: PERSPECTIVAS SOBRE EL DESARROLLO HUMANO*. MADRID: PIRÁMIDE.

KELEMAH, S. (1998). *VIVIR LA PROPIA MUERTE*. BILBAO: DESCLEÉ DE BROUWER.

KEMMIS, S. Y MCTAGGART, R. (1988). *CÓMO PLANIFICAR LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN*. BARCELONA: LAERTES.

KERLINGER, F. N. (1975). *INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. TÉCNICAS Y METODOLOGÍA*. MÉXICO: INTERAMERICANA.

KERLINGER, F. N. (1985). *ENFOQUE CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO*. MÉXICO: INTERAMERICANA.

KERLINGER, F.N. (1988). *INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO*. MÉXICO: INTERAMERICANA.

KICKBUSH, A. (1984). *PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA TIPOLOGÍA*. COPENHAGUE: O.M.S.

KING, K., ROBERT O.; VERBA, S. (2000). *EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL: LA DIFERENCIA CIENTÍFICA EN LOS ESTUDIOS CUALITATIVOS*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

KISH, L. (1972). *MUESTREO DE ENCUESTAS*. MÉXICO: TRILLAS.

KOTTING, J.R. (1984). *FOUNDATIONS OF NATURALISTIC INQUIRY: DEVELOPING A THEORY BASE FOR UNDERSTANDING INDIVIDUAL INTERPRETATIONS OF REALITY*. TEXAS: ASSOCIATION FOR EDUCATIONAL COMMUNICATIONS AND TECHNOLOGY.

KROEN, W.C. (2002). *CÓMO AYUDAR A LOS NIÑOS A AFRONTAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO*. BARCELONA: ONIRO.

KRUEGER, R. A. (1991). *EL GRUPO DE DISCUSIÓN. GUÍA PRÁCTICA PARA LA INVESTIGACIÓN APLICADA*. MADRID: PIRÁMIDE.

KÜBLER-ROSS, E. (1989): *LA MUERTE: UN AMANECER*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (1991A): *VIVIR HASTA DESPEDIRNOS*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (1991B): *CARTA PARA UN NIÑO CON CÁNCER*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (1992A): *LOS NIÑOS Y LA MUERTE*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (1992B): *RECUERDA EL SECRETO*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, ELISABETH (1995). *MORIR ES DE VITAL IMPORTANCIA*. BARCELONA: LUCIERNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (1996): *CONFERENCIAS: MORIR ES DE VITAL IMPORTANCIA*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (1998): *PREGUNTAS Y RESPUESTAS A LA MUERTE DE UN SER QUERIDO*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

KÜBLER-ROSS, E. (2000A): *SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS*. BARCELONA: GRIJALBO.

KÜBLER-ROSS, E. (2000B): *LA RUEDA DE LA VIDA*. BARCELONA: EDICIONES B.

KÜBLER-ROSS, E. Y KESSLER, D (2001): *LECCIONES DE VIDA: DOS EXPERTOS SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR NOS ENSEÑAN ACERCA DE LOS MISTERIOS DE LA VIDA Y DEL VIVIR*. BARCELONA: LUCIÉRNAGA.

KÜBLER-ROSS, E. (2002): *SIDA: EL GRAN DESAFÍO*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

KUHN, T.S. (1970). *THE STRUCTURE OF SCIENTIFIC REVOLUTIONS*. CHICAGO: UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS.

L

LAÍN ENTRALGO, P. (1978). *ANTROPOLOGÍA MÉDICA. TEORÍA DEL CUERPO HUMANO*. BARCELONA: SALVAT.

LALONDE, M.A. (1974). *NEW PERSPECTIVE ON THE HEALTH OF CANADIANS*. OTTAWA: OFFICE OF THE CANADIAN MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

LA MARNE, P. (1999). *ETIQUES DE LA FIN DE VIE: ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE EUTHANASIE SOINS PALLIATIFS*. PARIS: ELLIPSES.

LANDMANN, M. (1978). *ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA: AUTOINTERPRETACIÓN DEL HOMBRE EN LA HISTORIA Y EN EL PRESENTE*. MÉXICO: UTHENA.

LAPLANCHE, J. (1970). *VIDA Y MUERTE EN PSICOANÁLISIS*. BUENOS AIRES: AMORRORTU.

LAPLANCHE, J. (2001). "PULSIÓN E INSTINTO". *REVISTA DE PSICOANÁLISIS. ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. TOMO LVIII, 1, PP. 23-36.

LATORRE, A. (2003). *LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: CONOCER Y CAMBIAR LA PRÁCTICA EDUCATIVA*. BARCELONA: GRAÓ.

LATORRE, A., RINCÓN D. DEL Y ARNAL, J. (2003). *BASES METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. BARCELONA: EXPERIENCIA S.L.

LECOMPTE, M.D. (1995). UN MATRIMONIO CONVENIENTE: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y ESTÁNDARES PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS. *RELIEVE*. VOL. 1, Nº 1.

LEE, C. (1995). *LA MUERTE DE LOS SERES QUERIDOS. CÓMO AFRONTARLA Y SUPERARLA*. BARCELONA: PLAZA Y JANÉS.

LEHR, U. (1980). *PSICOLOGÍA DE LA SENECTUD*. BARCELONA: HERDER.

LEÓN, O.G. Y MONTERO, I. (2002). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN*. MADRID: MCGRAW-HILL.

LEVI, L. Y ANDERSON, L. (1980). *LA TENSION PSICOSOCIAL. POBLACION, AMBIENTE Y CALIDAD DE VIDA*. MÉXICO: EL MANUAL MODERNO.

LÉVINAS, E. (1994). *DIOS, LA MUERTE Y EL TIEMPO*. MADRID: CÁTEDRA.

LOHR, S. L. (1999). *MUESTREO: DISEÑO Y ANÁLISIS. INTERNATIONAL*. MADRID: THOMSON EDITORES.

LÓPEZ AZPITARTE, E. (1990). *ÉTICA Y VIDA*. MADRID: PAULINAS.

LÓPEZ ARANGUREN, J.L. (2001): *ACERCA DE LA MUERTE*. BARCELONA: BIBLIOTECA AGRUPACIÓ.

LÓPEZ-BARAJAS, E. (COORD.) (1998). *LAS HISTORIAS DE VIDA Y LA INVESTIGACIÓN BIOGRÁFICA. FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA*. MADRID: UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA.

LÓPEZ-BARAJAS, E. (2000). *FUNDAMENTOS DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA*. MADRID: UNED.

LÓPEZ, L.A. Y SILES, D. (1993): LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. VERDADES Y FALACIAS. *CENTRO DE SALUD*, 1 (2), 103-113.

LÓPEZ NOGUERO, F. (2007). *METODOLOGÍA PARTICIPATIVA EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA*. MADRID: NARCEA.

LÓPEZ YEPES, J. (1995). *LA AVENTURA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. GUÍA DEL INVESTIGADOR Y DEL DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN*. MADRID: SÍNTESIS.

LORENZO, A., MARTÍNEZ PIÑEIRO, A.B. Y MARTÍNEZ PIÑEIRO, E. (2004). FUENTES DE INFORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN SOCIOEDUCATIVA. *REVISTA ELECTRÓNICA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN EDUCATIVA*, v. 10, n. 2.

LUKAS, J.F. Y SANTIAGO, K. (2004). *EVALUACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: ALIANZA.

M

MANTEGAZZA, R. (2006). *LA MUERTE SIN MÁSCARA: EXPERIENCIA DEL MORIR Y EDUCACIÓN PARA LA DESPEDIDA*. BARCELONA: HERDER.

MARCELO, C. ET AL. (1991). *EL ESTUDIO DE CASO EN LA FORMACIÓN DEL PROFESORADO Y LA INVESTIGACIÓN DIDÁCTICA*. SEVILLA: PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

MARCHIONI, M. (1989). *PLANIFICACIÓN SOCIAL Y ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD*. MADRID: EDITORIAL POPULAR.

MARÍ, A. (2005). TUMBAS, CRIPTAS, CEMENTERIOS Y OTRAS FORMAS DE RECOGIMIENTO. EN HALLADO, D. (COMP). *SEIS MIRADAS SOBRE LA MUERTE*. BARCELONA: PAIDÓS.

MARÍN IBÁÑEZ, R. (1981). *LOS VALORES, FUNDAMENTO DE LA EDUCACIÓN*. MADRID: ANAYA.

MARÍN IBÁÑEZ, R. Y PÉREZ SERRANO, G. (1985). *PEDAGOGÍA SOCIAL Y SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN*. MADRID: UNED.

MARINAS, J.M. Y SANTAMARINA, C. (Eds.) (1993). *LA HISTORIA ORAL: MÉTODOS Y EXPERIENCIAS*. MADRID: DEBATE.

MARTÍNEZ, M. (1987). *DIMENSIONES ADAPTATIVAS Y PROYECTIVAS DE LOS SISTEMAS*. BARCELONA: CEAC.

MARTÍNEZ BONAFÉ, J. (1988). EL ESTUDIO DE CASOS EN LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. *INVESTIGACIÓN EN LA ESCUELA*, 6, PP. 41-50

MARTÍNEZ M.M. (1996). *LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA ETNOGRÁFICA EN EDUCACIÓN*. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO. MÉXICO: TRILLAS.

MATARAZZO, J. D. (1980). BEHAVIORAL HEALTH AND BEHAVIORAL MEDICINE: FRONTIERS FOR A NEW HEALTH PSYCHOLOGY. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*, 35, 807-817.

MATEO, J. (1997). *LA INVESTIGACIÓN EX-POST-FACTO*. BARCELONA: EDIUOC.

MATEO, J. (2000). *LA EVALUACIÓN EDUCATIVA, SU PRÁCTICA Y OTRAS METÁFORAS*. BARCELONA: ICE-HORSORI.

MAYOR ZARAGOZA, F. (2000). EDUCAR PARA LA INDIVIDUALIDAD. UNA EDUCACIÓN PERMANENTE Y DE CALIDAD PARA EL SIGLO XXI. *ACADE*. 28. 18-22

MCMILLAN, J.S. Y SCHUMACHER, S. (2005). *INVESTIGACIÓN EDUCATIVA: UNA INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL*. MADRID: PEARSON.

MEDINA RUBIO, R. Y OTROS (1992). *TEORÍA DE LA EDUCACIÓN*. MADRID: UNED.

MÈLICH, J.C. (1987). *PEDAGOGÍA DE LA FINITUD*. BARCELONA: PPU.

MÈLICH, J.C. (1989). *SITUACIONES-LÍMITE Y EDUCACIÓN. ESTUDIO SOBRE EL PROBLEMA DE LAS FINALIDADES EDUCATIVAS*. BARCELONA: PPU

MÈLICH, J.C. (1994). LA CONSTRUCCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE: ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA Y FILOSOFÍA DE LA EDUCACIÓN EN VIKTOR E. FRANKL. *ENRAHONAR*, 22, 93-103.

MÈLICH, J.C. (2002). *FILOSOFÍA DE LA FINITUD*. BARCELONA: HERDER.

MERINO, J. V. (1997). *PROGRAMAS DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL. TRES INSTRUMENTOS PARA SU DISEÑO Y EVALUACIÓN*. MADRID: NARCEA.

MEYER, J.E. (1983). *ANGUSTIA Y CONCILIACIÓN DE LA MUERTE EN NUESTRO TIEMPO*. BARCELONA: HERDER.

MINGUEZ, A. Y FUENTES, M. (2004). *CÓMO HACER UNA INVESTIGACIÓN SOCIAL*. VALENCIA: TIRANT LO BLANCH.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (1981). *PROGRAMAS RENOVADOS DE E.G.B. CICLO MEDIO Y CICLO SUPERIOR*. MADRID: MEC.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (1992). *EDUCACIÓN INFANTIL. TEMAS TRANSVERSALES*. MADRID: MEC.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (1993). *TEMAS TRANSVERSALES Y DESARROLLO CURRICULAR*. MADRID: MEC.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2009). *GANAR SALUD EN LA ESCUELA: GUÍA PARA CONSEGUIRLO*. MADRID: MEC.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1991). *ESTRATEGIA DE SALUD EN EL AÑO 2000 EN ESPAÑA*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1996). *DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

MISHARA, B.L. Y RIEDEL, R.G. (1986). *EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO*. MADRID: MORATA.

MODELO, M.A. (1979). *EDUCACIÓN SANITARIA, COMPORTAMIENTO Y PARTICIPACIÓN, EL PENSAMIENTO CIENTÍFICO*, COMPILACIÓN, 8, 39-58.

MODELO, M.A. (1987). *EDUCACIÓN SANITARIA, COMPORTAMIENTO Y PARTICIPACIÓN. CAPS*, 8.

MOLINER, M. (1987). *DICCIONARIO DEL USO ESPAÑOL*. MADRID: CREDOS.

MONTEAGUDO, A. C. (1996). LA MUERTE Y LA FILOSOFÍA: LA TEMPORALIDAD Y LA VIDA. *BOLETÍN DEL INSTITUTO RIVA –AGÜERO N° 23*. PP. 143.

MORALES, O. (2001). *LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL Y LA MONOGRAFÍA*. MÉRIDA: UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

MORAGAS, R. (1991). *GERONTOLOGÍA SOCIAL*. BARCELONA, HERDER.

MORÓN MARCHENA, J. A. (DIR.) (1995A). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO*. SEVILLA: DIPUTACIÓN DE SEVILLA.

MORÓN MARCHENA, J. A. (DIR.) (1995B). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UN RETO PARA TODOS*. DOS HERMANAS: AYUNTAMIENTO DOS HERMANAS.

MORÓN MARCHENA, J. A. (DIR.) (1997A). *SALUD, EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*. DOS HERMANAS: AYUNTAMIENTO DOS HERMANAS.

MORÓN MARCHENA, I.A. (1997B). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA FAMILIA, LA ESCUELA Y EL TRABAJO, CULTURA DE LA SALUD EN ESPAÑA*. ADEPS, 78-86.

MORÓN MARCHENA, J. A. (1997c). EDUCACIÓN PARA LA SALUD. INNOVACIÓN Y CAMBIO ANTE LOS NUEVOS RETOS SOCIALES. *CUESTIONES PEDAGÓGICAS*, 13,85-100.

MORÓN, J.A. (DIR) (1998): *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA*. DOS HERMANAS (SEVILLA): EXCMO. AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS.

MORÓN, J.A. (DIR) (1998): *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EXPERIENCIAS E INVESTIGACIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO, SOCIAL Y ESCOLAR*. DOS HERMANAS (SEVILLA): EXCMO. AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS.

MORÓN MARCHENA, J.A. (1998). *NUEVAS DEMANDAS DE LA SOCIEDAD ACTUAL: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL CONSUMO*. SEVILLA: GIPDA-KRONOS.

MORÓN MARCHENA, J. A. (DIR.) (1999). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y MUNICIPIO*. DOS HERMANAS: AYUNTAMIENTO DOS HERMANAS Y CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCIA.

MORÓN MARCHENA, J.A. (DIR.) (2000). *APORTACIONES Y EXPERIENCIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. DOS HERMANAS: AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS.

MORÓN MARCHENA, J.A. (DIR.) (2000). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA*. DOS HERMANAS: AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS.

MORÓN MARCHENA (2010). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. PROYECTO DOCENTE. INÉDITO.

MURILLO, J. I. (1999). *EL VALOR REVELADOR DE LA MUERTE. ESTUDIO DESDE SANTO TOMÁS DE AQUINO*. NAVARRA: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

N

NAGY, M. (1948). THE CHILD'S THEORIES CONCERNING DEATH. *JOURNAL OF GENETIC PSYCHOLOGY* 73, 3–27.

NÁJERA, M.P. (1996). PROMOCIÓN DE LA SALUD. ENFOQUES INTERNACIONALES EN MAZARRASA, P Y OTROS. *ENFERMERÍA PROFESIONAL: SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA COMUNITARIA I*. MADRID: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. 229-314.

NEWELL, K.W. (1975). *HEALTH BY THE PEOPLE*. GINEBRA: O.M.S.

NIEDA, J. (1992). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. MATERIALES DE APOYO A LA REFORMA*. MADRID: MEC.

NIETZCHE, F. (1980). *ASÍ HABLABA ZARATUSTRA*. MADRID: EDAF.

NULAND, S. (1995). *CÓMO MORIMOS. REFLEXIONES SOBRE EL ÚLTIMO CAPÍTULO DE LA VIDA*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

NUTBEAN, D. (1986). *GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. SALUD ENTE TODOS*. SEVILLA: CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

NUTBEAN, D. (1988). *LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ACCIÓN. IDEAS PRÁCTICAS PARA LLEVAR A CABO LOS PROGRAMAS. SALUD ENTRE TODOS*. SUPLEMENTO 32, FEBRERO.

O

O.M.S. (1948). *CARTA MAGNA CONSTITUCIONAL*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1957). *EDUCACIÓN SANITARIA: BIBLIOGRAFÍA SELECTA*. PARÍS: UNESCO.

O.M.S. (1965). *LA SANTÉ DE L'ENFANT ET L'ÉCOLE*. COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1966). *ACCIDENTES EN EL HOGAR*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1969). *PLANIFICATION ET ÉVALUATION DES SERVICES D'ÉDUCATION SANITAIRE, EN SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES*, 409.

O.M.S. (1969). ENFOQUE ACTUAL SOBRE EDUCACIÓN SANITARIA PEDIÁTRICA. *ARCHIVOS DE PEDIATRÍA*, SUPL. 1, 67-73.

- O.M.S. (1970). *L'EDUCATION SANITAIRE EN HYGIENE DENTAIRE*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1973). *DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES PROFESIONALES*. SERIE DE INFORMES TÉCNICOS Nº 535. GINEBRA:O.M.S.
- O.M.S. (1974). *ANALYSE DE PROGRAMME: L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1975). *EL EMBARAZO Y EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1976). *PROBLEMS OF CHILDREN OF SCHOOL AGE (5-9 YEARS): REPORT ON A WORKING GROUP*. COPENHAGEN: O.M.S.
- O.M.S. (1977). *PROBLEMS OF CHILDREN OF SCHOOL AGE (10-13 YEARS)*. MOSCOW: O.M.S.
- O.M.S. (1977). *ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. 30ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1978). *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1978). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. DISCURSOS PRONUNCIADOS EN LA IX CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1978). *CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. DECLARACIÓN DE ALMA ATA. URSS, 6-12 DE SEPTIEMBRE DE 1978*. GINEBRA: O.M.S.-UNICEF.
- O.M.S. (1979). *FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS CON EL FIN DE ALCANZAR LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. PRINCIPIOS BÁSICOS Y CUESTIONES ESENCIALES*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1979). *PRINCIPES ET MÉTHODES D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, EN RAPPORTS ET ÉTUDES EURO, 11*.
- O.M.S. (1979). *EUROPA SIN TABACO. PLAN DE ACCIÓN A CINCO AÑOS*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD-OFICINA REGIONAL EUROPEA.
- O.M.S. (1980). *INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ALMA-ALTA, 1978*. GINEBRA: O.M.S.
- O.M.S. (1980). *PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1981). *ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1981). *SELF-HELP AND HEALTH*. LEUVEN: O.M.S.

O.M.S. (1981). *EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD*. BARCELONA: INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO-MINISTERIO DE SANIDAD/SALVAT.

O.M.S. (1981). *EDUCATIONAL HANDBOOK FOR HEALTH PERSONNEL*. GENEVA: O.M.S.

O.M.S. (1982). *7º PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO PARA EL PERÍODO 1984-1989*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1983). *OBJETIVOS DE LA SALUD PARA TODOS: OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL EUROPEA DE LA SALUD PARA TODOS*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

O.M.S. (1983). *NUEVOS MÉTODOS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. GINEBRA: SERIE INFORMES TÉCNICOS, Nº 690.

O.M.S. (1984). *SERIE "SALUD PARA TODOS": GLOSARIO DE TÉRMINOS EMPLEADOS*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1985). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1986). *CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. CONFERENCIA INTERNACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD*. OTTAWA: ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA.

O.M.S. (1986). *LOS OBJETIVOS DE LA SALUD PARA TODOS*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

O.M.S. (1986). *PAUTAS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA EN EUROPA*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

O.M.S. (1986). *LES BUTS DE LA SANTÉ POUR TOUS. BUTS DE LA STRATEGIE RÉGIONALE EUROPÉENNE DE LA SANTÉ POUR TOUS*. COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1986). *LA SALUD DE LOS JÓVENES: UN DESAFÍO PARA LA SOCIEDAD. INFORME DE UN GRUPO DE ESTUDIO DE LA O.M.S. ACERCA DE LOS JÓVENES "LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.* SERIE DE INFORMES TÉCNICOS Nº 731. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1987). *LA EDUCACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD CENTRADA EN LA COMUNIDAD.* GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1987). *EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.* SALUD PARA TODOS, 6. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1987). *LA SALUD EN PELIGRO EN EL AÑO 2000.* GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1987). *LE TABAC OU LA SANTÉ.* GINEBRA: OFICINA REGIONAL O.M.S.

O.M.S. (1988). *DIRECTRICES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL SIDA.* GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1988). *OCTAVO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO PARA EL PERÍODO 1990-1995.* GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1989). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. MANUAL SOBRE EDUCACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.* GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1989). *SALUD PARA TODOS EN EUROPA EN EL AÑO 2000.* MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

O.M.S. (1990). *AIDS: THE CONTRIBUTION OF SELF-HELP GROUPS TO PREVENTION AND CARE.* LEUVEN: O.M.S.

O.M.S. (1990). *DECLARACIÓN CONSENSUAL SOBRE EL SIDA EN LAS ESCUELAS.* PARÍS: O.M.S.

O.M.S. (1990). *PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF HIV AND AIDS AND THE EVALUATION OF PREVENTIVE STRATEGIES.* COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1991). *SELF-HELP SUPPORT SYSTEMS AND HIV/AIDS SELF-HELP GROUPS.* COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1991). *BUILDING NEW BRIDGES FOR HEALTH PROMOTION: ACTIVATE-MEDIATE-INVOLVE.* COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1992). *PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE: ATRATEGY DOCUMEN/WORK PLAN 1992*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1992). *PREVENCIÓN DEL SIDA MEDIANTE EL FOMENTO DE LA SALUD. CUESTIONES DELICADAS*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1992). *LA EDUCACIÓN SANITARIA ESCOLAR EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA Y DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1992). *MANUAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL PARA PROGRAMAS DE SALUD*. WASHINTON: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD.

O.M.S. (1993). *LA RED EUROPEA DE ESCUELA PROMOTORAS DE SALUD*. COPENHAGUE: OFICINA REGIONAL EUROPEA DE LA O.M.S.

O.M.S. (1994). *LA CRISIS DE LA SALUD EN LAS CIUDADES. ESTRATEGIAS DE SALUD PARA TODOS FRENTE A LA RÁPIDA URBANIZACIÓN*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1994). *LIFE SKILLS EDUCATION IN SCHOOLS*. GENEVA: O.M.S.

O.M.S. (1994). *TRAINING WORKSHOPS FOR THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF LIFE SKILLS PROGRAMMES: PART 3 OF THE DOCUMENT ON LIFE SKILLS*. GÉNOVA: O.M.S.

O.M.S. (1995). *RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE. REDUIRE LES ÉCARTS*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1995). *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S SCHOOL HEALTH INITIATIVE*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1995). *A PICTURE OF HEALTH: A REVIEW AND ANNOTATED BIBLIOGRAPHY OF THE HEALTH OF YOUNG PEOPLE IN DEVELOPING COUNTRIES*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1995). *HYGIENE EDUCATION AND ENVIRONMENTAL SANITATION IN SCHOOLS IN FRANCOPHONE WEST AFRICA: THE REPORT OF AN INTER-COUNTRY*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1995). *GLOBAL PROGRAMME ON AIDS: HEALTH PROMOTION BIBLIOGRAPHY*. CONPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1995). *PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA JUVENTUD EUROPEA. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1996). *ALERTA DEL TABACO (NÚMERO ESPECIAL)*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1996). *STRENGTHENING INTERVENTIONS TO REDUCE HELMINTH INFECTIONS*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1996). *INTERNATIONAL SUMMER SCHOOL ON PUBLIC HEALTH NUTRITION: ARKHANGELSK, 9-19 JUNE 1996*. COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S. (1996). *INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD. INFORME DE UN GRUPO DE ESTUDIO DE LA O.M.S. SERIE DE INFORMES TÉCNICOS Nº 861*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1997). *TOBACCO OR HEALTH: A GLOBAL STATUS REPORT*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1997). *DECLARACIÓN DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. (1997). *INFORME TÉCNICO PARA EL DÍA MUNDIAL DEL TABACO*. O.M.S.

O.M.S. (1998). *INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 1998. LA VIDA EN EL SIGLO XXI. UNA PERSPECTIVA PARA TODOS*. O.M.S.

O.M.S. (1998). *GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S. EUROPA (1987). *EDUCATION FOR HEALTH IN EUROPE: A REPORT ON A WHO CONSULTATION ON CO-ORDINATED INFRASTRUCTURE*. COPENHAGUE: O.M.S.

O.M.S.-UNESCO (1989). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: MANUAL SOBRE EDUCACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. GINEBRA: O.M.S.

O.M.S.-UNICEF (1979). "INFORME SOBRE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD". *SERIE SALUD PARA TODOS, 1*.

ORTEGA, P. Y MÍNGUEZ, R, Y GIL, R. (1996). *VALORES Y EDUCACIÓN*. BARCELONA: ARIEL.

ORTEGA, P. Y MÍNGUEZ, R. (2001). *LA EDUCACIÓN MORAL DEL CIUDADANO DE HOY*. BARCELONA: ARIEL.

ORTEGA, P. Y MÍNGUEZ, R. (2001). *LOS VALORES EN LA EDUCACIÓN*. BARCELONA: ARIEL

OSSES, S., SÁNCHEZ, I. Y IBÁÑEZ, F. (2006). INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EDUCACIÓN. HACIA LA GENERACIÓN DE TEORÍA A TRAVÉS DEL PROCESO ANALÍTICO. *ESTUDIOS PEDAGÓGICOS XXXII (1)*, PP. 119-133.

P

PANGRAZZI, A. (1995). *LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO: UN VIAJE DENTRO DE LA VIDA*. MADRID: SAN PABLO, D.L.

PANIKER, S. (2000). *CUADERNO AMARILLO*. BARCELONA: PLAZA & JANES.

PANIKER, S. (2005). LA EUTANASIA VOLUNTARIA: UN DERECHO HUMANO. EN HALLADO, D. (COMP). *SEIS MIRADAS SOBRE LA MUERTE*. BARCELONA: PAIDÓS.

PATTON, M. Q. (1990). *QUALITATIVE EVALUATION AND RESEARCH METHODS*. BEVERLY HILLS: SAGE PUBLICATIONS.

PEREA, R. (1992). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MADRID: FUE/UNED.

PEREA, R. (1993). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MADRID: UNED.

PEREA, R. (2002). LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, RETO DE NUESTRO TIEMPO. *EDUCACIÓN XXI*. Nº4, 15-40.

PEREA, R. (2004). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: RETO DE NUESTRO TIEMPO*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

PEREA, R. (2009) (DIR.). *PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD: TENDENCIAS INNOVADORAS*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

PEREZ-JUSTE, R. (2004). *EVALUACIÓN DE PROGRAMAS EN EDUCACIÓN*. MADRID: LA MURALLA.

PÉREZ SERRANO, G. (1990). *INVESTIGACIÓN-ACCIÓN. APLICACIONES AL CAMPO SOCIAL Y EDUCATIVO*. MADRID: DYKINSON.

PÉREZ SERRANO, G. (2001). *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. RETOS E INTERROGANTES. TÉCNICAS Y ANÁLISIS DE DATOS*. MADRID: LA MURALLA.

PÉREZ VALERA, V. (1986). *EL HOMBRE Y SU MUERTE*. MÉXICO: EDITORIAL JUS.

PIÉDROLA GIL, G. Y OTROS (1991). *MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA*. BARCELONA: MASSON.

PIPPER, J. (1977). *MUERTE E INMORTALIDAD*. BARCELONA: HERDER.

POCH, C. (2000). *DE LA VIDA Y DE LA MUERTE: REFLEXIONES Y PROPUESTAS PARA EDUCADORES Y PADRES*. BARCELONA: CLARET.

POCH, C. Y HERRERO, O. (2003). *LA MUERTE Y EL DUELO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO. REFLEXIONES, TESTIMONIOS Y ACTIVIDADES*. BARCELONA: PAIDÓS.

PÖGGELER, O. (1986). *EL CAMINO DEL PENSAR DE MARTÍN HEIDEGGER*. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.

POLAINO LORENTE, A. (1987). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. BARCELONA: HERDER.

PONCE, J. A., MURIEL, R. Y GÓMEZ DE TERREROS, I. (1997). *INFORME SIAS (SALUD, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD)*. SEVILLA: SECCIÓN DE PEDIATRÍA SOCIAL-ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA.

PONS, IGNASI (1993) *PROGRAMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL*. MADRID: CIS.

POPKEWITZ, T.S. (1988). *PARADIGMA E IDEOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: MONDADORI.

PRESTON, T.A. (2001). *APRENDER A MORIR*. BARCELONA: AMAT.

PUJADAS, J.J. (1992). *EL MÉTODO BIOGRÁFICO: EL USO DE LAS HISTORIAS DE VIDA EN CIENCIAS SOCIALES*. MADRID: CIS.

R

RIBES, E. (1990). *PSICOLOGÍA Y SALUD. UN ANÁLISIS CONCEPTUAL*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

ROCHÓN, A. (1991). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. GUÍA PRÁCTICA PARA REALIZAR UN PROYECTO*. BARCELONA: MASSON.

RODRÍGUEZ, J. (2002). *MORIR ES NADA. CÓMO ENFRENTARSE A LA MUERTE Y VIVIR CON PLENITUD*. BARCELONA: EDICIONES B.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. Y OTROS (1996). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*. MÁLAGA: ALIBE.

RODRÍGUEZ OSUNA, J. (1993). *MÉTODOS DE MUESTREO. CASOS PRÁCTICOS*. MADRID: CIS.

RODRÍGUEZ, J Y BELTRÁN, R. (1988).

ROJAS, A., FERNÁNDEZ, J. Y PÉREZ, C. (1998). *INVESTIGAR MEDIANTE ENCUESTAS FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y ASPECTOS PRÁCTICOS*. MADRID: SÍNTESIS.

ROJAS, B. Y REYES, C.Y. (2005). *APLICACIÓN DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA EN EL ESTUDIOS DE INVESTIGADORES EN FORMACIÓN EN LA UPEL-IB*. CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA IIMEC-INIE. SAN JOSÉ DE COSTA RICA.

ROSA ACOSTA, B. DE LA (1995). EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UN NUEVO RETO EDUCATIVO. EN J.A. MORÓN MARCHENA (DIR.). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO*. 75-98. SEVILLA: DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SEVILLA.

ROSA ACOSTA, B. DE LA Y MORÓN MARCHENA J. A. (1996). BIENESTAR Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *CUESTIONES PEDAGÓGICAS*, 12, 107-122.

ROTHMAN, A. I. Y BIRNE, N. (1981). HEALTH EDUCATION FOR CHILDREN AND ADOLESCENT, EN *EDUCATIONAL RESEARCH*, 51, PP. 85-100.

ROSS, K. N. (1988): SAMPLING ERRORS. EN KEEVES, J. P. (ED.). *EDUCATIONAL RESEARCH, METHODOLOGY, AND MEASUREMENT. AN INTERNATIONAL HANDBOOK*. OXFORD: PERGAMON PRESS.

RUSSO, J. A. (1963). *EL HOMBRE Y LA PREGUNTA POR EL SER*. LIMA: UNMSM-DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES.

RUIZ OLABUÉNGAGA, J.I. (1996). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*. BILBAO: UNIVERSIDAD DE DEUSTO.

RUÍZ, C. (2002). *INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN. GUÍA PARA SU ELABORACIÓN*. CARACAS: CIDEG.

S

SABARIEGO, M. (2004). "EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN". EN: R. BISQUERRA (ED.). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA* (PÁGS. 89-125). MADRID: LA MURALLA.

SABARIEGO, M.; BISQUERRA, R. (2004). "EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN (PARTE 1)". EN: R. BISQUERRA (ED.). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA* (PÁGS. 89-125). MADRID: LA MURALLA.

SABINO C. (2000). *EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN*. CARACAS: EDITORIAL PANALPO.

SÁEZ, S., MARQUÉS F. Y COLELL, R. (1995). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. TÉCNICAS PARA EL TRABAJO CON GRUPOS REDUCIDOS*. LLEIDA: PAGÉS.

SALKIND, M. J. (1999). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN*. MÉXICO: PRENTICE MAY.

SALLERAS SANMARTÍ, L. (1985). *EDUCACIÓN SANITARIA. PRINCIPIOS, MÉTODOS Y APLICACIONES*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

SALLERAS SANMARTÍ, L. (1990). *EDUCACIÓN SANITARIA: PRINCIPIOS, MÉTODOS, APLICACIONES*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

SALLERAS SANMARTÍ, L. (1990). LA SALUD Y SUS DETERMINANTES. *ANTHROPOS*, 118-119, 418-426.

SAN MARTÍN, H. Y PASTOR, V. (1988). *SALUD COMUNITARIA. TEORÍA Y PRÁCTICA*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. Y ALDEGUER, (1990). *EPIDEMIOLOGÍA DE LA VEJEZ: ¿QUÉ EDAD TENDRÁ USTED CUANDO CUMPLA 70 AÑOS?* MADRID: INTERAMERICANA - MCGRAW-HILL.

SANMARTÍN, R. (1999). *VALORES CULTURALES: EL CAMBIO SOCIAL ENTRE LA TRADICIÓN Y LA MODERNIDAD*. VALENCIA: COMARES.

SANDÍN, M.P. (2003). *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EDUCACIÓN. FUNDAMENTOS Y TRADICIONES*. MADRID: MCGRAW-HILL.

SANTOS GUERRA, M.A. (1990). CRITERIOS DE REFERENCIA SOBRE CALIDAD DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA UNIVERSIDAD. *1ª JORNADAS NACIONALES DE DIDÁCTICA UNIVERSITARIA*. MADRID: CONSEJO DE UNIVERSIDADES.

SANVISENS, A. (1984). *EDUCACIÓN, PEDAGOGÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN*. BARCELONA: BARCANOVA.

SARABIA, B. (1985). HISTORIAS DE VIDA. *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 29, PP. 165-186.

SARABIA, B. (1989): "DOCUMENTOS PERSONALES: HISTORIAS DE VIDA", M. GARCÍA FERRANDO Y OTROS (1994): *EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD SOCIAL*. MADRID: ALIANZA.

SARABIA, B. Y ZARCO, J. (1997). *CUADERNOS METODOLÓGICOS: METODOLOGÍA CUALITATIVA EN ESPAÑA*. MADRID: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS.

SARLET, A.M., GARCÍA, A. Y BELANDO, M. (1996). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA*. VALENCIA: NAU LLIBRES.

SARRAMONA, J. (1989). *FUNDAMENTOS DE EDUCACIÓN*. BARCELONA: CEAC.

SARTRE, J. P. (1993). *EL SER Y LA NADA: ENSAYO DE ONTOLOGÍA FENOMENOLÓGICA*. BUENOS AIRES : LOSADA.

SAVATER, F. (1999). *LAS PREGUNTAS DE LA VIDA*. BARCELONA: ARIEL.

SCHAUP, S. (1997). *ELISABETH KUBLER-ROSS. UNA VIDA PARA UNA BUENA MUERTE*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

SCHOPENHAUER, A. (1956). *EL AMOR, LAS MUJERES Y LA MUERTE*. BUENOS AIRES: CENIT.

SCHOPENHAUER, A. (1956). *EL AMOR, LAS MUJERES Y LA MUERTE*. BUENOS AIRES: EDICIONES CENIT.

SEGOVIA DE ARANA, J.M. (1994). LA EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA CIENTÍFICA Y LA ASISTENCIA SANITARIA, EN DÍEZ HOCHLEITNER, R. (DIR.): *APRENDER PARA EL FUTURO: EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MADRID: FUNDACIÓN SANTILLANA, 125-130.

SERRA, C. (2004). ETNOGRAFÍA ESCOLAR, ETNOGRAFÍA DE LA EDUCACIÓN. *REVISTA DE EDUCACIÓN*, 334, PP. 165-176.

SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (1990). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: UNA PERSPECTIVA METODOLÓGICA*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (2002): *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI: COMUNICACIÓN Y SOCIEDAD*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (COORD.) (1997). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI. COMUNICACIÓN Y SALUD*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

SHULMAN, L.S. (1986). THOSE WHO UNDERSTAND: KNOWLEDGE GROWTH IN TEACHING. *EDUCATIONAL RESEARCHER*. VOL. 15 Nº 2, PP. 4-14.

SIEBER, S. D. (1973). THE INTEGRATION OF FIELDWORK AND SURVEY METHODS. *AMERICAN JOURNAL OF SOCIOLOGY*, 78(6), 1335-1359.

SIERRA BRAVO, R. (1988). *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. TEORÍA Y EJERCICIOS*. MADRID: PARANINFO.

SIGERIST, H.E. (1981). *HITOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA*. MÉXICO: SIGLO XXI.

SILES, D. (1996). PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, EN MACÍAS, B.E. Y AROCHA, J.L. (DIRS.): *SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. LAS PALMAS, ICEPSS, 365-371.

SINAY MILLONCHIK, C. (2001). "LA PULSIÓN DE MUERTE". *REVISTA DE PSICOANÁLISIS. ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA*. TOMO LVIII, 1, PP. 103-110.

SONTAG, S. (1996). *LA ENFERMEDAD Y SUS METÁFORAS Y EL SIDA Y SUS METÁFORAS*. MADRID: TAURUS.

SPORKEN, P. (1978). *AYUDANDO A MORIR: ASPECTOS MÉDICOS, ASISTENCIALES, PASTORALES Y ÉTICOS*. SANTANDER: SAL TERRAE.

SKINNER, B.F. Y VAUGHAN, M.E. (1986). *DISFRUTAR LA VEJEZ*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

STAKE, R.E. (1997). *INVESTIGACIÓN CON ESTUDIO DE CASO*. MADRID: MORATA.

STENHOUSE, L. (1984). *INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DEL CURRÍCULUM*. MADRID: MORATA.

STUFFLEBEAM, D. Y SHINKFIELD, A. J. (1987). *EVALUACIÓN SISTEMÁTICA: GUÍA TEÓRICA Y PRÁCTICA*. MADRID, PAIDÓS/MEC.

SYME, L. (1991). LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD ACTUAL: LA NECESIDAD DE UNA EPIDEMIOLOGÍA MÁS RELEVANTE. *ANTHROPOS*, 118, 39-51.

T

TAYLOR, S.J. Y BOGDAN, R. (1987). *INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN: LA BÚSQUEDA DE SIGNIFICADOS*. BARCELONA: PAIDÓS.

TERRIS, M. (1980). *LA REVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LA MEDICINA SOCIAL*. MÉXICO: SIGLO XXI.

THOMAS, L. V. (1983). *ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE*. MÉXICO: FCE.

THOMAS, L. V. (1991). *LA MUERTE: UNA LECTURA CULTURAL*. BARCELONA: PAIDÓS.

TÓJAR, J.C. (2001). *PLANIFICAR LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA: UNA PROPUESTA INTEGRADA*. BUENOS AIRES: FUNDEC.

TÓJAR, J.C. (2006). *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. COMPRENDER Y ACTUAR*. MADRID: LA MURALLA.

TOLSTOI, L. (2001). *LA MUERTE DE IVÁN ILICH*. BARCELONA: OCÉANO.

TORT, L. (2000). ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE VALORES EN *REVISTA ESPAÑOLA DE PEDAGOGÍA*, AÑO LVIII, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, Nº 217, PP. 515-542.

TORTORELLA, L. (2003). HEIDEGGER Y EL SER PARA LA MUERTE. *L'ATENEO PONTIFICIO: ECLESIA, REVISTA DI CULTURA CATÓLICA*. VOLUMEN VII, Nº 1, PP. 104-108.

TOYNBEE, A. Y OTROS (1971). *EL HOMBRE FRENTE A LA MUERTE*. BUENOS AIRES: ENECÉ.

TURABIÁN, J.L. (1991). *APUNTES, ESQUEMAS Y EJEMPLOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA SALUD*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS

TURABIÁN, J. L. (1992). *PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA SALUD*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.

TRINIDAD, A. DE, CARRERO, V. Y SORIANO, R.M. (2006). *TEORÍA FUNDAMENTADA (GROUNDED HEORY): LA CONSTRUCCIÓN DE LA TEORÍA A TRAVÉS DEL ANÁLISIS INTERPRETACIONAL*. MADRID: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS.

V

VV.AA. (1995): *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. MANUAL DE FORMACIÓN PARA EL PROFESORADO Y OTROS AGENTES EDUCATIVOS*. MADRID: MEC/MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

VV.AA. (2007): *LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA ETNOGRÁFICA EN EDUCACIÓN*. MADRID: TRILLAS-EDUFORMA.

VALLEJO IZQUIERDO, A. F. (2007). *MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. MADRID: CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES.

VALLÉS, M. (1997). *TÉCNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. REFLEXIÓN METODOLÓGICA Y PRÁCTICA PROFESIONAL*. MADRID: SÍNTESIS.

VALLÉS, M. (2002). *ENTREVISTAS CUALITATIVAS*. MADRID: CIS.

VAN DALEN, D.B. Y MEYER, W.J. (1981). *MANUAL DE TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN EDUCACIONAL*. BARCELONA: PAIDÓS.

VASALACHIS, I. (COORD.). (2006). *ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*. BARCELONA: GEDISA.

VARGAS, A. Y PALACIOS, V.P. (1993). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MÉXICO: MCGRAW-HILL.

VATTIMO, G. (1998). *INTRODUCCIÓN A HEIDEGGER*. BARCELONA: GEDISA.

VELASCO, H.M. Y DÍAZ DE RADA, A. (1997). *LÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA. UN MODELO DE TRABAJO PARA ETNÓGRAFOS DE LA ESCUELA*. MADRID: TROTTA.

VIDAL, M. (1994). *BIOÉTICA. ESTUDIOS DE BIOÉTICA RACIONAL*. MADRID: TECNOS.

VILLA POSSE, E. (1993). *MUERTE: CULTOS Y CEMENTERIOS*. BOGOTÁ: DISLOQUE.

VISAUTA, B. (1989): *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. BARCELONA: PPU.

W

WALLON, H (1990). *PSICOLOGÍA DEL NIÑO*. MADRID: PABLO DEL RIO.

WEINERT, F. (1981). VOZ PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO, EN SPECK, J. Y WEHLE, G. *CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE PEDAGOGÍA*. BARCELONA: HERDER.

WILLIAMS, M. Y YOUNG, I. (Eds.) (1993). *PROMOTING THE HEALTH OF YOUNG PEOPLE IN EUROPE. HEALTH EDUCATION IN SCHOOLS: A TRAINING MANUAL OF TEACHERS AND OTHERS WORKING WITH YOUNG PEOPLE*. EDIMBURGO: WHO/HEBS.

WITTRICK, M.C. (1989). *LA INVESTIGACIÓN DE LA ENSEÑANZA*. BARCELONA/MADRID: PAIDÓS/MEC. 3 VOLS.

WOODS, P. (1987). *LA ESCUELA POR DENTRO. LA ETNOGRAFÍA EN LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA*. MADRID: MEC.

Y

YOUNG, I. (COORD.) (1995). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO*. MADRID: COMISIÓN EUROPEA/MEC. POLICOPIA.

ANEXOS

ANEXO 1:

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE: “LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y EDUCACIÓN PARA LA MUERTE”

El grupo de Investigación de la Universidad de Murcia: Educación, Calidad de Vida y Desarrollo en colaboración con la Universidad Pablo de Olavide ha realizado el siguiente cuestionario de opinión que pretende obtener información relevante sobre las necesidades y demandas que los estudiantes de los ámbitos educativo y social tienen en relación a la formación en materias relacionadas con la Educación para la Salud, Calidad de vida y Educación para la Muerte. Sus respuestas, de gran utilidad para la investigación, serán tratadas de forma anónima y confidencial. Su colaboración es de gran importancia. Les agradecemos su tiempo y esfuerzo. Muchas gracias.

Nº CUESTIONARIO: _____

1. UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

2. ESTUDIOS QUE REALIZA: _____

3. CURSO: _____

4. EDAD: _____

5. SEXO: Hombre Mujer

6. ¿Has recibido algún tipo de información y/o formación en Educación para la Salud?

Sí

No

No sabe/No contesta

7. En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿Esa información y/o formación se ha dado en? (Señala la opción donde más se haya dado): *marca sólo una.*

Tu Familia

Centro Educativo

En tu barrio o comunidad: a través de Asociación de vecinos, cultural, política, deportiva, ocio...

A través de los medios de comunicación: Televisión, radio, periódicos, campañas publicitarias

Otros: (indica cuáles) _____

8. Si la recibiste en un centro educativo, ¿En qué nivel o niveles educativos? Señala tantas opciones como sean válidas):

Educación Infantil

Bachillerato

Educación Primaria

Ciclos Formativos de Grado Medio o Superior

Educación Secundaria

Educación Universitaria

9. A lo largo de la carrera has tratado algún contenido relacionado con la Educación para la Salud?

Sí

No

No sabe/No contesta

10. En caso afirmativo a la pregunta anterior, indica cuál (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Educación afectivo-sexual: sexualidad y anticoncepción
- Prevención de Enfermedades de transmisión sexual y/o VIH SIDA
- Prevención de drogodependencias
- Alimentación y nutrición: prevención de trastornos alimentarios
- Salud y consumo
- Educación Vial
- Metodología y técnicas en Educación para la Salud
- Diseño y/o evaluación de programas socioeducativos para la salud
- Otros: (indica cuáles) _____

11. ¿Tienes aún necesidad de recibir formación en Educación para la Salud?

- Sí No No sabe/No contesta

12. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?

- Sí No No sabe/No contesta

13. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Salud puede serte de utilidad en tu futura profesión?

- Sí No No sabe/No contesta

14. ¿Crees que la Educación para la Salud puede mejorar la Calidad de Vida?

- Sí No No sabe/No contesta

15. ¿Crees que en las conversaciones que mantienen las personas de tu entorno el tema de la muerte es un tema habitual?

- Sí No No sabe/No contesta

16. ¿Crees que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad?

- Sí No No sabe/No contesta

17. ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de Vida?

- Sí No No sabe/No contesta

18. ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de Vida como Prevención de Drogodependencias, Educación Socio-afectiva, Educación vial, habría que educar en la muerte?

- Sí No No sabe/No contesta

19. ¿Has recibido alguna vez información y/o formación en Educación para la Muerte?:

- Sí No No sabe/No contesta

20. En caso afirmativo a la pregunta anterior, indica a través de qué medio o soporte (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Carteles o videos
 Conferencias, charlas, exposiciones (de duración breve)
 Cursos, Jornadas, Seminarios o Talleres (de varias horas de duración)
 Otros: (indica cuáles) _____

21. ¿Tienes conocimiento de alguna de las siguientes temáticas relacionadas con la Educación para la Muerte? (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Tanatología o disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos
 Enfermos/Fase Terminal/Agonía/Cuidados Paliativos
 Afrontar la muerte de un ser querido: el proceso de duelo
 Actitudes ante la muerte
 Aspectos sociales de la muerte: ritos y ceremonia fúnebres
 Aspectos éticos: eutanasia y testamentos vitales
 La postura religiosa ante la muerte: vida futura-más allá
 Posturas filosóficas ante la muerte: el existencialismo y otros...
 Otros: (indica cuáles) _____

22. ¿Necesitas recibir formación en Educación para la Muerte?

- Sí No No sabe/No contesta

23. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?

- Sí No No sabe/No contesta

24. ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?

- Sí No No sabe/No contesta

25. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serte de utilidad en tu futura profesión?

- Sí No No sabe/No contesta

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 2:

GRUPO DE DISCUSIÓN

GRUPO DE DISCUSIÓN SOBRE: “LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y EDUCACIÓN PARA LA MUERTE”

El grupo de Investigación de la Universidad de Murcia: Educación, Calidad de Vida y Desarrollo en colaboración con la Universidad Pablo de Olavide ha realizado el siguiente cuestionario de opinión que pretende obtener información relevante sobre las necesidades y demandas que los estudiantes de los ámbitos educativo y social tienen en relación a la formación en materias relacionadas con la Educación para la Salud, Calidad de vida y Educación para la Muerte. Sus respuestas, de gran utilidad para la investigación, serán tratadas de forma anónima y confidencial. Su colaboración es de gran importancia. Les agradecemos su tiempo y esfuerzo. Muchas gracias.

- 1. ¿Crees que en las conversaciones que mantienen las personas de tu entorno el tema de la muerte es un tema habitual? Justifica**
- 2. ¿Crees que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad? Justifica**
- 3. ¿Crees que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de Vida? Justifica**
- 4. ¿Crees que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de Vida como Prevención de Drogodependias, Educación Socio-afectiva, Educación vial, habría que educar en la muerte? Justifica**
- 5. ¿Has recibido alguna vez información y/o formación en Educación para la Muerte?:**
- 6. ¿Crees que necesitas recibir formación en Educación para la Muerte?**
- 7. ¿Sería una asignatura demandada por ti para completar tu plan de formación?**
- 8. ¿Crees que mejoraría tu formación recibir educación en el ámbito de la muerte?**
- 9. ¿Crees que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serte de utilidad en tu futura profesión?**

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 3:

ENTREVISTA

ENTREVISTA SOBRE: “LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS PROFESORES UNIVERSITARIOS EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y EDUCACIÓN PARA LA MUERTE”

El grupo de Investigación de la Universidad de Murcia: Educación, Calidad de Vida y Desarrollo en colaboración con la Universidad de Sevilla y la Universidad Pablo de Olavide ha realizado la siguiente entrevista de opinión que pretende obtener información relevante sobre las necesidades y demandas que los profesores universitarios de los ámbitos educativo, sanitario y social tienen en relación a la formación en materias relacionadas con la Educación para la Salud, Calidad de vida y Educación para la Muerte. Sus respuestas, de gran utilidad para la investigación, serán tratadas de forma anónima y confidencial. Su colaboración es de gran importancia. Les agradecemos su tiempo y esfuerzo. Muchas gracias.

UNIVERSIDAD: _____

FACULTAD: _____

DEPARTAMENTO: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

ESTUDIOS EN LOS QUE IMPARTE DOCENCIA: _____

ASIGNATURA/S QUE IMPARTE: _____

AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO LA DOCENCIA: _____

EDAD: _____

SEXO: Hombre Mujer

1. ¿Tiene conocimiento de que se imparta actualmente en su Departamento o Facultad la asignatura Educación para la Salud o alguna asignatura relacionada con esta temática? Especifique cual:

2. En caso afirmativo, ¿De qué tipo de asignatura se trata: Troncal, Obligatoria, Optativa, Libre Configuración?

3. En caso negativo, ¿Por qué cree que se da ese vacío curricular?

4. ¿Cree que es conveniente para la educación integral de los estudiantes de su Facultad recibir formación en Educación para la Salud? ¿Por qué?

5. En caso afirmativo, ¿a través de qué medios deberían recibir la formación en Educación para la Salud? ¿Por qué a través de esos medios?

- A nivel informal: medios de comunicación y campañas publicitarias
- Conferencias, charlas, exposiciones (de duración breve)
- Cursos, Jornadas, Seminarios o Talleres (de varias horas de duración)
- A través de asignaturas impartidas en la Universidad (obligatorias, troncales, optativas, libre configuración)
- Otros: (indica cuáles) _____

6. ¿Está usted formado/a o tiene conocimientos de los contenidos que se imparten en la asignatura de Educación para la Salud?

7. ¿Cómo Considera que es su formación en Educación para la Salud?

8. En la asignatura/s que imparte ¿incluye o trata algún contenido relacionado con la Educación para la Salud? En caso afirmativo, indique cual:

- Educación afectivo-sexual: sexualidad y anticoncepción
- Prevención de Enfermedades de transmisión sexual y/o VIH SIDA
- Prevención de drogodependencias
- Alimentación y nutrición: prevención de trastornos alimentarios
- Salud y consumo
- Educación Sanitaria
- Metodología y técnicas en Educación para la Salud
- Diseño y/o evaluación de programas socioeducativos para la salud
- Otros: (indica cuáles) _____

9. ¿Cree que es una asignatura necesaria en los planes de estudio de su Facultad? ¿Por qué?

10. ¿Sería una asignatura demandada por usted para su departamento? ¿Por qué?

11. ¿Cree que la Educación para la Salud puede mejorar la Calidad de Vida?

12. En su opinión, ¿Cree que se habla de la muerte en nuestra sociedad?

13. Piensa usted que la muerte es un tema tabú en nuestra sociedad?

14. ¿Considera que la muerte está relacionada con la Salud y la Calidad de Vida?

15. ¿Cree que al igual que se educa en temas relacionados con la Calidad de Vida como Prevención de Drogodependencias, Educación Socio-afectiva, Educación vial, habría que educar en la muerte?

16. ¿Cree que es conveniente para la educación integral de los estudiantes de su Facultad recibir formación en Educación para Muerte? ¿Por qué?

17. ¿Sería una asignatura demandada por usted para su departamento? ¿Por qué?

18. ¿Piensa que es importante hablar con los alumnos del tema de la muerte, aunque no nos encontremos delante de la situación concreta?

19. ¿Se ha encontrado en alguna ocasión frente a la realidad de la pérdida y la muerte en su práctica educativa?

20. En caso afirmativo, ¿Cómo se ha sentido al tener que afrontar la situación con los alumnos?

21. ¿Ha encontrado recursos externos que le hayan ayudado? ¿Cuáles?

22. ¿Ha asistido a algún curso de formación que hable de la muerte, la pérdida o el duelo? ¿Le resultó útil?

23. ¿De qué forma está presente el tema de la muerte en los planes de estudio de su Facultad? ¿Por qué cree que es así?

24. ¿Cree que mejoraría la formación de los estudiantes de su (revisa la tercera persona) Facultad recibir educación en el ámbito de la muerte?

25. Si la temática de la muerte, la pérdida o el sufrimiento se contemplase en las escuelas, en los institutos, en los programas educativos, en la Universidad, ¿qué ventajas le parece que se obtendrían?

26. ¿Tiene conocimiento de alguna de las siguientes temáticas relacionadas con la Educación para la Muerte? (Señala tantas opciones como sean válidas):

- Tanatología o disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos
- Enfermos/Fase Terminal/Agonía/Cuidados Paliativos
- Afrontar la muerte de un ser querido: el proceso de duelo
- Actitudes ante la muerte
- Aspectos sociales de la muerte: ritos y ceremonia fúnebres
- Aspectos éticos: eutanasia y testamentos vitales
- La postura religiosa ante la muerte: vida futura-más allá
- Posturas filosóficas ante la muerte: el existencialismo y otros...
- Otros: (indica cuáles) _____

27. ¿Necesita tener conocimientos o estar formado en estas temáticas?

28. ¿Es una necesidad personal o profesional? Justificar la respuesta

29. ¿Crees que tener conocimientos en esta temática puede serle útil en su vida para afrontar sus propias pérdidas?

30. ¿Cree que tener conocimientos relacionados con la Educación para la Muerte puede serle útil en el ejercicio de su profesión?

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 4:

TESTAMENTOS

VITALES

ASOCIACION DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Asociación Inscrita en el Registro del Ministerio del Interior el 13 de diciembre de 1984 con el nº 57889 NIF G 78599578

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

(Manifestación de voluntad sobre el final de mi propia vida)

Yo.....con D.N.I. :
y Nº de Seguridad Socialmayor de edad , con domicilio en
.....en plenitud de mis facultades, libremente y tras
prolongada reflexión,

DECLARO:

Que, si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

1. Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.
2. Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aún en el caso de que puedan acortar mi vida.
3. Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto 2 de este documento.
4. Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son :

- Daño cerebral severo e irreversible.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Demencias preseniles, seniles o similares.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras: (especificar si se desea)

5. Designo como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a:

Nombre.....

D.N.I.

6. Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.

7. Me reservo el derecho de revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Lugar Fecha y firma.

DATOS DE TESTIGOS:

1. Nombre..... DNI.....Firma.....

2. Nombre.....DNI.....Firma.....

3. Nombre.....DNI.....Firma.....

DATOS DE REPRESENTANTES:

Nombre.....

D.N.I. Fecha.....Firma.....

2º Representante (sustituto)

Nombre.....

D.N.I. Fecha.....Firma.....

Otro ejemplo de testamento vital es el que nos propone la Conferencia Episcopal Española y que exponemos a continuación:

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe..... pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Firma:

Fecha:

ANEXO 5:

RECURSOS

EDUCATIVOS

Poemas: ejemplos de material para trabajar en literatura

1.«Escúchame»

Cuando te pido que me escuches y empiezas a darme consejo,
No has hecho lo que te he pedido.
Cuando te pido que me escuches y empiezas a decirme que no debería sentirme así,
Estás ignorando mis sentimientos.
Cuando te pido que me escuches y sientes que debes hacer algo para solucionar mis problemas,
Me has fallado, por extraño que parezca.
¡Escúchame! Todo lo que pedí era que me escucharas.
No que hables o que actúes tan sólo que me escuches.
Los consejos son baratos.
Y esto lo puedo hacer sólo. No estoy indefenso;
Quizá desanimado y titubeante, pero no indefenso.
Cuando haces algo por mí que yo podría y debería hacer por mí mismo,
Contribuyes a mi miedo y debilidad.
Pero cuando aceptas como un hecho simple que siento lo que siento
Sin importar cuán irracional sea, entonces puedo dejar de intentar convencerte
Y puedo continuar la tarea de comprender
Qué hay tras este sentimiento irracional.
Y cuando queda claro, las respuestas son obvias y no necesito consejo.
Los sentimientos irracionales adquieren sentido cuando comprendemos qué hay tras ellos.
Quizá por esto rezar funciona, a veces, para algunos,
Porque Dios es mudo, y no da consejos
Porque no intenta solucionar las cosas. «Ellos» te escuchan y te dejan Descubrirlo por ti mismo.
Por lo tanto, por favor escúchame. Y, si quieres decir algo,
Espera tu turno un minuto, y yo te escucharé.
ANÓNIMO (Adaptado de la obra de Jacobsen, Kindlen y Schoemark, 1997)

2. Sin título ANÓNIMO

No llores junto a mi tumba;
yo no estoy allí. No estoy dormido.
Soy un millar de vientos que soplan.
Soy el diamante que brilla en la nieve.
Soy la luz del sol sobre el trigo maduro.
Soy la suave lluvia de otoño.
Cuando despiertas en la quietud de la mañana,
soy el rumor de las alas de los pájaros
que vuelan rápida y silenciosamente en círculos.
Soy las estrellas tenues que brillan por la noche.
No llores junto a mi tumba.
Yo no estoy allí; no he muerto.

3. «Instantes» JORGE LUIS BORGES (indicado especialmente para adultos)

Si pudiera vivir nuevamente mi vida ... En la próxima cometería menos errores.
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.
Sería más tonto de lo que he sido, de hecho tomaría muy pocas cosas con seriedad.
Sería menos higiénico. Correría más riesgos,
haría más viajes, contemplaría más atardeceres, subiría más montañas, nadaría más ríos. Iría a más lugares a donde nunca he ido,
comería más helados y menos habas,
tendría más problemas reales y menos imaginarios.
Yo fui de esas personas que vivió sensata y prolíficamente cada minuto de su vida,
claro que tuve momentos de alegría. Pero si pudiera volver atrás trataría de tener solamente buenos momentos. Por si no lo saben, de eso está hecha la vida, sólo de momentos, no te pierdas el de ahora.
Yo era de esos que nunca iba a ninguna parte sin un termómetro, una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas.
Si pudiera volver a vivir comenzaría andar descalzo a principios de la primavera y seguiría así hasta concluir el otoño. Daría más vueltas en la calesita, contemplaría más atardeceres y jugaría con más niños, si tuviera otra vez la vida por delante. Pero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo ...

4. XII

¿Vuelve el polvo al polvo? ¿Vuela el alma al cielo? ¿Todo es vil materia, podredumbre y cieno?

¡No sé; pero hay algo
que explicar no puedo,
que al par nos infunde
repugnancia y miedo,
al dejar tan tristes,
tan solos, los muertos!

GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER, «Rimas», en Los 25.000 mejores versos de la lengua castellana, Barcelona, Círculo de Lectores, 1965, pág. 305

5. «Soneto a Jesús crucificado»

No me mueve, mi Dios, para quererte
el cielo que me tienes prometido,
ni me mueve el infierno tan temido
para dejar por eso de ofenderte.
Tú me mueves, Señor, muéveme el verte
clavado en una cruz y escarnecido,
muéveme ver tu cuerpo tan herido,
muévenme tus afrentas y tu muerte.
Muéveme, en fin, tu amor, y en tal manera,
que aunque no hubiera cielo, yo te amara,
y aunque no hubiera infierno, te temiera.
No me tienes que dar porque te quiera,
pues aunque lo que espero no esperara,
lo mismo que te quiero te quisiera.

ANÓNIMO, en Los 25.000 mejores versos de la lengua castellana, Barcelona, Círculo de Lectores, 1965, pág. 126

6. «Coplas a la muerte de su padre»

Recuerde el alma dormida,
avive el seso y despierte,
contemplando
cómo se pasa la vida,
cómo se viene la muerte
tan callando.

[...]

Nuestras vidas son los ríos
que van a dar en la mar, que es el morir:
allí van los señoríos
derechos a acabar
y consumir;
allí los ríos caudales,
allí los otros medianos
y más chicos:
allegados, son iguales
los que viven por sus manos y los ricos.

JORGE MANRIQUE, en Los 25,000 mejores versos de la lengua castellana, Barcelona, Círculo de Lectores, 1965, págs. 33-34

7. «Letrillas de la muerte para estados de ánimo varios»

No mueren los que aman.
Los que no aman mueren,
Muertos están ya
los que no son amados.
Unamuno una vez dijo,
y Marcel repetirá:
«Yo te amo, luego
tú no morirás».

CARLOS COBO MEDINA, Los tópicos de la muerte, la gran negación, Madrid, Libertarias, 2000, pág. 19

8. «El murciélago alevoso»

Epitafio
Aquí yace el murciélago alevoso
que al sol horrorizó y ahuyentó el día;
de pueril saña triunfo lastimoso,
con cruel muerte pagó su alevosía.
No sigas, caminante, presuroso,
hasta decir sobre esta losa fría:
«Acontezca tal fin y tal estrella
a aquel que mal hiciere a Mirta bella».

FRAY DIEGO GONZÁLEZ, en Poesía española (siglos XVIII-XIX), Madrid, Libra, 1971, pág. 21

9. Vivir no es sólo existir

sino existir y crear
y no dormir sin soñar,
descansar ...
es empezar a morir.

GREGORIO MARAÑÓN, en G. Hernández Rodríguez, En familia, los males compartidos, Barcelona, Crítica, 1999, pag. 39

10. «Secreta»

Tú no sabías que la muerte es bella
y que se hizo en tu cuerpo. No sabías

que la familia, calles generosas,
eran mentira.
Pero no aquella lluvia de la infancia,
y no el sabor de la desilusión,
la sábana sin sombra y la caricia
desconocida.
Que la luz nunca olvida y no perdona,
más peligrosa con tu claridad
tan inocente que lo dice todo:
revelación.
y ya no puedo ni vivir tu vida,
y ya no puedo ni vivir mi vida
con las manos abiertas esta tarde
maldita y clara.
Ahora se salva lo que se ha perdido
con sacrificio del amor, incesto
del cielo, y con dolor, remordimiento,
gracia serena.
¿Y si la primavera es verdadera?
Ya no sé qué decir. Me voy alegre.
Tú no sabías que la muerte es bella,
triste doncella.

CLAUDIO RODRÍGUEZ, *Casi una leyenda*, Barcelona, Tusquets, 1991, págs. 85-86

Fragmentos de libros: ejemplos de material para trabajar en literatura

1. J. K. ROWLING, *Harry Potter y la piedra filosofal*, Barcelona, Emecé, 1999, págs. 244-246.

- [...] eso significa que él y su mujer van a morir, ¿no?

- Tienen suficiente Elixir guardado para poner sus asuntos en orden y luego, sí, van a morir.

Dumbledore sonrió ante la expresión de desconcierto que se veía en el rostro de Harry.

- Para alguien tan joven como tú, estoy seguro de que parecerá increíble, pero para Nicolás y Penelope será realmente como irse a la cama, después de un día muy, muy largo. Después de todo, para una mente bien organizada, la muerte no es más que la siguiente gran aventura. Sabes, la Piedra no era realmente algo tan maravilloso. ¡Todo el dinero y la vida que uno pueda desear! Las dos cosas que la mayor parte de los hombres elegirían... El problema es que los humanos tienen el don de elegir precisamente las cosas que son peores para ellos. [...]

- ¿Señor? -dijo Harry-. Estuve pensando... Señor, aunque la Piedra ya no esté, Vol... quiero decir Quien-usted sabe ...

- Llámalo Voldemort, Harry. Utiliza siempre el nombre correcto de las cosas. El miedo a un nombre aumenta el miedo a la cosa que se nombra.

- Sí, señor. Bien, Voldemort intentará volver de nuevo, ¿no? Quiero decir... No sé ha ido, ¿verdad?

- No, Harry, no se ha ido. Está por ahí, en algún lugar. .. Como no está realmente vivo, no se le puede matar.

- Tu madre murió para salvarte... Haber sido amado tan profundamente, aunque esa persona que nos amó no está, nos deja para siempre una protección.

2. A. DE SAINT-EXUPÉRY, *El principito*, Madrid, Alianza, 1992, pág. 91 Y 106.

Es bueno haber tenido un amigo, aun si vamos a morir. Parecerá que he muerto y no es verdad.

3. E. KÜBLER-Ross, *Los niños y la muerte*, Barcelona, Luciérnaga, 1992, pág. 84.

Los niños pequeños tienen los dos miedos innatos (miedo a los ruidos repentinos e intensos y a caer de lugares elevados), pero no temen a la muerte.

1. «No me disfraces la muerte.» (Homero, siglo VIII a.C.?)
2. «Vive la vida pues, verdaderamente, no mueres la muerte.» (Textos de las Pirámides, 2400 a.C.)
3. «La muerte es más dulce que la tiranía.» (Esquilo, 525-456 a.C.)
4. «Cuando la vida es una pesada carga, la muerte se convierte en un deseado refugio para el hombre» (Herodoto, 480-420 a.C.)
5. «¡Vivamos como si fuéramos inmortales!» (Aristóteles, 384-322 a.C.)
6. «La muerte no es nada para nosotros, porque cuando nosotros estamos la muerte no está, y cuando ella viene nosotros ya no estamos.» (Epicuro, 341-270 a.C.)
7. «La vida de los muertos está en el recuerdo de los vivos.» (Cicerón, 106-43 a.C.)
8. «La muerte causa menos sufrimiento que la espera de la muerte.» (Ovidio, 43 a.C.-17 d.C.)
9. «La vida entera del hombre no es más que un camino hacia la muerte.» (Séneca, 4 a.C.-65 d.C.)
10. «Morir es una ley, no un castigo.» (Séneca, 4 a.C.-65 d.C.)
11. «Quien ha aprendido a morir ha aprendido a no ser esclavo.» (Séneca, 4 a.C.-65 d.C.)
12. «La muerte de los jóvenes es un naufragio, la de los viejos es un arribo a puerto.» (Plutarco, 50-120)
13. «La muerte en modo alguno es un mal. No obstante, opinamos todo lo contrario. Esto sí que es un verdadero mal.» (Epicteto, 50-130)
14. «Morir no es otra cosa que cambiar de residencia.» (Marco Aurelio, 121-180)
15. «Así como al nacer no trajimos con nosotros cosa alguna a este mundo, así tampoco, al morir, la podremos llevar.» (San Agustín, 354-430)
16. «Quien enseña al hombre a morir le enseña a vivir,» (Montaigne, 1533-1592)
17. «Busco en la muerte la vida.» (Cervantes, 1547-1616)
18. «El que está para morir siempre suele hablar verdades.» (Cervantes, 1547-1616)
19. «He meditado frecuentemente sobre la muerte, y encuentro que es el menor de todos los males.» (E Bacon, 1561-1626)
20. «La muerte es cobarde para quienes no la temen y valiente para los que la temen. (Lope de Vega, 1562-1635)
21. «La muerte es un ministro inexorable que no dilata la ejecución.. (W. Shakespeare, 1564-1616)
22. «Sólo se muere una vez, ¡pero por tan largo tiempo!. (Moliere, 1622-1673)
23. «El hombre es un animal que sabe que va a morir;. (Pascal, 1623-1662)
24. «Por muy bella que haya venido siendo la comedia, el último acto siempre será sangriento.» (Pascal, 1623-1662)
25. «Los mortales se preocupan tanto de sepultar el pensamiento de la muerte como de enterrar sus propios muertos.» (Bossuet, 1627-1704)
26. «La necesidad de morir proporciona al hombre sabio una razón para soportar las penas de la vida.» (J. J. Rousseau, 1712-1778)
27. «Una vida inútil es una muerte anticipada.» (J.W. von Goethe, 1749-1832)
28. «Todo lo que no me hace morir me hace más fuerte.» (F. W. Nietzsche, 1844-1900)
29. «El objetivo de toda la vida es la muerte.» (S. Freud, 1856-1939)
30. «Cuando mi boca calle con la muerte, mi canción te seguirá hablando con su corazón vivo.. (R. Tagore, 1861-1941)
31. «Hay que vivir muriendo para poder morir viviendo (M. de Unamuno, 1864-1936)
32. «¡Triste consuelo el de que seguirá el mundo y vivirán nuestros hijos y nuestras obras muertos nosotros! ¡Triste consuelo si al

morir morimos del todo volviendo a la nada! No consuelo sino desconsuelo y desesperación. Y en cambio, ¡hermosa idea si esperamos otra vida! » (M. de Unamuno, 1864-1936)

33. «Cuando tú quieras, muerte. Te he vencido. ¡Qué poquito puedes ya contra mí!» (Juan Ramón Jiménez, 1881-1958)

34. «Nadie más muerto que el olvidado.» (G. Marañón, 1887-1960)

35. «Lo que pensamos de la muerte sólo tiene importancia por lo que la muerte nos hace pensar de la vida.» (Charles de Gaulle, 1890-1970)

36. Como no me he preocupado de nacer, no me preocupo de morir» (F. García Lorca, 1898-1936)

37. «Lo único que nos separa de la muerte es el tiempo» (E. Hemingway, 1899-1961)

38. «La muerte es un uso que tarde o temprano todos debemos respetar.» (Jorge Luis Borges, 1899-1986)

39. «La muerte transforma una vida en destino.» (A. Malraux, 1901-1976)

40. «¡Preocupados por la muerte de todo el mundo, uníos! » (P. Laín Entralgo, 1908-2001)

41. «Si muriésemos ante nadie, la muerte sería absurda porque nadie podría darle sentido.» (J. L. Aranguren, 1909-1996)

42. «La muerte es lo más firme y seguro que se ha inventado hasta ahora en la vida.» (Cioran, 1911-1995)

43. «Si es verdad que somos todos iguales ante la muerte..., sin embargo no somos todos iguales en el morir. "Con dinero es más fácil llorar" » (proverbio judío oriental). (J. Améry, 1912-1978)

44. «La muerte es el sinsentido que repercute sobre todo sentido, es misterio y banalidad, necesidad de reflexión e imposibilidad de ella, negación de la vida en vida, que sería inimaginable y carente de valor sin el confín de la muerte, y que al mismo tiempo, puesto que debe acabar, pierde cualquier valor;» (J. Améry, 1912-1978)

45. «Incluso el morir es vivir, así como vivir es un morir constante.» (J. Améry, 1912-1978)

46. «La muerte no es nada. Lo que sí importa es la injusticia.» (A. Camús, 1913-1960)

47. «La vida es un río del tiempo hacia la muerte.» (Blas de Otero, 1916-1979)

48. «La muerte es algo tan tremendamente airado que sólo la desnudez, la elemental desnudez, puede escindir la del ridículo.» (C. J. Cela, 1916-2000)

49. «La muerte es dulce, pero su antesala, cruel.» (C.J. Cela, 1916-2000)

50. «Envejecer y morir son el único argumento de la obra,» (Jaime Gil de Biedma, 1929-1990)

Fichas para analizar películas

Título	
Película: «LA PELÍCULA HÉRCULES» Walt Disney, Estados Unidos, 1998	
Objetivos	
Contenidos	Nacido con una fuerza sobrehumana, un joven llamado Hércules debe probar su condición de héroe delante de los ojos de su padre, el gran dios Zeus. Con ayuda de sus amigos Pegaso, el caballo con alas, y Fil, su entrenador personal, Hércules luchará contra el perverso y malvado Hades, que planea una conspiración para conquistar el Monte Olimpo, la residencia de los dioses. Hércules tendrá que aprender que la verdadera fuerza no es la física, sino la del corazón.
Desarrollo instrucciones	<p>e Esta película es muy adecuada para hablar del tema de la inmortalidad. Hércules, el protagonista, es un dios y, como tal, es inmortal. A los alumnos les puede hacer plantear cuestiones relacionadas con la muerte, aquello que pasa después de la muerte: qué significa la resurrección, la inmortalidad, la reencarnación. Es el momento en el que los niños de estas edades se plantean su propia muerte, ya no la ven como algo que afecta solamente a los otros, sino que empiezan a tener plena conciencia de que ellos también morirán. Ahora bien, ¿qué pasa después de la muerte?</p> <p>En la película Hércules es capaz de devolver la vida a Meg recuperando su alma del «río de la muerte». Estas imágenes pueden confundir a los niños. Los malos son muy malos y mueren, mientras que los buenos son inmortales y son capaces de salir del río de la muerte. En todo momento se plantea la muerte como algo muy negativo, aunque al final Hércules, renunciando a su condición de dios, acepta la muerte como parte de la vida.</p> <p>Por otro lado, el papel de Hades, señor de los muertos, que guarda las almas, es muy «maléfico». Estas cuestiones que aparecen en la película se deben ir tratando a partir de las ideas previas de los alumnos para ver qué es aquello que tienen claro y aquello que saben de modo intuitivo, pero, a la vez, de modo confuso.</p> <p>Algunos objetivos que nos proponemos alcanzar son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre el tema de la muerte y la inmortalidad a partir de las imágenes, los personajes y las situaciones que aparecen en la película: <ul style="list-style-type: none"> • Hades, señor de los muertos. • Las mujeres que se encargan de cortar «el hilo de la vida». • La muerte de Meg. • «El río de la muerte, un caldo de almas.» • El envejecimiento de Hércules cuando cae en el río de la muerte. • La resurrección de Meg cuando Hércules le «devuelve» el alma. - Trabajar la cultura griega buscando información sobre el tiempo histórico en el que vivieron los griegos, sobre los dioses que aparecen en la película, su significado y qué representaba el Monte Olimpo. - Realizar una visita a una ciudad con restos griegos y/o romanos. Un ejemplo puede ser la ciudad de Empúries (Girona), fundada por los griegos y posteriormente ocupada por los romanos. <p>Desarrollo y descripción de la actividad:</p> <p>a) Los dioses que aparecen en la película son dioses griegos. Para entender un poco mejor la historia infórmate sobre estas cuestiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué época histórica se sitúa la cultura griega? 2. ¿Qué representan los dioses Zeus y Hades? En la película no se nombra en ningún momento a la madre de Hércules, que es una diosa. Busca información para saber quién era. ¿Conoces otros dioses griegos? ¿Quiénes son? <p>b) La película nos hace pensar sobre la muerte, sobre qué pasa después de la muerte y sobre la inmortalidad. Piensa estas preguntas y respóndelas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juntamente con Hades aparecen unas mujeres encargadas de «cortar el hilo de la vida» de los mortales. Parece que ellas deciden cuándo debe morir alguien. ¿Qué te parecen estos personajes? ¿Por qué tienen ese aspecto tan desagradable? 2. Cuando Meg muere, su alma va a parar «al río de las almas». ¿Qué te parece que representa ese lugar? Según tu opinión, cuando alguien muere, ¿adónde va? 3. Hércules recupera su condición de dios después de haber demostrado que es un auténtico héroe. A pesar de ello, él renuncia a esta condición y vuelve a ser mortal para estar con Meg. Si fuese posible ser inmortal, ¿te gustaría serlo? ¿Por qué? 4. Seguro que en clase hay compañeros que han dicho que les gustaría ser inmortales y otros que han dicho que no. <p>Haced parejas formadas por una persona que haya contestado que sí y una que haya contestado que no, poned en común vuestras ideas y haced un listado de ventajas e inconvenientes respecto al hecho de ser inmortal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Zeus dice a Hércules: «Ahora sí que eres un auténtico héroe, porque el auténtico héroe no se mide por la fuerza de sus músculos, sino por la fuerza de su corazón». ¿Qué quiere decir Zeus con estas palabras? 6. Hércules renuncia a su condición de dios porque Meg es quien da sentido a su vida. Sin ella, y aunque fuese inmortal, su vida carecería de significado. Piensa sobre esto y explica qué personas, cosas, lugares, actividades... hacen que te guste vivir y que seas feliz, aunque en tu vida, de vez en cuando, también haya momentos difíciles.
Materiales	DVD
Edades aconsejadas	8-12 años

Título		Película: «LA PELÍCULA TIERRAS DE PENUMBRA»													
Objetivos	La finalidad es aproximarnos a los procesos de duelo en adultos (principalmente), en niños y en la relación entre ambos. Por otro lado, esta película también nos permite acercarnos a los procesos de enfermedad terminal y a sus implicaciones en el entorno de quien las sufre.														
Contenidos	<p>La película <i>Tierras de penumbra</i> está basada en la historia real de Clive Staples Lewis (1898-1963), escritor británico y profesor en las universidades de Oxford y Cambridge, que se relata en su libro <i>Una pena en observación</i>, escrito tras la muerte de su esposa. La lectura del libro también es muy recomendable como aproximación a la historia de un proceso de duelo relatada por su protagonista.</p> <p>A partir del visionado de la película ofrecemos una serie de preguntas exploratorias para fomentar el diálogo y la discusión tanto entre adolescentes como entre adultos.</p>														
Desarrollo instrucciones	e	<p>Lo ideal es que cada miembro del grupo haya visto la película antes de centrarse en la discusión. Sería interesante que los participantes dispusieran del guión que presentaremos a continuación (o de una síntesis del mismo) antes de ver la película, de modo que puedan traer esquemas y anotaciones, Y que hayan realizado un trabajo personal de reflexión previo a la discusión en grupo.</p> <p>Deberíamos considerar un mínimo de 90 minutos para la discusión. Sin embargo, lo mejor es que la discusión se alargue mientras esté resultando interesante para sus participantes y permita la reflexión sobre los principales aspectos que considerar.</p> <p>Duelo en los adultos</p> <p>Uno de los aspectos más interesantes y al que consideramos que debemos prestar especial atención es el cambio que se produce en la identidad del protagonista (Jack), Por ello creemos oportuno empezar por ver cómo se muestra él al principio de la película, cómo son sus relaciones, cómo se posiciona frente al mundo y los acontecimientos (por ejemplo, cuál es su teoría del sufrimiento) y cómo va desarrollándose un nuevo sentido de sí mismo a medida que la película avanza y que se le plantea la enfermedad terminal de Joy y su muerte.</p> <p>Para empezar a debatir, podemos recoger todas las ideas que van saliendo acerca de cómo es Jack al principio de la película y escribirlas a un lado de la pizarra bajo el título «Identidad de Jack al principio» y reservar el otro lado, que puede llevar el título de «Identidad de Jack al final» .</p> <p>Ejemplo del esquema general:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Identidad de Jack al principio (antes del acontecimiento crítico)</th> <th>Acontecimiento crítico (diagnóstico de cáncer y muerte de Joy)</th> <th>Identidad de Jack al final (después del acontecimiento crítico)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Seguro de sí mismo <p>(por ejemplo: Joy: “(...) es sólo que acabo de darme cuenta de cómo has organizado tu vida de forma que nadie pueda tocarte; todos lo que te rodean son o más jóvenes que tú o más débiles que tú, o están bajo tu control”.</p> <p>Ella: “¿siempre ganas?”</p> </td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Vulnerable, necesita a los demás. <p>(Por ej.: Jack: “¿Quieres casarte con este viejo, tonto y asustado (...) que te necesita lo indecible?”</p> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Encuentra un sentido al sufrimiento y al dolor. <p>(Por ejemplo: Jack: “El dolor es el megáfono que Dios utiliza para despertar a un mundo de sordos”).</p> </td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> No encuentra un sentido al dolor y al sufrimiento (lo cual es también una atribución de significado). </td> </tr> <tr> <td>Etc.</td> <td></td> <td>Etc.</td> </tr> </tbody> </table>		Identidad de Jack al principio (antes del acontecimiento crítico)	Acontecimiento crítico (diagnóstico de cáncer y muerte de Joy)	Identidad de Jack al final (después del acontecimiento crítico)	<ul style="list-style-type: none"> Seguro de sí mismo <p>(por ejemplo: Joy: “(...) es sólo que acabo de darme cuenta de cómo has organizado tu vida de forma que nadie pueda tocarte; todos lo que te rodean son o más jóvenes que tú o más débiles que tú, o están bajo tu control”.</p> <p>Ella: “¿siempre ganas?”</p>		<ul style="list-style-type: none"> Vulnerable, necesita a los demás. <p>(Por ej.: Jack: “¿Quieres casarte con este viejo, tonto y asustado (...) que te necesita lo indecible?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Encuentra un sentido al sufrimiento y al dolor. <p>(Por ejemplo: Jack: “El dolor es el megáfono que Dios utiliza para despertar a un mundo de sordos”).</p>		<ul style="list-style-type: none"> No encuentra un sentido al dolor y al sufrimiento (lo cual es también una atribución de significado). 	Etc.		Etc.
Identidad de Jack al principio (antes del acontecimiento crítico)	Acontecimiento crítico (diagnóstico de cáncer y muerte de Joy)	Identidad de Jack al final (después del acontecimiento crítico)													
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de sí mismo <p>(por ejemplo: Joy: “(...) es sólo que acabo de darme cuenta de cómo has organizado tu vida de forma que nadie pueda tocarte; todos lo que te rodean son o más jóvenes que tú o más débiles que tú, o están bajo tu control”.</p> <p>Ella: “¿siempre ganas?”</p>		<ul style="list-style-type: none"> Vulnerable, necesita a los demás. <p>(Por ej.: Jack: “¿Quieres casarte con este viejo, tonto y asustado (...) que te necesita lo indecible?”</p>													
<ul style="list-style-type: none"> Encuentra un sentido al sufrimiento y al dolor. <p>(Por ejemplo: Jack: “El dolor es el megáfono que Dios utiliza para despertar a un mundo de sordos”).</p>		<ul style="list-style-type: none"> No encuentra un sentido al dolor y al sufrimiento (lo cual es también una atribución de significado). 													
Etc.		Etc.													

Preguntas que orientan la discusión:

- ¿Cómo es Jack al principio? ¿En qué va cambiando?
- ¿Cómo se percibe a sí mismo al principio? ¿En qué va cambiando?
- ¿Cómo le ven los demás al principio? ¿Cómo van modificando la visión que tienen de Jack?

Lo importante no es tanto que haya un acuerdo entre los participantes, sino que puedan respaldar al máximo sus opiniones con situaciones o frases literales de la película para ser lo más fieles posible a su contenido.

Mientras estas preguntas iniciales se dirigen a fomentar la construcción que los participantes hacen de este personaje, las que proponemos a continuación pretenden fomentar que los participantes se «pongan en su lugar» e intenten ver el mundo a través de sus ojos (los de Jack) para que puedan entender mejor los cambios que se producen en él. De este modo, se dejan de lado los prejuicios para concentrarse en comprenderle a él y a “su mundo”:

- ¿Cómo se ve el mundo a través de los ojos de Jack?
- ¿Qué teoría nos presenta acerca del sufrimiento y el dolor?

En función de cómo construye Jack el mundo y sus relaciones anticipará el futuro. Entender cómo prevé que será su futuro nos ayuda a comprender la crisis que desencadenará la enfermedad de Joy y su muerte. A ello se refieren las preguntas que presentamos a continuación:

- ¿Cómo anticipa Jack el mundo? ¿Cómo anticipa su futuro?
- ¿Cómo afecta su relación con Joy su propia visión del mundo y de su futuro?
- ¿Qué acontecimientos validan o invalidan de manera significativa la visión que tenía Jack de sí mismo y del mundo en general?
- ¿Cómo afecta el cáncer que sufre Joy su propia visión del mundo y de su futuro?
- ¿Cómo es Jack tras el diagnóstico de enfermedad de Joy y su muerte a diferencia del inicio de la película?
- El dolor y el duelo por la enfermedad de Joy y la anticipación de su muerte ¿despiertan en Jack y en Wornie el dolor por alguna pérdida del pasado?
- ¿Cómo reacciona su red de apoyo social frente a la pérdida que sufre Jack?
- ¿Qué intervenciones de las personas de su entorno provocan el efecto contrario al que pretendían? ¿Cómo te lo explicas?
- ¿Cómo podrían haber respondido de otra manera las personas de su entorno (en el caso de que se considere que habría más formas de actuar de las que se presentan en la película)?
- ¿Qué le sirve de ayuda a Jack y qué no le ayuda?
- ¿Qué visión tiene acerca del dolor y del sufrimiento al final de la película?
- Si piensas en alguna experiencia personal o en alguna experiencia muy cercana a ti, ¿qué recuerdas que te (le) fuera de más ayuda y qué de menos ayuda?

Duelo en los niños

En la película también pueden observarse aspectos de los que hemos mencionado anteriormente acerca del duelo en los niños. A partir de estos fragmentos de la película podemos preguntarnos lo siguiente:

- ¿Cómo es la relación de Jack y Douglas al principio, durante la enfermedad de Joy y tras su muerte?
- ¿Cómo reacciona Douglas durante la enfermedad de su madre y su muerte?
- ¿Qué intervenciones de los adultos que le rodean le son de mayor ayuda?

- ¿Cómo se adapta Jack a su nuevo papel respecto a Douglas? ¿Y éste?

Conclusión: potenciar la reflexión así como los aprendizajes de la discusión en grupo:

Es recomendable dedicar los últimos minutos a la formulación de los aprendizajes a los que el propio grupo ha llegado. También en este punto podemos utilizar varios formatos en función de cómo sea el grupo y de qué consideremos que dará mayor fruto. Podemos organizar los últimos 25 minutos así: a) 15 minutos para formular conclusiones y facilitar que los participantes tengan la oportunidad de compartir sus aprendizajes; b) 10 minutos de reflexión personal y redacción de aquellos aspectos que han sido más destacables para cada uno de ellos. A partir de aquí, podemos optar por la puesta en común o por el respeto a la privacidad de lo que cada uno ha anotado; y c) una combinación de ambos.

Lo más importante es que los aprendizajes y las conclusiones se conciben como algo construido entre los todos los miembros del grupo y que «la voz» de cada uno de ellos vaya con los demás.

Materiales

DVD

Edades aconsejadas

Adolescentes, jóvenes y adultos.

Título

Película: «LA PELÍCULA PENA DE MUERTE»

Objetivos

- Reflexionad sobre el derecho a la vida y sobre la condena de la tortura en cualquier circunstancia, época y lugar.
- Comprended que la pena de muerte es una terrible tortura y que, como sociedad, rebaja nuestros actos al mismo nivel que los cometidos por los criminales.

Contenidos

Susan Sarandon es la actriz que encarna a la monja Helen Prejean en la película Pena de muerte, basada en un libro autobiográfico escrito por dicha monja. En la obra nos relata su relación con un condenado a muerte en una historia que pretende, y consigue, objetivizar al máximo los diversos puntos de vista sobre la espinosa cuestión que aborda.

Esta monja de raza blanca, que vive con otras cuatro monjas en el barrio más pobre, negro y violento de Nueva Orleans, dice que su misión es ayudar a los desheredados. Un día le propusieron escribir a Patrick Sonnier, un asesino. Durante dos años le visitó en la cárcel una vez al mes y, cuando lo condenaron a muerte, tres veces a la semana. Le comunicaron la sentencia a través de los barrotos. Luego lo midieron y lo pesaron para fabricar su ataúd.

Helen Prejean, la monja protagonista de la película, afirma que el asesino, Patrick, no es un héroe, que hizo cosas terribles, pero que también es un ser humano.

En una entrevista publicada en La Vanguardia el 2.1 de marzo de 1996, la protagonista de la película, Susan Sarandon, respondía así a las preguntas del periodista:

- ¿Fue un rodaje muy duro?

- Bastante, especialmente por las circunstancias. No sé si podría hacer lo que Helen hacía, hablando con gente que iba a morir. En teoría sí, pero a la hora de la verdad, creo que sería una situación bastante rara para mí. Además, durante la semana que estuvimos rodando en la cárcel, un recluso fue ejecutado.

- ¿Cuál es su postura frente a la pena de muerte?

- No creo que matar a gente como escarmiento y para evitar más asesinatos funcione. [...] Y entonces es cuando la gente replica: «Pero tú tienes hijos. ¿Cómo te sentirías si alguien...?». Pienso que querer vengarse entra dentro del comportamiento humano. El único problema es que la venganza nunca compensa.

- ¿Las familias de los asesinados se sienten aliviadas si se ejecuta al culpable?

-No todas. Hay quienes prefieren la reconciliación. Existe un estudio que refleja que mucha gente que ha perdido a familiares en crímenes violentos hicieron exactamente lo contrario. Hablando con ellos te dicen que una ejecución lo único que hace es cobrarse otra víctima.

	La venganza es también violencia. En este debate, la cuestión no es quién merece morir, sino quién puede matar.
Desarrollo instrucciones	<p>e a) Cuestiones para responder individualmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué problema se plantea en la película? Haz un breve resumen. 2. Realiza la descripción y evolución de los personajes: ideas, sentimientos, actitudes, interrogantes, preocupaciones, valores... <ul style="list-style-type: none"> - el protagonista, condenado a muerte, - la religiosa que cuenta la historia, - los padres del chico y de la chica que han sido asesinados, - la madre y los hermanos del protagonista, - el abogado, - los guardianes de la prisión, - la justicia, - la sociedad y los medios de comunicación. 3. ¿Con qué personaje te sientes más identificado? ¿Por qué? 4. ¿Cuál es la escena que te ha causado más impresión? ¿Por qué? 5. ¿Qué comparación puedes hacer con otras películas de temática parecida? 6. ¿Qué has aprendido viendo la película que antes desconocías? ¿Qué interrogantes te ha sugerido? 7. Esta película está basada en un hecho real narrado por la protagonista. ¿Qué mensaje se nos quiere transmitir? ¿Cuál es el valor más importante según la película? ¿Cuál es el valor más importante para ti? ¿Por qué? 8. ¿Qué quieren decir para ti las siguientes palabras: persona inocente, persona culpable, justicia, injusticia, solidaridad, intolerancia, perdón, castigo, ley, amor? <p>b) Realizad en clase un coloquio/debate sobre argumentos a favor y en contra de la pena de muerte después de leer la siguiente noticia sobre «La pena de muerte» (La Vanguardia, 8 de febrero de 1998):</p> <p>Tres alegatos contra la pena de muerte. 1. El Estado no puede restituir la vida del ejecutado por un error judicial: en 1953 un inglés de 19 años fue ahorcado. Cuarenta años después el gobierno reconoció haber ejecutado a un inocente. 2. El crimen surge de la marginación, la pobreza y la incultura que el Estado que mata es incapaz de suprimir: en 1960 un ex fiscal general de EE.UU. declaró que creería en la pena de muerte el día que se ejecutase al mismo número de blancos que negros, ricos que pobres. 3. El alegato más generoso: el del perdón. El pasado mes de diciembre, al acabar la segunda fase del juicio por el atentado de Oklahoma, una mujer declaró: «He perdido a mi hija y tres años de mi vida pero no quiero que maten a los asesinos. Su ejecución no me devolverá ni a mi hija ni el tiempo perdido». El abogado Roqueta suele repetir que la pena de muerte es el gran fracaso del derecho.</p>
Materiales	DVD
Edades aconsejadas	Adolescentes, jóvenes y adultos

ANEXO 6:

BIBLIOGRAFÍA

COMENTADA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENGÓZAR, M^a. C. (1994) Como vivir la muerte y el duelo. Una perspectiva clínico-evolutiva de afrontamiento. Universidad de Valencia. Valencia. M^a Carmen Abengózar Torres, es psicóloga y en el presente trabajo dividido en trece capítulos nos acerca los siguientes aspectos de la muerte y el duelo: 1. 1. Introducción; 2. Evolución histórica y definición de muerte; 3. Tipos de muerte; 4. Religiosidad y ansiedad ante la muerte; 5. El proceso agonizante (págs. 37-50): 5.1. la teoría de los estadios de la agonía; 5.2. intervalo vida- muerte; 5.3. las trayectorias del morir; 5.4. contextos en donde morir; 6. Duelo (pág. 51-58); 7. Niñez y muerte (pág. 59-78); 8. Adolescencia y muerte (págs. 79-90); 9. Joven adultez y muerte (págs. 91-106); 10. Mediana edad y muerte (págs. 107-122); 11. Edad adulta tardía y muerte (págs. 123-150); 12. Preparación para la muerte (págs. 151-172); 13. Nota a los profesionales de psicología (págs. 173-178); bibliografía con 51 citas.

ALBERY, N. (Ed.) (1993) The natural Death Handbook. Virgin Books. Londres. Escrito por miembros del Natural Death Centre, de Gran Bretaña, es un libro de consulta indispensable para los familiares de personas moribundas o para el propio moribundo. Presenta los principios fundamentales del Movimiento para la muerte Natural y proporciona información sobre la muerte, el cuidado de los moribundos, y los entierros “verdes” y económicos. Incluye el manifiesto de Derechos de los moribundos. The Good Funeral Guide es una guía particularmente útil, con direcciones y referencias del Reino Unido.

ALBIAC, G. (1996) La muerte. Metáforas, mitologías, símbolos. Paidós. Barcelona. Gabriel Albiac es catedrático de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid. Según él: Morimos a eso se reduce todo. A eso y a no saber siquiera decirlo. Desde Epicuro, el pensar occidental gira sobre las paradojas que tal barrera impone a la condición humana. Desde Homero a Ezra Pound, pasando por Virgilio, Keath, Conrad, el presente trabajo trata de seguir los caminos a cuyo través esa cosa innombrable determinada literatura y arte. Metáforas básicas del “crepúsculo”, del “tiempo en fuga” y del “viaje interior” que acaba siempre en los repetidos círculos del infierno. Se

divide en tres partes: 1. Crepúsculo (13-73); 2. Tempus Fugit (75-111); 3. Timonel en la derrota (113-156). 'Nada es la muerte para nosotros, puesto que cuando nosotros estamos la muerte no está, y cuando ella llega no estamos ya nosotros'. De ese encuentro imposible nacen las infinitas formas desplazadas a través de las cuales eso de lo que no hablamos se venga haciendo que en todo cuanto decimos esté acechando una muerte silenciosa. 'Un hombre libre'-escribía Espinoza- 'de nada se preocupa menos que de la muerte'. Más, ¿somos hombres libres? O, más bien, esos tristes predadores en cuyo inconsciente, magistralmente descrito por Freud, aun la pulsión de deseo no es sino máscara de la pulsión de muerte. Desde Homero a Ezra Pound, pasando por Virgilio, Keats, Conrad, este libro trata de seguir los caminos a cuyo través esa cosa innombrable determina literatura y arte. Metáforas básicas del 'crepúsculo', del 'tiempo en fuga' y del 'viaje interior' que acaba siempre en los repetidos círculos del infierno.

ALEMAN ILLAN, A. (1992) Actitudes colectivas ante la muerte en Murcia durante el Siglo XVIII. Tesis doctoral. Facultad de Letras. Universidad de Murcia. El objeto de estudio es la dicotomía de actitudes, socialmente masivas de los Murcianos ante la muerte durante la ilustración. Hemos procedido mediante dos tipos de sondeos en la documentación notarial (testamentos, poderes para testar y codicilos). El uno por años - testigo y el otro en función de la estructura social del momento. Así pretendemos vertebrar el estudio en el movimiento de fondo del tema y al mismo tiempo efectuamos una sociología diferencial de las actitudes ante la muerte a lo largo de los cien años estudiados. Todo ello, echando mano de la interdisciplinariedad: confluencia de historia, sociología y antropología cultural.

ANDRAU, M. (1994) Más allá de la muerte. Ediciones Apóstrofe. Barcelona. El autor realizó estudios de filosofía clásica en la Universidad de la Sorbona. Se encuentra el presente libro dividido en 3 partes: 1ª parte. ¿quién gobierna nuestra mente?: 1. ¿quién gobierna nuestro fin en nuestras muertes individuales? (cuidado! Me estoy anunciando, poseo objetos, lugares maléficos, nombres, ¿la suerte?, la mala suerte también existe, si no me invitáis a nuestras fiestas, me pongo celosa, también tengo mis juegos, ¿y los niños?, no se muere necesariamente sólo; vosotros me facilitáis las

cosas para las muertes en grupo); 2. ¿quién gobierna las muertes masivas? 2ª Parte. Enfrentarse a la muerte: 1. Aceptar la muerte, 2. Prepararse para la muerte, 3. Heno aquí ante ella. 3ª Parte. Después de la muerte: 1. La reencarnación, 2. ¿cómo imaginar el más allá? Confidencia (pág. 215).Bibliografía (pág. 221). Con 17 citas bibliográficas.

ANTHONY, S. (1971) The discovery of death in childhood and after (el descubrimiento de la muerte en la niñez y después). London: Allen Lane. The Penguin Press. Pequeño estudio basado en investigaciones, en las que la autora analiza las actitudes hacia la muerte de niños de diversas edades según se revelan en pruebas de terminación de historias.

ARIÈS, P. (1982) La muerte en Occidente. Editorial Argos Vergara. Barcelona.

ARIÈS, P. (1987) El hombre ante la muerte. Altea. Taurus. Alfaguara. Madrid. El autor realiza un gran trabajo en torno a la muerte desde los años setenta, referente a las relaciones que el hombre de occidente ha mantenido y sigue manteniendo con la muerte - desde la Alta Edad Media hasta nuestros días -.El presente trabajo se encuentra dividido en dos libros: 1. el tiempo de los yacientes, 2. la muerte salvaje. A su vez el primer libro se divide en cinco partes: 1.- la muerte domada, 2.- Ad sanctos; apud ecclesiam, 3.- la hora de la muerte. Memoria de una vida, 4.- seguridades para el más allá, 5.- Yacientes, orantes y almas, 6.- el reflujó, 7.- vanidades, 8.- el cuerpo muerto, 9.- el muerto-vivo.Parte 4: 10.- el tiempo de las bellas muertes, 11.- la visita al cementerio, 12.- la imagen invertida. Acaba en esta parte con la muerte hoy (pág. 488) y el caso americano (494). Concluye con cinco variaciones sobre cuatro temas: 1. muerte domada; 2. muerte propia; 3. muerte lejana y próxima; 4. privacy; 5. la muerte invertida.

ARREGUI, J. (1992) El horror de morir. El valor de la muerte en la vida humana. Tibidabo Ediciones. Barcelona. El autor parte de la premisa que la reflexión sobre la muerte no tiene porque ser morbosa o enfermiza e incluso puede convertirse en el mayor estímulo para vivir. Tras discutir diversas posturas del pensamiento contemporáneo sobre la muerte, analiza el horror de morir y esclarece relaciones

inhabituales como son: sexualidad y muerte, el amor y la muerte, el amor, el tiempo y la eternidad. Aborda además los fundamentos de la creencia en la inmortalidad y discute el fundamento racional de la fe en la reencarnación y en la resurrección. De no difícil lectura como ensayo, aunque no tiene un índice útil (sin paginar) en el sumario. Buenas referencias bibliográficas.

ARROYO, C. (1993) *Hacia el despertar por la muerte*. Editorial Sirio. Málaga. El autor en el presente ensayo, cuando según él el tiempo le ha colocado la mano en la Vida, escribiendo algo bajo la influencia de estas circunstancias, que ayude a tomar plena consciencia de sí a aquellos que la Mano de la Vida coloque en parecidas circunstancias, y a otros que, sin tener que vivirlas, necesitan que les repitan una y otra vez que “aquí estamos de paso”.

ASTUDILLO, W.; MENDINUETA, C.; ASTUDILLO, E. (1995) *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Navarra. EUNSA Ediciones Universidad de Navarra. Los autores parten de la premisa que los cuidados paliativos son frecuentemente ignorados y considerados como el último remedio de una lista de opciones de tratamiento. No obstante, por el alivio que proporcionan a pacientes con cáncer y otros padecimientos merecen formar parte integral del tratamiento activo desde un principio. Los autores médicos hacen un abordaje del presente libro en cuatro secciones: 1. Generalidades (págs. 29-89) en la cual abordan: los fundamentos de los cuidados paliativos, la evaluación médica del paciente terminal, la importancia de la comunicación en el cuidado del paciente terminal, las bases para mejorar la comunicación con el mismo así como las fases de adaptación a la enfermedad terminal, las necesidades de los pacientes en dicha fase y la labor de la enfermería (77-82) y los cuidados generales de enfermería en dichos pacientes (83-89); 2. Control de síntomas (93-183) en la cual se abordan los siguientes capítulos: Principios de tratamiento de los síntomas comunes en el paciente en fase terminal, tratamiento de síntomas gastrointestinales, respiratorios, genitourinarios, de los problemas de la piel en el cáncer avanzado, del edema y del linfedema, de los síntomas neurológicos, psicológicos y de otros síntomas molestos en el paciente terminal, para concluir con un capítulo dedicado a las urgencias en los cuidados paliativos (173-183); 3. Manejo del

dolor (187-287). Esta sección incluye: Bases del tratamiento del dolor del enfermo en fase terminal, el tratamiento farmacológico del dolor maligno, el tratamiento del dolor de origen neurológico en el cáncer, el dolor en los niños con cáncer, el dolor en el SIDA, pacientes con dolores o situaciones que no responden a tratamientos habituales, el sufrimiento en los enfermos terminales, los métodos no farmacológicos para promover el bienestar del paciente; 4. Atención a la familia (291-403). Incluyendo los siguientes temas: La asistencia a la familia ante una muerte esperada, medidas para mejorar la relación familia-equipo de apoyo, la asistencia del proceso del duelo, la alimentación en el enfermo terminal, consejos dietéticos a la familia del enfermo terminal, los cuidados paliativos en los niños, los cuidados paliativos en los ancianos, el paciente con demencia. Cuidado personal y apoyo a la familia, manejo paliativo de pacientes con SIDA avanzado, el voluntariado en el cáncer y otras enfermedades terminales, la medicina paliativa frente a la eutanasia (393-403). Concluyendo con los derechos de los enfermos terminales (405). Cada tema incluye al final la bibliografía usada en la elaboración de los mismos.

BAILLY, D. (1997) Angustia de separación. Masson. Barcelona. Daniel Bailly es profesor de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Universidad de Lille II Derecho y Salud, y Psiquiatra Clínico en el Centro de Información y Tratamiento de Trastornos por Dependencia del CHRU de Lille. En la presente obra presenta una puesta a punto de los aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por angustia de separación cuya prevalencia se estima en torno al 4% de la población general. Los procesos etiopatogénicos son desarrollados de manera amplia: teorías psicodinámicas con los diversos modelos de comprensión de Freud a Winnicott, teoría del apego de Bowlby, enfoque etológico y perspectiva neurobiológica. A continuación se aborda la relación entre este proceso y la aparición de trastornos psicopatológicos en el adulto, así como los principios de su tratamiento medicamentosos y psicoterapéutico (psicoanálisis, terapias cognitivo-conductuales y familiar). Interesante para psicólogos, psiquiatras, médicos, pediatras, enfermeras y profesionales enfrentados a problemas relacionados con el desarrollo psicoafectivo del niño y del adolescente.

BARBERO, J.L. (1984) El conflicto entre vida y libertad. Fundación Santa María. Madrid. El presente ensayo aborda el conflicto vida-muerte desde una perspectiva no sólo de la gran historia y de los conflictos que pueden afectar a la pequeña biografía personal de cada uno de nosotros sino principalmente desde el conflicto mismo de valores. Se hace un análisis fragmentario de cada uno de ellos. Se abordan puntualmente reflexiones en las que se puede presentar conflictos entre vida y libertad en el horizonte de la muerte. Se refiere al suicidio brevemente para pasar a la eutanasia como: 1. problema de no ética médica, 2. rendirse ante la muerte sucedida, 3. el dolor de la agonía, 4. la eutanasia voluntaria, 5. el caso límite, 6. el proceso social de morir, 7. asistir al que muere, 8. nadie tiene más amor que el que da la vida. 15 referencias bibliográficas sobre eutanasia, suicidio y libertad a la hora de elegir la muerte (1984).

BARREIRO GUEMES, C. (1978) Significado y función de la muerte en la cultura azteca. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y letras. Universidad Complutense de Madrid. La tesis encierra aquellas yuntas en que la muerte interviene en el mundo azteca y el ritual fundamental que el mismo seguía para encontrarse con su eternidad. Se pretende encontrar como la muerte en el punto de unidad en el pensamiento azteca ya que ella relaciona al hombre con el mundo físico y el mundo espiritual. El azteca en la muerte el único camino para conseguir la perennidad la eternidad lograda al liberarse de la materia que lo limita. Se analiza el campo de la cronología y cromogonía el calendario y el panteón azteca y su relación con la muerte así mismo se estudia el concepto del Más allá y las diferentes moradas de las muertes y el ritual para alcanzarlas.

BARRETT, W. (1992) Visiones en el momento de la muerte. Editora Amelia Boudet. Barcelona. El autor, destacado físico y catedrático de la Universidad de Dublín, está considerado como uno de los investigadores más prestigiosos dentro de los fenómenos paranormales. En el presente libro nos presenta multitud de casos en los que personas próximas a fallecer tienen distintos tipos de visiones, que estudiadas racionalmente y sin prejuicios nos sitúan en una nueva perspectiva de análisis e investigación ante el tema de la muerte. Ante la proximidad del fallecimiento, los lazos que mantienen unido al ser con su cuerpo físico se aflojan, permitiéndole ver a otros

seres que ya habían muerto, a pesar de ignorar este hecho. En muchos casos, las visiones no sólo las tienen los moribundos, sino las personas que se hallan con ellos en esos momentos, comprendiendo así la razón de esa expresión radiante que durante algunos momentos ha iluminado su rostro de alegría e incluso les ha hecho incorporarse como para abrazar a alguien que han identificado cariñosamente antes de pasar al mundo de lo invisible. Los 5 capítulos incluyen: 1. visiones de personas cuya muerte ignoraban los moribundos que las veían, 2. visiones de personas cuya muerte era conocida por los moribundos que las veían y visiones percibidas también por los demás, 3. visiones de personas vistas por el moribundo a distancia y en algunos casos recíprocas, 4. música oída en el momento de la muerte por el moribundo o por las personas presentes, 5. visiones del espíritu de un moribundo al abandonar el cuerpo.

BAUMAN, H. (1990) Como vivir bajo la aflicción. Mensajero. Bilbao. Libro de bolsillo de 46 páginas con fotografías agradables de momentos de la naturaleza, en el cual el autor, a manera de ensayo hace un breve recorrido por los estadios de la aflicción tras sufrir una pérdida, ofreciendo una guía bajo un tono católico, dividiendo el proceso en seis actos: Sacudida, estupefacción, imaginación y culpabilidad, la pena desborda, dolorosos recuerdos, aprender a vivir de nuevo. Aborda también que podemos decir a los niños, aceptar la muerte, volver a la normalidad requiere tiempo, la muerte no es el final.

BAYÉS, R. (2001). Psicología del sufrimiento y la muerte. Martínez Roca: Barcelona.

BELMONTE HENARES, A. (1994) Muerte, esquila y sociedad. Tesis doctoral. Ciencias de la información. Universidad Complutense de Madrid. La muerte, suceso social y fundamento de relacionalidad de los procesos e individuo, vehículo en el desarrollo histórico de la dialéctica entre sujeto y sociedad, como base del campo operativo, de producción y sentido.- La muerte como valorable junto al desarrollo histórico de la vida, conformando la magnitud, relevancia y actualidad de los hechos sociales. También contrapuesta con la imagen y situación del presente en una visibilidad cada vez mayor de lo contrario. Negación, ruptura, antítesis social practica situación de partida que sirve para verificar a través del recorrido histórico si ese presente puede

corresponderse con una última modelación vinculada estrechamente a los procesos bien a su acepción de continuidad, bien en lo que resulte dislocación.- Ello desarrollado específicamente en torno a la especial configuración y significación social con que los media dota hoy la realidad, y concretándose en el tratamiento informativo de los mismos sobre la muerte y más específicamente de las esquelas funerarias de prensa.

BENDER, M.; LLOYD, CH.; COOPER, A. (1996) Calidad de muerte. Atención al Anciano en la etapa final de la vida. TEA Ediciones. Madrid. El presente libro, es el fruto de la colaboración de 3 autores que entre 1985 y 1988 se propusieron, en la zona oriental de Londres, clarificar las bases para tratar de la mejor manera, a las personas enfermas y desahuciadas en centros residenciales para ancianos, así como en sus casas o en la de familiares. Los autores consideran que cuidar bien a los que están próximos a morir empieza mucho antes de que se pongan enfermos y a medida que se prolonga la esperanza de vida, crece el número de personas “de la tercera edad” y la duración de esta última etapa de la vida. Crece a su vez el número de ancianos que no pueden valerse por sí mismos, o que al menos, necesitan ser cuidados y atendidos por otros: familiares o profesionales. El presente libro destaca la importancia, tanto del cuidado físico como psicológico. La buena atención al anciano tanto sano como enfermo. Se profundiza en la zona de atender y ayudar a moribundos y desahuciados pero también a ancianos sanos y vitales, defendiendo siempre la autonomía y libertad, de forma que en esta última etapa de la vida haya la mayor calidad de vida posible. El libro se encuentra dividido en seis capítulos: 1. Observaciones y acercamiento (pág. 11-20); 2. Mitigar el impacto de las pérdidas (pág. 21-46); estancia satisfactoria (pág. 47-74); 4. Enfermedad y medicina (págs. 75-114); 5. Cuidados de la enfermedad y la muerte (págs. 115-142); 6. La vida sigue (págs. 146-154). Bibliografía por capítulos (págs. 155-160).

BENEITO, E. (1992) Después de la muerte. Ed. Espacio y tiempo. Madrid. Libro de fácil lectura, perteneciente a la Biblioteca Básica de Espacio y Tiempo de la que es Director de la Colección D. Fernando Jiménez del Oso. El autor intenta dar una visión amplia y por ello respuestas a las grandes interrogantes de lo que acontece tras la muerte, para

ello se centra en la visión que de esta tienen y han tenido las diferentes culturas conocidas que ha habido sobre la tierra: Mesopotamia, Egipto, el taoísmo, los tres bardos expresados en el libro tibetano de los muertos, la cultura precolombina, las culturas africanas, el chamanismo, el cristianismo, el sufismo, las vivencias de personas y estudios en el umbral de la muerte y el contacto con los muertos. El autor incluye al final una bibliografía básica del tema. (15 referencias).

BENJAMIN, H. H. (1997) *Cáncer: recuperar el bienestar*. Robinbook. Barcelona. El autor, concibe en el presente trabajo un programa de apoyo psicosocial que aporta un grano de arena más en este terreno carente de la atención psicológica al paciente y la familia. Se aportan las tesis de la Wellness Community, basadas en el concepto de "paciente activo" y la conjugación de los tratamientos médicos convencionales con los principales avances en psiconeuroinmunología. Incluye la obra ejercicios de visualización y programas de nutrición.

BENOLIEL, J.Q. (1982) *Death Education for the Health Professional*. Hemisphere Publishing Corporation. Washington. New York. London. La autora profundiza en el complejo mundo de la educación en la muerte (death education) en los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) incidiendo en áreas de conocimiento tales como: valores sociales, y culturales y circunstancias históricas que provean al alumno de oportunidades para aprender y conocer sus valores personales y la influencia en sí mismos de sus creencias. Según la autora, la educación en el tema requiere más de una oportunidad, por lo complejo de la situación y como afecta a la vida de los demás en sus distintas dimensiones. Por eso se incluyen distintas opciones o perspectivas que a fin de cuentas lo que hagan sea resolver los problemas que enfermeras y médicos tengan o tienen en la práctica. Divide el libro en seis capítulos: 1.- Educación interdisciplinar en la "muerte" en una escuela de enfermería (pág. 1-20); 2.- Un curso de postgrado en cuidados paliativos (pág. 21-30); 3.- Influencia de la "muerte" en la práctica clínica: Un curso para estudiantes graduados (págs. 31-50); 4.- "Educación en la muerte" para la práctica de la enfermería avanzada (págs. 51-66); 5.- "Educación en la muerte" en una escuela médica: Un seminario sobre el paciente con enfermedad

terminal (págs. 67-94); 6.- Educación en el Cuidado de la Salud Humanística en un Hospice/ Cuidados paliativos (págs. 95-112).

BERGER, M.; HORTALA,F. (1982) *Morir en el hospital*. Ediciones Rol. Barcelona. El presente libro es el resultado de un serio y prolongado trabajo de investigación basado en 50 relaciones personales y 43 entrevistas a personal asistente (enfermeras, médicos, auxiliares, sacerdotes) con pacientes moribundos, rompiendo la barrera del silencio y soledad que aísla al enfermo del personal asistencial y propiciando una comprensión mutua. Los casos han sido extraídos de una bibliografía, norteamericana en su mayor parte, y de una obra escogida por su autenticidad: una muerte muy dulce de Simone de Beauvoir. Se trata únicamente de moribundos y las observaciones presentadas sólo se consideraron cuando sobrevino la muerte al cabo de muy poco tiempo, desde algunas horas hasta pocos meses. La mayor parte de observaciones se ha referido a adultos y ha tenido como marco el hospital. No se aborda la muerte en el hospital psiquiátrico, de enfermos comatosos y la muerte repentina y sólo se aborda muy brevemente la relación entre la muerte natural y la muerte autoprovocada. Incluye el libro unas referencias bibliográficas interesantes (1982).

BERMEJO, J. C. (1993) *Asistencia integral al enfermo terminal en los hospitales y en los domicilios*. Diócesis de San Sebastián. Trabajo realizado por José Carlos Bermejo en el 5º Cursillo Diocesano de Pastoral de la Salud, en Loyola, llevado al papel en cinco capítulos y tres anexos: 1. Introducción; 2. La experiencia del enfermo terminal; 3. El agente pastoral ante el enfermo terminal; 4. Actitudes para ayudar al enfermo terminal; 5. Dimensión evangelizadora y pastoral del acompañamiento al enfermo terminal. Anexo 1, 2 y 3. Trabajo por grupos de diversos casos prácticos que se especifican.

BERTMAN, S. L. (1991) *Facing Death: Images, Insights and interventions*. Publishing Corporation. Washington. New York. London. Sandra L. Bertman, humanista, profesora y consejera con 30 años de experiencia, dirige el Programa de Humanidades Médicas en el Centro Medico de la Universidad de Massachusetts. Es pionera en el desarrollo de programas usando las artes y las humanidades para instruir a profesionales de la

salud, pacientes y sus familiares de pacientes terminales y en duelo. La autora, respetada internacionalmente por su trabajo en la muerte y el duelo, ha recibido muchos honores en el campo de la muerte, el morir y el duelo. En el presente trabajo nos acerca como ayudar en el campo de la muerte y el duelo mediante las artes y las humanidades, en cuyo campo es realmente pionera, mediante la ayuda de imágenes artísticas, literatura, imágenes de muerte, pérdida, sufrimiento. Este libro es de indispensable manejo para profesionales que abordan la educación en la muerte, como un libro-recursos. Se divide en cuatro capítulos: CAPÍTULO I: Estableciendo la perspectiva (pág. 1-10) CAPÍTULO II: Imágenes: mirando la muerte (págs. 11-100). CAPÍTULO III: Respuestas a las imágenes (101-164). CAPÍTULO IV: Broadening the perspective (165-202). Bibliografía completa (págs. 203-208). Concluye con varios apéndices: cuestionario de actitudes ante la muerte, y mirando la muerte.

BERTMAN, S. L. (1998) *Grief and healing arts: Creativity as therapy*. Baywood Publishing Co. Amityville. New York. Sandra L. Bertman, humanista, profesora y consejera con 30 años de experiencia, dirige el Programa de Humanidades Médicas en el Centro Medico de la Universidad de Massachusetts. Es pionera en el desarrollo de programas usando las artes y las humanidades para instruir a profesionales de la salud, pacientes y sus familiares de pacientes terminales y en duelo. La autora, respetada internacionalmente por su trabajo en la muerte y el duelo, ha recibido muchos honores en el campo de la muerte, el morir y el duelo. En el presente trabajo nos acerca como ayudar en el campo de la muerte y el duelo mediante las artes y las humanidades, en cuyo campo es realmente pionera, mediante la ayuda de imágenes artísticas, literatura, imágenes de muerte, pérdida, sufrimiento. Este libro es de indispensable manejo para profesionales que abordan la educación en la muerte, como un libro-recursos. Se divide en cuatro capítulos: Las artes, duelos personales y roles personales. Algunos modos de usar las artes para los cuidadores. Lesiones sobre culturas nuevas y viejas. Necesidades básicas para personas en duelo.

BLANCO-PICABIA, A. (1993) *Hablando de la muerte... (Pero, ¿de qué muerte?)* En: *Psicología y postpsicología*. Promolibro. Colección Alfapplus. Valencia. El autor justifica las dificultades de trasvasar los conocimientos adquiridos y desarrollados más allá de

nuestras fronteras, argumentando razones culturales comprensibles (pág. 231-247). Abordando las actitudes ante la muerte tal como considera que se percibe en nuestro entorno el problema de la muerte y comenta individualizadamente los siete grupos: a. La muerte como realidad; b. La muerte como percepción; c. La muerte como situación; d. La muerte como acto (voluntario o no); e. La muerte como final; f. La muerte como principio; g. La muerte como objeto de estudio; h. La muerte como incógnita. Incluye 20 citas bibliográficas.

BLUES, A. G.; ZERWEKH, J. V. (1984) *Hospice and Palliative Nursing Care*. Grune & Stratton, Inc. United States of America. El presente trabajo, de gran utilidad incluye bibliografía en cada capítulo además de un índice por materias. Comienza cada capítulo con 10 preguntas las cuales ha de ser capaz de responder el lector con cada capítulo. Esta dividido en 17 capítulos: 1. Hospice Philosophy of Appropriate Care (1-9); 2. Honesty Tempered with Hope (10-18); 3. Understanding the Patient Experience (29-66); 4. Assessment and Goals of Care (67); 5. The Hospice Team (67-80); 6. Principles and Standards of Hospice Care, con un apéndice denominado: Standards and Principles of a Hospice Program of Care (97-107); 7. Symptom Control (108-146) incluyendo un apéndice: Common Nursing Diagnoses (130-146); 8. Control of Pain (147-176); 9. The last Few Days (177-197); 10. Grief and Bereavement (198-227) incluyendo un apéndice: The Agreement (226-227); 11. Social Decisions and Social Support (228-242); 12. The Family as the Unit of Care (243-272); 13. Establishing a Community Hospice (273-291); 14. Integration of Hospice into the Acute Care System (292-307); 15. Clinical Records and Research (308-328); 16. Understanding One's Own Feeling About Death (329-347) incluyendo un apéndice: The dramatic soliloquy as a source of understanding (342-347); 17. Professional Stress and Distress (348-362); Index (363-377).

BOFF, L. (1985) *Hablemos de la otra vida*. De. Sal Terrae. Santander. Se presenta lo que el cristiano cree, evitando que sea como algo aterrador o desconectado de la vida presente y tangible. Sin quitar nada de seriedad aborda los temas: La muerte y el juicio, infierno, purgatorio y paraíso, así ¿cómo sabemos de ellos.? Desarrolla un planteamiento a la luz de las Sagradas escrituras y autores católicos de renombre. respondiendo a preguntas generales entre los católicos practicantes sabiendo

presentarlas con profundidad, con todo su mensaje para el aquí y ahora de la vida. De fácil lectura aunque hace un enfoque escatológico que además da un aliento palpitante en el Dios que salva.

BOND, M. R. (1984) Dolor. Naturaleza, análisis y tratamiento del mismo. Editado por Harofarma, S. A. El autor divide el presente trabajo en tres capítulos: 1. Naturaleza del dolor (págs. 1-56); 2. Análisis clínico del dolor (57-152); 3. Métodos físicos y psicológicos para el tratamiento del dolor (153-230). Concluyendo con una bibliografía con 16 citas.

BOWKER, J. (1996) Los significados de la muerte. Cambridge. University Press. Gran Bretaña. El autor aporta nuevas y sustanciales propuestas a los debates en torno al valor de la muerte. Tras examinar la temática de la amistad y el sacrificio dentro de cada una de las principales religiones: el judaísmo (pág. 69); el cristianismo (112); el Islam (151); el hinduismo (191); el budismo (247). Bowker sostiene que existen numerosos puntos de contacto vital entre ellas respecto a la experiencia de la muerte, y que las actitudes religiosas y laicas pueden reforzarse mutuamente. En nuestra respuesta al dolor por la pérdida de los seres queridos tiene notable importancia una recuperación afirmativa del valor de la muerte, igualmente aplicable al tratamiento de los enfermos en fase terminal. Al indicar como puede mantenerse el valor de la vida en el límite de la misma, sin buscar una compensación ilusoria en el más allá. El autor nos enriquece la comprensión de la “cuestión definitiva” y lo hace de una manera que es en todo momento sensata y frecuentemente conmovedora. Incluye una bibliografía importante (pág. 339-345) de 127 libros (de los cuales son en español 13).

BOWLBY, J. (1973) Attachment and loss: (Unión y pérdida) vol. 1 Attachment (Unión), 1969; vol. 2 Separation: Anxiety and Anger (La separación: ansiedad y contrariedad), 1974; vol. 3 Loss (pérdida). London: Hogarth. El autor tomando de un amplia gama de estudios sobre los efectos de la separación, la pérdida y la niñez, desarrolla la Teoría de la Unión, que pretende reemplazar muchas otras teorías acerca de las relaciones humanas. De difícil lectura, John Bowlby nos hace un recorrido completo por todo el proceso de la unión y la pérdida, así como por la ansiedad de la separación. Libros

recomendados si se quiere tener una visión completa de la pérdida y el mundo que a ésta rodea.

BOWLBY, J. (1993) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Ediciones Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México. Este volumen del autor John Bowlby, completa su brillante trilogía dedicada al vínculo afectivo y sus vicisitudes. Analiza la forma en que repercute la muerte de un familiar en las vidas de niños y adultos, y aborda con ejemplar penetración la dinámica del duelo, los problemas de la depresión y los procesos de acomodación que son esenciales para preservar la salud psíquica. Se divide en 3 partes y 25 capítulos: Parte I (págs. 31-98): 1. El trauma de la pérdida; 2. El lugar de la pérdida y el duelo en la psicopatología, 3. Marco conceptual; 4. Un enfoque de la defensa basado en el procesamiento de la información; 5. Plan de trabajo. Parte II (págs. 99-274): 6. La pérdida del cónyuge; 7. La pérdida de un hijo; 8. El duelo en otras culturas; 9. Variedades patológicas; 10. Factores que afectan al curso del duelo; 11. Personalidades propensas al duelo patológico; 12. Experiencias infantiles de las personas propensas al duelo patológico; 13. Procesos cognitivos que contribuyen a las variaciones de la respuesta a la pérdida; 14. Tristeza, depresión y trastornos depresivos. Parte III (págs. 275-444): 15. La muerte de un padre durante la niñez y la adolescencia; 16. Respuestas de los niños cuando las condiciones son favorables; 17. Pérdida en la niñez y trastornos psiquiátricos; 18. Condiciones que determinan diferencias en el resultado; 19. Respuestas de los niños cuando las condiciones son desfavorables; 20. La desactivación y el concepto de sistemas segregados; 21. Variedades patológicas y algunas condiciones que contribuyen a producirlas; 22. Efectos de suicidio de un padre; 23. Respuestas a la pérdida durante el tercer y cuarto año.; 24. Respuestas a la pérdida durante el segundo año; 25. Las respuestas de los niños pequeños a la luz del desarrollo cognitivo temprano; Epílogo. Bibliografía. Se incluyen 359 citas de autores publicados en inglés de las cuales se encuentran traducidas al español (marcadas con asterisco) 21 referencias (publicadas por Ed. Paidós y Hormé).

BOWMAN, L. (1959) The American Funeral: A way of death (El funeral americano: un modo de morir). Washington, D. C.: Public Affairs Press. Tras el libro de Jessica Mitford,

The American Way of Death (La manera americana de morir), y el de Evelyn Waugh, The loved One (El amado), había necesidad de un análisis más serio de la industria funeraria de los estados Unidos. El presente libro de Leroy Bowman, ofrece hechos y cifras y un análisis menos sensacional de sus implicaciones. Ni evita las anomalías ni adopta una actitud de juez hacia ellas. De igual manera que revela el libro de Rosenblatt, las sociedades complejas necesitan especialistas en la muerte cuya función es principalmente mitigar el doloroso impacto de la muerte sobre los sobrevivientes. Los directores de funerarias americanas han sido criticados por tratar de hacer eso mismo.

BRINKLEY, D.; PERRY, P. (1995) Salvado por la luz. Edaf. Madrid. El 17 de septiembre de 1975, el autor del presente libro Dannion Brinkley hablaba por teléfono durante una tormenta. En el tendido telefónico cayó un rayo, una descarga de miles de voltios recorrió su cuerpo. Su corazón se paró y murió. Veintiocho minutos más tarde volvió a la vida, contando un relato increíble. Este libro es una narración conmovedora de sus experiencias próximas a la muerte, puesto que catorce años más tarde tuvo otra. El autor nos acerca no sólo estas experiencias sino que además nos convence de cómo ellas, cambiaron su vida por completo al sufrir una transformación espiritual, ofreciéndonos una visión apasionante de lo que es morir, y de lo que es más importante, de lo que es vivir.

BROTHERS, J. (1992) Vivir sin él. Ediciones Grijalbo. Barcelona. Joyce Brothers es psicóloga y autora de obras de su especialidad ampliamente difundidas. Su marido Miton Brothers poseía un importante consultorio privado. En el presente libro la autora va más allá de la autoayuda al impregnar su libro de la riqueza de lo vivido y el calor de lo sentido. La autora nos narra su vivencia, en su primera parte: “de esposa a viuda” (pág. 13-72) acercándonos en 6 cortos capítulos el desarrollo de la enfermedad de su esposo, “tras una batalla de 18 meses con cáncer” y tras cuarenta y dos años de amor y comprensión de pareja. En la segunda parte: “por el túnel del pesar” (págs. 75-212) se encamina por el mundo del pesar, de los funerales con sus detalles, de esos días siguientes donde ya tu rol es otro y de los meses que siguen donde sentimientos, emociones y sensaciones se mezclan con la conveniencia o prudencia a la hora de

expresarlos y abrirse a la gente, hasta que pasas a formar parte de ese gran club de la viudedad, con sus pros y sus contras. En la tercera parte: "lo que todos deben saber acerca del pesar" (págs. 215-265) nos acerca al mundo de la pérdida (de los seres queridos, de la mente y la personalidad, de la separación, etc.) de la educación a los niños ante la realidad de la muerte, ¿qué hacer? Y ¿qué evitar? Con las personas que viven una pérdida, de modo que sirva de ayuda hacia la aceptación y curación.

BUCKMAN, R. (1988) *I Don't What To Say - How Help and Support Someone Who is Dying*. Macmillan. Londres. Incluye el presente libro consejos sensatos y prácticos sobre como hablar y escuchar a los moribundos. Analiza el proceso que precede a la muerte y sugiere formas diversas de ofrecer apoyo a los moribundos.

BUCKMAN, R. (1990) *Cosa dire?. Dialogo con il malato grave*. Edizioni Camilliane. Torino. Guía para el pariente y el amigo del enfermo sin esperanza. Diciéndonos como ayudar y vivir la propia muerte y como afrontar la propia vida. El libro nos ofrece respuestas concretas en un lenguaje simple y sin retórica, por lo que podemos decir que es un instrumento valioso para el diálogo con uno mismo y el paciente grave.

CABOULI, J. L. (1995) *Terapias de vidas pasadas. Técnica y práctica*. Ediciones Continente. Buenos Aires. El autor es un médico argentino que desde 1988 se dedica a la terapia de vidas pasadas, explicando de forma clara y amena la técnica que utiliza en su práctica privada. El presente libro está dividido en 22 capítulos haciendo un recorrido que va desde: ¿qué es la terapia de vidas pasadas (TVP)? (pág. 16-19) y como funciona la TVP (pág. 20-23), pasando por la historia de la misma, el estado expandido de consciencia (EEC); el plan de trabajo (pág. 42-48), el anciano archivero, el karma, la técnica Samyama, otra variante técnica, el espacio entre vidas, el propósito de vida, la vida fetal, como trabajar situaciones difíciles, reminiscencias del pasado, como trabajar los sueños, regresiones como animales, el suicidio, como trabajar una depresión, indicaciones y contradicciones. De fácil lectura, el autor, desde conceptos básicos y premisas fundamentales nos va acercando casos con ejemplos, reproduciendo las experiencias íntimas de la regresión de gran valor didáctico, llevándonos de manera suave y progresiva y haciéndonos verlas tal como las vivenciaron las 18 personas

involucradas. Concluye con una bibliografía general de 18 libros, sobre las TVP de 14 libros, y sobre la reencarnación y el karma de 16 libros.

CABOULI, J. L. (1996) Muerte y espacio entre vidas. Regresiones y aprendizajes. Ediciones Continente. Buenos Aires. Durante el trabajo de Terapia a vidas pasadas (TVP) para solucionar conflictos emocionales, varias personas revivieron varias de sus muertes en vidas anteriores y más aún, continuaron su experiencia en el espacio entre vidas, pudiendo ver claramente que regresaban una y otra vez a la vida física para seguir creciendo y aprendiendo. Algo ha cambiado en estas personas, que tienen la certeza de que la muerte no es más que el pasaje a otro estado de existencia, recuperando para sí mismas la esencia de ser inmortal y la consciencia del sentido y del propósito de esta vida que están viviendo. Este libro contiene la experiencia de 32 personas vivenciadas en el curso de un trabajo terapéutico. Su vivencia en las experiencias compartidas desde la salida del alma del cuerpo, los pasos en el espacio entre vidas, la evaluación en las acciones pasadas y la toma de consciencia del aprendizaje que aún falta por realizar. Asistimos pues al viaje del alma hasta volver a encarnar una vez más. El presente libro está dividido en 4 capítulos: 1. La muerte; 2. El espacio entre vidas; 3. El regreso; 4. Reflexiones finales. Para acabar con una bibliografía de 26 libros.

CADEVILA, R.; GAUDRAT, M. A. (1987) L'enterrament. Colección Els dies diferente. Ed. La Galera. Barcelona. La guionista Gaudrat es una autora francesa, la cual nos acerca la historia del enterramiento gracias a las ilustraciones realizadas y adaptadas para esta edición catalana de Roser Capdevila.

CAINE, L. (1975) Viuda. Pomaire. Barcelona. Lynn Caine, es una mujer inteligente, bien educada, extremadamente franca y totalmente carente de los apoyos invisibles, que sostenían a nuestros antecesores. Su descripción de su propia viudez es escueta, amarga y directa, sobreviviendo envuelta en una especie de gloria.

CALLE, R. A. (1995) Enseñanzas para una muerte serena. Ediciones Temas de Hoy. Madrid. El autor sigue el consejo de Buda, en lo que respecta a que no hay que seguir a

ningún maestro ni libro sagrado, más bien lo que hay que hacer es ver serenamente si es interesante lo que dice y ponerlo en práctica y si eso redonda positivamente en nosotros y en los demás entonces es cuando debemos seguirlo, no a ciegas sino conscientemente. Ramiro A. Calle parte de la realidad de que muy pocos experimentan la idea de muerte como descanso, sino más bien con temor, sobre todo a la enfermedad y agonía, creamos o no en otra existencia o que esta vida tiene un significado. Lo único cierto es que moriremos y por mucho que estemos acompañados será nuestra muerte. El autor recoge técnicas para aprender a vivir, a afrontar la enfermedad, e incluso a morir. El hecho de recordar que vamos a morir más que abatirnos debe realzar la vida, potenciar cada momento y vivir con mayor calidad psíquica y pureza mental. El presente libro pretende en parte ser un manual para el bien morir aunque paradójicamente nos dispone para el bien vivir. Por ello considera el autor que si aprendemos a vivir comprendiendo y aceptando que la muerte forma parte de la vida, podremos morir y renacer a cada instante, e incluso poder matar a la muerte y acceder a lo Inmenso, en cuyo escenario se celebra el juego de luces y sombras que llamamos vida y muerte. El presente libro consta de 13 capítulos y 2 apéndices: 1. La muerte esa gran desconocida (págs. 31-56); 2. La muerte y el más allá para los pueblos de la antigüedad (57-76); 3. Oriente (77-100); 4. Occidente (101-116); 5. Más allá del ego y del apego (117-128); 6. La meditación y su alcance (129-144); 7. Técnicas de atención a la respiración (145-154); 8. Técnicas de contenido del pensamiento: silencio interior y ensimismamiento (155-164); 9. Técnicas de meditación de percepción (165-174); 10. Técnicas de devoción (175-192); 11. Técnicas de visualización (193-198); 12. Técnicas de meditación y confrontación con la muerte (199-214); 13. Conclusiones Generales (215-224); Apéndice I. El punto de quietud (225-230); Apéndice II. La relajación (231-237)

CALLE, R. A. (1996) Aprender a vivir, aprender a morir. ¿ Lo otro. Aguilar. Madrid. El autor impulsor de las primeras investigaciones médico-yoguistas en España nos enseña a vivir cada momento con una mente serena y vigilante. Nos enseña que es importante recordar que no siempre mueren los otros y que hay que perder el miedo a la muerte y a la vida. No únicamente porque cada minuto puede ser el último de nuestra existencia. ¿Por qué no pensar que hoy es un buen día para morir, pero también un

buen día para vivir? El libro está dividido en nueve partes: 1. Enfrentarse a lo desconocido (pág. 11-24); 2. Viviendo paso a paso (pág. 27-36); 3. La vida es el gran maestro (pág. 39-46); 4. El cultivo de la atención (pág. 49-60); 5. De la ansiedad al sosiego (pág. 63-80); 6. La ciencia de apreciar lo que se tiene (pág. 83-93); 7. Las cuatro vías de meditación (pág. 95-108); 8. La mente universo-secreto (pág. 111-120); 9. Apéndices (pág. 123-124) lo que debe hacerse y lo que no debe hacerse; 10. Glosario (pág. 125-126); 11. Bibliografía (32 libros de interés publicados en español).

CALLEJA, S. (1994) Si te mueres, ya verás adónde vas. Editorial Luis Vives. Zaragoza. El autor, profesor y estudioso de la literatura infantil, ahonda con maestría y extraordinaria delicadeza en las emociones e inquietudes de sus personajes. La protagonista, una niña llamada Aiala ingresa en el hospital, de lo cual se pone muy contenta pues la tienen que operar de apendicitis. Allí conoce a otros niños: Ramón, Bambi Javier, Lourdes Cocoliso, Eduardo Manostijeras, Felipe Grillo, Pili y Mili, a los niños que iban a ser su pandilla y con los que correrá mil aventuras. Sin embargo, lo mejor de todo será su “estancia en el cielo”.

CANTALAMESSA, R. (1992) Hermana muerte. EDICEP C. B. Valencia. El autor de la presente obra es padre de los Frailes Menores Capuchinos. Profesor de Historia de los orígenes cristianos y Director del Departamento de Ciencias Religiosas de la Universidad Católica de Milán. Según Cantalamessa hay dos modos de considerar la muerte: un modo sapiencial, que la Biblia tiene en común con otras realidades como la filosofía, las religiones, la poesía; y un modo misterial o pascual, que es propio y exclusivo del cristianismo. En el primer modo tenemos una muerte pedagoga; en el segundo una muerte mistagoga, es decir, una muerte que nos introduce en el misterio y es parte ella misma del misterio cristiano. Estas dos perspectivas sobre la muerte iluminadas por el autor en sus implicaciones existenciales, ascéticas y pastorales para el hombre de hoy. La intención del autor es la de hacer que reflexión sobre la muerte pase también a través de una renovación “en el espíritu”. Se divide el presente ensayo (73 páginas) en los apartados siguientes: 1. Enséñanos a contar nuestros días; 2. Ser - para - la- muerte; 3. ¿Dónde está, oh muerte, tu victoria?, la muerte en la consideración pascual; 4. ¡Uno murió por todos!; 5. Los cristianos frente a la muerte; 6.

Crisis y redescubrimiento; 7. ¿Crees esto?; 8. Es fuerte el amor como la muerte; 9. En la escuela de la hermana muerte; 10. ¡Velad!; 11. La flor se marchita, se seca la hierba; 12. La segunda muerte; 13. Una ocasión que no hay que desperdiciar; 14. Jesús lloró; 15. Nacidos para poder morir; 16. Ven al padre.

CARRASCO, I. (1996). Muertes inevitables. Montesinos: Barcelona.

CÁTEDRA, M. (1988) La muerte y otros mundos. Jucar Universidad. Barcelona. La autora, María Cátedra, antropóloga por la Universidad de Pennsylvania y profesora de Antropología Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de Madrid. Con ésta obra ganó la autora en 1986 el primer premio en el Certamen Nacional de Investigación Marqués de Lozoya del Ministerio de Cultura. Partiendo de un profundo conocimiento de la cultura Vaqueira. María Cátedra analiza en el presente libro el tema de la muerte como un hecho cultural central, en torno al cual cobran sentido aspectos fundamentales de la cultura: el origen y destino de los seres humanos, la relación del hombre y del animal, la configuración del universo y la naturaleza de la sociedad. La muerte se aborda en este estudio sobre todo en sus aspectos mentales, ideas, creencias, actitudes, dando prioridad al análisis de las estructuras significativas que contienen los símbolos culturales, con lo que llega a penetrarse no sólo en el modo como los vaquéiros afrontan vivencialmente el hecho de la muerte, sino su forma de aprehenderla vida y este mundo en general, en cuanto confrontados con la otra vida y con otros mundos. Se divide el presente trabajo en tres grandes bloques: Parte I. EL CAMINO HACIA LA MUERTE: Capítulo 1. La enfermedad. Parte II. LA MUERTE: Capítulo 2. La muerte natural; Capítulo 3. La muerte violenta: el suicidio; Capítulo 4. El entierro. Parte III. EL MÁS ALLÁ: Capítulo IV. Los espíritus; Capítulo V. Los Santos. Incluye al final 140 citas bibliográficas en su mayor parte inglesas (págs. 477-485).

CHADWICK, G. (1996) Ventana a tus vidas pasadas. Selector Actualidad Editorial. México. La autora concibe el presente libro como un libro-guía, paso a paso hacia el conocimiento de quien fuiste y de quien serás en el futuro, demostrando con hechos de que ésta no es tu primera existencia, que antes ya estuviste aquí. Se divide la obra

en trece capítulos: 1. La reencarnación y su relación con usted (15-18); 2. El proceso de recordar sus vidas pasadas (18-30); 3. Cómo descubrir los recuerdos de sus vidas pasadas (31-44); 4. Qué hacer con sus recuerdos cuando los descubra (45-54); 5. Se inicia el viaje (55-56); 6. He estado aquí antes (57-68); 7. Fantasía: el lenguaje de su mente (69-76); 8. Imaginación: el mundo de imágenes interiores (77-90); 9. Busque el presente para encontrar el pasado (91-114); 10. Sueños, las imágenes de sus vidas pasadas (115-124); 11. Las identidades separadas y la espiritualidad (125-144); 12. Visite las visiones de sus vidas pasadas (145-166); 13. Descubra su destino (167-176).

CHANEY, E. (1990) El misterio de morir y de la muerte. Iniciación al momento de la muerte. Edaf. Madrid. El autor nos prepara para el pasaje de la muerte, como una parte de nuestras vidas o la de nuestros seres queridos. Descubre lo que los místicos e iniciados han sabido desde hace mucho tiempo: la muerte es una parte de la vida, un momento de iniciación espiritual. Chaney nos ayuda a realizar este viaje espiritual usando cualquier simbolismo que nos sea natural, ya sean enseñanzas de Oriente u Occidente, cristianas, judías, islámicas o budistas.. Cualquiera que sea tu camino espiritual, una vez que hayas aprendido que no hay nada que temer de la muerte tu vida tomará un nuevo significado. El autor nos prepara para este pasaje, llevándonos a través del proceso de muerte: los cambios hormonales que lo comienzan; la liberación del kundalini; la creación del cuerpo astral; la visión de la Luz Pura, la Luz Secundaria y el viaje del alma a través del Bardo. El autor nos facilita instrucciones prácticas para recibir la muerte: como prepararnos para el bautismo del Espíritu Santo; como purificar nuestras vidas para liberarnos de la atadura Kármica; como usar la oración en la ceremonia de una muerte gozosa; como morir una muerte sin narcóticos; como morir en casa, entre amigos y seres queridos.

CHINMOY, S. (1991) Muerte y reencarnación. Ediciones Obelisco. Barcelona. El presente libro, bastante inusual en el que el autor, un maestro espiritual hindú, responde a una serie de preguntas sobre la muerte, la vida después de esta y la reencarnación. Partiendo de la idea de que como maestro que ha realizado a Dios y a logrado establecer una unidad consciente y constante con el Supremo, tiene un acceso libre hacia los diferentes planos de consciencia y durante sus meditaciones ha viajado

muchas veces a través del mundo de la muerte y más allá de sus límites. La intención del presente libro más que excitar la curiosidad del lector es ofrecer al buscador espiritual sincero una comprensión más amplia de la multiplicidad de los mundos interiores de Dios. Las preguntas y respuestas incluidas en el presente volumen han sido seleccionadas de entre las miles que el autor ha respondido en los últimos años con ocasión de numerosas meditaciones públicas y conferencias universitarias. El libro se divide en cinco grupos de preguntas: 1. la muerte ¿es el final?, 2. la hora de la muerte, 3. el suicidio y sus consecuencias, 4. la vida después de la muerte, 5. la reencarnación: el gran peregrinaje. Para concluir con una reflexión que denomina: muerte y vida: dos hermanas inseparables.

CLAVÉ Arruabarrena, Eduardo. 2000. Ante el dolor: reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte.

COLGROVE, M; BLOOMFIELD, H. H.; Mc WILLIAMS, P. (1993) Como sobrevivir a la pérdida de un amor. Los libros del comienzo. Madrid. Partiendo de la realidad que todos tenemos que hacer frente a las pérdidas a lo largo de nuestra vida: pérdidas de seres queridos, de proyectos, pérdidas de ilusiones. Aunque en esos momentos solemos creer que el universo es un lugar sombrío y miserable en el que estamos solos, lo cierto es que otros muchos seres humanos han atravesado, y atravesarán esas situaciones. El presente libro está escrito con amor, claridad y comprensión. Es uno de los diez libros más recomendados por la Asociación Psicológica de los Estados Unidos a sus clientes y pueden ayudarle en esa transición. Plantea el camino del proceso de la aceptación de la pérdida en cuatro grandes bloques: comprender la pérdida, sobrevivir, sanar y crecer.

COLLICAN, M.; VASSAR, E.; GROGAN, J. (1990) Ayudar a los supervivientes a sobrevivir. Nursing. Vol. 8, nº 5. El dolor y el horror de la pérdida de un ser querido fallecido de muerte traumática pueden ser devastadores. Pero ofreciendo apoyo a largo plazo, usted puede ayudar a los supervivientes en su lucha por sobrevivir. Incluye el presente artículo los beneficios por partida doble: ayudar a la familia y también a las enfermeras.: una terrible pérdida, equipo de apoyo ante los traumatismos, hacen falta

cuidados continuados, abordaje de necesidades a largo plazo, una carta personal de pésame, información tranquilizadora, una lección difícil y una bibliografía para familias en duelo (en inglés): para padres en duelo, padres y niños, viudos y viudas, generales, para cuidadores y amigos.

COLOMO, J. (1993) Muerte cerebral. EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona. El autor, Jesús Colomo Gómez, es licenciado en Medicina y Doctor en Teología Moral. Profesor de Bioética en el Ateneo Romano della Santa Croce (Roma). Mediante el presente trabajo (153 páginas) pretende contribuir a despejar muchas de esas incógnitas ofreciendo al lector un recorrido por los diversos contenidos que se agrupan bajo la expresión de Muerte cerebral, expresión utilizada cada vez con mayor frecuencia, aun sin haberse perfilado claramente su significado. Haciendo una somera explicación de los métodos empleados para diagnosticar ese cuadro y un estudio de los autores a identificarlo con la muerte del individuo. Se divide el presente libro en: 1. Concepto biológico de muerte: la muerte clínica (23-56); 2. Determinación de la muerte y nuevas tecnologías: la muerte cerebral (57-96); 3. Muerte cerebral: aspectos filosóficos y morales (97-136). Buenas referencias bibliográficas con 92 citas.

COQUET, M. (1993) Conocimiento de la otra vida. Saber morir. La Tabla Esmeralda. EDAF. Madrid. El autor conocido por sus escritos sobre las tradiciones orientales y occidentales, reflexiona en este caso sobre la muerte, partiendo de la esencia de la enseñanza de los sabios de todas las escuelas tradicionales, logrando una síntesis brillante del problema de la muerte, que se convierte de hecho en el problema de la vida. El autor utiliza la bibliografía siguiente: Bardo-Thödol, el libro de los muertos egipcio, la Biblia, escritos de los maestros H. P. Blavatsky, el maestro Philippe de Lyon, Ramana Maharshi y el maestro tibetano. El libro está dividido en 9 capítulos. Incluye una bibliografía de 40 libros aunque en francés (págs. 229-230).

Corral Lafuente, J. L. Historia de la pena de muerte. Madrid: Ediciones Santillana; 2005. El autor de este libro es licenciado y doctor en Filosofía y Letras (sección de Historia) por la Universidad de Zaragoza. “En el nombre de Dios” o “en nombre de la nación”. Estas dos expresiones han sido reiteradamente esgrimidas, a lo largo de los

tiempos, a la hora de condenar a muerte a una persona. Este libro pretende ser una aproximación histórica a la pena de muerte. Como síntesis obligada, recoge la evolución de este castigo desde la antigüedad hasta comienzos del siglo XXI; repasa, asimismo, los crueles métodos que el ser humano ha utilizado para asesinar a otros seres humanos, y se detiene en las manifestaciones que dichos métodos han inspirado en la literatura y el arte. A la vez, destaca las reivindicaciones del abolicionismo, porque se ha demostrado que, lejos de causar los efectos que sus defensores predicán, la pena capital denigra a todos los seres humanos. Es un libro que plantea, con valentía y rigor histórico, las grandes preguntas en torno al asesinato legal de los seres humanos. La obra se divide en cinco grandes capítulos: El debate sobre la pena de muerte; evolución histórica de la pena de muerte; las formas de ejecución; religión y pena de muerte; y la pena de muerte en la literatura y en el arte.

DAVID NEEL, A. (1990) *Inmortalidad y reencarnación*. Heptada Ediciones. Madrid. La autora, principal introductora de los misterios del Tíbet en Occidente, nos conduce a través de milenarias tradiciones al descubrimiento de “las otras realidades”. Quienes estamos atrapados en la electrizante e hipnótica realidad de Occidente, carecemos del silencio interno necesario para aprehenderlas. Los tibetanos, como otros pueblos de Oriente, no tienen ninguna duda sobre la reencarnación, la supervivencia del espíritu y los traspasos de éste a otro cuerpo. Este libro, lleno de misterio y sugestión, demuestra que lo real es siempre más rico en significado que cualquier elaboración imaginativa.

DAVISON, S. (1992) *Suicidio*. Capítulo 14 de: *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno. México. Partiendo de un suicidio se profundiza en las actitudes de este complejo enigma de la condición humana, de las definiciones y de los mitos y realidades del mismo (págs. 245- 246) para continuar con un recorrido por las aproximaciones teóricas e históricas del mismo y la epidemiología del suicidio en Canadá entre los años 1961-1981. Se abordan los factores de riesgo en el suicidio infantil y en los factores de la dinámica familiar. Concluyendo con el manejo, la prevención, la intervención y las conclusiones. Incluye 34 referencias bibliográficas.

D'ANGELICO, F. (1992) Como sobrevivir a la pérdida de un amor. Alay. Barcelona. De fácil y amena lectura, alterna las situaciones sentidas, vividas o pensadas cuando nos ha sobrevenido una pérdida y frases que se han escrito con el corazón, con amor, claridad y comprensión. Se encuentra dividido en cuatro apartados: 1. comprender la pérdida (págs. 20-36); 2. sobrevivir (36-88); 3. Sanar (90-160); 4. crecer (162-227). Libro de gran ayuda, transparente, para todos, puesto que todos tenemos que hacer frente a nuestras pérdidas a lo largo de nuestra vida. Y no sólo pérdidas de seres queridos, sino de ilusiones, proyectos, etc.. Aunque en estos momentos solemos creer que el universo es un lugar sombrío y miserable en el que estamos solos, lo cierto es que otros, muchos seres humanos han atravesado, están atravesando y atravesarán esas situaciones. Libro que se encuentra entre los diez libros más recomendados por la Asociación Psicológica de los Estados Unidos.

DEBUS, M. (1989) De la muerte a la reencarnación. Higiene Social, boletín nº 25. Editorial Rudolf Steiner. Madrid. El autor estudió Teología, y posteriormente se hizo sacerdote de la Comunidad de Cristianos de Stuttgart. En presente escrito comprende una conferencia dada (20 páginas) el mismo, en la cual nos hace un recorrido por los diferentes enigmas y cuestiones del concepto muerte: ¿Por qué debe morir el ser humano? ¿Cómo es el hombre si no vive una sola vez? ¿Adónde lleva el camino de la consciencia moral?

DELISLE-LAPIERRE, I. (1986) Vivir el morir. Paulinas. Madrid. La autora pretende desmitificar la muerte y hacérsola más familiar. Partiendo de la existencia de un sentimiento de fracaso en torno a la muerte la autora refiere que ello impide a los acompañantes de moribundos vivir sus emociones además de no sentirse a gusto de manifestarlas. Puesto que constantemente nos encontramos ante la realidad de la muerte - de familiares o amigos - es preciso que descubramos nuevos elementos que nos faciliten una visión positiva de ella lo cual nos permitirá integrarla en nuestra vida, nos hará más serenos, no nos sentiremos inermes frente a nuestros moribundos y estaremos más preparados para vivir de forma más serena la muerte y todo cuanto la rodea. La autora nos muestra algunas vivencias interesantes que pueden ayudarnos a superar el carácter siniestro de esta realidad de la vida. En el que la vida es realmente

un camino en el que hemos de ir aprendiendo a resolver tres grandes problemas: El de la vida misma, el del amor y el de la muerte. La obra está dividida en dos partes: 1. Familiarizarse con la vida, familiarizarse con la muerte, 2. El concepto de muerte a lo largo de la historia y en las diferentes edades de la vida. La muerte: el punto de vista de las cinco grandes religiones. Págs. 123-144. Aborda el tema de la integración del duelo, tras definirlo y explicar ¿cómo vivirlo positivamente? Además de explicar el proceso o etapas por las que pasa la persona en dicha situación. Según la autora las fases son tres: 1. la crítica, 2. la crucial, 3. la creadora. Incidir en que clase de ayuda se puede dar al doliente y cuáles son los síntomas psicológicos habituales. Cuando se puede afirmar que un duelo está integrado (págs. 85-97).

DENIS, L. (1988) Después de la muerte. Editora Amelia Boudet. Barcelona. El presente libro es uno de los clásicos en el tema del moderno espiritismo. Desde su primera publicación en 1890 no ha parado de ser reeditado. El autor que consagró su vida al estudio y práctica de la Ciencia Espírita se esforzó por hacer llegar a todas las capas de la sociedad el mensaje de los espíritus, sea a través de su oratoria o de sus documentados libros. El presente libro es por tanto su primera y gran obra en ella se aporta una nueva luz de aquellos conceptos que han hecho pensar a los filósofos de todos los tiempos en Dios, la inmortalidad del alma, el objeto de la vida, el sufrimiento y la muerte. Acerca de los trascendentales asuntos de la gente llana y sencilla, porque no sólo ofrece argumentos irrefutables sino que lleva impresa en cada palabra la fuerza de los nobles sentimientos del autor. El autor para dar una visión total divide la obra en cuatro partes amplias: La primera aborda la parte histórica, como las diferentes religiones y culturas (hindú, egipcia, griega, gala, cristiana, materialista) enfocan sus creencias, negaciones y doctrina; en la segunda parte, la filosófica, se desglosan los denominados grandes problemas como son: el Universo y Dios, el alma inmortal, la pluralidad de existencias, el objeto de la vida, las pruebas y la muerte y las objeciones; En la tercera y cuarta parte, denominadas científica y experimental se aborda el mundo científico y el más allá. Para acabar con una quinta parte en la que se profundiza en la cuestión moral. El autor nos quiere dar el mensaje de que la vida es corta y por ello hemos de esforzarnos por adquirir lo que hemos venido a buscar a este mundo: el perfeccionamiento verdadero, sin olvidarnos de que todo lo material es

efímero, las generaciones pasan como las olas del mar y los imperios se derrumban y hasta los mundos perecen, los soles se apagan, todo fluye. Pero hay dos cosas que vienen de Dios y son inmutables como él, dos cosas que resplandecen por encima del falso brillo de las glorias humanas; éstas son la sabiduría y la virtud. Conquistálas con tus esfuerzos y al alcanzarlas te elevarás más arriba de lo que es pasajero y transitorio para gozar de lo que es eterno.

DESHIMARU, T. (1979) La muerte. En La práctica del Zen. Kairós. Barcelona. págs. 57 - 62. El Maestro Taisen Deshimaru, es el único representante autorizado por la secta Soto del Japón para transmitir el verdadero espíritu Zen en Europa, y el presente libro es un verdadero clásico en la materia. En el presente libro, un auténtico maestro Zen, enseña lo que hasta la fecha se trasmitía sólo por vía oral. El libro contiene además dos textos sagrados: el Hokyo Zan Mai y el San Do Kai; textos procedentes de la más remota antigua China, y que están considerados como la base del actual Zen japonés. Se incluye también el Teisho, enseñanza impartida a los discípulos durante el Za-Zen. En las páginas 57-62, mediante preguntas y respuestas el maestro nos acerca al significado de la muerte. Estas las puedes encontrar además en los ejercicios del Bloque temático 2.

DESJARDINS, A. (1992) Para morir sin miedo. Editorial Sirio. Málaga. Este trabajo es el fruto de veinticinco años de estudios con sabios de la india, tibetanos, budistas, y sufis. Colección de charlas (revisadas y corregidas) pronunciadas ante pequeños auditorios y siempre en un tono íntimo y familiar. Se divide en 10 temas: 1. La única salida; 2. Vencer el miedo; 3. Saber morir; 4. Advaita; 5. Lo real y lo irreal; 6. Psicología y metapsicología; 7. De lo limitado a lo ilimitado; 8. La danza de Shiva; 9. La enseñanza última; 10. Un camino concreto.

DESPELDER, L. A.; STRICKLAND, A. L. (1999) The last dance: encountering death and dying. Mayfield Publishing Company. California. USA. Manual que aborda de modo sencillo, diferentes temas relacionados con la muerte, el morir y los cuidados: las actitudes hacia la muerte, los cambios culturales y las influencias históricas; el aprendizaje acerca de la muerte; la organización de los cuidados para la salud; viviendo

con pacientes en situación terminal; la ética médica; los sobrevivientes; los últimos ritos; las leyes al respecto de la muerte; muerte y vida en los niños, adolescentes y adultos; el suicidio; visiones después de la muerte.

DIE TRILL, M. (1987) Niños y adolescentes con cáncer y aspectos psicológicos. Revista JANO. Julio- Septiembre. Vol XXIII. nº 784: pág. 35-41. La autora nos refiere que debido al avance de la ciencia médica se ha producido uno de los mayores éxitos acaecidos en el último cuarto de siglo: la curación cada vez mayor de niños y adolescentes con cáncer. Según Maria Die Trill, el diagnóstico oncológico en la población pediátrica plantea serios problemas para el enfermo, la familia y el personal sanitario. Basándose en su experiencia de varios años en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York, nos describe los aspectos psicológicos y sociales más importantes del cáncer en niños y adolescentes, así como las terapias psicológicas más eficaces en el control de reacciones secundarias a la enfermedad y su tratamiento. Desglosado en los apartados: Impacto del diagnóstico en la familia, El enfermo ante el diagnóstico, tratamiento psicológico.

DIE TRILL, M. (1987) Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. JANO. Julio-septiembre. Vol. XXXIII, nº 784; págs. 43-48. Maria Die Trill, psicóloga, nos refiere que el cáncer es una de las enfermedades que mayor impacto tiene en el que lo padece. Describiendo las alteraciones que esta dolencia produce en el funcionamiento social, somático y psicológico del individuo y las terapias psicológicas más adecuadas para el paciente durante el curso de su enfermedad. La autora refiere que el objetivo principal de todo terapeuta en este campo debe ser facilitar la aceptación y adaptación del paciente a la enfermedad.

DIEZ SANZ, M. J.; ET AL (1988) Reflexiones sobre la vida y la muerte en la UCI. Revista. Todo Hospital. Enero-Febrero: págs. 33-37. Los autores, profesionales de la salud del Hospital General Vall d'Hebrón, entienden la UCI como una unidad donde ingresan enfermos muy graves, en una situación crítica. Pero estos pacientes plantean una pregunta que preocupa al personal de enfermería: ¿Estaremos actuando correctamente al aplicar unos medios extraordinarios, para mantener activas las

funciones vitales de un ser humano que físicamente está sufriendo y que no puede expresar en estos momentos su opinión? Por ello los autores intentan hacer unas consideraciones valorativas y polemizadoras en torno a la eutanasia, las vivencias de la enfermera de UCI.

DOMINEY, C. (1992) Cancer. Capítulo 13 de: Agonía, muerte y duelo. Ed. El Manual Moderno. México. (Págs. 223-239). Se divide dicho capítulo en las siguientes partes: Introducción; el cáncer: mitos y realidades; aspectos de consuelo y atención; dolor; el control de otros síntomas; la controversia de suspender los tratamientos curativos; la verdad y el enfermo canceroso terminal dónde morir; que hacer cuando alguien muere; conclusiones.

DROUOLT, P. (1991) De vidas anteriores. Ed. Luciérnaga. Barcelona. El autor tras diez años de investigación y después de miles de encuentros y experiencias ha llegado a la íntima convicción de que no somos lo que creemos y que nuestra consciencia posee facultades inimaginables. El viaje a vidas pasadas forma parte de éstas posibilidades, por lo que ha desarrollado este tema tan controvertido, estudiando el estado actual de las investigaciones, no solamente sobre vidas pasadas sino sobre todo lo relacionado con la naturaleza de la consciencia humana. Según el autor “cada uno de nosotros es un proceso dinámico de una consciencia inmortal que se revela en un ser de carne y hueso”. Este despertar confiere a cada persona el sentido de su totalidad, la consciencia de hallarse en armonía con la vida y formar parte del universo. El autor nos presenta el presente libro en cuatro partes diferenciadas: 1. Los reinos de la consciencia (pág. 17-92); 2. Los campos de batalla kármica (pág. 93-180); 3. Los ciclos del alma (pág. 181-244); 4. Los horizontes del futuro (pág. 245-266).

DROUOLT, P. (1996) Memorias de un pasajero en el tiempo. Ed. Luciérnaga. Barcelona. El autor, licenciado en física por la Universidad de Nancy, Master en Física por la Universidad de Columbia, Nueva York. Fundador y Presidente del Instituto de Investigación Física y de la Consciencia, con sede en París, En la presente obra establece balance de las investigaciones realizadas por él en el último decenio. Porqué y cómo viajar al pasado, y las consecuencias para esta vida presente. Las respuestas a

estas preguntas avalan el uso terapéutico, sociológico y espiritual de los viajes en el tiempo, y ayudan a comprender y a sanar el presente venciendo angustias, fobias y miedos. El autor que también ha trabajado con niños confirma el impacto de la vida intrauterina en el feto, así como las memorias latentes en la existencia actual. Lleno de ejemplos concretos, verificables y verificados, permite levantar un ángulo del velo sobre uno de los grandes secretos de la vida. Se divide el presente libro en siete capítulos: 1. Memorias de más allá del tiempo (15-66); 2. Viajes temporales y reencarnación (67-100); 3. Viajes más allá del tiempo (101-123); 4. Memorias de un viajero en el tiempo (123-142); 5. Nacer y renacer (142-178); 6. Los exploradores de la muerte (179-208); 7. Contactos angélicos (209-234); Conclusiones (235-236).

DUDA, D. (1987) Guía para cuidar en casa a un enfermo terminal. Pax México. México. Este libro nos ofrece una lección importantísima a todos los que debemos confrontar la muerte de un ser querido. Nos da la información práctica que necesitamos para cuidar al enfermo en casa y, más importante aún, nos brinda el apoyo para superar muchos de nuestros temores y para asistir al enfermo con amor y respeto no solo en el aspecto físico, sino también en lo que se refiere a la parte mental, emocional y espiritual. Se divide el presente libro en 14 capítulos: 1. Mi experiencia con tres personas que murieron en su casa: Juan, María, papá (pág. 21-56); 2. La decisión de morir en casa (57-68): ¿Por qué morir en la casa?, ¿cuándo no es apropiado que el enfermo fallezca en casa?, tomara la decisión, consideraciones financieras; 3. Puntos de apoyo (69-73): la familia y los amigos, enfermeras visitadoras, hospitales, renta del equipo médico, apoyo de urgencia, servicio de ambulancia; 4. Los preparativos para el regreso a casa (74-80): ¿Qué necesitamos?, cómo encontrar un médico, el traslado del hospital a la casa, la llegada a casa; 5. Consideraciones médicas (81-103); 6. La labor junto al enfermo en fase terminal (104-127); 7. Comodidad a los sentidos cuidados prácticos (128-150); 8. Vivir plenamente ante la muerte nuestros sentimientos (151-173): la esperanza, el amor, la compasión, la fe, la alegría, la culpa, el sentido del humor, la ira, el miedo, el dolor del alma y el sufrimiento; 9. Consideraciones legales (174-177); 10. La curación (178-187): las leyes de la curación, una meditación guiada; 11. Preparación para la muerte y la que sigue después (188-200); 12. Cómo plantear el entierro y los servicios funerarios (201-204); 13 el duelo (205-209); 14. La vida después

de la muerte (210-218); Apéndice A, juegos (219); Apéndice B, reflexología. Diagramas de pies y manos (221-223); Apéndice C, algunos términos y técnicas de la curación holística (227-229).

DURKHEIM, E. (1982) El suicidio. Editorial Akal. Madrid. Emile Durkheim, gran maestro de la ciencia social, aborda con excesivo énfasis el presente libro, obra clásica dentro del campo de la Sociología, en la realidad de la sociedad como algo separado de la realidad de los individuos. Divide el autor la presente obra en tres libros que engloban a su vez a distintos capítulos: LIBRO I: LOS FACTORES EXTRASENSORIALES (págs. 19-130): 1. El suicidio y los estados psicopáticos; 2. El suicidio y los estados psicológicos normales. La raza. La herencia; 3. El suicidio y los factores cósmicos; 4. La imitación. LIBRO II: CAUSAS SOCIALES Y TIPOS SOCIALES (págs. 131-322):1. Método para determinarlos; 2. El suicidio egoísta; 3. El suicidio egoísta; 4. El suicidio altruista; 5. El suicidio anónimo; 6. Formas individuales de los diferentes tipos de suicidios. LIBRO III: EL SUICIDIO COMO FENÓMENO SOCIAL EN GENERAL (págs. 323-434): 1. El elemento social del suicidio, 2. Relaciones del suicidio con los otros fenómenos sociales; 3. Consecuencias prácticas.

DWORKIN, R. (1994) El dominio de la vida. Editorial Ariel. Barcelona. El autor, profesor en las universidades de Nueva York y Oxford, construye en el presente libro un elegante, original e inteligente argumento acerca de cómo deberían interpretarse y discutirse las cuestiones del aborto y la eutanasia, que tienen una evidente relevancia en las sociedades contemporáneas. El autor argumenta que las respuestas a estos problemas depende de elecciones entre diferentes concepciones -de carácter religioso, en especial sentido que propone- sobre la mejor manera de satisfacer un valor generalmente compartido: el valor intrínseco de la vida humana. Se divide en ocho capítulos: 1. Los extremos de la vida (9-43); 2. La moralidad del aborto (44-92); 3. ¿Qué es lo sagrado? (93-135); 4. el aborto ante la Corte Suprema: primera parte (136-156); 5. El drama constitucional (157-193); 6. El aborto ante la Corte Suprema: segunda parte (194-232); 7. Morir y vivir (233-284); 8. La vida después de la razón (285-315).

EADIE, B. J. (1994) He visto la luz. Ediciones Grijalbo. Barcelona. El 19 de Noviembre de 1973, como consecuencia de una histerectomía, la autora de 31 años de edad, madre de siete hijos falleció. Ella se sintió flotar; después atravesó un largo túnel y al final de éste, la luz: una luz sobrenatural que envolvía su ser, como si estuviera sumergida en medio de un líquido. Betty tuvo la sensación de haber llegado verdaderamente a su hogar, un hogar en el que la única ley es el amor, la placidez, la exaltación absoluta de los sentidos y los potenciales espirituales. En aquella morada de gloria vivió Betty momentos -indeterminados temporalmente- en la más completa y serena felicidad antes de regresar a su propio cuerpo ya dado clínicamente por muerto, a la frialdad del hospital y al cariño en otra dimensión de su familia. Veinte años después la autora se adentra en el relato de aquella experiencia, siendo aceptado su testimonio, por los especialistas en el tema de vida después de la muerte, como un testimonio válido. Escrito con sencillez y plétórico de esperanza y alegría viene a ser un manifiesto espiritual en pro del sentido de la muerte.

EDDY, J. M.; ALLES, W. F. (1983) Death education. The C. V. Mosby Company. St. Louis. Autores de obligada referencia en el campo de la formación en la muerte y el morir. Ya que podría considerarse de los primeros libros en el campo de la muerte y el morir enfocado desde la Tanatología, escrito por educadores que intentan hacer un libro de referencia para otros educadores. El presente trabajo está dividido en 8 capítulos y 10 apéndices. Siendo los mismos: Introducción: 1. La evolución de la educación en la muerte en los Estados Unidos (págs.. 3-28); 2. Educación en la muerte a lo largo de la vida (31-50); 3. Modalidades de formación en la educación en la muerte (51-87); 4. El duelo y el luto (89-115); 5. Eutanasia (117-146); 6. Suicidio (147-183); 7. Aspectos de consumo de la muerte y los moribundos (185-237); 8. Los moribundos y la muerte en los Estados Unidos (239-262). Los apéndices son: A. Educational activities (260-279); B. Annotated bibliography (280-306); C: The development and validation of a Knowledge Test of death and Dying (308-318); D. Knowledge Test of Death and Dying (320-324); E. Summary of research related to death education (326-334); F. Legislation regarding the Living Will and the right to die (336-342); G. Directory of funeral and memorial societies (344-353); H. Legislation regarding the Uniform Anatomical Gift Act

(355-360); I. Medical schools of Canada and the United States that accept body donations (362-371); J. About eye banks (373-378).

EICHER, P. (1993) Hay una vida antes de la muerte. Reflexiones bíblicas. Editorial Herder. Barcelona. Peter Eicher, es doctor en Filosofía y Teología, y en la actualidad trabaja como profesor de Teología de la facultad de teología Católica de Paderborn. Divide la presente obra en cuatro capítulos: 1. Cómo se obtiene la vida (15-56); 2. En el fuego de la zarza (57-104); 3. Él viene a nuestro encuentro (105-180); 4. Las puertas de la conversación (181-248). Epílogo: Amar en la agonía, por Lisette Eicher.

ELIADE, M. (1980) Historia de las creencias y de las ideas religiosas. Tomo IV: las religiones en sus textos. Ed. Cristiandad. Madrid. Selección completa de textos procedentes de todas las religiones del mundo, con amplia referencia a las visiones acerca de la muerte y la otra vida en diferentes religiones. De lectura amena, atractiva y como no enriquecedora.

ELIAS, N. (1987) La soledad de los moribundos. México. F.C.E. El autor, médico, psicólogo y filósofo, Catedrático de Sociología y Profesor Emérito de la Universidad de Frankfurt, nos refiere que de todas las soledades que nos toca vivir, ninguna es tan agónica como la del moribundo. Tal vez hemos progresado; pero nunca, quizá, la sofisticación tuvo tantos medios para morir en la asepsia y la tristeza. Mediante el presente lúcido y terrible ensayo (111 páginas) Norbert Elías centra su atención sobre el fenómeno de la muerte tal y como Occidente lo enfrenta. El ritual solidario, el afecto, la muerte vivida en conjunto dan paso a un aislamiento donde el sentido del mundo desarrollado muestra una de sus facetas más sombrías.

ENRIGHT, D. T. (1983) The Oxford Book of Death. Oxford University Press. Oxford y Nueva York. Colección de centenares de citas de los más famosos escritores y pensadores sobre temas relacionados con la muerte, el funeral, el duelo y la resurrección.

ENTRENA RUIZ OGARRIO, J. J. (1994) Valoración de las actitudes del personal sanitario de Vizcaya ante la muerte, la enfermedad terminal y la eutanasia. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Con el presente trabajo pretendemos conocer algunas opiniones y actitudes del personal sanitario de la provincia Vizcaya sobre la muerte, el enfermo terminal y la eutanasia, intentando descubrir si se encuentran influidas por diferentes variables y en que grado. El trabajo se ha realizado mediante envío por correo de un cuestionario a toda la población objeto de dicho estudio siendo respondido por una muestra representativa de la población encuestada. Se recogen los resultados globales y aquellos cruces entre variables que son estadísticamente significativos y más relevantes. Entre las conclusiones obtenidas destacan: los factores que más influyen en las opiniones y actitudes ante la muerte, el enfermo terminal, la terapia del dolor; la relación entre religiosidad y la muerte, y la desfavorable opinión de la gran mayoría de los encuestados a la práctica de la eutanasia activa.

EQUIPO EDITORIAL (1989) Al Señor porque... He visto morir una niña. Ed. Lumen. Argentina. Ensayo breve en el que una persona de cuarenta años de edad que visita un hospital reflexiona preguntándole a Dios sobre el sentido de la muerte y el misterio que encierra al ver que una niña de dieciséis años tiene que sufrir y morir.

EVELY, L. (1980) El hombre moderno ante la muerte. Ediciones Sígueme. Salamanca. El presente ensayo (132 páginas) aborda los siguientes aspectos: 1. El hombre moderno ante la muerte; 2. El sentido de la muerte; 3. Reflexiones sobre el sentido cristiano de la muerte; 4. Racionalizaciones contemporáneas del misterio; 5. El miedo a la muerte; 6. Suicidio y eutanasia (págs. 121-130); 7. Franquear la frontera.

FASSLER, J. (1971) Grandpa Died Today (Mi abuelo murió Hoy). Nueva York. Behavioral Publications. Es la historia de un niño cuyo abuelo se muere y de las dificultades que tiene para aceptar esa muerte.

FEINSTEIN, D.; ELLIOT, P. (1994) Sobre el vivir y el morir. Editorial Edaf. Madrid. Un programa de afirmación de vida para enfrentarse a la muerte. Los autores, doctor en psicología y psicoterapeuta- asistente social clínico, enfocan el presente libro como un

camino en nuestros rituales, imprescindible para cualquier persona, terapeuta o no, que se enfrente a un luto, a una enfermedad grave, o simplemente quieran encontrar inspiración para atravesar esas “pequeñas muertes” de la vida que significan los grandes cambios o las grandes pérdidas. Se presenta, en definitiva, el presente trabajo como una herramienta de autoconocimiento para comprender el mayor desafío de la vida: la muerte. Dividido en cinco fases: 1. Sacudiendo nuestro sistema de negación a la muerte; 2. Trascender el miedo a la muerte; 3. Una confrontación entre el miedo a la muerte e imágenes de trascender la muerte; 4. Hacia una mitología renovada de la muerte; 5. Introduciendo vuestra mitología renovada sobre la muerte en la vida. 31 lecturas sugeridas (págs. 167-171).

FERNÁNDEZ RAMIREZ, P. (1998) Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA. México. La autora parte de la concepción que el Buen morir o la Tanatología son una disciplina de estudio científico, humano, religioso de lo que es morir, la muerte y la existencia después de la vida. El gran objetivo de la obra presente es que el paciente en situación terminal tenga calidad de vida y que muera en paz. Y la familia del paciente ayudará al mismo a vivir con calidad de vida y a prepararse para la muerte del paciente. La autora a lo largo del manual nos enfoca diferentes personas en las que observamos que lo que necesitan cuando están muriendo es amor y cuidados, pero además necesitan algo más profundo. Necesitan descubrir el verdadero significado de la vida y de la muerte, de manera que ayudar a quien muere debe incluir la posibilidad de cuidados espirituales, ya que es sólo a través del conocimiento espiritual que podemos enfrentar y entender la muerte. La lectura del presente trabajo nos plantea que cuando aceptemos la muerte, nuestras actitudes hacia la vida se transforman, siendo entonces cuando descubrimos la conexión entre la vida y la muerte, existiendo en este momento la posibilidad de una curación. Se divide el libro en: Introducción; capítulo 1. SIDA: 1.1. que es el SIDA, 1.2. características del virus de la inmunodeficiencia humana, 1.3. síntomas iniciales de una infección por VIH, 1.4. manifestaciones clínicas del SIDA, 1.5. como se transmite el VIH, 1.6. como no se transmite el VIH. Capítulo 2. Etapas por las cuales atraviesa un paciente una vez ha sido diagnosticado. 2.1. Consejería en el diagnóstico del paciente (a. preprueba, b. Posprueba), 2.2. etapas por las cuales

atraviesa el paciente después del diagnóstico: a. negación, desconcierto, b. Tristeza, c. Rabia, d. Regateo, pacto o negación, e. Depresión, f. Aceptación, 2.3. consejería emocional. Capítulo 3. El buen morir: 3.1. ayudando al paciente a morir bien (a. asuntos inconclusos, b. Diciendo adiós), 3.2. una muerte en paz (a. compasión, b. Ayuda espiritual para el que muere), 3.3. el proceso de muerte, 3.4. el proceso de disolución, 3.5. en el lecho de muerte, 3.6. prácticas que se pueden emplear durante la consejería del buen morir (a. práctica de la meditación, b. Práctica de la compasión, c. Práctica para aliviar el sufrimiento, d. Práctica para unirse a los seres iluminados y pedirles ayuda, e. Reiki, f. Práctica para la transición final), capítulo 4: Ayudando a la familia. Conclusiones. Bibliografía.

FERRATER, J. (1988) El ser y la muerte: bosquejo de filosofía integracionista. Alianza Editorial. Madrid. Obra clásica del pensamiento contemporáneo, pone las bases a la filosofía integracionista. En la presente obra José Ferrater Mora examina con toda amplitud y radicalidad el problema de la cesación, en tanto que característica común a todas las realidades, desde la física y la biológica hasta la humana, donde alcanza su culminación con la muerte. Incluye los cuatro capítulos siguientes: 1. La muerte en la naturaleza inorgánica; 2. La muerte en la naturaleza orgánica; 3. La muerte humana; 4. Muerte, supervivencia e inmortalidad.

FERRELL, B. R.; RHINER, M. (1995) Tratamiento del dolor canceroso: un enfoque en tres etapas. Nursing, págs. 31-33. Se presenta un programa educativo en tres fases para proporcionar una información clara y comprensible sobre el tratamiento del dolor: 1. Desmitificar el dolor; 2. Fármacos contra el dolor; 3. Potenciar el alivio.

FIORE, E. (1986) Usted ya estuvo aquí. Revelación de vidas anteriores. Edaf. Madrid. La autora aporta pruebas precisas que enlazan vidas pasadas con las dolencias actuales, curándolas mediante la regresión hipnótica a sus vidas anteriores. Una paciente, mediante la regresión a tres vidas anteriores se alivió inesperadamente de una profunda dolencia; ello impulsó a la doctora Fiore a experimentar con la hipnosis para incursionar en el pasado, más allá de la infancia, del parto, hasta desvelar vidas pasadas, descubriendo las motivaciones profundas de grandes problemas psicológicos.

Desde aquel descubrimiento sensacional, frecuentemente ha utilizado la regresión hipnótica o “terapia de reencarnación”, hacia las vidas anteriores, con resultados sorprendentes que se relatan y que evidencian la existencia de vidas pasadas. El miedo a la oscuridad, al fuego, a volar, a la soledad; el insomnio, las jaquecas, son entre muchas otras afecciones, consecuencias de episodios de vidas anteriores.

FORTUNE, D. (1988) *A través de las puertas de la muerte. Una estimación dinámica de lo que realmente ocurre cuando el alma se separa del cuerpo físico.* Editorial Edaf. Madrid. El autor es fundador de la Sociedad de la Luz Interior, en la cual siguiendo el estudio de la tradición esotérica occidental se profundiza en la muerte “reina de los terrores” aportando conocimiento derivado según el autor de la experiencia de muchas almas que han cruzado el gran golfo y han regresado para contarnos sus aventuras. Este conocimiento sobre la vida oculta del alma sólo puede dar valor y confort a los que dudan, sino también los medios para ayudar activamente a quienes pasan a mejor vida. Se hace un desarrollo por lo que sucede en el momento de la muerte, como ayudar o perjudicar al muerto, el lado oculto de la muerte, la comunicación con los muertos, las patologías de la muerte y como se enfrenta el adepto a la muerte.

FRANCIA, A. (1985) *Vivir desde lo positivo.* Paulinas. Madrid. Este libro es una herramienta de trabajo personal y de grupo. El autor, animador de grupos, ofrece abundantes materiales para todos, jóvenes, adultos, intelectuales y obreros, educadores y animadores. Son tres los núcleos que dan cuerpo a estas páginas. En primer lugar una selección de testimonios y experiencias tomadas del mundo de hoy, y de la vida de cada día. En segundo lugar una serie de ejercicios y técnicas fáciles para formar mentalidad, sensibilizar e impulsar opciones. Finalmente algunas ideas y reflexiones prácticas, válidas para quienes tienen obligación de madurar - es decir, todos - y para quienes tienen la obligación de ayudar a madurar.

FREUD, S. (1917) *Mourning and Melancholia (La aflicción y la melancolía),* vol. 14. *Obras psicológicas completas de Sigmund Reud.* Nueva York: Macmillan Co. El presente trabajo, es uno de los trabajos más conocidos y más influyentes de la obra del Doctor

Sigmund Freud. Digno de admiración la inteligencia con la cual examina y explica las diferencias entre la aflicción y la enfermedad depresiva. Su observación de que la ambivalencia y la culpabilidad complican el curso de la aflicción se ha visto confirmado por estudios posteriores y más científicos. La idea del autor de energía mental debe ser retirada del objeto del amor antes de que pueda reinvertirse en otro sitio no se debe tomar demasiado literalmente.

FULTON, R.; MARKUSEN, E.; OWEN, G.; SCHEIBER, J. L. (1981) La muerte y el morir. Desafío y cambio. Editado por Fondo Educativo Interamericano. Puerto Rico. Libro de obligada lectura para quien quiera tener una visión global del tema de la muerte y el morir en sus distintas dimensiones. El presente ejemplar, se puede considerar una antología de lecturas sobre la muerte y el morir, los cuales forman parte de una serie de libros preparados para el proyecto de cursos de la Universidad de California. Esta ofrece, a través de diversos periódicos y en colaboración con otros colegios y Universidades de los Estados Unidos, cursos sobre temas de actualidad. Cada curso incluye una serie de artículos o ensayos publicados en periódicos, una antología de lectura que completa las publicaciones periodísticas y una guía de estudios y recursos. Los interesados en un curso pueden beneficiarse del mismo de tres maneras: 1. Leyendo los artículos publicados en periódicos, correspondientes a conferencias dictadas por distinguidos profesores especialistas; 2. Leyendo la antología de lecturas y la guía de estudio y recursos; y 3. Matriculándose en el curso a través del programa de educación continuada o de extensión de una universidad cercana. Esta antología complementa los artículos periodísticos escritos para el curso La muerte y el morir: desafío y cambio. Los temas de la misma están ordenados en cuatro categorías: 1. El significado cambiante de la muerte y el morir; 2. La experiencia de la muerte; 3. Los sobrevivientes de la muerte; y 4. Los dilemas de la muerte. Los diversos ensayos incluidos en cada una de sus partes presentan diferentes puntos de vista y, de esta manera, proveen un trasfondo comprensivo. Los editores de esta antología, grandes conocedores del déficit de información en esta materia, han intentado ofrecer un análisis equilibrado de los diferentes enfoques de este tema. Cuando recogieron las categorías para cada sección, tuvieron en mente cuatro objetivos. Primero, querían examinar el tema de una manera amplia, considerando las realidades del futuro.

Segundo, querían examinar las experiencias de la muerte y el morir desde la perspectiva del individuo, de la familia y de la sociedad. Tercero, querían que el enfoque del curso fuese interdisciplinario, abarcando desde la historia y la medicina hasta la psicología, la literatura y la ética. Por último, querían presentar diferentes puntos de vista sobre temas controvertidos, tales como la vida después de la muerte, el cuidado del moribundo, las costumbres fúnebres, así como temas que envuelven decisiones de índole moral y ética. El presente trabajo se encuentra dividido en los siguientes cuatro grandes bloques y cada capítulo ha sido realizado por profesionales de alto reconocimiento en las líneas que se abordan. PRIMERA PARTE: Los múltiples significados de la muerte. 1. Temas actuales sobre la muerte (5-39); 2. Perspectivas históricas de la muerte (40-58); 3. La muerte en la cultura popular (59-81); 4. La demografía de la muerte (82-103); 5. La muerte y el cambio social (104-116); 6. La vida después de la muerte: viejos y nuevos significados (117-146). SEGUNDA PARTE: La experiencia de la muerte. 7. el paciente moribundo (148-181); 8. La muerte y los niños (182-202). TERCERA PARTE: Los sobrevivientes. 9. la aflicción (203- 230); 10. Viudez (231-251); 11. El funeral (242-283). CUARTA PARTE: Dilemas de la muerte. 12. Moralidad y mortalidad en la sociedad moderna (284-318); 13. Suicidio (319-344); 14. La muerte, la guerra y la condición humana (345-373); 15. La muerte como sistema: Revisión y perspectivas (374-392). Epílogo (393-395); Lectura adicional (396-412); Notas sobre los autores (413-416); Índice de materias (417-420).

FURTH, G. (1992) El secreto mundo de los dibujos. Sanar a través del arte. Luciérnaga. Barcelona. Gregg M. Furth se graduó como analista en el C. G. Jung Institute de Zurich, diplomado en física por la Universidad del Estado de California, ha trabajado en la Universidad de J. F. Kennedy. Actualmente tras quince años de estudio sobre los niños y los adultos emocionalmente perturbados, se dedica a divulgar sus descubrimientos por medio de seminarios que imparte por todo el mundo. La presentación del presente libro, esta realizada por la Dra. Kübler-Ross. Se divide en seis partes del trabajo . 1. Los dibujos como expresiones del inconsciente; 2. Premisas. Bases de la terapia a través del arte; 3. Recopilación de dibujos. Enfoque y método; 4. Elementos esenciales para la comprensión de los dibujos. Mecanismos auxiliares de terapia y diagnóstico; 5. Consejos y advertencias; 6. Estudios de casos; conclusión; bibliografía de consulta con

24 cita; lecturas comentadas de referencias bibliográficas en torno a la interpretación de dibujos: incluye 55 referencias de gran valor; bibliografía general comentada brevemente con 12 citas.

GABOURIAU, F. (1969) El hombre y la muerte. Diálogo con Karl Rahner. Editorial Apostolado de la Prensa. Madrid. Ensayo que aborda un aspecto del pensamiento rahneriano cuya principal razón es pasar del diálogo a activar la teología en su aspecto crítico sobre las filosofías de que se sirve. Partiendo de textos de Karl Rahner, teólogo católico de alta consideración el autor divide la obra en cinco capítulos en los que aborda: la muerte deducida y observada, así como tomada en serio, desde un punto de vista radical donde se interroga desde el punto de vista de la existencia y se da una interpretación del alma, la muerte y el cristianismo y la significación de un sinsentido para el hombre. De difícil lectura por el continuo referente a autores y citas originales en alemán y en español.

GAFO, J. (1984). La eutanasia y el derecho a morir con dignidad.

GAFO, J. (1990). La eutanasia y el arte de morir. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. Javier es licenciado en Filosofía y en Ciencias Biológicas, además de doctor en Teología por la Universidad Gregoriana de Roma, Jesuita y profesor de Teología Moral, es director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas. En el presente trabajo frente a un grupo de colaboradores abordan los siguientes aspectos relacionados con la eutanasia: Historia de la eutanasia; sobre la antropología de la muerte; problemática del dolor en el enfermo canceroso, función y trascendencia del especialista del dolor en los centros clínicos de enfermos terminales; tratamiento de los recién nacidos con deficiencias; la decisión de tratar: un problema ético; aspectos legales de la eutanasia; el derecho a una muerte digna; la eutanasia y la iglesia católica; ¿eutanasia o buena muerte? Cuestiones éticas más allá y más acá de la muerte.

GAFO, J. (1990) La eutanasia. El derecho a una muerte humana. Ediciones Temas de Hoy. Madrid. Javier es licenciado en Filosofía y en Ciencias Biológicas, además de

doctor en Teología por la Universidad Gregoriana de Roma, Jesuita y profesor de Teología Moral, es director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas. Divide el presente trabajo en las siguientes nueve partes: 1. Seis historias de eutanasia; 2. Los diferentes tipos de eutanasia; 3. Ayudando a morir; 4. Alternativas ante la eutanasia; 5. La muerte en nuestra cultura; 6. La eutanasia en la historia; 7. La eutanasia y el comienzo de la vida; 8. Los movimientos a favor de la eutanasia; 9. La iglesia católica y la eutanasia; 10. La eutanasia ante la ley; 11. Discusión ética sobre la eutanasia.; conclusión; bibliografía con 21 referencias de interés.

GALVE, M. (1985) Antropología de una cultura. Reflexiones sobre la vida, la enfermedad y la muerte. Revista Labor Hospitalaria. Nº 195: págs. 22-29. El autor mezcla antropología, historia, biografía, de vida vista y vivida desde una cultura concreta. Centrándose en la biografía de los años 25, 35 y 45. En esta cultura existe un modo de vivir, enfermar y morir. Este es el trasfondo del tema. Ahora tenemos otra historia, otra antropología, otra cultura y de ellas habrá de ver la salud, la enfermedad y la muerte.

GALVE, M. (1988) La agonía de un creyente. El arte de morir y de morir aprisa. Revista Labor Hospitalaria. nº 209: págs. 185-191. El autor, Mariano Galve Moreno es redactor de la Revista Labor Hospitalaria y en el presente texto rebosante de sustancia antropológica, con un relato directo y vivo, nos aproxima a la realidad vida-muerte, aceptación-rechazo, pérdida de sentido-religión, a todos esos binomios tensionales, que acompañan la existencia, y que se hallan planteados en el texto.

GARCIA, A. (1992) Educación en enfermería para ayudar a morir con dignidad. Enfermería Clínica, Vo.l 1, nº 4, págs. 26-28. El autor se acerca a la situación actual sobre la educación para la muerte, analizando los resultados obtenidos en las dos últimas décadas, en los cuales no han faltado contradicciones e incoherencias. Dejando a un lado las limitaciones psicológicas y pedagógicas que implican los estudios sobre la muerte, y a la hora de incluirse de manera formal en los programas de enfermería. El autor parte de la realidad de que no se han hecho intentos válidos que unifiquen e integren aspectos teóricos y metodológicos. De realizarse ello, conduciría a los futuros

profesionales y a quienes les interese profundizar en el tema a una formación sólida, mejorando su capacidad de valorar, comprender y empatizar, así como resolver situaciones que a diario se presentan en el tan complejo mundo de la agonía y la muerte.

GARCIA, A. (1993) Currículum y educación para la muerte. *Enfermería Clínica*, vol. 3, nº 5, págs. 45-49. Doyma. Barcelona. Se justifica y propone tras hacer un análisis de los estudios sobre el concepto infantil de la muerte que se le puede ayudar no sólo, a que alcance una comprensión realista y gradual del concepto de muerte, sino que además ello es beneficioso puesto que ellos no ignoran el tema y encuentran fuentes de información menos fiables y más terroríficas. Resulta evidente la necesidad de diseñar, desarrollar y evaluar programas educativos en el ámbito de la educación en la muerte. Proponiéndose una propuesta educativa con una metodología que favorezca el proceso de enseñanza-aprendizaje, justificando ello, según el autor la metodología constructivista y los ciclos en los que se irá concretando: planteamiento de la información, búsqueda de información, intento de solución, generalización y aplicación a nuevos contextos. El autor entiende la educación en el morir, como un proceso lento, gradual y complejo, de facilitación de la construcción de las diferentes nociones del morir, que ayude a comprender los procesos históricos y culturales por lo que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y de la muerte vigente.

GARCÍA, A. M. (1995) Grupos de apoyo para quienes asisten a enfermos agonizantes: algunos aspectos a considerar. *Enfermería Clínica*. Vol. 5; 6: 263-265. Se justifica la necesidad de que la enfermera, como miembro del equipo asistencial forme parte de un grupo de apoyo como “lugar de encuentro” en el que expresar sus inquietudes, miedos, y fantasías de lo cuál puede salir beneficiada. Para ello deben tenerse en cuenta algunos elementos que configuran la estructura grupal.

GARCÍA, P.; ABEL, F.; FONT, J.; ARMENGOL, R.; GONZALEZ, J.; CARO, J. (1992) *El dolor*. Madrid. UPCO. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. El presente libro surge de la recopilación de las ponencias de los distintos autores, pertenecientes a una Asociación denominada “José de Acosta”. Consta de seis ponencias, que son las siguientes: 1.

Aspectos fisiopatológicos del dolor (págs. 19-150), en la que se aborda una descripción anatomo-fisiológica, clínica, el tratamiento, la experimentación animal, así como un recuerdo anatómico del SNC, además se incluye el coloquio suscitado en la ponencia y la comunicación el dolor en el pensamiento de Teilhard de Chardin (145-150); 2. Estado Vegetativo Persistente (EVP) y decisión de suspender el tratamiento médico incluida la hidratación y la nutrición artificiales, para lo cual describe el EVP, y aborda la licitud de interrumpir la nutrición e hidratación artificiales, a continuación hay una comunicación sobre el dolor en los disminuidos psíquicos (199-205); 3. El dolor en la tradición sapiencial en el Antiguo Testamento (207-236) continuando con 4 comunicaciones: el dolor y lo sagrado, el misterio del mal, el dolor de Dios en algunas reflexiones teológicas actuales y la teología del dolor en San Ignacio de Loyola; 4. Una concepción antropológica del dolor y del sufrimiento desde el psicoanálisis (277-312) en el cual delimita el estudio psicoanalítico desde el punto que se sitúan, abordando el origen y significado del dolor y sufrimiento. Abordando el sufrimiento en W. R. Bion y el instinto o pulsión de muerte. Acaban con dos comunicaciones sobre: el dolor de sanar y el procesamiento y tratamiento del dolor con un enfoque cognitivo-conductual; 5. Sociología del dolor (329-366) en la cual describen dolor y sociología, ¿de qué dolor hablamos?, dolor y cultura, así como un análisis cultural del dolor, la sociología de la medicina y el rol del enfermo, la perspectiva existencialista y el dolor. Se incluye una comunicación sobre el tema del dolor en Dostoyewski (367-374); 6. El dolor en la antropología (375-380) para concluir con tres comunicaciones: el dolor contra la razón, el dolor: la cara oculta de lo humano, resumen de las reuniones de los grupos de trabajo.

GARNER, F. (1975) Cuando un niño muere. Revista Tribuna Médica. 10 de Enero. Madrid. Lo que el médico puede hacer- la ayuda que se puede prestar. El presente artículo periodístico analiza el dolor de los padres al perder un hijo. El autor considera que se ha prestado poca atención las consecuencias psicológicas de la muerte repentina de un niño y la realidad es que los padres de estos niños se enfrentan a problemas especiales. Según el autor, el médico de familia, si sabe captar este tipo de pérdida y los terribles aspectos de la misma puede constituir una importante ayuda. Se

divide el artículo en: lo que usted siente, el síndrome repentino infantil; las quejas más frecuentes; cuando los padres son responsables de la muerte.

GOLDBERG, B. (1998) *Morir en paz. El arte de morir consciente y la liberación del alma.* Ediciones 29. Barcelona. El Doctor Bruce Goldberg es un prestigioso hipnoterapeuta, que ha atendido individualmente a más de 11.000 pacientes. Estudió las técnicas y aplicaciones clínicas de la hipnosis en la American Society of Clinical Hypnosis. Autor de conocidas obras. En la actualidad ejerce en Los Ángeles, California, ofreciendo a sus pacientes los beneficios de la hipnosis, ayudándoles a que ellos mismos, y a través de esa técnica accedan al pasado y al futuro de sus vidas. El presente libro, *Morir en paz*, tiene como objetivo principal inducir al lector a que elimine el miedo a morir y encarar el tránsito consciente, con lo cual obtendrá la liberación del alma y la conducirá hacia un estado superior y definitivo. De este modo el morir consciente le puede ofrecer: superar el miedo a la muerte, disfrutar con el recuerdo de su vida, aprender a morir del mismo modo que aprendió a vivir, descubrir los misterios de lo que sucede al alma en los límites de la vida terrenal y aprender para enseñar a otros, el arte de morir consciente. Se divide el presente libro en tres partes: 1. El arte y la ciencia de la muerte consciente; 2. La práctica de la muerte consciente; 3. La muerte consciente, un nuevo enfoque. En definitiva, como dice el autor, si nos preparamos para una hermosa, espiritual y pacífica transición, podemos alcanzar la liberación del alma, a cuya salvación e inmortalidad aspira el ser humano ya que según el Dr. Goldberg, morir sin perder la consciencia es la verdadera esencia de la inmortalidad.

GÓMEZ-BATISTE, X.; ET AL. (1992) Palliative care in Catalonia 1990-95. *Palliative Medicine*; 6: 321-327. Artículo en el que se presentan los resultados preliminares y básicos del proyecto de Cuidados Paliativos desarrollado en Cataluña, llevado a cabo en cinco años, como parte de la O.M.S. Se describe como nació el proyecto, las previsiones e iniciativas, principios y propósitos de los mismos, financiación, niveles de cuidados, las iniciativas llevadas a cabo gradualmente, la educación e investigación, la promoción del uso de morfina en atención primaria, evaluación.

GOMEZ BELLARD, F. (1988) Antropología médica en Ibiza. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Se estudian la salud la enfermedad la curación y la muerte en poblaciones de Ibiza desde la prehistoria hasta la actualidad aplicando para ello las modernas técnicas de la antropología medica la paleopatología el análisis de cremaciones, etc.

GÓMEZ SANCHO, M.; ET AL. (1994) Cuidados Paliativos e intervención Psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria. ICEPSS. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. El presente libro es fruto del trabajo de un equipo multiprofesional en un Curso que lleva el mismo nombre del cual es director el Dr. Gómez Sancho, dirigido a médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, etc. Argumenta el autor la conveniencia de haber utilizado un lenguaje sencillo, sin excesivos tecnicismos para que la mayoría de los lectores comprendan el material. El presente libro se encuentra dividido en 26 Temas que incluyen al final de cada uno las referencias bibliograficas que recomiendan. Los temas incluidos son: 1. El cáncer. Definición. Tipos de cáncer. Historia natural de la enfermedad. Posibilidades del tratamiento: Quimioterapia antineoplásica, radioterapia, hormonoterapia y cirugía (pags. 13-28); 2. Medicina paliativa. Definición. Importancia del problema. Definición de enfermedad. Bases de la terapéutica. Instrumentos básicos (29-40); 3. Control de síntomas. Incidencia. Principios generales del control de síntomas. Sistemas de evaluación (41-48); 4. Tratamiento del dolor. Principios generales. Escalera analgésica de la O.M.S. (49-72); 5. Los analgésicos opioides. Mitos y realidades. Indicaciones. Efectos secundarios. Dolores resistentes a la morfina. Causas del fracaso en el control del dolor (73-92); 6. Control de otros síntomas I. Síntomas neuropsicológicos: Insomnio, ansiedad y depresión. Estado confusional agudo (93-102). 7. Control de otros síntomas II. Síntomas digestivos: nauseas y vómitos, estreñimiento, anorexia y caquexia (103-124); 8. Control de otros síntomas III. Síntomas respiratorios: disnea, tos, estertores premortem e hipo (125-136); 9. Vías y técnicas de administración de fármacos (137-146); 10. La enfermera moderna en cuidados paliativos. Historia y principios básicos (145-202); 11. Cuidados específicos de enfermería. Cuidados de confort. La alimentación. Cuidados piel y boca. Problemas de eliminación (203-228); 12. Asistencia domiciliaria. La muerte en casa.

Coordinación entre los distintos niveles asistenciales (229-252); 13. El trabajo en equipo. Interdisciplinariedad. Coordinación (253-264); 14. La comunicación en la relación de ayuda (265-278); 15. Las malas noticias (279-288); 16. Atención a la familia. Claudicación familiar (289-308); 17. Prevención y tratamiento del duelo patológico. Duelo anticipatorio. El duelo en los niños (309-320); 18. Últimos días. Atención de la agonía. Cuidados postmortem. Burocracia de la muerte (321-338); 19. Apoyo psicoemocional. Los miedos del enfermo terminal (339-352); 20. El trabajador Social en cuidados paliativos (353-360); 21. El voluntariado. Razón de ser del voluntariado. Misiones del voluntariado (361-370); 22. Otros profesionales e medicina paliativa: el auxiliar de enfermería y el celador (371-386); 23. Síndrome Burn-Out o quemamiento de los profesionales. prevención y tratamiento. La gestión del estrés. El cuidado de los cuidadores (387-402); 24. Dilemas éticos (403-422); 25. Sida y cuidados paliativos (423-434); 26. Enfermos geriátricos avanzados y cuidados paliativos (435-444). Concluye el presente libro, el cual pretende en cierta medida ser un tratado con un Epílogo que incluye los derechos del enfermo terminal (pág. 445).

GÓMEZ SANCHO, M. (1998) *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Arán Ediciones. Madrid. El presente libro viene a aportar información sobre ese gran bloque de la comunicación de las noticias no deseadas al paciente. El autor, doctor en medicina, Marcos Gómez Sancho orienta el presente trabajo hacia los médicos y los profesionales de la salud, dividiendo el mismo en 14 capítulos (no tiene índice): 1. Introducción; 2. Las malas noticias; 3. Decir o no decir la verdad; 4. Elementos orientativos; 5. Algunas consideraciones al respecto; 6. No quitar la esperanza; 7. La familia y la conspiración del silencio; 8. Las reacciones del enfermo; 9. Fases de adaptación; 10. La consciencia de la muerte; 11. El acercamiento de la muerte; 12. Comunicación y soporte en los últimos días; 13. Morir con dignidad; 14. Los niños y la muerte. Escrito en un lenguaje sencillo sin otra pretensión que ayudar a los compañeros que antes o después se van a ver enfrentados a situaciones de este tipo, nos acerca el autor este pequeño documento. Incluye la bibliografía referenciada al final (págs. 209-220).

GONZALEZ, A. (1992) Los epitafios de Santa Lastenia. Literatura lapidaria. Un recorrido por las inscripciones sepulcrales del cementerio de Santa Cruz de Tenerife. La Gaceta de Canarias, 10 de Noviembre de 1992. Págs. 17 y 18. Muchos optan por mencionar escuetamente los nombres y los apellidos y la fecha infausta donde terminó una vida. Pero otros no quieren que la muerte tenga la última palabra y así, entre el dolor interminable y el conjuro ritual, las lápidas sepulcrales envían mensajes de amor, de amistad, de esperanza, de desgarramiento y de soledad. Aunque muchas se atienen a los estereotipos que, en ese lugar, no tienen menos fuerza que un verso inmortal, otros procuran un remanente duradero de originalidad. Al final, en la muerte como en la vida, las características del difunto y de la familia, su horizonte de anhelos y decepciones, su clase social y sus costumbres obtienen cierto reflejo en la corona de palabras que custodia su ausencia definitiva.

GONZALEZ, F. (1988) Lección de bioética: La eutanasia. Secretariado de Publicaciones. Universidad de La Laguna. Aborda el Dr. Fernando González Hermoso los siguientes aspectos: La enseñanza de la bioética en las facultades de medicina; como enseñar la bioética; introducción histórica; términos y clasificación de la eutanasia, ortotanasia, distanasia, adistanasia, eutanasia, un ejemplo que puede aclarar lo dicho en relación a la etapa 4ª, como llegar a una elección ética; la muerte digna; ética y derecho; ética y moral; conclusiones; sociedades pro eutanasia; bibliografía con 50 citas.

GONZALEZ BARÓN, M.; Y OTROS (1995) Tratado de medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer Terminal. Editorial Médica Panamericana. Madrid. El presente Tratado aporta principalmente un enfoque Médico-Psicológico del paciente en situación terminal. Dividiéndose en 6 partes que a su vez se desglosan en 105 Capítulos. Realizado por un gran grupo de colaboradores desglosan el tema en las siguientes partes: 1. Aspectos generales, 2. Complicaciones de la terapia antineoplásica y su tratamiento de soporte, 3. Síntomas y complicaciones de la enfermedad neoplásica, 4. El enfermo terminal, 5. Aspectos especiales, 6. Docencia e investigación en cuidados paliativos. Tratado de fácil lectura, incluye referencias bibliográficas al final de cada capítulo. Según el autor el presente tratado pretende exponer de forma sistematizada la problemática de alivio, confortabilidad, enfoques fisiopatológicos,

patogénicos, clínicos y terapéuticos de las complicaciones, toxicidades y síndromes que acompañan a los enfermos oncológicos.

GONZALEZ GALLEGOS, J. (1987) El espacio de la muerte. Tesis doctoral. Escuela Técnica superior de Arquitectura de Madrid. La tesis consiste en una reflexión sobre la arquitectura funeraria a partir de las reflexiones proyectuales personales así como una justificación a partir de análisis históricos.

GONZALEZ LOPEZ DE LEMUS, M. (1985) Cuestiones en torno a la muerte y Resurrección de San Ambrosio. Tesis Doctoral. Facultad de Teología de la Universidad de Navarra. Este trabajo procura aunar la doctrina de San Ambrosio de Milán sobre algunas cuestiones de escatología. Comienza con el estudio de la muerte del hombre y la triple acepción utilizada por el obispo de Milán. A este estudio sigue la explicación cristocéntrica de la doctrina ambrosiana: la muerte de Cristo como modelo de la muerte del cristiano. Por último se desarrollan dos grandes temas de la escatología: la escatología intermedia con la explicación de la retribución de un premio o castigo a las almas separadas y la resurrección de la carne como fin de la escatología y restablecimiento definitivo del reinado de Cristo.

GOYTISOLO, J. (1987) La ciudad de los muertos. El País Semanal. 8 de Febrero, nº 513. Año XII. Segunda Época, págs. 31-37, 60-64. El Cairo cuenta desde hace siglos con cuatro notables cementerios musulmanes, además de los coptos y el hebreo. El de Al Jalifa o el de Qait Bey, famoso por la mezquita a la que debe el nombre, forman un caso aparte, una ciudad viva entre los muertos y que actualmente rebasa el medio millón de habitantes. Una necrópolis urbanizada con sus mezquitas, escuelas, hospital, edificios administrativos y mercado.

GRACIA, D. (1984) Ética en la calidad de vida. Fundación Santa María. Madrid. El autor en el presente ensayo intenta hacer un estudio de una determinada instancia moral o del deber, la propia de la calidad de vida, poniéndola en relación con el saber y sobre todo con el poder. Reconstruyendo su genealogía la moral no es sólo algo concerniente a los individuos en cuestión histórica; por eso consiste en genealogía. La

consciencia del hombre se halla históricamente situada y por ello también comprometida en la marcha de la historia. Y cuando esa marcha es tan oscura y vacilante como en estas postrimerías del presente siglo además de consciencia situada y comprometida es consciencia angustiada y perpleja. Bibliografía interesante como guía, recordando que fue publicada en 1984.

GRECCO, E. H. (1998) Muertes inesperadas. Manual de autoayuda para los que quedamos vivos. El autor, Eduardo H. Grecco, a partir de la propia experiencia y de haber ayudado a personas desgarradas por la pena de la pérdida sorpresiva de alguien amado ha escrito este libro, lleno de fuerza y de esperanza, pero sin falsos espejismos ni consuelos. Un libro de autoayuda para sanar el dolor, la tristeza y el apego, y para comprender la muerte desde el punto de vista de los que quedamos vivos. Se divide la presente obra en nueve partes: 1. Muertes anunciadas, muertes sorpresivas; 2. La muerte como polaridad; 3. Estaciones: sorpresa, dolor, y despedida; 4. Cuentas pendientes, proyectos truncados; 5. El desgarrar; 6. El apego; 7. Es posible decir adiós y seguir recordando; 8. Enfrentar la muerte inesperada; 9. Cómo podemos ayudarnos.

GRESHAKE, G. (1981) Más fuertes que la muerte. Editorial Sal Terrae. Santander. El autor, nacido en 1933, es catedrático de teología dogmática e historia de los dogmas en la Universidad de Viena. En la presente obra nos trata de hacer ver los aspectos más relevantes de la re-meditación teológica sobre las “realidades últimas”. No pretendiendo todos los problemas relativos al área de la escatología, sino reflexionar sobre aquellos problemas que para muchos cristianos suponen realmente un interrogante y que inciden profundamente en el modo de desarrollarse la fe individual y eclesial. Las páginas del presente libro resumen las conferencias, seminarios y encuentros académicos (Gerlos, Graz, Innsbruck, Linz, Neukirchen, Viena y Zurich) incluyendo algunas de las cuestiones suscitadas en los debates subsiguientes a las mismas. Aparece dividido el trabajo en cuatro capítulos: 1. Futuro y esperanza (pág. 13-74); 2. El problema de la muerte (págs. 75-110); 3. Las “realidades últimas”: paraíso, infierno, purgatorio (pág. 111-138); 4. A modo de conclusión (págs. 139-140). Se incluye bibliografía de libros y artículos (pág. 141-142) en alemán.

GRISCOM, C. (1992) Sanar las emociones. Luciérnaga. Barcelona. Chris Griscom, pionera en la investigación de la consciencia global, fundó en Nuevo Méjico el Instituto de la luz, dedicado al estudio de las energías y la ecología. La autora nos explica que el antídoto para el miedo y la furia es concienciarnos: saber que ser inmortal significa no tener que temer el separarnos de alguien o perder algo. Para ayudarnos, la autora ofrece técnicas de respiración, visualización con colores y ejercicios que expanden la consciencia.

GROF, S.; GROF, C. (1990) Más allá de la muerte. Editorial Debate. Madrid. Los conceptos que las diferentes culturas tienen de la otra vida muestran un paralelismo sorprendente; sus imágenes del cielo, el paraíso, el infierno y el purgatorio y del viaje póstumo del alma podrían considerarse arquetípicas u provenientes no de un contexto cultural determinado, sino de un proceso de “muerte y renacimiento” contenido en la naturaleza humana. Los autores del presente ejemplar Stanislav y Christina Grof han recopilado información de muchas religiones y culturas: la cristiana, la judía, la musulmana la de la Gracia antigua, la persa, la tibetana, la precolombina y varias sociedades sin escritura. Muestras semejanzas reveladoras con los informes de aquellos que han sobrevivido a la muerte clínica y de las experiencias de “muerte y renacimiento” de algunos pacientes esquizofrénicos y de personas que se han sometido a pruebas psicodélicas bajo control utilizadas y estudiadas en la psiquiatría experimental. Las descripciones tradicionales de la otra vida pueden servir como guías para ayudar al difunto, mientras que el enfrentamiento a la muerte durante la vida puede llevar no sólo a la pérdida del miedo a la muerte, sino, además, a un modo de vida más satisfactorio; una sabiduría antigua que la psiquiatría moderna está descubriendo ahora. El presente libro se haya bien presentado, con 158 ilustraciones de las cuales 17 son a todo color. Incluye (pág. 96) 19 citas bibliográficas.

GROLLMAN, E. A. (1986) Vivir cuando un ser querido ha muerto. Ediciones 29. Barcelona. Escrito de manera sencilla y compasiva, sin dar soluciones rápidas, el autor nos pide que afirmemos nuestro dolor, que afirmemos la muerte y que al hacerlo así afirmaremos la vida. Nos confirma que el no afligirse puede ser perjudicial pero al mismo tiempo nos conduce a través de nuestra confusión emocional hacia una nueva

vida llena de esperanza. Suavemente, mirando siempre hacia adelante, dice lo que hay que decir para afrontar la muerte de un ser querido y ofrece consuelo para ayudarnos a seguir viviendo de una forma sensata y feliz.

GROLLMAN, E. A. (1987) Talking about Death: A Dialogue between parent and child (Hablando acerca de la muerte: un diálogo entre padre e hijo). Boston: Beacon Press. Libro de gran utilidad para padres que encuentran dificultad para plantearle el tema de la muerte a sus hijos. Contiene gran parte de la sabiduría destilada de su anterior volumen: Explaining death to children (explicándole la muerte a los niños).

GUILLON, C.; BONNIEC, Y. (1991) Suicidio, manual de uso. Historia, técnica, actualidad. Ediciones de la tempestad. Barcelona. Los autores plantean este manual sobre el suicidio, porque parten de la premisa que la automuerte es un derecho, y un derecho no es nada sin los medios para ejercerlo. El presente libro está prohibido en Francia, puesto que que el código penal francés en uno de sus artículos reprime la colaboración en el suicidio. Se divide en los siguientes diez capítulos: 1. Una plaga social; 2. Parloteo oficial y disuación privada; 3. La masacre de estado, 4. El derecho del suicidio; 5 la represión del suicidio secundado; 6. La medicina tiene un buen estómago; 7. Una reivindicación revolucionaria; 8. Los militares de la muerte dulce; 9. El suicidio instituido; 10. Elementos para una guía del suicidio.

HARDING, D. E. (1996) El pequeño libro de la vida y de la muerte. Ediciones Obelisco. Barcelona. El autor propone un número de provocativos experimentos para sí mismos y para nosotros, los cuales, uno a uno, derriban nuestras preconcepciones sobre nosotros mismos. Experimentos que ha estado usando durante los últimos treinta años. Se divide el libro en cuatro partes: 1. ¿Qué muere?; 2. Probar la inmortalidad; 3. Acercarse a la muerte; 4. La vida después de la muerte. Harding concluye con el Dhammapada: “la vigilancia es la senda de la inmortalidad, la inatención la senda hacia la muerte, pero el desatento está ya como los muertos”.

HENZEZEL, M. (1996) La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir. Plaza & Janés Editores. Barcelona. Libro prologado por Francois Mitterrand.

La autora psicóloga y psicoanalista, practica asimismo la haptonomía (comunicación afectiva por el tacto; este concepto fue definido por Frans Veldman y proviene del griego, hapto significa tocar, tomar contacto, entrar en relación y nomos designa las reglas que rigen la relación táctil). Trabaja desde hace diez años en un centro piloto de cuidados paliativos en París que acoge principalmente a enfermos terminales, afectados de cáncer o SIDA. La autora nos da el mensaje de que quien tienen el privilegio de acompañar a sus semejantes en sus últimos momentos saben que entran en un espacio de tiempo muy íntimo; antes de morir. A su manera tratará de confiar a quienes le acompañan lo esencial de él o ella misma, mediante un gesto o una palabra, a veces sólo en la mirada, intentará transmitir aquello que de verdad cuenta y que no siempre ha podido o sabido decir. Vivir acompañando a personas en sus últimos momentos nos hace aumentar nuestra confianza en la vida, viviendo más intensa y conscientemente lo que nos ha tocado vivir (penas, alegrías, pequeñas cosas cotidianas).

Marie de Hennezel narra vivencias personales desde el sosiego, el recuerdo, su humanidad y la ternura del trabajo bien sentido desde lo más hondo de su ser. Acompañamientos que agradece, junto a pacientes, sus amigos y familiares. Junto a: Bernard, Patricia, Marcelle, Dominique, Patrick, Marie-France, Louis, Charlotte, Paul, María, Danièle, Dimitri, Valérie, y muchos otros y otras. Además de abordar el clima y el sentimiento de trabajo en la unidad de cuidados paliativos y del equipo sin olvidar el objeto de ello: los pacientes y sus familias, sus vivencias, sus miedos, sus vidas. La autora intercala vivencias y el análisis de las mismas, para profundizar en la necesidad de escuchar y comprender, no sólo con nuestros oídos y nuestro cuerpo sino también con nuestro ser íntimo y nuestro espíritu. La autora sobrevuela sobre algunos aspectos “íntimos” en su relación con Mitterrand y la visita del mismo a la unidad de cuidados paliativos y nos invita a estar cada vez más receptivos y atentos a la propia realidad, a los demás y al mundo, invitándonos a que saboreemos el instante, a que sepamos detenernos y escuchar cada murmullo de la vida, siempre apoyando los pensamientos de vida. El epílogo del Dr Xavier Gómez Batiste-Aletorn justifica la necesidad de los cuidados paliativos. Concluyendo el libro con varios Anexos: La declaración de Barcelona ‘95 de cuidados paliativos, los derechos del enfermo terminal, nombres,

direcciones y teléfonos de las Sociedades españolas de ayuda a pacientes con cáncer, SIDA y pacientes geriátricos.

HEREDIA, R. (1998) *La agenda de los amigos muertos*. Plaza & Janés. Barcelona. La autora, periodista de larga trayectoria y cronista parlamentaria, relata unos escalofriantes sucesos y su entrono casi siguiendo el día a día, armada con la precisión y objetividad de la periodista, al tiempo que con el profundo dolor de una madre a quien le han arrebatado lo más preciado. Reflejo del horror que vive hoy en día numerosas familia, analiza con lucidez y objetividad el terrible drama que supone la droga para la juventud de nuestro país, al tiempo que constituye la sentida confesión de una mujer valiente que lo ha vivido en su propia carne. En esta historia real, la autora narra el doloroso episodio de la muerte de su hija mayor, precedida de una larga y dramática agonía de 19 años atrapada en el mundo de la heroína. Fueron muchos años en los que pasó de todo, con la muerte siempre al acecho, con los sobresaltos de madrugada, cuando el teléfono sonaba para anunciar alguna tragedia.

HERNÁNDEZ, M. (1990) *La muerte en Canarias en el Siglo XVIII*. CCPC. Tenerife. El autor, Manuel Hernández, analiza de una parte la muerte como fenómeno individual, a través del análisis de las enfermedades y los accidentes y por otro lado la muerte colectiva, estudiando las repercusiones socioculturales y religiosas de las epidemias, las erupciones volcánicas, los terremotos, los ataques piráticos, las contiendas bélicas, las acciones de la naturaleza sobre la gira de la subsistencia de la población (hambre, sequía, lluvias, plagas, etc.).

HINTON, J. (1996) *Experiencias sobre el morir*. Seix Barral. 1ª Edición. Barcelona. El autor, médico y psiquiatra, ha dedicado gran parte de su vida al estudio de los problemas relacionados con los enfermos incurables, reacciones del moribundo y ayuda que precisa. El presente libro fue publicado en 1972 bajo el título "Dying". Comienza con una introducción que nos acerca al natural y a la vez complejo mundo personal del muriente. Intenta el autor con el presente libro reunir un conjunto de precisiones y de ideas sobre la muerte, lo cual no ha sido tarea fácil puesto que son múltiples y diversos los aspectos de la conducta humana que están presentes y que

interfieren, por lo que el Dr. Hinton ha dirigido su atención hacia los aspectos más importantes referidos al morir, a saber, al que muere, a los que se encuentran a su alrededor y por fin los que se condolerán por su muerte. Por ello comienza la primera parte del estudio con una breve descripción de algunos sentimientos e ideas de hombres y mujeres en torno a la muerte: actitudes en torno a la muerte (págs. 25-60). La segunda parte: el morir (págs. 61-126) gira en torno a las diferentes actitudes de los distintos pacientes próximos a morir, en los cuales describe los sufrimientos que los aquejan y las diferentes maneras en que se enfrentan a su propio final. La tercera parte: el cuidado de los enfermos de muerte (págs. 127-190) engloba aspectos tales como el tratamiento a moribundos, la prolongación de la vida y aceleración de la muerte, o hablando de la muerte con el propio enfermo. Se analizan los logros obtenidos, los fracasos y los problemas del cuidado médico y a responder a la pregunta: ¿quién ha de cuidar al enfermo? La cuarta y última parte del libro: el duelo (págs. 191-223), centra la atención en los que se quedan una vez se ha producido el fallecimiento, centrándose en las reacciones ante la pérdida y en la manera o diferentes modos de reconstruir el esquema existencial que se ha visto alterado; luto y recuperación. Acaba el libro con una bibliografía amplia que agrupa 178 citas de libros y artículos. Lamentamos que sean principalmente libros americanos y todos en inglés y que la cita más reciente se remonte a 1971, por lo que consideramos la misma así como el libro de referencia importante en el momento y contexto en que fue escrito y publicado por 1ª vez, 1972.

IRA, G.; WEISS, R.; MURRAY PARKES, C. (1974) *The first years of bereavement* (los primeros años después de la pérdida). New York: John Wiley and sons. Escrito por una combinación de psiquiatras y sociólogos, este libro es el resultado de varios años de trabajo de consejería y de estudiar sobre todo a viudos y viudas más jóvenes de la facultad de la Escuela de Medicina de Harvard. Los autores discuten algunos de los problemas y fases de la aflicción que siguen a la muerte del cónyuge, así como también algunas maneras en que los que han sufrido una pérdida son ayudados por otros. Se subraya la importancia de poder afligirse, de completar un periodo de aflicción.

Iraburu, M. (2005). Con voz propia. Decisiones que podemos tomar ante la enfermedad. Madrid: Alianza editorial. Marga Iraburu es doctora en Medicina por la Universidad de Navarra y especialista en Medicina Interna. Con voz propia se dirige tanto a los enfermos como a los que gozan de buena salud, a los que cuidan y a los que son cuidados, a los que toman decisiones por si mismos y a los que deben tomarlas por otros... En un tono sencillo y directo, mediante breves e interesantes historias, la autora aborda las grandes cuestiones que la atención a la salud plantea: la nueva forma de relación entre el paciente y los profesionales de la salud, las condiciones adecuadas para una buena comunicación, la toma de decisiones desde el respeto a las preferencias del interesado, al intimidad, el papel de la familia, la realización del documento de voluntades anticipadas, los dilemas de la etapa final de la vida y los nuevos retos de la asistencia sanitaria para el siglo XXI. En definitiva, toda la información imprescindible para ser capaces de afrontar, desde la libertad personal, nuestra enfermedad o la de nuestros seres queridos. Este libro se divide en cinco partes: La revolución de la bioética y la relación médico-enfermo; la toma de decisiones y el consentimiento informado; el ámbito de la intimidad; muerte y dignidad, voluntades anticipadas y donación de órganos; el paciente del siglo XXI y los comités de ética hospitalarios.

JACKSON, E. (1986) Diálogo en el seno de la familia. En Sociología de la muerte. Ed. Sala. Madrid. El autor se esfuerza por entender el concepto que el niño tiene de la muerte, así como por encontrar los medios más adecuados de acercarse a la mentalidad infantil, llegando a conclusiones valiosas. Parte pues de la realidad de que el problema está más en como proceder que en decidir cuando empezar a hablar. Se vale el autor de algunos trabajos realizados por el Yale Child Study Institute y de los escritos de Jean Piaget. Dividiendo el trabajo en los apartados: hasta los tres años, entre los cuatro y siete años, entre los ocho y once años, en la adolescencia, puntualizar, algunos casos, para concluir con unas reglas sencillas que pueden ser utilizadas por los padres y otros adultos que tengan que abordar el problema de la muerte en el contexto de la vida del niño y las conclusiones.

JAMPEL SENGHH, G. (1992) Sueños, muerte y bardo. Ediciones Dharma. Alicante. El autor Guese Jampel Senghe, fue uno de los primeros lamas del Tíbet en residir en Europa y en varias ocasiones estuvo en España para impartir clases de filosofía y meditación budista. Con el presente libro nos aproxima a la práctica del Libro Tibetano de los muertos, recogiendo cantidad de consejos y sugerencias sobre la observación de los sueños, las visiones que se experimentan durante el proceso de la muerte y lo que acontece después. Todo ello presentado de una forma clara y sencilla con el fin de que pueda ser empleado en una práctica cotidiana de meditación. Contiene un Glosario (págs. 117-121).

JOHNSTON, J. (1992) Pérdida de un miembro de la familia. Lecciones para enfrentarse a un desastre. Capítulo 10 de: Agonía, muerte y duelo. Ed. El Manual Moderno. México. Pérdida de un miembro de la familia: lecciones para enfrentarse a un desastre. (págs. 163-180). El autor recopiló las lecciones incluidas en este capítulo a través de su experiencia como trabajador social en un hospital, trabajador social general y posteriormente como delegado en jefe de un equipo de orientadores que ayudaban a los dolientes y sobrevivientes del desastre del Transbordador Zeebrugge. Se analiza en este capítulo: la naturaleza de la muerte, el doliente que sobrevive, tipos de ayuda ofrecida al sureste de Kent, subsecuente al desastre del transbordador Zeebrugge, las antiguas habilidades persisten, principios para los asistentes en desastre, problemas para los directores de asistentes en desastre, ayudar al doliente: el punto de contacto, aquellos que quedan atrás, incluyendo hijos, esposa, abuelos, ¿cómo podemos ayudar?, podemos prepararnos para ayudar, principios para quienes ayudan, conclusión. Incluye la autora L. Sherr una guía para el desastre (págs. 175-179) y las conclusiones.

JOMAIN, CH. (1987) Morir en la ternura. Paulinas. Madrid. La autora comienza describiendo algunas situaciones ejemplares, sacadas de su larga experiencia como supervisora en un departamento para enfermos terminales en un hospital francés. Luego amplía su investigación a la familia de los moribundos y al personal sanitario. El trabajo está dividido en cuatro capítulos: 1. La muerte y su proximidad, en el cual se hace un intento de definir quién es el moribundo en la práctica, signos premonitorios

de la muerte de orden físico, fisiológico y psicológico (págs. 23-53). 2. El enfermo terminal y los otros, donde se aborda la cuestión de si el hospital es un lugar donde morir y como se muere en él desde los puntos de vista de la familia, personal sanitario. Se dan soluciones posibles a que hacer con los moribundos y respuestas oficiales, (págs. 55-83). 3. El moribundo es una persona viva, se aborda el tema de la ética: mientras hay vida, la vida que continua y vivir la propia muerte (págs. 85-123). 4. Aprender a cuidar a los moribundos, se propone la formación como una respuesta, ¿qué significa cuidar?, inserción en las situaciones al comienzo de la formación (págs. 125-169). Acaba citando las conclusiones y unos anexos sobre: la muerte y yo, el hospital y la calidad de vida y acompañar la vida hasta la muerte además de incluir unas referencias bibliográficas útiles.

KAPLEAU, P. (1989) *The Wheel of Life and Death*. Anchor Books. Doubleday. Londres, Nueva York, Sydney. El autor, maestro norteamericano de Zen, se basa en sus numerosas tradiciones culturales para dar respuestas prácticas y espirituales a las cuestiones esenciales sobre la muerte y para su preparación. Bien escrito y con citas fascinantes, además de un glosario y una extensa bibliografía.

KAPLEAU, P. (1990) *El renacer budista. La rueda de la vida y la muerte*. Árbol Editorial. México. Libro de lectura imprescindible, si queremos tener una visión global de la muerte basada en los textos orientales y occidentales. El autor, Roshi Philip Kapleau, con extraordinaria agudeza nos sumerge en el renacer budista, el despertar kármico al propósito real de la existencia. En la primera parte: 1. Muerte (págs. 33-111): aspectos existenciales de la muerte, meditaciones sobre la muerte, enfrentar la muerte; y en la tercera: 3. Karma (págs. 259-316): comprender el karma, modificar nuestro karma, la interconexión de toda vida; En el capítulo 2. El morir: ¿cremación o sepultura? (págs. 213-227), creando el servicio fúnebre (227-248). En el capítulo 2. El morir: el moribundo y la muerte (págs. 133-154). En el capítulo 2. El morir: suicidio y eutanasia (págs. 173-188): Suicidio: definición, suicidio y ego, suicidio y dolor, ¿es el suicidio realmente un escape?, almacenamiento de medicamentos mortales, suicidio y religión; eutanasia: la eutanasia y la ley, eutanasia y religión, el hospicio y la eutanasia, las lecciones importantes de la vida. En el capítulo 4. Renacimiento (págs. 317-372): el

argumento a favor del renacimiento: ¿qué hay más allá?, el reino intermedio, creencia en una vida posterior, ¿es el renacimiento la meta de la vida, diferencia entre renacimiento y reencarnación, ¿qué pasa al otro lado, todo es cambio, la intuición y la prueba científica, el poder de la voluntad, la voluntad de vivir hace al hombre, ¿puede el temor pasar de una vida a otra, vínculos negativos, el recuerdo de vidas anteriores; implicaciones ulteriores del renacimiento: los efectos morales, ¿por qué somos responsables, renacimiento y motivación para vivir correctamente, ¿herencia, ambiente o karma?, embarazos malogrados, productos nacidos muertos y abortos, afinidades y aptitudes, experiencias cercanas a la muerte, nace un niño. Incluye referencias bibliográficas por capítulos. La bibliografía incluye 215 citas.

KASTENBAUM, R. (1984) Entre la vida y la muerte. Editorial Herder. Barcelona. Los colaboradores de la presente obra han sido elegidos tomando en consideración su experiencia, sus credenciales científicas o clínicas, su integridad personal y su capacidad para añadir nuevas informaciones o para enriquecer la información ya existente y reflexionar sobre ella. El presente estudio intenta explorar los vínculos existentes entre los fenómenos fronterizos de la vida y la muerte y otros temas, juntando algo más lo exótico con la esfera y la experiencia de lo cotidiano. En su esfuerzo de suministrar información, una crítica responsable y un contexto sociohistórico, este libro puede ser único. Se divide el presente trabajo en nueve capítulos: 1. Encuentro personal con la muerte y algunas consecuencias; 2. Felices para siempre; 3. ¿la historia de siempre? Perspectiva histórica; 4. La preocupación del moribundo por la vida después de la vida; 5. Contactando con los muertos ¿importa la identificación del grupo?; 6. Experiencias de muerte cercana. Su interpretación y significado; 7. Experiencias extracorporales deliberadamente inducidas: enfoque experimental y teórico; 8. Comunicación con los muertos: experiencia en el arte, la literatura y el canto; 9. La muerte a través de la lente retroscópica.

KNAPP, M. L. (1995) La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Paidós Comunicación. 5ª Edición. El autor examina con afán pedagógico los trabajos más importantes realizados hasta la fecha sobre el tema y ofrece al lector una síntesis que es a la vez clara, rigurosa y científica. De este modo el texto, el texto resulta

sugestivo y útil tanto a estudiosos y profesionales de las ciencias humanas como al lector no especializado. Se abordan en 12 capítulos los siguientes temas: 1. Comunicación no verbal: perspectivas básicas (13-46); 2. Comunicación no verbal: perspectivas del desarrollo (47-82); 3. Los efectos del entorno (83-112); 4. Los efectos del territorio y del espacio personal (113-142); 5. Los efectos de la paciencia física y la ropa (143-178); 6. Los efectos del movimiento del cuerpo y la postura (179-208); 7. Los efectos de la conducta táctil (209-228); 8. Los efectos de las expresiones faciales (229-256); 9. Los efectos de la conducta visual (257-284); 10. Los efectos de las señales vocales que acompañan a las palabras habladas (285-322); 11. La capacidad para emitir y recibir señales no verbales (323-340); 12. Observación y registro de la conducta no verbal (341-360). El autor a través de los ritos corporales, la apariencia, la distancia interpersonal y los gestos, plantea que se desarrolla la dimensión oculta de la comunicación que tiene tanta o más importancia que la palabra. La cual a falta de un nombre más adecuado denomina la comunicación no verbal.

KÜBLER-ROSS, E. (1969) Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. Barcelona. De obligada lectura para quienes quieren adentrarse en el mundo del morir humano. Libro o clásico sobre la muerte y los moribundos más conocido, difundido y leído. Probablemente fruto de haber sido de los libros pioneros en cubrir la carencia que existía sobre el tema que aborda. Primero hace un acercamiento en su primer capítulo un abordaje sobre el miedo a la muerte (págs. 13-24). Para continuar con las actitudes con respecto a la muerte y al moribundo mediante la comprensión de los sentimientos los cuales los aborda a lo largo de los distintos capítulos a modo de fases: 1. Negación y aislamiento; 2. ira; 3. Pacto; 4. Depresión; 5. Aceptación. (págs. 59-178) Dedicando a continuación un capítulo a ese sentimiento recurrente a lo largo según la autora de todas las fases que es la esperanza (págs. 179-201). Ya en el capítulo 9 se aborda el crucial tema de la familia y el paciente (págs. 203-232) para continuar con algunas entrevistas con pacientes moribundos (págs 233-305) valiosas para un acercamiento al sentimiento de muerte humano. En el capítulo 11 la autora nos acerca a las reacciones que se suscitaron ante el seminario sobre la muerte y los moribundos (págs. 307-336). En el último capítulo “terapia del enfermo de muerte” la autora a la vista de todo lo anterior nos lleva a entender que el paciente desahuciado tiene necesidades muy

especiales que pueden cubrirse si nos tomamos el tiempo para sentarnos, escuchar y averiguar cuales son, dándole a este proceso valor sobre todo de tipo relacional y de trabajo personal (págs. 337-346). Incluye al final una bibliografía importante por orden alfabético de autores de 169 referencias de libros y artículos (en inglés).

KÜBLER-ROSS, E. (1973) La agonía como acontecimiento humano-psicológico. La conocida y profesional preocupada por la necesidad de que reflexionemos sobre la agonía como acontecimiento humano y psicológico, nos adelanta que los pacientes saben que se están muriendo y pueden informarnos de la proximidad de su muerte. Pasan por lo que denomina la autora etapas de la agonía y saben “hacer el juego”, es decir que notan enseguida quienes son capaces de hablar con ellos, quienes se mantienen en silencio y quienes son capaces de enfrentarse con la realidad. Elisabeth nos refiere que si podemos aceptar las necesidades de nuestros pacientes y no proyectamos las nuestras, entonces el moribundo llegará entonces hasta la fase final de verdadera aceptación. Nadie mejor que el moribundo puede ayudarnos a superar nuestro miedo y llegar a la aceptación de nuestra propia finitud, llenos de esperanza, años antes de que tengamos que morir. Este es el regalo que nos hacen si no los abandonamos en el momento de esta crisis.

KÜBLER-ROSS, E. (1974) Questions and answers on death and dying. McMillan Publishing Co. New York. (1998) Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Ediciones Martínez Roca. Barcelona. Este trabajo de la Dra. E. Kübler-Ross realizado hace dos décadas, profundiza en las preguntas que son planteadas con más frecuencia acerca de la muerte de las personas cercanas. De reciente edición en España, es una referencia importante para profesionales de la salud, religiosos, asistentes sociales, conductores de ambulancias, directores de funerarias y cualquier persona que esté interesada en el tema o tenga que afrontar el trance de la muerte de un ser querido. El objetivo de esta obra es pues aclarar dudas y responder a las preguntas que con mayor frecuencia plantean moribundos y sus familiares. Se divide la presente obra en 13 capítulos que son: 1. El enfermo terminal; 2. Formas especiales de comunicación; 3. Enfermedades terminales y suicidio; 4. Muerte súbita; 5. Prolongación de la vida; 6. ¿dónde se encuentran mejor los pacientes terminales?; 7. Problemas en la familia

después de la muerte; 8. Funerales; 9. Sentimientos de la familia y el personal sanitario; 10. Otros problemas del personal sanitario; 11. Vejez; 12. Preguntas sobre el humor, temor, fe, esperanza; 13. Preguntas personales.

KÜBLER-ROSS, E. (1974) Como morimos. Entrevista realizada a Kübler-Ross. Revista Catechistes. nº 99. pág. 43-48. Elisabeth Kübler-Ross nos acerca sus respuestas a preguntas en torno a la muerte y los moribundos. Las preguntas son: ¿Qué pueden hacer los sanos para ayudar a los moribundos?, ¿Se debe decir a un moribundo que está a punto de morir?, Sin embargo ¿Usted aconseja no crear esperanzas ilusorias de curación?. ¿Por qué los sanos tienen miedo a la muerte? Usted sugiere que lo importante en la relación con el moribundo no son las palabras que se dicen sino, sobre todo, la actitud que se asume... ¿Existen personas verdaderamente piadosas que pasen sólo por algunas de las etapas del morir, que usted describe, y que mueran en calma?. ¿Ha podido comprobar si el celibato es un factor positivo o negativo para un sacerdote o religiosa que trabajen con enfermos? ¿Es difícil encontrar al sacerdote ideal para ayudar a los moribundos?

KÜBLER-ROSS, E. (1976) Lecciones de la agonía. Pág. 14-24. En Sociología de la muerte. Tribuna Médica. Madrid. La autora nos indica que a pesar que las profesiones médica y de enfermería atienden desde hace muchísimo tiempo a los pacientes que sufren su última enfermedad, no sólo ha habido muy pocos escritos, sino también una tremenda falta de enseñanza en el campo de la asistencia a los moribundos. Explica como se decidió a trabajar con los moribundos desglosando el texto en varios apartados: 1. Hablar del morir, 2. Aceptación y paz, 3. El gran papel del médico, 4. Un miedo universal. Resume las lecciones que según la autora de entrevistar a cientos de pacientes moribundos.

KÜBLER-ROSS, E. (1981) Fuera del cuerpo. Entrevista realizada a la autora por TAYLOR, P.; INGRASCI, R.; págs. 133-141. En La muerte y el morir. Desafío y cambio. Editado por FULTON, R.; MARKUSEN, E.; OWEN, G.; SCHEIBER, J. L.; Fondo Educativo Interamericano. Puerto Rico. La entrevista se realiza en base a unas declaraciones que realizó la autora publicadas en la revista New Age (Nueva época), en una conferencia

de Salud General en el año 1980, bajo el título: “la muerte no existe”. A lo largo de la entrevista se profundiza en los fenómenos que no se pueden entender mediante el pensamiento científico de hoy: experiencias espontánea de estar fuera del cuerpo. Responde a preguntas amplias, tales como: ¿Qué experiencias ha tenido al trabajar con niños moribundos? ¿Pasan por las cinco etapas del morir que usted ha escrito en sus libros?, ¿usa actualmente técnicas extracorpóreas?, ¿qué quiere decir Shanti Nilaya?

KÜBLER-ROSS, E. (1981) Entrevista a una joven de 17 años; pág. 171-175. En La muerte y el morir. Desafío y cambio. Editado por FULTON, R.; MARKUSEN, E.; OWEN, G.; SCHEIBER, J. L.; Fondo Educativo Interamericano. Puerto Rico. El artículo ofrece una penetrante mirada a la mente de una joven que se enfrenta a una muerte prematura debida a una enfermedad incurable de la sangre. Su entrevista revela varias percepciones que están relacionadas con nuestra comprensión de los pacientes moribundos. Sobre todo vemos la importancia de la comunicación afectuosa y del apoyo de la familia y del personal. La joven aprecia la oportunidad de compartir sus sentimientos en una atmósfera de confianza y de preocupación por ella. La aceptación de su condición es facilitada también por las creencias religiosas, las cuales incluyen el convencimiento de que Dios tiene un propósito, así como la su propia supervivencia espiritual después de la muerte física.

KÜBLER-ROSS, E. (1989) La muerte, un amanecer. Luciérnaga. Barcelona. La presente obra está compuesta por tres conferencias, un material único dentro de la obra de Elisabeth Kübler-Ross; se leen y entienden muy fácilmente pero probablemente, para muchos, resultarán, enormemente difíciles de digerir. Cuanto más aferrado este nuestro pequeño ego a sus propios miedos y razonamientos, más difícil nos será abrirnos a lo que Elisabeth expone y aceptarlo, al menos, como posible. Sea cual fuere nuestra reacción intelectual, lo cierto es que este libro, como toda la obra de Kübler-Ross, es un testimonio de amor personal que ella pregona. Un amor que se atreve más allá de lo razonable y conveniente, un amor que trasciende los límites de la propia muerte y, en aras de la Verdadera Vida, se desborda...

KÜBLER-ROSS, E. (1991) *Vivir hasta despedirnos*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. En el presente ejemplar la autora, conocida mundialmente por su trabajo con los enfermos en situación terminal, nos ofrece no solamente enseñanza, sino también un testimonio gráfico de algunos de sus pacientes. El propósito del presente libro es, pues, enseñar lo que sucede a los seres humanos, jóvenes o viejos, cuando se encuentran con que un mal los destruye por dentro, pero, a pesar de ello, pueden resurgir de la misma manera como una mariposa sale de su capullo, con sentimientos de paz y libertad, no sólo dentro de ellos mismos sino también de los que tienen la voluntad de compartir con ellos sus últimos momentos y la fuerza de decir adiós, sabiendo que, asimismo, cada despedida incluye una bienvenida. Cada uno de los pacientes escogidos reaccionó de una manera diferente a su enfermedad y tenía un sistema diferente que los mantenía vivos, pero todos tuvieron la fuerza de aceptar su enfermedad sin temor al final, sin ninguna culpa, sin ningún sentimiento de dejar algo por hacer, incompleto. Los únicos enemigos del hombre son el miedo y la culpabilidad, pero si podemos afrontar nuestro propio miedo, nuestros errores y asuntos pendientes, conseguiremos tener más respeto y amor propios, y tendremos más valor para luchar contra cualquier tormenta que nos sacuda. La autora espera que esta aventura común con las fotos de sus pacientes, magistralmente realizadas por Mal Worshaw, lo diga todo, ya que no hay necesidad de muchas palabras para describir lo que sucede en ellos. Tan importante es el texto como las imágenes. Ambos pueden darnos nuevas ideas sobre como acercarse y preparar esta despedida que debe ser un diálogo entre los que van a partir y sus familiares, conduciéndoles a la aceptación de la inevitabilidad de la muerte.

KÜBLER-ROSS, E. (1992) *Los niños y la muerte*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. El presente trabajo de la Dra. Kübler-Ross, es el complemento final a su obra y está basada en la época que trabajó exclusivamente con niños, y ofrece a las familias de niños enfermos o ya fallecidos, la ayuda y la esperanza necesarias para sobrevivir. En un lenguaje sencillo y cálido Elisabeth nos habla de los miedos, dudas, confusión y angustia de aquellos padres confrontados con una enfermedad terminal o con la muerte súbita de un hijo. Se divide el libro en los siguientes apartados: 1. Pensamientos (9-14); 2. El comienzo de la vida (15-42); 3. La muerte súbita (43-66); 4.

Lesiones cerebrales y estados de coma (67-78); 5. Forma natural de preparar a los niños para la vida (79-100); 6. El duelo, catalizador para el crecimiento y la comprensión (101-126); 7. Niños desaparecidos, asesinados y suicidio infantil (127-150); 8. Tratamientos alternativos: la visualización (151-164); 9. Cuando los niños saben que van a morir (165-188); 10. Como pueden ayudar los amigos (189-216); 11. Los funerales (251-264); 13. Aspectos espirituales del trabajo con niños moribundos (265-292); 14. Recursos: grupos y sistemas de apoyo (293-295).

KÜBLER-ROSS, E. (1992) Los niños y la muerte. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. Carta publicada por Shanti Nilaya, escrita en respuesta a un niño de nueve años enfermo de cáncer, que escribió a Kübler-Ross preguntándole tres cosas: ¿Qué es la vida?...¿Qué es la muerte?...¿Y por qué tienen que morir los niños? La autora escribió una carta sencilla con los colores del plumier de su hija. Su respuesta fue muy positiva. Se sintió muy orgulloso de tener un libro escrito e ilustrado especialmente para él, por Elisabeth. No sólo lo compartió con otros niños, sino también con los padres de otros niños muy enfermos. Dougy dio permiso para imprimirlo y, a través de Shanti Nilaya, difundirlo para ayudar a otros niños a comprender estas preguntas tan importantes.

KÜBLER-ROSS, E. (1992) No hay ningún niño que no se de cuenta de su muerte inminente. Labor Hospitalaria. Nº 225-226. Julio-Diciembre. Vol. XXIV, págs. 258-261. Barcelona. Extracto de un coloquio mantenido con la doctora Elisabeth Kübler-Ross con motivo de su visita a la Unidad de Cuidados Paliativos pediátricos del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, en ella responde a las siguientes preguntas en un lenguaje sencillo y cálido: ¿Cómo podemos concebir la muerte de los niños terminales y aportarles la ayuda más eficaz?; ¿Cómo percibe y vive el niño el conocimiento de su muerte, según su edad?; ¿Y qué respuesta obtiene el niño con el ejemplo del gusano y la mariposa?; ¿debemos avisar a los hermanos del niño que se está muriendo de todo cuanto acontece con respecto al niño terminal? ¿Hay que decirles siempre toda la verdad?; ¿y los padres cómo reaccionan ante la enfermedad de un hijo?; ¿podemos añadir que usted tiene o sigue alguna metodología que permita a los médicos y enfermeras disponer de una mejor preparación para atender a los niños terminales y a sus familias?; ¿Tiene usted alguna razón específica por la que nos podría explicar el por

qué nos impresiona tanto la muerte a los profesionales de la salud?; ¿qué importancia tienen los voluntarios en las unidades de cuidados paliativos?

KÜBLER-ROSS, E. (1992) Recuerda el secreto. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. Este es el primer libro que escribe la conocida autora para niños, en él hay tristeza pero también superación y sabiduría. Podemos considerarlo un libro maravilloso para que niños y adultos aprendan acerca de uno de los temas básicos de la vida. Esta bella historia trata de amor y de pérdida. Suzy y Peter están unidos entre sí por una gran amistad que comparten también con sus compañeros invisibles, Teresa y Willy. Juegan juntos y son felices a pesar de las burlas que Peter y Suzy sufren de sus amigos imaginarios. Repentinamente los dos niños tienen que enfrentarse a la realidad de la muerte. El modo en que ambos ganan comprensión de ellos mismos y de su universo.

KÜBLER-ROSS, E. (1995) Morir es de vital importancia. Luciérnaga. Barcelona. Libro que agrupa conferencias pronunciadas por la autora en Barcelona (1992) “Niños”; Estocolmo (1980) “Morir es de vital importancia”; Washington (1982) “Sanar en nuestros días”. Así como una entrevista que se le realizó sobre el tema: “SIDA, amor y vida”. En la que aborda mediante una reflexión profunda la situación mundial de hombres, mujeres y niños con SIDA, los mitos y tabúes que han generado las sociedades desde que apareció en 1980, los modelos de curación y nuestra actitud ante ellos. Como problema multidimensional, no describiéndolo como una enfermedad causada por un virus, sino que se han dado unas características que han hecho que “La Madre Tierra esté enferma”. Cada uno puede sanar a su manera, mediante un amor incondicional, aceptando sin juzgar a los demás. Nadie puede vivir sin esperanza, pero esperanza no quiere decir sanación, tratamiento o prolongación de la vida. Kübler-Ross refiere que hemos de abordar la vida de otro modo, empezar a enseñar a toda una nueva generación y que la prioridad número 1 es el AMOR y en tú tiempo, no mi tiempo. Desde la sinceridad y no desde la pretensión. De ahí el nombre de su libro “SIDA, la última oportunidad” sí, esa última oportunidad de aprender el amor de la humanidad liberándonos del miedo que nos destruye. Elisabeth hace una reflexión sobre su vida y el sentido de ella hasta encontrar las claves que hacen crecer el concepto de vida. Esa especie de tarta con sus cuatro cuadrantes: el físico,

emocional, intelectual y el espiritual o también llamado intuitivo. Aborda el significado del lenguaje simbólico y verbal de acuerdo con la teoría de Jung.

KÜBLER-ROSS, E. (1996) Conferencias. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. El presente trabajo, publicado en 1995, con el título *Morir es de vital importancia*, incluye algunas conferencias, junto con la que pronunció en 1992 en Barcelona, además de la entrevista: *SIDA, amor y vida*. En la presente edición, corregida y aumentada, se incluyen las conferencias que la autora pronunció en Suecia y en Estados Unidos: *Morir es de vital importancia* (Estocolmo, 1980); *El capullo y la mariposa* (Estocolmo, 1981); *Sanar al finalizar este siglo* (Washington, 1982); *Decir que sí* (Edgar Cayce Foundation, Virginia Beach, 1985); *Conferencia de Barcelona* (Barcelona, 1992); *SIDA, amor y vida* (Entrevista, Virginia, 1989). Epílogo de la edición sueca. El lector encontrará a lo largo de su lectura algunas repeticiones, inevitables por ser la transmisión de pensamientos y experiencia de la Dra. Kübler-Ross. La presente editorial que ha publicado 4 libros de Elisabeth, ha preferido en la actual edición publicarla en su integridad en el intento de conservar la fuerza, espontaneidad, frescura y unidad presentes en cada una de las conferencias.

KÜBLER-ROSS, E. (1997) *La rueda de la vida*. Ediciones B. Barcelona. La autora, quien no necesita presentación, sintiéndose cercana a su propia muerte tras setenta y dos años de vida intensa y dura, ha decidido escribir estas memorias y recordar junto a los lectores los pasos importantes que han marcado su trayectoria personal y profesional, desde su infancia en Suiza hasta las cátedras de las mejores universidades americanas. El magnífico resultado de este esfuerzo es el presente libro, singular como ella misma, donde la autora nos acerca comentarios de su vida fáciles de malinterpretar si son descontextualizados. Elisabeth Kübler-Ross nos acerca el libro de su vida, del que sobresale el poder del amor incondicional capaz de guiarnos cuando abandonemos la tierra en busca del hogar definitivo: un remanso de paz.

KÜNG, H. (1983) *¿Vida eterna?*. Ediciones Cristiandad. Madrid. Hans Küng, estudió Teología y Filosofía en la Universidad Gregoriana de Roma. Doctor en Teología por el Instituto Católico de París. En el presente trabajo el autor afronta el problema más

agudo e inquietante de nuestros días: ¿qué sucede en la muerte y después de la muerte?, ocupándose de todas sus respuestas ampliamente. Divide el presente trabajo en tres grandes bloques compuestos de varios capítulos: EL HORIZONTE (págs. 19-128): 1. ¿Es morir entrar en la luz?; 2. El más allá, ¿proyección de un deseo?; 3. Modelos de la fe en la eternidad de las religiones. LA ESPERANZA (págs. 129-246): 4. ¿Resurrección de los muertos?; 5. Dificultades con la resurrección de Jesús; 6. Entre el cielo y el infierno. CONSECUENCIAS (págs. 247-362): 7. Muerte humana; 8. ¿el cielo en la tierra?; 9. Fin del mundo y reino de Dios.; Epílogo: sí a la vida eterna (págs. 363-379).

KUYKENDALL, J. (1992) Muerte de un niño. El peor de los secretos guardados. Capítulo 8 de: Agonía, muerte y duelo. Ed. El Manual Moderno. México. Se profundiza en cuando hablar sobre la muerte; el reino donde nadie muere y como experimentan los niños la aflicción.

LABRO, P. (1996) La travesía. Editorial Andrés Bello. Chile. El autor, novelista, periodista, director de cine, vive en París y a consecuencia de una enfermedad fue conducido a una Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente más allá de la UTI (Unidad de Terapia Intensiva), “más allá del cabo de hornos”, a lo que conviene llamar una experiencia de muerte cercana (NDE). El autor relata como en el curso de la travesía vio y escuchó todo tipo de cosas: monstruos, ángeles, pasajes y rostros, vacíos y excesivas plenitudes, compasión, horror y amor. Fue presa del trastorno constante del tiempo y la temporalidad, dejando de tener sentido los días y las noches y careciendo de organización. Philippe perdió todo tipo de referencia, viendo momentos de su vida antigua y de su vida por venir. Dos yo se enfrentaba en ese momento en un diálogo permanente. Donde uno de los yoes decía al otro: “vas a morir, déjate, se acabó”. El otro respondía: “No, combate, hay que vivir”. Quiere el autor reconstruir el tejido y la trama de ese combate y de estos diálogos que nadie escuchó, pero de los cuales, puede reescribir cada línea de esos instantes de verdadero pasado revivido y de esos de su presente irreal, de sus dos experiencias de muerte cercana, una bañada de luz y, la otra al borde de un abismo negro, de lo que siguió, es decir, una especie de segundo nacimiento, y de lo que hoy queda.

LAZARUS, R. (1995) Proceso a la muerte. La realidad del más allá. Editorial Thassàlia. Barcelona. El presente libro pone de relieve la realidad del Más Allá que contrariamente a lo que algunos piensan está muy cercano a nosotros mismos. Porque según el autor, créase o no, estamos rodeados de fenómenos inexplicables: muertos que aparecen, llamadas desde el otro mundo, viajes astrales, visiones de espíritus, contactos mediúmnicos, posesiones, recuerdos de vidas anteriores, experiencias de personas que han muerto durante horas y vuelven sorprendentemente a la vida. Son un testimonio muy sólido de que la muerte no es el fin definitivo, que hay algo más, mucho más y que está a nuestro alcance. El presente libro no pretende ser una tesis sobre el tema sino una crónica objetiva que pretende explicar hechos demostrados, realidades contrastadas por testigos fiables y si llega a la conclusión de que existe una vida espiritual posterior a la muerte física dentro de un Plan Magistral en el que cada uno de nosotros formamos parte. Haciéndolo sin caer en fanatismos irracionales ni ilusiones pueriles. Sin abdicar de la razón y el sentido común, el autor cuestiona la idea del fin absoluto, abriendo otras perspectivas, inmensos caminos nuevos llenos de luz. El autor quiere sumar a las respuestas dadas a la luz de la fe en torno a las preguntas ¿qué hay más allá de la muerte? Hechos y existencias que millones de personas, a lo largo de siglos, nos han ido dejando como testimonio. El libro incluye un pequeño glosario al final, de 34 conceptos usados habitualmente para la explicación de fenómenos o hechos relacionados con la vida tras la muerte.

LEADBEATER, C. W. (1988) A los que lloran la muerte de un ser querido. Editorial Sirio. Málaga. C. W. Leadbeater escribe de una manera entrañable, en sepia, acompañado de las maravillosas ilustraciones de La Divina Comedia de Gustavo Doré, acompañando a quienes han perdido por la muerte a alguien que amaban entrañablemente, alguien que quizá era para nosotros todo el mundo, por lo que ahora nos parece que el mundo está vacío y que la vida no vale ser vivida. Intentando clarificar las dudas que tengamos y abriendo nuestro corazón a la unidad y al amor Leadbeater nos lleva de la mano en este mundo de la pena y la aflicción.

LEADBEATER, C. W. (1995) El más allá de la muerte. RCR Ediciones. Madrid. El presente libro se aborda por parte del autor a la luz de la Teosofía, presentándose a modo de

guía, imprescindible para quien quiera profundizar en el más allá. El autor nos presenta hechos científicos demostrados a la luz de la ciencia y una gama amplia de fenomenología posible relacionada con la muerte, tal como: espíritus, fantasmas, apariciones, formas de ayuda a nuestros muertos y formas de ayudarnos que tienen ellos. Dividido en 35 capítulos, comienza hablando de los falsos conceptos de la muerte, supervivencia, errores religiosos, nuestra actitud hacia la muerte, la verdad de los hechos, vida astral, apariciones, espiritismo, y un largo etcétera. Se presenta el presente libro, como un libro de fácil lectura puesto que no se extiende excesivamente en cada punto (es una guía, no un manual). Curiosamente no trae introducción, prólogo, ni bibliografía, y el índice lo trae al final.

LEARY, T. (1998) El trip de la muerte. Editorial Kairós. Barcelona. El autor, Timothy Leary, psicólogo visionario, profesor de Harvard, artista polifacético, se convirtió en los años setenta en el gurú de la contracultura y más tarde en un acérrimo defensor de la cibernética, la informática y la realidad virtual. La presente obra podemos considerarla irreverente, estimulante y muy divertida, a propuesta del autor insta a que cojamos la sartén por el mango, incluso a determinar cuándo y cómo morir. El el trip de la muerte, el profeta psicodélico nos descubre un abanico de posibilidades abierta a la generación conectada, - desde la descarga de la consciencia en la red, de modo que el alma sobreviva al cuerpo, hasta las alucinantes promesas de la opción cryónica (hibernación), con la esperanza de que la tecnología pueda eventualmente ayudarnos a mejorar, e incluso a evitar la muerte. Podemos considerar el presente libro como una guía de la muerte, recursos para morir y herramientas online. Se divide el presente libro en tres partes: 1. Vivir; 2. Morir; 3. Una muerte de diseño. En la primera parte: vivir, se analiza La pregunta ¿Cuál es el sentido de la vida?; la ciberrnática: la alquimia moderna; el lenguaje; las drogas; la psicología y la mutación. En la segunda parte: Morir, se analiza la cuestión ¿te estás muriendo? ¡ organiza una fiesta !; un último tabú para el camino; diseño de una muerte inminente; la muerte es el viaje (Trip) definitivo. La tercera parte: una muerte de diseño, se divide en cinco partes: Elección de una técnica alternativa del Menú Evolutivo; la opción cryónica; nanotecnología; el siglo XXI: cyborguización y alternativas postbiológicas de inmortalidad; la última

escapada de Timothy Leary. Concluye el autor con Addendum: la representación de la muerte de Timothy Leary, tal como sus amigos lo recuerdan.

LEBRUN, M. (1989) *Médicos del cielo, médicos de la tierra*. Luciérnaga. Barcelona. La autora, Maguy Lebrun, es enfermera y durante más de 25 años ha trabajado en la "asistencia nueva", acogiendo en su casa a gente desvalida a quien ha ayudado a nacer o morir. En esta obra, Maguy junto a su esposo Naniel Lebrun, han sido elegidos por los "médicos del cielo" o guías espirituales para transmitirles las enseñanzas. La misión que se le encomendó les llevó a adoptar a 18 niños y a apadrinar a cuarenta y a acompañar a varios enfermos en su fase terminal. Se divide la presente obra en siete capítulos: 1. El pan nuestro de cada día (17); 2. Los médicos (17); 3. Los enfermos (133); 4. Los médicos (171); 5. La muerte (213); 6. La reencarnación (245); 7. El grupo (289); A modo de conclusión (317-322).

LEE, E. (1995) *A Good Death*. Rosendale Press. Londres. La autora, doctora, nos escribe con palabras accesibles una guía práctica, la cual nos proporciona información sobre la atención a moribundos en casa, en hospitales o residencias.

LEE, C. (1995) *La muerte de los seres queridos*. Plaza & Janés Editores. Barcelona. La autora nos propone ensanchar nuestro entendimiento de la naturaleza de la experiencia del dolor y de los modos en que los seres humanos hacen frente a la pena o reaccionan ante ella. Porque si bien ésta, como el amor, constituyen una de las experiencias más profundas de la vida, también es una de las más desatendidas. Carol Lee nos revela los aspectos inesperados de entrevistas y concibe el libro como una investigación al intentar averiguar lo que significan las experiencias personales para todos nosotros. Este libro se ocupa, en esencia, de expediciones. Buena parte del desplazamiento que efectuamos hacia la pena, y a través de ella, tal como llama la autora "el viaje de dentro hacia fuera". ¿Cómo lo realizamos?. ¿Cómo logran las personas salvar el enorme foso entre los sentimientos intensos causados por el dolor y un mundo exterior ajeno a su desorden íntimo?. ¿Cómo retornan al mundo tras haber sufrido un tremendo golpe? Este libro explora muchos caminos y se plantea la cuestión de los hábitos y las costumbres del pesar y de quienes las padecen.

Carol Lee plantea muchas preguntas y respuestas, implícitas, respecto a pérdidas de todas clases y experiencias diversas. Se divide el libro en trece capítulos: 1. La defensa frente a la pena; 2. Adultos conscientes y los hijos ajenos; 3. Objetos de deseo; 4. Ruptura de la fidelidad; 5. Que lo pases bien; 6. Cualquier montaña bastante alta; 7. Corazones de plástico en la puerta del frigorífico; 8. Detener el tiempo; 9. Resurrecciones; 10. Apaciguar al vicario; 11. En cada final hay un comienzo; 12. No basta con una placa en un rosal; 13. No es la única tragedia. En el epílogo (págs. 235-238) la autora nos revela que motivo la llevó a escribir el libro. Es una experiencia de gran enseñanza.

LEE, V. (1972) *The Magic Moth (La mariposa mágica)*. Greenwich, Conn.; Seabury Press. La historia de la muerte de una niña de diez años. Su presentación delicada llegará a los corazones de niños de todas las edades.

LESTER, E. (1988) *Nuestra última aventura. Una guía racional para la muerte y el más allá*. Editorial Teosófica. Barcelona. El autor nos expone que hay un viaje que nos espera y que ninguno de nosotros puede evitar: nuestra última aventura, la muerte y el más allá. Nos introduce en como saber algo por adelantado de lo que nos espera, de igual manera que nos preparamos cuando viajamos al extranjero, es de sabios llevar un mapa y una guía del país. ¿Cómo puede saberse? En los siguientes capítulos el autor traza una guía racional del mundo del más allá: 1. la vida extra-corporal, 2. el retorno desde el más allá, 3. el testimonio del espiritismo, 4. la vida cotidiana: aquí y allí, 5. acostumbrarse a vivir sin cuerpo, 6. el progreso en el mundo del más allá, 7. la bendición celestial, 8. el trabajo inacabado. Y como epílogo: preparativos para el viaje.

LEVINE, S. (1993) *¿Quién muere?*. Editorial Era Naciente. Argentina. El autor, conocido maestro de meditación, que contando con la estrecha colaboración de su esposa Ondrea, se ha vuelto un abnegado servidor de quienes están por llegar al fin de sus días, nos acerca en el presente libro el trabajo fruto de integrar todos los campos de conocimiento de manera que tal como señala Ram Dass en el prólogo, por momentos adquiere proporciones clásicas. En el presente libro, de obligada lectura para quienes quieran tener una visión global del mundo del morir, Levine entiende y asiste el

proceso del morir de manera personal, considerando que el trabajo que hace uno sobre sí mismo es lo más importante para todos los involucrados, los que curan, los que ayudan, las familias y los propios individuos que se acercan a la muerte. El autor nos invita a contemplar directamente “lo que es”, con claridad, sin emitir juicios. Quita al melodrama muerte su temible potencia y reemplaza el miedo por una comprensión tranquila, sencilla y compasiva. Algunos capítulos del presente trabajo son: 1. Abrirse a la muerte; 2. Nacer; 3. También debes estar preparado; 4. La mente sedienta; 5. Los modelos; 6. Cielo/infierno; 7. Terminar un asunto; 8. El pesar; 9. La muerte de los niños; 10. Trabajando con el dolor; 11. Acercándose a la muerte; 12. Trabajando con moribundos; 13. Carta de una amiga; 14. ¿Quién muere?; 15. deja de controlar; 16. Sanación/muerte. El gran acto de equilibrio; 17. El suicidio; 18. Las ceremonias fúnebres; 19. Ramana Maharshi; 20. Las etapas del morir; 21. Morir consciente; 22. El momento de la muerte; 23. Explorando la experiencia posterior a la muerte; 24. Meditación para después de la muerte; 25. La partida final; Anexo I: Morir en la propia casa; Anexo II: meditación Shandha; Anexo III: El sistema “Bardo” Tibetano; Nómina para temas musicales; Bibliografía; Sobre el autor.

LEVINE, S. (1995) Sanar en la vida y en la muerte. Los libros del comienzo. Madrid. Esta obra de Stephen Levine contempla la vida de un modo diferente, al tomar en consideración el poder que encierra la sanación de la mente y el corazón. El autor nos ofrece a lo largo de las páginas una sanación con la ayuda del espíritu y despejando el corazón, reconociendo los bloqueos del corazón como bloqueos a la sanación. Se presentan técnicas o herramientas nuevas para trabajar el dolor y la pena, y se destaca la importancia que tiene desarrollar una consciencia compasiva como medio de alentar a otras personas a hacer lo mismo. El autor nos propone emprender el camino de la sanación participando activamente en la vida, entrando completamente en cada momento sin distorsionar el pasado ni ocultarnos del futuro. Estar plenamente vivo es no excluir nuestra muerte de nuestra sanación.

LEVINE, S. (1995) Encuentros en la orilla. Los libros del comienzo. Madrid. Con notable maestría Stephen Levine nos invita a participar en los aspectos más íntimos y sutiles de la vida y de la muerte. A partir de las conversaciones telefónicas mantenidas durante 3

años con personas que hacían frente a lo desconocido. Levine ha captado las emociones y problemas que surgen en estas situaciones y nos invita a reconocer nuestras resistencias profundizando en las resistencias de los demás. Este libro explora el miedo y la duda, el valor y la determinación que surgen para tratar de hacer frente a lo incontrolable, a lo desagradable, a lo que siempre se ha temido y acaba de ser descubierto. El sentimiento de sufrimiento que experimentamos al leer las historias que se nos acercan es nuestro propio sufrimiento. Son señales de nuestra lucha para quedarnos en un territorio seguro, que nos indican nuestras dificultades para morir, nuestras dificultades para vivir. Durante años Stephen y Ondrea han trabajado con enfermos en situación terminal y han investigado la pena y la sanación. Este trabajo está extraído de las grabaciones realizadas en el "teléfono de los moribundos". El trabajo del autor se basa principalmente en el trabajo personal, por lo que no son historias de "otros" sino de todos los que estamos en el proceso de purificación y crecimiento. El autor aborda los diferentes temas: abrirse a la pena, permitir la muerte, perdón y sanación, sanar la pena, acompañar a un padre moribundo, siempre se puede decir algo, decidir la muerte, aprender a entregarse, morir en casa, nadie puede morir tu muerte, etc.

LEWIS. C. S. (1961) *A grief observed*. Faber & Faber. London. El autor C. S. Lewis escribió tras la muerte de su esposa: no me hablen de las consolaciones de la religión. A pesar de, o quizás a causa de su gran fe religiosa, Lewis explica y expresa su aflicción en términos de una batalla con Dios. Compartiendo la actitud abierta y vulnerabilidad de Lynn Caine y, como ella, empieza gradualmente a reconstruir el mundo que se la ha caído.

LEWIS, O. (1970) *Una muerte en la familia Sánchez*. Joaquín Mortiz. México. Libro realizado a partir de entrevistas grabadas con tres personas y presenta tres visiones de la muerte, del velatorio y del entierro de una tía de ellas. Las tres historias revelan la dificultad con que se encuentran los pobres cuando los pobres cuando tienen que disponer de sus muertos.

LINDEMANN, E. (1944) Syntomatology and management of acute grief (sintomatología y manejo de la aflicción aguda) American Journal of Psychiatry. Vol. 101. Pág. 141-148. Esta obra corta, pero ya clásica, sigue siendo de los mejores informes descriptivos sobre la aflicción aguda. En ella, el autor Erich Lindemann, distinguió primero entre la aflicción normal y la patológica y sugirió un método directo de corregir la aflicción reprimida o retardada. Desgraciadamente, no reconoció que una de las condiciones más comunes que requieren de ayuda psiquiátrica es la aflicción crónica y ésta no se cura con la terapia del autor.

LINN, D. (1997) Vidas pasadas, sueños presentes. Ediciones Robinbook. Barcelona. Denise Linn nos propone un nuevo acercamiento a las teorías de la reencarnación y el karma a través de técnicas para el conocimiento de nuestras vidas pasadas y el desciframiento de los sueños. Enseñándonos a entrar en contacto con nuestros guías espirituales y con las demás fuerzas espirituales del cosmos para que nos marquen el camino a seguir en nuestro proceso de transformación interior. Todo ello, con el objeto de superar nuestros miedos, fobias y dificultades en ámbitos relacionados con las dolencias físicas, la prosperidad o la creatividad. Se divide este trabajo en 9 partes: 1. Mi viaje a las vidas pasadas y los sueños (7-48); 2. La reencarnación y el karma (49-68), 3. La terapia de las vidas pasadas (69-92); 4. Cómo recordar una vida pasada (93-124); 5. Sueños y vidas pasadas (125-144); 6. Resoluciones: cómo curar los bloqueos en vidas pasadas durante la regresión (145-156); 7. Guías espirituales, ángeles y vidas pasadas (157-178); 8. Vidas pasadas, vidas futuras (179-186); 9. Tiempo, espacio y el más allá; el paso siguiente (187-193).

LOPATA, H. Z. (1978) Women as widow: support system (las mujeres como viudas: sistemas de apoyo). New York: Elsevier Press. Un análisis sociológico de entrevistas con 1169 viudas que vivían en la parte metropolitana de Chicago y que recibían beneficios del Seguro Social como sobrevivientes de un trabajador elegible. El presente trabajo, explora los sistemas de apoyo económico, social y de servicio de éstas mujeres y la red de personas que proveen estos apoyos o que son afectadas por la acción de la viuda. Se discute con gran detalle las contribuciones a los sistemas de apoyo por parte de la memoria del fallecido esposo, por un nuevo marido, amigos, hijos, hermanos y

hermanas, otros parientes, vecinos, compañeros de trabajo y miembros de las profesiones que ayudan.

LÓPEZ IMEDIO, E. (1998) *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. La autora, Jefa de la Unidad de Enfermería. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, nos acerca un trabajo importante, de obligada referencia, a tener en cuenta por las enfermeras de nuestro país al hablar de lo Cuidados Paliativos y enfermería, pues además cuenta, según refiere, con 109 colaboradores referenciados, enfermeros en parte. Se encuentra dividido el presente libro en cinco grandes bloques: **PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS** (págs. 1-34): 1. Perspectivas históricas sobre la muerte; 2. Consideraciones actuales sobre el morir; 3. Bases fundamentales de los Cuidados Paliativos; 4. Principios generales del control de síntomas; 5. El movimiento Hospice y los Cuidados Paliativos; 6. La enfermería en Cuidados Paliativos. **SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL** (págs. 35-208): 7. El cáncer. Historia natural. Diseminación tumoral; 8. Quimioterapia y hormonoterapias paliativas; 9. Radioterapia paliativa. Actividades de enfermería en un servicio de radioterapia; 10. Cirugía paliativa; 11. Cuidados de enfermería en las úlceras de presión y en los tumores ulcerados; 12. El linfedema neoplásico. Cuidados de enfermería; 13. Cuidados de enfermería en las ostomías; 14. Cuidados de enfermería en las fístulas; 15. El dolor en el cáncer avanzado; 16. Tratamiento farmacológico del dolor canceroso; 17. Tratamiento no farmacológico del dolor; 18. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor; 19. Cuidados de enfermería en el paciente con cateter epidural; 20. Síntomas digestivos en el paciente en fase terminal; 21. Síntomas respiratorios en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería; 22. Síntomas urológicos en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería.; 23. Síntomas sistémicos en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería.; 24. Síntomas neurológicos en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería.; 25. Síntomas neuropsicológicos en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería.; 26. Urgencias en cuidados paliativos; 27. La agonía; 28. El manejo de la deshidratación en el paciente con enfermedad oncológica en fase terminal.; 29. La infusión subcutánea continua.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS (págs. 209-274): 30. Abordaje de los problemas psicológicos durante la enfermedad terminal.; 31. Comunicación: el arte de hacer preguntas.; 32. La comunicación con la familia. Claudicación familiar.; 33. Preocupaciones y necesidades de la familia del enfermo en fase terminal.; 34. La conspiración del silencio.; 35. El duelo.; 36.36. El equipo interdisciplinar. La formación de equipos.; 37. El estrés en el equipo.; 38. El síndrome del Burn-out: Cómo cuidar al cuidador. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE TERMINAL DE OTROS ENFERMOS NO ONCOLÓGICOS Y EN LOS NIÑOS (págs. 275-328): 39. Control de síntomas en el paciente con SIDA en fase terminal.; 40. Cuidados de enfermería en el paciente con SIDA en fase terminal.; 41. Aspectos psicosociales en el paciente con SIDA en fase terminal.; 42. Los ancianos con enfermedades en fase terminal.; 43. El paciente con demencia en fase terminal. Cuidados de enfermería.; 44. Cuidados paliativos en el paciente oncológico pediátrico.; 45. Cuidados de enfermería en niños enfermo de cáncer en fase terminal.; 46 Aspectos psicológicos de la atención en el niño en fase terminal. ASPECTOS ÉTICOS, DE CALIDAD, DOCENTES Y ORGANIZATIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.(329-399): 47. Aspectos éticos en cuidados paliativos.; 48. Los dilemas éticos: eutanasia, decisiones en pacientes no capacitados y encarnizamiento terapéutico.; 49. Aspectos espirituales en Cuidados Paliativos.; 50. Criterios de Calidad y evaluación de servicios en Cuidados Paliativos.; 51. Calidad de vida en el paciente en fase terminal.; 52. Formación de enfermería en Cuidados Paliativos.; 53. Cuidados Paliativos y enfermería.; 54. Modelos organizativos de los Cuidados Paliativos en España.; 55. La atención domiciliaria en Cuidados Paliativos.; 56. La atención del enfermo hospitalizado.; 57. La coordinación entre niveles en Cuidados Paliativos.; 58. Programa de Cuidados Paliativos a pacientes oncológicos terminales en el Área 1 de Madrid.; 59. El voluntario en Cuidados Paliativos. Se incluyen las referencias bibliográficas al final de cada tema.

LÓPEZ, I. (1994) Visita a domicilio al paciente terminal. En: Atención domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. págs. 681-830. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid. El presente capítulo, parte de la justificación de que el paciente en estado terminal y la aplicación de los cuidados en el proceso del morir son, sin duda, el aspecto más difícil y complicado del trabajo de la enfermera. Además de requerir una gran preparación

profesional, de entereza personal y comprensión de la situación que se crea en la familia. Sobre la enfermera de nivel primario de salud va a recaer la responsabilidad de cuidar, apoyar y enseñar al paciente, y especialmente a su familia cuando se ha tomado la decisión de morir en casa. El presente trabajo se encuentra dividido en: 1. Justificación de la atención domiciliaria al paciente terminal (pág. 683-687); 2. Causas de muerte y síntomas más frecuentes del enfermo terminal moribundo (687-695); 3. Valoración de enfermería del paciente terminal; unidades de valoración (696-743); diagnósticos de enfermería (744-772); 4. Anexos de educación para la salud: Anexo 8.1. El trabajo en equipo: base de los cuidados paliativos al paciente terminal (772-776); Anexo 8.2. La familia del paciente terminal: un equipo que se autocuida (776-780); Anexo 8.3. El tratamiento del dolor terminal (780-789); Anexo 8.4. la pérdida de apetito en el paciente terminal (790-795); Anexo 8.5. Métodos de autoayuda para el enfermo terminal y su familia (796-802); Anexo 8.6. Satisfacer las necesidades espirituales del paciente terminal (802-805); Anexo 8.7. Los últimos cuidados del paciente en su casa. El fallecimiento (805-810) ; Anexo 8.8. Educación a la familia del paciente terminal con SIDA (810-818); Anexo 8.9. Hablar sobre la muerte. Conductas más frecuentes en el paciente terminal y sus familiares(818-824); Anexo de técnicas (824-825); Caso práctico (825-829). Bibliografía con 38 citas de interés (829-830).

LOPEZ, P. (1987) Más allá... Aventura espiritual a través de cuentos y leyendas. PS Editorial. Madrid. Morir, en la página 57. El autor hace un abordaje de cuentos de los distintos aspectos de la vida y de las culturas, incluye, como no podía faltar, un cuento relativo a la muerte (pág. 57).

López Ruiz, J.M. Crónica negra del siglo XX. Madrid: Editorial Libsa; 2003. Los acontecimientos más cruentos también son un reflejo de la desarrollada sociedad del siglo XX. Por tanto, en esta crónica se analizan pormenorizadamente todos aquellos que han tenido una trascendencia internacional, omitiendo los casos de asesinatos políticos y los provocados por el terrorismo. La recopilación de la documentación ha sido ardua porque no se ha limitado a un solo país, sino que, por el contrario, el libro abarca muchos lugares en los que han sucedido hechos terribles. La repercusión social que han tenido es el motivo por el que estos crímenes han despertado tanto interés

entre el público en general. Los capítulos se dividen por periodos de diez años, a lo largo de todo el siglo XX: 1901-1910; 1911-1920; 1921-1930; 1931-1940; 1941-1950; 1951-1960; 1961-1970; 1971-1980; 1981-1990; 1991-2000.

MAGUIRE, DANIEL C. (1975). La muerte libremente elegida. Sal térrea: Santander.

McCAFFERY, M.; BEEBE, A. (1992) Dolor. manual Clínico para la práctica de enfermería. Salvat Editores. Este manual clínico ofrece información básica, instrumental y técnicas específicas que la enfermera y otros profesionales de la salud utilizan actualmente para ayudar a los pacientes con dolor. las autoras, dos enfermeras de prestigio internacional en el tema del dolor, Margo McCaffer y Alexandra Beebe, subrayan las estrategias específicas que el equipo de salud puede aplicar, con toda confianza, para el tratamiento individualizado de pacientes de todas las edades, tanto en el entorno hospitalario como en el extrahospitalario. Además de la información práctica que veremos a continuación, analizando el índice, el manual incluye: diagnósticos de enfermería, planes de cuidados e intervenciones de enfermería, educación sanitaria para el paciente y la familia, apartados de ayuda inmediata, identificación y tratamiento de complicaciones. Incluyen bibliografía recomendada al final de cada capítulo. Manual de gran utilidad y de un muy buen nivel en contenidos y bibliográfico. Las autoras han desglosado el libro en 12 capítulos: 1. Perspectivas sobre el dolor: Historia, situación actual y desarrollo del papel de la enfermera (págs. 1-5); 2. Valoración (7-36): Dentro de la cual incluyen lo relativo a los conceptos erróneos que impiden la valoración de los pacientes con dolor, la autoridad sobre el dolor, credibilidad, dolor y emoción, simulación, causas del dolor, comportamientos frente al mismo, percepción dolorosa, tolerancia al dolor, placebos, pacientes con dolor que rechazan su alivio, problemas del lenguaje/comunicación, temores relacionados con los analgésicos, negación inadvertida, encubrimiento deliberado, principales tipos de dolor: clasificación y planeamientos terapéuticos, clasificación de los tipos de dolor, instrumentos de valoración, instrumento para la valoración inicial del dolor, hoja de valoración y documento adicional de valoración así como un resumen. Capítulo 3. El proceso de enfermería en las personas con dolor (37-45): El proceso de enfermería: un planteamiento para la solución de problemas, diagnósticos de enfermería relacionados

con el dolor, teorías sobre el dolor, guías para el control del dolor; 4. Control farmacológicos del dolor: un enfoque multidisciplinario (47-140): el papel y responsabilidad de la enfermera, conceptos clave en el tratamiento con analgésicos, práctica clínica y educación sanitaria del paciente, intervenciones farmacológicas: analgésicos no narcóticos (AINE), analgésicos narcóticos (opiáceos), medicación y analgésicos coadyuvantes; 5. Estimulación cutánea (141-183): Definición de la estimulación cutánea, beneficios y límites, guías para la selección, desarrollo y el uso de la misma en el alivio del dolor, masaje superficial, presión/masaje, vibración, aplicaciones superficiales de calor y frío, aplicación de mentol a la piel, estimulación nerviosa transcutánea (ENET); 6. Distracción (185-199): Definición, beneficios y límites, estrategias de distracción para los episodios breves de dolor, mantener los estímulos sensitivos normales para el dolor continuado, guía de cuidados de enfermería y educación sanitaria del paciente/familia para el mantenimiento de un estímulo sensorial normal; 7. Relajación (201-225): definición, beneficios y límites, técnicas de relajación activa del paciente, técnicas de relajación del paciente como receptor pasivo; 8. Visualización (227-246): definición, beneficios y límites, técnicas de visualización; 9. Dolor crónico no maligno: consideraciones especiales (247-279): definición, propósito y limitaciones del presente capítulo, conceptos erróneos sobre el dolor crónico no maligno, guía de cuidados de enfermería, puntos de educación sanitaria para el paciente/familia, remitir al paciente a un programa para el tratamiento del dolor; 10. El dolor en los niños: consideraciones especiales (281-325): conceptos erróneos, comunicación, valoración, planteamientos para el alivio del dolor; 11. El dolor en el anciano: consideraciones especiales (327-343): propósito y limitaciones, conceptos erróneos sobre el dolor en el anciano, valoración, intervenciones para el control del dolor, el futuro; 12. Evaluación (345-349): evaluación del plan de cuidados general, realización de una lista de comprobación de las medidas de control del dolor, asimilación de la experiencia dolorosa, fracaso en el alivio del dolor; Guía de estudio (351-362): de cada uno de los capítulos ya citados. Índice alfabético de materias (363-369).

MAGUIRE, D. (1975) *La muerte libremente elegida*. Editorial Sal Terrae. Santander. El presente libro se divide en dos grandes grupos temáticos: 1. Un nuevo clima para la

muerte, en el cual se abordan cuestiones tan claras como: Medicina, poderes y problemas; la situación anticuada de la legislación y los nuevos modelos de moralidad.

2. La ética de la muerte por elección, la cual se divide a su vez en cinco apartados: 1. ética, como hacerla; 2. cuatro cuestiones; 3. la decisión por uno mismo: objeciones; 4. la decisión por los otros: objeciones; 5. desde el aborto a la guerra: las formas de la muerte legal. El presente libro de opinión, aunque escrito hace dos décadas resulta de interés y fácil lectura, además de incluir a pie de página las referencias bibliográficas brevemente comentadas.

MARCUS, P; ROSENBERG, A. (1992) Los sobrevivientes de una muerte masiva provocada por el hombre y algunas implicaciones del tratamiento. Capítulo 9 de: Agonía, muerte y duelo. Ed. El Manual Moderno. México. (págs. 137-161). Se divide el presente capítulo en: introducción, terror a la muerte; la naturaleza de la muerte masiva provocada por el hombre; vidas significativas; estructuras simbólicas; inmortalidad biológica; destrucción; el impacto que tiene la muerte en masa provocada por el hombre en el sobreviviente; el tratamiento de los sobrevivientes del holocausto; sentido de significado; como atender al sobreviviente; comentarios finales; referencias y notas.

MARGOLIS, O. S.; RAETHER, H. C.; KUTSCHER, A. H.; KLAGSBRUN, S. C.; MARCUS, E.; PINE, V. R.; CHEDRICO, D. J. (1985) Loss, grief, and bereavement: a guide to counselling. Praeger Publishers. New York. La Tanatología es una disciplina que aborda la práctica del soporte físico y emocional de los cuidados, a quien muere y a sus familiares. En el presente trabajo sobre el eterno y continuo proceso de la pérdida y el duelo se enfoca el tópico y sobradamente abordado término del duelo anticipado, el periodo entre el diagnóstico de una enfermedad seria cuando los miembros de la familia deben adaptarse para una proyección de futuro, el duelo patológico y la pérdida. También incluye casos de estudio para examinar las distintas fases del duelo desde distintas perspectivas profesionales.

MARGOLIS, O. S.; KUSTSCHER, A. H.; MARCUS, E. R.; RAETHER, H. C.; PINE, V. R.; SEELAND, I. B.; CHERICICO, D. J. (1988) Grief and the loss of an adult child. The

Foundation of Thanatology Series, nº. 8. Praeger Publishers. New York. Otto S. Margolis es Vicepresidente de la Academic Affairs, American Academy McAllister Institute of Funeral Service de New York. El presente ejemplar examina y describe aspectos del duelo que son peculiares en quien tiene pérdidas adultas, expresando el punto de vista de escolares, clínicos, trabajadores sociales, y personas que individualmente han tenido experiencias personales de pérdidas de adultos jóvenes. Se describe la experiencia de hombres y mujeres desde la óptica de la tanatología, una disciplina que enfoca desde un soporte de cuidados médicos y emocionales de quienes viven situaciones de pérdida. La filosofía de los cuidadores es propuesta en diferentes alternativas de modo que repercutan en una mejor calidad de vida, introduciendo métodos de intervención, lo cual repercute y nos hace comprender el proceso del duelo, los problemas de la separación, pérdida, luto y duelo. Los contenidos del presente libro están desglosados en los apartados: Duelo y pérdida en el joven adulto; relaciones entre duelo y pérdida, aproximación interdisciplinaria al duelo; conceptos del servicio funerario en relación con la pérdida y el duelo.

MARKHAM, U. (1997) *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*. Ed. Martinez Roca. Barcelona. La autora, Úrsula Markham, nos refiere que tarde o temprano todos tendremos que enfrentarnos a la pérdida de algún ser amado, pero nos pregunta: ¿estamos preparados para ello? El presente libro, a modo de manual, nos ofrece ayuda y consuelo que tan indispensables resultan en tales momentos. El trabajo se divide en ocho capítulos: 1. Sobre la pérdida de un ser querido; 2. ¿qué viene después?; 3. Asuntos pendientes; 4. Duelo infantil; 5. La pérdida de un hijo; 6. Casos atípicos; 7. Cuando se nos concede un margen; 8. Celebración de la vida. breve reseña bibliográfica de ocho títulos.

MARRIS, P. (1974) *Loss and Change (Pérdida y cambio)*. Pantheon Books. New York. En su obra anterior: *Widows and their families (las viudas y sus familias)*, Marris describió como las viudas de Londres se enfrentan ante la ansiedad de la pérdida. Tomando de su experiencia como sociólogo que estudia experiencias de cambio de vida, desarrolla en éste una teoría de pérdida y cambio. Situaciones tan diversas como los efectos de la urbanización sobre las sociedades tribales de África, los efectos de la eliminación de los

arrabales y los cambios a los que se encaran los estudiantes americanos que entran en las universidades revelan un patrón común de respuestas y tiene importancia práctica para la planificación de los cambios.

MARTINEZ HERNANDEZ, J. (1992) Muerte e individuo en el pensamiento contemporáneo (Schopenhauer, Unamuno y Heidegger). Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Murcia. Se trata de un estudio sobre los orígenes filosóficos de la experiencia contemporánea de la muerte, dicha experiencia es calificada como experiencia trágica de la muerte, que surge como consecuencia de la crisis de las grandes mediaciones tradicionales entre individuo y muerte en occidente: idea cristiana de salvación, idea de reconciliación, progreso o revolución. Esta experiencia trágica es analizada en tres itinerarios diferentes, en tres de sus variaciones, utilizando para ello las obras de Schopenhauer, Unamuno y Heidegger. Al mismo tiempo, se afirma que la experiencia trágica de la muerte tiene dos direcciones, una es la que representan los autores ya señalados y otra es la que representan Nietzsche, Camus y Sartre, que son utilizados como contrapunto de los primeros. En la primera dirección destacan como caracteres principales la hegemonía de la muerte y el antihumanismo, mientras que en la segunda destaca un humanismo.

MARTINEZ, J. (1995) La experiencia trágica de la muerte. Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones. El presente libro, está concebido por el autor, como pensado contra la muerte y gestado a causa de su presencia, su angustia y su dolor, como combatiendo la sensación de justificarla. El autor hace un análisis de la obra de 3 grandes pensadores: Schopenhauer (primera parte, págs. 31-84); Unamuno (segunda parte, págs. 85-130); Heidegger (tercera parte, págs. 131-170). Schopenhauer representa la negación más radical del individuo ante la muerte, mientras que Unamuno encarna su afirmación/negación más contundente y apasionada. Heidegger es con toda probabilidad quien con más rigurosidad la ha pensado. Contiene un resumen bibliográfico en las páginas 171-176.

MARTY, P. (1984) Los movimientos individuales de vida y de muerte. Ediciones Toray. Barcelona. Trabajo que relaciona el mundo apasionante de lo corporal y lo psíquico,

reduciendo lo complejo a sus elementos más simples y situar los instintos fundamentales. Hay un cierto grado de especulación y bastante experiencia clínica (en el Hospital de la Poterne des Peupliers, Institut de Psychosomatique de París) desde una perspectiva psicoanalista y evolucionista. El autor intenta dar coherencia de manera que constituya un modelo teórico adecuado para investigaciones y comprobaciones posteriores, pretendiendo llegar a las raíces más profundas que determinan la estructuración funcional de los organismos vivos, su desorganización y muerte. Libro de no fácil lectura modifica y/o añade precisiones al dualismo freudiano de los instintos de vida y muerte.

MASSA, M. C. (1987) El desarrollo del concepto de muerte en la infancia: Un análisis psicogenético. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo. El presente trabajo tiene como descriptores metodológicos: investigación psicológica, método clínico, análisis cualitativo, encuestas, entrevistas estructuradas, método descriptivo, frecuencia. Resumen de resultados: Aparecen tres etapas diferenciadas y coincidentes con los estadios evolutivos de Piaget. 1. De 5 a 7 años dificultad para definir la muerte. Evocando sólo casos extremos como vejez por lo que no le alcanza esa posibilidad, siendo el lugar de los muertos el cielo o el infierno. Niegan que los muertos puedan existir y no aceptan la posibilidad de retorno. 2. De 7 a 11 años aumenta la capacidad para definir y actuar sobre los acontecimientos no presentes. Llama la atención el cambio de la forma de exponer las causas de la muerte y conciben la existencia de razones internas biológicas. Se acepta la obligatoriedad, universalidad e inevitabilidad del fenómeno. 3. De 11 a 14 años hay un cambio cualitativo. Especula objetivamente sobre ello y se suele considerar como el fin de la historia individual. Hay una mayor finura en el análisis de los sentimientos y expresan las razones de sus propias reacciones.

MATTHEWS - SIMONTON, S. (1993) Familia contra enfermedad. Los libros del comienzo. Madrid. El presente libro ofrece una panorámica positiva y sistemática del trabajo que Stephanie Matthews-Simonton inició hace más de 20 años sobre la investigación de las causas psicológicas del cáncer y su tratamiento, estudiando el modo de crear un ambiente que favorezca la recuperación y el mantenimiento de la

salud. El presente trabajo explora de manera detallada los aspectos que podemos desarrollar para animar la participación de los pacientes en su recuperación, la necesidad de expresar la gama de emociones que acompañan a las enfermedades graves o el modo en que podemos movilizar nuestro sistema inmunitario mediante las técnicas de visualización.

MATTHEWS - SIMONTON, S.; SIMONTON, O. C.; CREIGHTON, J. L. (1995). Recuperar la salud. Los libros del Comienzo. Madrid. Los autores: psicoterapeuta, doctor en medicina y profesional independiente de la psicoterapia, abordan en el presente libro nuestras reacciones individuales de respuesta al estrés y los factores emocionales que pueden contribuir al desencadenamiento y progreso del cáncer y otras enfermedades. Consideran, los autores, que una actitud positiva, un sistema positivo de creencias y una mayor autoestima contribuyen no sólo a la supervivencia sino que hacen que la vida gane en color y en calidad. El presente libro se presenta dividido en 2 partes: 1. La muerte y el cáncer, 2. Caminos a la salud. A su vez la primera parte se divide en: 1.- la conexión mente-cuerpo: un acercamiento psicológico al tratamiento del cáncer; 1.- misterios de la sanación: el individuo y sus creencias; 3.- la búsqueda de las causas del cáncer; 4.- el punto de unión entre estrés y enfermedad; 5.- personalidad, estrés, cáncer; 6.- las expectativas sobre el cáncer y sus efectos en la recuperación; 7.- modelo integral de recuperación del cáncer. La segunda parte se divide en: 8.- el programa: modos de funcionamiento; 9.- participar en la salud; 10.- “beneficios de la enfermedad”; 11.- aprender a relajarse y visualizar la recuperación; 12.- valor de las imágenes mentales positivas; 13.- superar el resentimiento; 14.- crear el futuro: establecimiento de metas; 15.- encontrar el guía interno para la salud; 16.- controlar el dolor; 17.- ejercicio; 18.- enfrentarse a los miedos, a la recaída y a la muerte; 19.- el sistema familiar de apoyo. Se incluye bibliografía (págs. 291-297) con 97 citas bibliográficas de libros y artículos publicados en inglés.

MEUROSIS-GIVAUDAN, A. y D. (1994) Crónica de un acompañamiento. Luciérnaga. Barcelona. Anne y Daniel Meurosis-Givaudan, diplomados por la Universidad de Lille (Francia), dedicaron parte de su vida a la enseñanza de la lengua francesa. Desde 1971 como resultado de una experiencia personal, se han dedicado a trabajar e investigar

las diversas esferas de la existencia. Cuando un ser querido nos deja, a menudo sucede que no sabemos como ayudarlo. ¿Qué quiere decir su muerte?. Nos revelamos, nos resignamos... pero esto nada soluciona. Frente a esta situación existe, sin embargo, una respuesta, una actitud adecuada. Los autores, han podido acompañar durante los últimos meses de vida, el itinerario de Elisabeth, una mujer que padecía cáncer. Semana tras semana transcribieron lo que pudieron percibir y ver gracias al método de la descorporación que practican desde hace ya varios años. Escrito con el corazón, el presente relato es de gran utilidad para aquellos que quieren ayudar a un ser querido que debe partir.

MEYER, J. (1983) *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Editorial Herder. Barcelona. El autor, el doctor Joachim Ernst Meyer es profesor en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Gotinga. La base del presente estudio no son las experiencias en el trato con moribundos, sino los conocimientos de la psiquiatría, de la psicoterapia y de la psicósomática. La preocupación de los individuos por su finitud y la actitud pública ante la muerte, la cual se tiende a ver hoy como un hecho natural que no debe ser objeto de temor. El autor defiende la tesis de que el dilema del hombre moderno radica en esta discrepancia entre la actitud individual y la actitud colectiva ante el morir y la muerte.

MILLS, M. (1972) *Annie and the Old One (Anita y la vieja)*. Boston: Little, Brown and Co. La historia de una indiecita navajo que no comprende la muerte inminente de su abuela; se discute el concepto de que hay un momento en que todas las cosas tienen que volver a la tierra.

MITTAG, O. (1996) *Asistencia práctica para enfermos terminales. Consejos para la familia y para la hospitalización*. Editorial Herder. Barcelona. El autor, doctor en psicología y director de la LVA de Schleswig-Holstein, se dedica al cuidado psicológico de pacientes con afecciones cardiovasculares, a la psicoterapia y a la investigación científica. En el presente libro nos ofrece consejos concretos y realistas para todos los que cuidan a enfermos terminales en hospitales, en centros alternativos o en casa. También nos da instrucciones y técnicas para la aplicación más idónea de la higiene y

de los medicamentos. De fácil lectura, el presente libro hace un acercamiento, a modo de guía, a ocho bloques temáticos: 1. La historia de la muerte (pág. 15-24); 2. Lo que significa morir (25-55); 3. Morir en el hospital (56-87); 4. Morir en el hogar (88-128); 5. El movimiento de las hospitalidades (129-154); 6. Cuando lo los niños mueren (155-174); 7. El tiempo del duelo (175-193); 8. Terapia del dolor (194-208); Bibliografía con 49 referencias en alemán (208-212). En el capítulo Morir en el hospital (páginas 56-87) se abordan los siguientes apartados: la muerte en el hospital no es indigna; ¿Cuándo es conveniente la muerte en el hospital?; las condiciones en el hospital; la ilustración de enfermos incurables y de sus parientes: la comunicación del diagnóstico, posibles reacciones del paciente, quitar miedo y dejar esperanza; la asistencia a pacientes extranjeros; servicio de cuidados intensivos; acompañamiento de los moribundos en el hospital. En el capítulo Morir en el hogar (88-128) se abordan los siguientes apartados: la decisión; ; preparativos y ayudas para la asistencia en casa; la asistencia básica; el apoyo de los demás; el acompañamiento del moribundo; cuando llega la muerte. En el capítulo El movimiento de las hospitalidades (129-154): los principios de la hospitalidad, vivir y morir en una hospitalidad (138-154): el movimiento de hospitalidades de San Francisco, adiestramiento para las hospitalidades, Connie, J. D.- Diagnóstico SIDA, el Laguna Honda Hospice.

MOODY, R. A. (1985) Vida después de la vida. Edaf. Madrid. Estudio basado en experiencias clínicas de más de cien personas que se encontraron muertas clínicamente y fueron reanimadas, los casos son coincidentes en detalles que se resumen en los siguientes: La persona se está muriendo y llega a un punto de mayor dolor físico y oye que su doctor le declara muerto. Comienza entonces a escuchar un sonido desagradable, un zumbido chillón y al mismo tiempo siente que se mueve rápidamente por un largo y oscuro túnel. A continuación se encuentra fuera de su cuerpo físico... Enseguida empieza a ocurrir algo. Otros vienen a recibirle y ayudarle. ve los espíritus de parientes y amigos que ya habían muerto y aparece ante él un espíritu amoroso y cordial que nunca antes había visto: “Un ser luminoso”.

MOODY, R. A. (1986) Reflexiones sobre vida después de la vida. Edaf. Madrid. El autor continúa con las investigaciones de su primer libro de experiencias de casi muerte

entrevistando a mujeres y hombres que estuvieron en el umbral de la muerte o fueron declarados incluso muertos incluyendo elementos que no aparecieron en el primer volumen. La situación entonces sería: Una persona está muriendo y en el momento en que alcanza el punto de máximo desfallecimiento físico, oye que su médico le declara muerto. Comienza a oír un desagradable ruido, un fuerte zumbido o timbre prolongado y al mismo tiempo siente que se desliza muy rápidamente por un largo túnel. Tras esto se encuentra de repente fuera de su cuerpo material, pero todavía en el entorno físico inmediato y ve su propio cuerpo desde una cierta distancia, como si fuese un espectador. Observa desde esta desusada atalaya los intentos que se hacen por resucitarle y se encuentra en un estado de alteración emocional. Al cabo de un rato se sosiega y empieza a acostumbrarse a su extraña situación. Se da cuenta de que sigue teniendo un “cuerpo”, aunque de naturaleza muy distinta y con poderes muy diferentes a los del cuerpo físico que ha dejado atrás. Enseguida empiezan a ocurrir otras cosas. Otros vienen a recibirle y a ayudarlo. Ve los espíritus de parientes y amigos que ya habían muerto y aparece ante él una especie de espíritu amoroso y cordial- un ser luminoso - que nunca había visto antes. Este ser sin utilizar el lenguaje verbal, le hace una pregunta, para hacerle así evaluar su vida y le ayuda a ello mostrándole una panorámica instantánea y retrospectiva de los acontecimientos más importantes de la misma. En determinado momento se encuentra aproximándose a una especie de barrera o frontera que parece representar el límite entre la vida terrenal y la siguiente. Ve, sin embargo, que debe regresar a la tierra, que el momento de su muerte no ha llegado todavía. Se resiste, pues para entonces le ha cautivado ya sus experiencias en la vida ultraterrena y no quiere regresar. Está inundado de intensos sentimientos de alegría, amor y paz. A pesar de su actitud, se reúne finalmente con su cuerpo físico y vive. Posteriormente trata de contar estas cosas a otras personas, pero le resulta difícil hacerlo. En primer lugar, no encuentra palabras humanas que sirvan para describir estos episodios sobrenaturales. Tropieza también con que los otros se burlan de él, por lo que desiste de hablarle de ello. Pero la experiencia por la que ha pasado afecta profundamente a su existencia, sobre todo a sus ideas sobre la muerte y la relación de ésta con la vida.

MOODY, R. A. (1988) *Más allá la luz*. Edaf. Madrid. El autor ha estudiado más de mil nuevos casos y ha descubierto nuevos y sensacionales tipos de experiencias en el umbral de la muerte. En esta obra confirma y profundiza en fenómenos tan sobrecogedores como la experiencia de encontrarnos con nuestros seres queridos en la otra vida, la capacidad instantánea para “captar” todo tipo de conocimiento, así como las maravillosas experiencias de los niños en el umbral de la muerte y mucho más. Además el presente libro es un testimonio de la influencia que los fenómenos producidos en el umbral de la muerte ha tenido sobre los que han sufrido esta experiencia, que no sólo revisan sus conceptos, replanteándose sus creencias y valores sino que han inducido a los médicos al estudio científico de esas experiencias. El presente trabajo ofrece también respuestas y serenidad a los que temen a la muerte y a todos los que han cruzado el puente entre la vida y la muerte y han regresado para contarnos lo que hay más allá.

MOODY, R. A. (1990) *Regresiones*. Edaf. Madrid. Mediante el estudio de casos y de sus propias regresiones a vidas pasadas el autor examina la viabilidad y el valor terapéutico de revivir las vidas de antes de la vida. Cuando el Dr. Moody decidió estudiar el fenómeno de las experiencias de las vidas pasadas, impulsado por el alud de correspondencia que suscitaron sus libros, se sometió con escepticismo a la hipnosis. Después de experimentar sus vidas pasadas abandonó el escepticismo. Enseguida abordó un proyecto similar a su estudio en las experiencias cercanas a la muerte, basado en cientos de casos y cuyo resultado es el presente trabajo. El autor descubre rasgos comunes en las experiencias de la mayoría de las personas que han regresado a sus vidas previas, luego nos proporciona un minucioso plan para estudiar las posibles vidas pasadas y extraer valiosas visiones (consecuencias) que pueden ayudarnos a resolver los conflictos de nuestra vida presente. Reales o no nuestras vidas pasadas, el autor mantiene que el ejercicio de recuperar esas memorias puede mejorar nuestra vida.

MOODY, R. A. (1994) *Reencuentros*. Edaf. Madrid. El autor, Raymond A. Moody, que ya nos sorprendió con sus investigaciones sobre experiencias de proximidad a la muerte, avanza un paso más al plantear la posibilidad de comunicación con personas

fallecidas. Experimentando con fenómenos de espejos y cristales, y con el empleo de cámaras diseñadas especialmente para provocar las visiones ha obtenido resultados asombrosos a la hora de convocar los entes de los muertos, logrando encuentros visuales en un entorno de laboratorio. El doctor Moody, apoyado en datos históricos, antropológicos y literarios, narra caso convincentes de ilusiones de percepción, estados hipnóticos, trances y estados espirituales que harán reflexionar incluso a los escépticos. Se divide el libro en siete capítulos: 1. La naturaleza de las visiones (pag. 23); 2. La observación del espejo en la historia (61); 3. Un psicomanteo de nuestros tiempos (87); 4. El teatro de la mente (107); 5. Un camino hacia el descubrimiento (147); 6. Cómo crear un propio psicomanteo (161); 7. Aplicaciones futuras de la observación del espejo. Bibliografía (201-203).

MOODY, R. A. (1997) Más sobre vida después de la muerte. Edaf. Madrid. Este sorprendente y nuevo trabajo del conocido autor Raymond A. Moody abre un polémico debate en torno a otro tema tabú en nuestra sociedad: "La posibilidad de contacto con personas fallecidas". Tras sus investigaciones sorprendentes sobre esta posibilidad de contacto con apariciones de personas fallecidas en su "Teatro de la mente"; el autor nos acerca el fruto de dichos experimentos llevados a cabo con decenas de personas en laboratorio con ayuda de espejos en una cámara diseñada específicamente para el desarrollo de la experiencia. El presente libro está dividido en 7 capítulos: 1. experiencia de estar al borde de la muerte (pags. 15-22); 2. lo paranormal como juego en el teatro de la mente memorial Doctor John Dee (pags. 23-54); 3. los espejos, las visiones y los espíritus (págs. 55-92); 4. la evocación de los espíritus en la historia, en la literatura y en la mitología (págs. 93-134); 5. el proyecto pandora (135-176); 6. Profundizando en el espejo (177-246); 7. Vuelta a la muerte (247-295).

MORENO VAZQUEZ, J. M. (1985) Electroneurofisiología del Síndrome de muerte cerebral. Nuevas aportaciones conceptuales y diagnóstica. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Se realiza un estudio del Síndrome de muerte cerebral en una serie de 43 pacientes portadores de dicho síndrome. Simultáneamente se realiza una revisión completa de la bibliografía y un estudio comparativo de las

legislaciones de una serie de países sobre los criterios de muerte cerebral. Se aporta la experiencia personal en el estudio de dicho síndrome con técnicas neurofisiológicas (E.E.G. y P.E.S. corticales). A la luz de dicho análisis de la experiencia clínica acumulada en el curso de los últimos años y de nuestra propia experiencia personal se obtienen diversas conclusiones puntuales haciéndose patente la necesidad de introducir modificaciones sustanciales en los planteamientos legales actualmente vigentes en nuestro país.

MORIN, E. (1974) *El hombre y la muerte*. Ed. Kairós. Barcelona. El autor, Edgar Morin nos ofrece una obra excelente de carácter interdisciplinario en la que partiendo de la visión biológica de la muerte, se aborda la problemática antropológica, filosófica, psicológica, histórica y social de la muerte. Está considerado uno de los ensayos más serios escritos sobre el tema de la muerte y el morir.

MORSE, M.; PERRY, P. (1991) *Más cerca de la luz*. Ed. Edaf. Madrid. El autor, Melvin Morse, es doctor en medicina por la Universidad de George Washington, y ha recibido el National Service Research Award. Es una autoridad en el campo de los estudios de la proximidad a la muerte, y ha investigado las experiencias de los niños durante ocho años. Paul Perry, fue editor de la revista *American Health* y becario del Gannett Center for Media Studies; autor de dos libros en colaboración con el Dr. Raymond Moody. En 1982, una extensa encuesta realizada en EE.UU. por la organización Gallup descubrió la existencia de unos 8 millones de experiencias próximas a la muerte (EPM), las cuales permiten vislumbrar la realidad de otra vida. Los estudios de Melvin Morse han podido demostrar la existencia de las EPM. La ciencia sólo nos cuenta la mitad de la historia acerca de la vida más allá de la muerte, y acerca del alma humana. En el presente libro se nos acercan experiencias de niños que han estado cerca de la muerte “los niños de la luz” que nos cuentan lo que dijeron al Dr. Morse: 1. Katie conoce a Elizabeth; 2. El estudio de Seattle; 3. Visiones previas a la muerte; 4. El espíritu en la medicina; 5. La hipótesis de la sede del alma; 6. La luz pura; 7. Transformación; 8. Revisión del estudio de Seattle; apéndice: por qué no son EPM. Incluye una bibliografía con 82 citas de interés en inglés y 71 citas también en inglés de referencias hechas en el libro.

MORSE, M.; PERRY, P. (1996) *Últimas visiones*. Ed. Edaf. Madrid. El autor, conocido pediatra con una intensa práctica clínica, investiga desde hace años el campo de los estudios en torno a la muerte, pues le intriga la posibilidad de que tengamos la capacidad de captar cosas de modo que no comprendemos enteramente. Por ello Melvin Morse ha integrado las disciplinas de la práctica clínica y la investigación para llegar a algunas conclusiones notables acerca de éstas visiones. En el presente trabajo se expone una amplia muestra de testimonios de hombres y mujeres que vivieron esta experiencia y que les proporcionó posteriormente una nueva orientación en sus vidas, así como el de familiares y allegados de personas que fallecieron después de éstas visiones reconfortantes y esperanzadoras. La presente obra, basada en informaciones científicas, plenas de espiritualidad, pone de manifiesto que habita en cada uno de nosotros y que a menudo se revela de un modo trascendente en el momento de la muerte. Se divide el libro en 8 apartados: 1. Las visiones y la vida real; 2. A una nueva luz; 3. El estudio sobre el síndrome de muerte infantil súbita; 4. Un nuevo examen de los ámbitos del misticismo; 5. El club secreto; 6. Guiados por la luz; 7. Visiones en la práctica; 8. El significado de las últimas visiones en la vida cotidiana. Incluye 214 citas bibliográficas (en inglés) de interés para el tema abordado.

MUÑOZ MOYA; MONTRAVETA. (Ed.) (1996) *La reencarnación*. Sevilla, Bogotá. Breve ensayo de cincuenta y seis páginas dividido en cuatro capítulos: I. La actualidad del conocimiento de la reencarnación al comienzo de la Era de Acuario; II. Origen, naturaleza y meta espiritual del hombre; III. Karma y reencarnación en el camino hacia la perfección; IV. Consecuencias; Informaciones.

NEEL, A. D. (1990) *Inmortalidad y reencarnación*. Heptada Ediciones. Madrid. La autora, fue la principal introductora de los misterios del Tíbet en Occidente, y en el presente trabajo nos conduce a través de las milenarias tradiciones al descubrimiento de las "otras realidades". Según la autora quien están atrapados en la hipnótica y electrizante realidad de occidente carecen del silencio interno necesario para aprehenderlas. Otros pueblos de Oriente tal como los tibetanos no tienen duda sobre la reencarnación, la supervivencia del espíritu y los traspasos de éste a otro cuerpo. Alexandra explora las creencias del Tíbet, China e India. El presente libro abunda en

misterio y sugestión, demostrando que lo real es siempre más rico en significados que cualquier elaboración significativa.

NEUBERGER, J. (1987) *Caring for Dying People of Different Faith*. Mosby. Londres. Guía muy útil sobre los ritos y creencias de las siete religiones principales.

NULAND, S. (1995) *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Alianza Editorial. Madrid. El autor, cirujano y profesor en la Facultad de medicina de la Universidad de Yale, desmitifica el proceso del morir y la muerte, a través de una descripción, sin concesiones ni sensiblerías, de la realidad clínica, biológica y psicológica de la muerte. Sherwin B. Nuland relata con un lenguaje que es al tiempo meticulosamente exacto y evocador, experiencias personales a las que, sin duda, debemos este libro. Según el autor, conocer la verdad, familiarizarnos con los jinetes de la muerte, cáncer, SIDA, enfermedades cardíacas, accidentes cerebro-vasculares, alzheimer, vejez, agresiones violentas, nos ayudará a liberarnos del miedo a esa terra incognita que sólo lleva al autoengaño y a la decepción. La dignidad que buscamos en la muerte según el autor hemos de buscarla y hallarla en el arte de vivir una existencia lo más plena posible. Pues aunque las enfermedades que nos conducen a las horas finales sean comunes, la muerte de cada uno de nosotros será tan singular como el propio rostro que mostramos al mundo a lo largo de nuestra vida. Se encuentra dividido el presente trabajo en 12 capítulos: I. El corazón desfallecido, II. El corazón... y cómo falla, III. A partir de los setenta, IV. Las puertas de la muerte para los ancianos, V. Enfermedad de Alzheimer, VI. Asesinato y serenidad, VII. Accidentes, suicidio y eutanasia, VIII. Una historia de SIDA, IX. La salida de un virus y la muerte de un hombre, X. La malevolencia del cáncer, XI. Cáncer y esperanza, XII. Las lecciones de la experiencia. Epílogo. Índice analítico.

OSIS, K.; HARALDSSON, E. (1977) *Lo que vieron... A la hora de la muerte*. Edaf. Madrid. El presente libro investiga la muerte con modernas técnicas. En el presentan los autores una evidencia convincente de que el lecho de muerte es la puerta a otra existencia. Las visiones de los moribundos no son alucinaciones sino lo que vislumbran a través de las ventanas de la eternidad. Los autores, ambos doctores en psicología,

describen experiencias paranormales que fueron observadas por doctores y enfermeras. Por ello, es un libro que deben leer todos los profesionales de la Salud, investigadores y científicos que planteen problemas o cuestiones relativas a la reciente y ampliamente divulgada investigación sobre la vida y la muerte posterior (Moody, Kübler-Ross). Los autores han investigado cientos de casos: hindúes, cristianos, indios y norteamericanos para recoger datos y determinar las experiencias subjetivas que han tenido los pacientes en las puertas de la muerte. En dicho momento las experiencias humanas son muy semejantes y no varían demasiado en dependencia de los antecedentes religiosos o culturales. Están más influenciadas por la profundidad y autenticidad de un sistema de creencias, hecho que ha sido confirmado por los estudios.

PACHECO GUEVARA, R. (1993) Estudio de actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ayudantes técnicos sanitarios con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia. Secretariado de Publicaciones e Intercambio científico. Universidad de Murcia. Esta publicación de la tesis doctoral del autor, fue realizada sobre una muestra de 108 médicos y 102 ATS con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia, y dos grupos de referencia, uno integrado por los estudiantes de 6º curso de la Facultad de Medicina de Murcia (68) y otro por los alumnos de la Escuela de Diplomados en Enfermería (72) de la misma universidad. A esta muestra, constituida por 350 sujetos, se les aplicó el cuestionario elaborado al respecto, integrado por 72 variables distribuidas en cuatro bloques definidos: sociopersonales y actividades en ocio, referentes a las actitudes ante la sociedad y el mundo actual, referente a las actitudes ante la muerte, referente a las actitudes ante los enfermos terminales. Previamente a los encuestados se les pasó el test ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Los resultados fueron posteriormente objeto de tratamiento estadístico mediante el programa BioMedical Computer Program (BMCP). Los resultados obtenidos demuestran que las actitudes ante la muerte y los enfermos terminales dibujan un complejo entramado, fruto de las características del tema, en el que se entrecruzan factores biográficos, culturales y técnicos. Es el contacto profesional con los enfermos terminales, lo que viene a determinar un enfoque más realista de los problemas y actúa como un factor sensibilizador hacia las cuestiones suscitadas por estos enfermos.

PANGRAZZI, A. (1988). Creatividad pastoral al servicio del enfermo. 132-136. Editorial Sal Terrae. Santander.

PAOLA, T. (1994) Abuela de arriba, abuela de abajo. Ediciones SM. Madrid. Tomi tenía una abuela y una bisabuela y las quería muchísimo. Las llamaba abuela de arriba y abuela de abajo. Pero llegó un día, en que ambas murieron, cuando Tomi creció, y las dos fueron abuela de arriba.

PARKES, C. M. (1973) Bereavement: Studies of grief in adult life (La aflicción: estudios de la pena en la vida adulta. International Universities Press. New York. Resumen conciso y fácil de leer de la psicología de la aflicción, que trata sobre todo de la muerte de un cónyuge, pero que toca otros problemas mucho más amplios. El presente trabajo fue escrito originariamente para sanitarios y otros miembros de profesiones relacionadas, aunque también ha ayudado a muchas personas que han sufrido pérdidas y que han encontrado que les ha ayudado a comprender la naturaleza de sus propias reacciones ante estas pérdidas.

PAVESI, L. (1995) Más allá de la vida. Testimonios de pre-muerte. Editorial de Vecchi. Barcelona. Lucía Pavesi es socióloga, experta en psicología y especializada en temas de parapsicología y astrología. En la obra presente nos explica que la “muerte en vida”, es una experiencia transformadora y extremadamente vital, y piensa que quien muere “accidentalmente” vive, por decirlo de algún modo, una experiencia para lo que no está preparado, por lo que padece una lógica confusión. Si pudiese morir de modo consciente sin la contrapartida fundamental de no poder volver atrás. Se divide la presente obra en dos partes: en la primera se explican los testimonios de Silvia, Fabio, Francesca, Fiorella, Luca, Ana, Stefano, Federica, Andrea y Paolo. En la segunda parte: “la opinión de los expertos”: 1. Qué es una experiencia de pre-muerte; 2. Estudios e investigaciones; 3. Por parte de la ciencia; 4. Por parte de la parapsicología; 5. ¿qué cambia después de la experiencia de pre-muerte?

PHILIPPE, N. (1996) El poder de la visualización. Ediciones Mensajero. Bilbao. Noëlle Philippe, es psicoterapeuta y profesora, y en la presente obra nos da a conocer un

nuevo camino para llegar al conocimiento de nosotros mismos: la visualización, un método maravilloso que gracias a las representaciones mentales, es capaz de provocar un cambio en nuestro estado interior. Describe la autora, diferentes tipos de visualizaciones: de tener, de destreza, de transformación, de ser esencial. Poniendo ejemplos concretos y dando consejos prácticos. También aborda los obstáculos a la visualización y como personalizar el cambio.

PINCUS, L. (1974) Death and the family: the importance of mourning (la muerte y la familia: la importancia del luto). New York: Pantheon Books. Tras trabajar durante muchos años la autora, como terapeuta marital en la Clínica Tavistock de Londres, y tras la muerte de su propio marido, Lily Pincus dirigió su atención a la tarea de ayudar a los miembros de la familia a encararse con problemas de muerte y pérdida. Libro rico en referencias a casos de su propia práctica, en el que se demuestra como diferentes tipos de matrimonios dan lugar a diferentes tipos de pena e indica los enfoques clínicos que ha encontrado de utilidad.

Poletti, R. y Dobbs, B. Cómo crecer a través del duelo. Barcelona: Ediciones Obelisco; 2004. Cualquier pérdida es dolorosa. El duelo de un ser amado es especialmente difícil de superar. La ruptura de un matrimonio, el fin de una relación de pareja, el alejamiento forzado de las personas que amamos, la pérdida de empleo, los cambios físicos repentinos debidos a una enfermedad o accidente, además de la pérdida de bienes, de objetivos y de ideales, deben pasar por un proceso de duelo. Este proceso es un camino sinuoso y complejo que supone una experiencia intensa a nivel psíquico, emocional, mental y espiritual. Ante la llegada de esa pérdida inesperada y, muchas veces, incomprensible, cada persona vive su dolor opresivo y personalísimo. El sufrimiento forma parte de la vida y saber crecer a través del duelo es el único camino hacia una experiencia plena. Las autoras, enfermeras y licenciadas en Ciencias de la Educación, abordan en diferentes capítulos: el proceso de apego; tipos de pérdidas; el proceso de duelo; vivir el proceso de duelo; la pérdida de un hijo; los adolescentes y el luto; la importancia de los ritos funerarios...

PRIEUR, J. (1992) El libro occidental de los muertos. Editorial Edaf. Madrid. El presente libro es a la vez un ritual, una recopilación de mantras, de palabras sagradas y un hilo

conductor para las primeras zonas del Más Allá. Sería más correcto denominar este libro como el libro de los Grandes vivientes, libro de las Puertas o libro de los Inmortales, pero se denomina de los muertos por simetría y respeto a la tradición. No se presenta como un libro fúnebre, sino como un tratado de esperanza, además de un Manual de filosofía práctica que nos proporciona reglas para conducir mejor nuestros pensamientos, actos y palabras. Es a la vez, para hoy, un arte de vivir; para mañana, un arte de morir y para pasado mañana, un arte de sobrevivir. Con el fin de avanzar de esfera en esfera hacia el Dios supremo, el autor nos acerca a los distintos salvoconductos para el otro mundo. Salvoconductos que son: el libro de los muertos egipcio, papiros de Ani, Hunefer y Anai, el libro de Enoch, el libro tibetano de los muertos, el libro Maya de los muertos y la Biblia. El autor nos presenta una recopilación, de las pocas en nuestra civilización occidental, que justifica el desasosiego que sufren nuestros contemporáneos cuando llega el momento de la prueba final, el sentirse desarmados, llenos de pánico. Les faltan textos para sus pensamientos e invocaciones, además de no saber como ayudar a los que parten. Este libro profundiza, por tanto, en la esencia de lo que a la luz de los diferentes textos podríamos denominar el libro de la Salida hacia la luz.

QUINTANA, O. (1997). Por una muerte sin lágrimas: problemas éticos al final de la vida. Flor del viento: Barcelona.

RAJNEESH, S. (1989) Muerte. La mayor ficción. Editorial Gulaab. Mallorca. El presente libro es el resultado de una recopilación y selección escogida de los más de cuatrocientos títulos originales que ha hecho el autor, considerado uno de los autores más prolíficos, radical y polémico de nuestros días. El libro está dividido en cinco partes además de un apéndice, dichas partes incluyen: 1. la única certidumbre en la vida es la muerte, 2. los salvadores son tu muerte, 3. observa y sabrás, 4. viajando al centro de tu ser, 5. disfruta totalmente! una visión desde las cumbres iluminadas por el sol. El autor está considerado como un ser iluminado de nuestro tiempo.

RAMACHARAKA, Y. (1988) La vida después de la muerte. Edaf. Madrid. El universalmente conocido Yogui Ramacharaka, nos expone en el presente libro los fenómenos del más allá, según la profunda y esperanzada concepción oriental,

llevando al ánimo del lector que lo que llamamos muerte o destrucción de una forma material de vida es el preludio de la construcción de otra, y si dejamos que el alma hable por si misma, nos dirá: “No hay muerte. Sólo hay eterna, sempiterna vida”.

RAMOS CAMPOS, F. (1981) Personalidad, depresión y muerte. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Se aborda el tema de la ansiedad ante la muerte desde una perspectiva psicométrica. Para ello se ha adaptado una escala americana: la Death Anxiety Scale (DAS) de Templer (1970). La investigación se ha llevado a cabo con tres muestras diferentes alumnos universitarios y Ayudantes Técnicos Sanitarios. Se pone de relieve que la ansiedad ante la muerte tal y como es medida por la das puede considerarse como un tipo de ansiedad específica que depende del grado de emocionabilidad del sujeto y de sus experiencias con el tópico de la muerte. La adaptación castellana de la das presenta unos índices de fiabilidad y validez que son bastante adecuados para una escala de este tipo. Por ello la escala reúne los requisitos indispensables para ser utilizada con garantías.

RAMOS, F.; ET AL (1982) La muerte realidad y misterio. Salvat. Barcelona. Analiza el amplio fenómeno del morir de manera escueta en diversos apartados clarificadores a modo de guía dando una visión amplia aunque telegráfica del fenómeno humano de la muerte. De muy fácil lectura sirve como una guía fácil y rápida para acercarse a la muerte en la sociedad actual, en las cuestiones: qué es la muerte, el individuo ante la muerte, muerte y cultura y qué hay más allá de la muerte. Contiene una bibliografía no muy especializada ni extensa aunque suficiente para adentrarse en más profundidad en los temas abordados.

REANT, R. (1993) Parapsicología y reencarnación. Editorial EDAF. Madrid. El autor lleva treinta años consagrado a la parapsicología y en el presente trabajo aborda, sin concesiones, los fenómenos paranormales, explorando el excitante mundo del más allá. El autor presenta el presente libro, dividido en cinco capítulos, para quienes deseen comprender la realidad de unas experiencias consideradas enigmáticas, así como despertar los poderes psíquicos que desde siempre sospecharon poseer. Los capítulos son: 1. El retorno a la vida de Gisèle Gaignard; 2. Fenómenos de la post-vida; 3. En las fronteras de la medicina; 4. Las fuerzas negras; 5. Clarividencia y telepatía.

REDRADO, J. L. (1980) El niño y la muerte. Revista ROL. Año 2, nº 22: págs. 35-49. Barcelona. Trabajo realizado por José Luis Redrado, mediante una encuesta - sondeo, que no tiene nada de ficha científica. Cogiendo el grupo de trabajo de niños de 8 a 10 años, divididos en seis grupos. Hecha la encuesta, se codificó y analizó. Completaron el presente estudio con tres apéndices que reflejan y sintetizan la reflexión anterior. Dibujos de los niños sobre la muerte, forma en que la desea y criterios para un aprendizaje a base de una catequesis. Entre las conclusiones: Todos los niños comprenden, la distinguen y se dan cuenta del sentido que tiene como distinto del vivir; sin embargo no tienen una imagen de la misma y está en relación con las cosas; los sentimientos que predominan son la tristeza y el miedo, y la muerte es también desagradable de ahí también el que no deseen saber que se mueren y el que quieran morir en casa. Los autores han comprobado que aunque los niños se turban cuando se habla de la muerte, sin embargo le produce extrañeza, no está acostumbrado, ha oído poco. En el punto III se habla de cómo enseñar a los niños a integrar la muerte en su realidad vital.

REOCH, R. (1998) Morir bien. Ediciones Oniro. Barcelona. Este es un libro lleno de belleza, esperanza y dignidad, en el que tanto quienes se hallan en la antesala de la muerte como los amigos, familiares y profesionales que les rodean encontrarán los consejos y la tranquilidad que necesitan. Su contenido, riguroso y útil, es el resultado de la experiencia de un equipo multiprofesional de especialistas de fama internacional y expertos en terapias complementarias, además de la de profesionales que trabajan en residencias geriátricas o con enfermos terminales. Se encuentra dividido el presente libro en cinco partes: 1. El camino de la naturaleza (terapias, ejercicios, perspectivas); 2. Amor y cuidados (entorno, tratamientos, habilidades básicas); 3. La gran conmoción Emociones, actitudes, necesidades íntimas); 4. La entrega y el abandono (crecer, perdonar, prepararse para morir); 5. El viaje de retorno (despedidas, recuerdos, lo inesperado).

REYES, B. (1989) El morir consciente. ERREPAR S.A. Argentina. Este libro-guía, representa el resultado del estudio y observación de casi toda una vida del fenómeno del morir, iniciado al final de la infancia cuándo, siendo un niño de doce años, el autor

comenzó a ayudar a su madre en el trabajo de ayudar a morir a la gente, a modo de tanatologista, para culminar en varios cursos intensivos en Tanatología en la World University of America en Ojai, California, durante los cuales le hacía pasar a los participantes por la experiencia extracorporal consciente (EECC). El autor al experimentar la EECC, pensaba que era algo normal para toda la gente. De modo que no le prestó mucha atención hasta que inició sus estudios de psicología en la universidad. El presente libro es en esencia un texto-guía para los vivos, y se presenta dividido en tres partes: 1. La psicología de la muerte; 2. El libro guía para la liberación y 3. Versiones modificadas del libro guía. El morir consciente parece constituir la esencia misma tanto de la inmortalidad como de la liberación o esclarecimiento.

REYES, B. F. (1991) Evidencia científica de la existencia del Alma. Errepar. Argentina. El doctor Benito F. Reyes, ha basado la presentación de su caso en defensa de la existencia del alma, recurriendo a muchas fuentes que incluyen la evidencia de fenómenos tales como la memoria, el dormir, los sueños, el hipnotismo, la percepción extrasensorial y la muerte (capítulo 22: Evidencias de los fenómenos de la muerte (225.241)). Enlazando su tesis con conceptos filosóficos tanto de Oriente como de Occidente en un análisis bien documentado. Incluye dos apéndices: a. El niño desconocido (251); b. Los fenómenos de la reencarnación (253).

RIBERA, J. M. (1982) Reflexiones sobre la propia muerte. Editorial Mezquita. Madrid. El autor sobre una de las primeras encuestas realizadas en nuestro país, entre enfermos del Hospital Clínico de Madrid. El autor José Manuel Rivera, doctor en medicina y profesor en la Cátedra de Patología, realiza una aproximación a un tema que el entorno social del paciente tiende a soslayar. Se trata, en definitiva, de saber la capacidad del hombre para afrontar, y asumir, la verdad de su propia muerte.

RIMPOCHÉ, S. (1994) El libro tibetano de la vida y de la muerte. Ediciones Urano. Argentina, Colombia, España, México, Venezuela. Exhaustivo trabajo de un maestro de meditación budista y excelente conferenciante internacional, donde combina la milenaria sabiduría del Tíbet y la moderna investigación sobre la muerte, los moribundos y la naturaleza del universo. Es clarificador a la hora de exponer la visión del Libro tibetano de los muertos*. Además de presentar el autor prácticas sencillas de

la tradición tibetana asequibles a cualquier persona cualquiera que sea su religión o tradición cultural, para que pueda transformar su vida, prepararse para la muerte y ayudar a los moribundos. El libro presenta una introducción lúcida y completa a la práctica de la meditación, al karma y a la reencarnación y a los desafíos y recompensas del camino espiritual. Aconseja como cuidar a los moribundos con amor y compasión y como ofrecerles ayuda espiritual. El autor presenta su propia visión de las experiencias de casi muerte desde el punto de vista tibetano. Manual de fácil lectura que no es sólo una obra maestra espiritual sino también una guía o libro de consulta y una fuente de inspiración sagrada. Ha sido escrito para instar a los lectores a iniciarse en el camino hacia la "iluminación".

RIMPOCHÉ, S. (1996) Destellos de sabiduría. Reflexiones sobre la vida y la muerte. Ediciones Urano. Barcelona. El maestro Sogyal Rimpoché nos habla de los desafíos y satisfacciones del camino espiritual, de la aceptación de la muerte, de la meditación, del karma, de la compasión y otros temas que el autor expone con su habitual elocuencia y sabiduría. Se presenta este trabajo a modo de una guía diaria, en el que se incluyen la lectura de meditaciones y reflexiones para cada día del año, empezando por ello el 1 de Enero y finalizando el 31 de Diciembre, de manera que nos lleven por el camino del descubrimiento de la naturaleza de nuestra mente y nos enseñen a reducir nuestro miedo a la muerte y a aprender a vivir más plenamente.

ROBB, J.D. (1999). Una muerte inmortal. Plaza y Janés: Barcelona.

ROCAMORA, A; DELGADO, R. (1984) La esperanza en situaciones terminales. Fundación Santa María. Madrid. Este ensayo aúna la experiencia del teléfono de la esperanza en favor de la vida con el único instrumento de la palabra y las investigaciones en el teléfono de la esperanza sobre la conducta suicida. En una segunda parte se profundiza en la vida del enfermo en su fase terminal y lo que aporta la pastoral sanitaria a la vida del enfermo en su fase terminal. Ambos apartados incluyen bibliografía.

ROCHLIN, G. (1965) *Griefs and discontents: the forceps of change* (penas y descontentos: las fuerzas del cambio). Boston: Little, Brown and Co. Rochlin, psicoanalista de prestigio conocido, reconoce que el proceso de la aflicción es un concepto fundamental que influye de modo importante en el comportamiento humano. El autor discute como el niño en desarrollo aprende a enfrentar sus temores de pérdida de seres queridos y de muerte y sugiere que estos siguen siendo problemas importantes a lo largo de la vida adulta. Sin embargo, lejos de adoptar una visión pesimista, Rochlin cree que muchas de las fuerzas tras la creatividad y el desarrollo espiritual surgen como consecuencia de los intentos del hombre de llorar sus pérdidas, incluyendo la amenazada pérdida de la propia vida.

RODRIGUEZ ESTRADA, M. (1996) *¿Eutanasia o autanasia?. Por una muerte digna*. Ed. Manual Moderno. México. El autor nos presenta un nuevo enfoque para saber qué hacer ante una situación dolorosa pero inevitable, que sin duda habrá tenido que enfrentar más de una persona; es decir, decidir entre morir con dignidad y sin sufrimiento, cuando se padezca algún mal incurable, o prolongar la agonía mediante toda la atención médica disponible, aún sabiendo que no hay esperanza. El presente trabajo nos ofrece una perspectiva diferente para enfrentar este trance, analizando además de diversos aspectos culturales, sociales, médicos, legales, religiosos, entre otros, que influyen directamente en esta situación, pero sin dejar de lado que tal vez sólo usted tenga en sus manos el tomar una decisión tan trascendente. Se halla dividido el libro en once capítulos: 1. El espectro: la última enfermedad, la decrepitud (1-14); 2. La posible solución: yo controlo y yo decido (15-24); 3. La gran objeción: ¡Non licet! (25-34); 4. Perspectivas más sombrías Hoy. Los agravantes (35-40); 5. El fondo filosófico de la polémica (41-46); 6. Diálogo con las objeciones (45-66); 7. Una tarea de reeducación (67-72); 8. Aspectos técnicos de la autanasia (73-78); 9. El toque legal (79-84); 10. Libertad y dignidad hasta el fin (85-90); 11. ¿Una guerra de intereses? (91-106).

RODRIGUEZ RIOBOO, F. (1991) *La idea de la muerte en la Sociedad Española actual*. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y letras. Universidad Complutense de Madrid. En la tesis se trata de realizar un análisis, desde una perspectiva histórica y especulativa, de

las distintas representaciones intelectuales que la colectividad social se forja del fenómeno de la muerte y de las situaciones y rituales a ella ligados. Dicho análisis se verifica a través de recortes de prensa española actual relativos a la muerte y sobre el léxico castellano, coloquial fundamentalmente, sobre la muerte, con especial atención a refranes con referencia a dicho fenómeno.

ROGERS, C. (1987). Grupos de encuentro. H.F. Martínez de Murguía Ed. Madrid. Carl Rogers describe en la presente obra los hilos que conectan todas las diversas experiencias de grupo, muy disimiles en algunos casos en cuanto a la cantidad y características de los miembros, la duración y frecuencia de las sesiones, las técnicas utilizadas, etc.; explica en detalle las distintas etapas del proceso grupal y analiza los requisitos y funciones del “facilitador”. Un largo intercambio epistolar mantenido con una ex integrante de sus grupos (del cual se reproducen algunos fragmentos) permite, además, seguir de cerca los efectos producidos en ella por la experiencia y los cambios a que ésta dio lugar. Por último Rogers nos da cuenta de los resultados de un estudio de evaluación ulterior de 110 participantes en un laboratorio, y resume la aplicación del método a una importante cadena de establecimientos de enseñanza, llevada a cabo por el Centro de Estudios de la Persona que él dirige.

ROGO, S. (1990) La existencia después de la muerte. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. El autor, conocido investigador británico en temas de parapsicología, aborda el tema de la muerte partiendo de la premisa que la humanidad posee la capacidad de sobrevivir después de la muerte apoyándose en que todas la religiones y culturas del mundo enseñan esta doctrina. El autor es además editor de la revista especializada Fat Magazine. En la presente obra, se plantea la cuestión central: ¿se puede derivar de las experiencias corporales y otras manifestaciones de supervivencia que la personalidad humana sobrevive a la muerte del cuerpo? Y ¿pueden ser verificadas científicamente estas experiencias. Con gran prudencia y mesura el autor analiza los resultados de las principales investigaciones que al respecto se han hecho a lo largo de la historia, haciendo balance de las posibilidades. Está dividido el presente trabajo en las siguientes ocho partes: 1. La investigación psíquica y la controversia de la supervivencia (págs. 13-49); 2. La mente fuera del cuerpo (págs. 50-67); 3.

Documentación sobre la experiencia cercana a la muerte (págs. 68-89); 4. Contacto espontáneo con los muertos (págs. 90-109); 5. Voces grabadas de espíritus: ¿error o descubrimiento? (págs. 110-126); 6. ¿llamadas telefónicas de los muertos? (págs. 127-143); 7. Reconsideración de la reencarnación (págs. 144-167); 8. Algunas reflexiones personales (págs. 168-179).

ROJAS MARCOS, L. (1995) ¿No existe la muerte? El País. 30 de Marzo, pág. 11 de Opinión. El autor, psiquiatra y comisionado de los Servicios de Salud Mental de Nueva York, parte de la sorprendente y radical transformación, llevada a cabo por la conocida psiquiatra suiza E. Kübler-Ross, que propuso públicamente “la muerte no existe” para a continuación hacer un análisis de la muerte, del temor a la misma y de la realidad que ella supone en todos los ámbitos y esferas de nuestra vida.

ROSENBLATT, R. C.; WALSH, R. P.; JACKSON, D. A. (1966) Grief and Mourning in cross-cultural perspective (La aflicción y el luto desde una perspectiva multicultural). New York: H. R. F. Press. Las costumbres funerarias y relativas al luto siempre han fascinado a los antropólogos que las han descrito regularmente según existen en las distintas culturas que han estudiado. Para el que no es antropólogo, el gran número y la variedad resultan confusos; aún los mismos antropólogos se han mostrado renuentes a generalizar más allá de las culturas específicas que han estudiado. Este libro se presenta como una excepción a lo dicho, pues adopta métodos sistemáticos y científicos de análisis. Los autores de este pequeño volumen han extraído sus datos de informes detallados de 78 sociedades representativas de todas partes del mundo. Pudiendo demostrar y explicar los patrones generales que existen relacionados con el luto.

RUIZ DE LA CUESTA ALBEROLA, R. (1996) Muerte violenta accidental en la infancia. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante. Se estudiaron los casos de muerte violenta accidental en niños entre uno y catorce años inclusive, recogidos en los juzgados de 1. Instancia e instrucción de Alicante y Elche, que han tenido lugar en el periodo comprendido entre 1990 y 1994. El número total de muertes violentas infantiles de tipo accidental fueron 61. Se estudiaron una serie de parámetros como la

edad, el sexo. Mecanismo de muerte violenta, día de la semana, mes, año, estación del año, donde ocurrió el accidente, causa de la muerte según los informes forenses, y lesiones encontradas en dichos informes, con el objeto de extraer una serie de conclusiones.

RUIZ DE LA PEÑA, J. L. (1980) *El último sentido*. Ed. Marova. Madrid. Ensayo breve en el que se abordan los planteamientos sobre la muerte y la otra vida, desde la perspectiva de la religión cristiana en diálogo con los científicos y pensadores contemporáneos.

SAHLER, O. (1983) *El niño y la muerte*. Alhambra. Madrid. El presente trabajo realizado gracias a la participación de 19 colaboradores, a consecuencia de una Reunión en el Centro Médico de la Universidad de Rochester (1977) durante la celebración de un Simposio de dos días y medio de duración sobre el tema “el niño y la muerte”. El presente compendio, tiene además opiniones y teorías de algunos que no estuvieron presentes. A rasgos generales podríamos decir que afortunadamente o por desgracia, no existen términos absolutos, y en su lugar, cada individuo ha de aprender por su cuenta a entender al niño y su familia, para resolver casos particulares, y para ayudarle a él y a cuantos le rodean en sus esfuerzos para encontrar su lugar dentro del marco por la lucha con la muerte. Se divide el presente y exhaustivo trabajo en cuatro partes: PRIMERA PARTE: La familia y el niño (págs. 29-41) la cual incluye los capítulos: 2. Estructura y adaptación de la familia a la pérdida: colaborando a afrontar la muerte de un niño; 3. Modelos de comunicación en familias enfrentadas a enfermedades mortales; 4. El niño agonizante y la familia: misiones del asistente social; 5. El médico de cabecera y la familia durante y después de la enfermedad final (págs. 69-79); 6. Distintas alternativas para el cuidado del niño agonizante: asilo, hospital, hogar; 7. Efecto sobre la familia de la muerte neonatal; 8. Muerte repentina; 9. Muerte y genética en la infancia. SEGUNDA PARTE: El médico y el niño mortalmente enfermo (págs. 119-172) el cual incluye los capítulos: 10. La relación de los médicos que trabajan con niños mortalmente enfermos y sus familias; 11. El especialista en asistencia crónica: ¿Y quién nos ayuda a nosotros?; 12. Reflexiones de un médico; 13. El punto de vista de una enfermera de plantilla; 14. Opinión de una enfermera

especialista. TERCERA PARTE: Supervivencia (págs. 173-216) incluyendo los capítulos: 15. los ritos mortuorios: opinión de un empresario de pompas fúnebres (págs. 173-180); 16. Reacción de los niños y adolescentes ante la muerte de un padre o un hermano; 17. Repercusión en los niños del suicidio paterno; 18. Grupos de padres como ayuda en la aflicción (págs. 201-207); 19. La aflicción de los abuelos (págs. 208-216). CUARTA PARTE: Consideraciones éticas y educativas (págs. 217-264) el cuál incluya los capítulos: 20. ¿Dónde está Dios? (págs. 217-225); 21. El derecho a la información y libertad de elección del moribundo ¿es para menores?; 22. Programa educativo sobre la muerte (págs. 236-245); 23. Lecturas apropiadas para niños, jóvenes y padres (pág. 246). Se incluyen además: Epitafio para la muerte de un niño en la página 265; reflexiones de una hermana (págs.266-268); reflexiones de una madre (págs. 269-274).

SAINT MARS, D.; BLOCH, S. (1998) Se ha muerto el abuelo. Ed. La Galera. Barcelona. El teléfono suena y Max y Lilí se enteran de la muerte de su abuelo. Todos se reúnen con la abuela para el entierro... Una historia para compartir las dudas y las emociones, para mostrar los miedos, para guardar en el corazón a la gente que amamos y para amar la vida.

SALMORAL CHAMIZO, A. (1992) Dibujos y actitudes ante la muerte en la segunda infancia. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Estudio a través del dibujo, de la concepción de la muerte en niños de tercero a sexto curso de enseñanza general básica, procedentes de Córdoba, Priego y Almedinilla. En este trabajo se estudia la influencia que ejerce el factor socioeconómico y cultural en la vivencia de la muerte en estos niños, analizando también el modo en que condiciona la edad, sexo, curso y experiencia que tienen. Este estudio se ha llevado a cabo aplicando al niño una encuesta, al final de la cual se le pide que realice un dibujo que represente para él la muerte y lo explique. El niño muestra tanto en el dibujo como en la explicación imágenes y actitudes en relación a la muerte, cuyo análisis es la base de éste trabajo.

SANZ, J.; GÓMEZ-BATISTE, X.; GÓMEZ, M.; NUÑEZ, J. M. (1993) Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. El presente documento de 47 páginas, recoge las recomendaciones elaboradas en Enero de 1993, a petición del Ministerio de Sanidad y Consumo, por un grupo de profesionales con experiencia en Medicina Paliativa y pertenecientes al Comité Directivo de la Sociedad española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Los autores teniendo como referencia su experiencia profesional, protocolos de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital "El Sabinal" en Las Palmas de Gran Canaria, protocolos de la Sociedad Catalano-balear de Cuidados Paliativos y la bibliografía general recomendada que incluyen en la página 47, 11 citas bibliográficas. Esta dividida a modo de guía sencilla con un abordaje médico en 18 apartados: 1. Introducción, 2. Definición de enfermedad terminal, 3. Objetivos y bases de la terapéutica, 4. Principios generales de control de síntomas, 5. Analgésicos, principios generales, 6. Prejuicios sobre el uso de la morfina, 7. Tratamiento del dolor, 8. Tratamiento de síntomas digestivos: anorexia, estreñimiento, náuseas y vómitos; 9. Alimentación y nutrición, 10. Tratamiento de síntomas respiratorios: Disnea; 11. Cuidados de la boca, 12. Información y comunicación: Componentes de la comunicación, conocimiento de la verdad, las malas noticias, preguntas difíciles; 13. Atención a la familia: Educación e integración en la terapéutica, trabajo de equipo en la atención de la familia, la educación de la familia; 14. Los últimos días: Atención a la agonía, 15. Urgencias en medicina Paliativa: Sofocación, hemorragias masivas, convulsiones, crisis de claudicación familiar; 16. Duelo, 17. Organización de los Cuidados Paliativos, 18. Bibliografía general recomendada.

SAUNDERS, C. (1980) Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Salvat Ed. Barcelona. Libro de obligada lectura, un clásico pues fue editado en 1980 cuando se empezaba a oír el concepto cuidados paliativos y el movimiento Hospice empezaba a exportarse fuera de Inglaterra. La autora Cicely M. Saunders y un conjunto de colaboradores presentan los distintos campos clínicos que forman la base de los capítulos en los que se describe una forma más general de abordar el tratamiento terminal. Se encuentra dividido en 15 capítulos: 1. Tratamiento apropiado, muerte apropiada (Cicely M. Saunders, pág. 1-24); 2. Aspectos anatomopatológicos (R. L. Carter, pág. 25-42); 3. Aspectos físicos (K. C. Calman, pág. 43-58); 4. Aspectos psicológicos (C. Murray Parkes, pág. 59-88); 5. Alivio del dolor (Robert G. Twycross,

pág. 89-132); 6. Control de otros síntomas (Mary J. Baines, pág. 133-160); 7. Radioterapia en el cuidado terminal (Thelma D. Bates, pág. 161-168); 8. Tratamiento paliativo por quimioterapia citotóxica y terapéutica hormonal (Thelma D. Bates y Thérèse Vanier, pág. 169-178); 9. El lugar de la cirugía en los cuidados terminales (Michael R. Williams, pág. 179-186); 10. Tratamiento hospitalario de la enfermedad maligna avanzada (T. S. West, pág. 187-206); 11. Tratamiento ambulatorio y domiciliario desde el Hospice (Barbara J. McNulty, pág. 207-226); 12. Los cuidados terminales en el National Health Service, anexo: algunos nuevos sistemas (Gillian Ford y Cicely M. Saunders, pág. 227-242); 13. Reconocimiento de obligaciones (G. R. Dunstan, pág. 243-252); 14. La ley en relación con el tratamiento de los enfermos terminales (Ian McC. Kennedy, pág. 253-258); 15. La filosofía del cuidado terminal (Cicely M. Saunders, pág. 259-272). Incluye citas bibliográficas al final de cada capítulo y un índice alfabético de materias en las páginas 273-280.

SAVAGE, J. A. (1992) Duelo por las vidas no vividas: estudio psicológico sobre las pérdidas durante la gestación y el parto. Luciérnaga. Barcelona. Estudio psicológico de la analista junguiana Judith A. Savage, que estudió y practicó en Zurich, investigando durante quince años en el tema de la pérdida en niños pequeños o recién nacidos y el duelo que ello comporta. Nos habla a través de la experiencia de sus pacientes, así como de los grupos de apoyo creados para acompañarlos. El análisis de los sueños de los padres de éstos pequeños, confirma la relación existente con el hijo perdido. El desarrollo psicológico cambiará forzosamente tras este acontecimiento y la Dra. Savage nos indica la manera positiva de ayudar en él. Se divide el presente libro en siete capítulos: 1. Cuando la naturaleza no es una madre; 2. La Anunciación: el sentido de la descendencia; 3. Los motivos etnológicos y arquetípicos que gobiernan la estructura del duelo; 4. Modelos arquetípicos del duelo: la búsqueda; 5. Modelos arquetípicos del duelo: el restablecimiento; 6. Modelos arquetípicos del duelo: el renacimiento, la resolución del duelo y la expansión de la consciencia; 7. Implicaciones para la práctica clínica.

SHARP, J. (1997) Sin miedo a morir. Editorial Oasis. Barcelona. Joseph Sharp, es un abogado norteamericano diagnosticado seropositivo, enfermedad que le llevó a

trabajar como consejero espiritual en el Parkland Memorial Hospital de Dallas (Texas). El estrecho contacto con enfermos, y su propia experiencia personal, han dado forma a este libro que, bajo el título de *Living our dying*, es un gran éxito de ventas en EE. UU. El autor no hace reflexionar sobre cuestiones tal como: ¿Por qué negamos la evidencia de nuestra muerte? Puesto que la respuesta a esta pregunta nos da el conocimiento para poder enfrentarnos, de manera abierta y consciente, a las dudas que nos invaden. Dejaremos de ser así seres temerosos que sólo encuentran salida en la superstición o la indiferencia. Pero el conocimiento implica un acto voluntario de búsqueda y enfrentamiento ante aquello que nos atemoriza. Darle la espalda a la muerte, actuar como si ésta no existiera, sólo puede aumentar nuestros miedos y convertirnos en seres indefensos ante ella. Joseph Sharp propone una mirada valiente y honesta, un reconocimiento de la muerte como parte integrante de su propia vida. Nos muestra un camino, la senda hacia un viaje interior e individual, para conseguir el equilibrio y poder armonizar vida y muerte dentro de un mismo proceso, el de la curación espiritual. Se divide el libro en cuatro partes: 1. Despertar a nuestro morir (27-44); 2. Invitación a la muerte (47-118); 3. Profundizando más (121-191); 4. Vivir nuestro morir (193-230).

SCHWARTZENBERG, L.; VIANSSON-PONTÉ, P. (1978) *Cambiar la muerte*. Gránica Ed. Barcelona. Libro de lectura apasionante que expone los testimonios y reflexiones de un médico y un periodista. Se recogen a lo largo del libro dieciséis historias trágicamente reales, de personas que se encontraron en la frontera última de la existencia. El médico cuenta lo que cada día ve, siente y vive: la enfermedad, el sufrimiento, la muerte. El periodista escucha las historias y medita sobre ellas. La conclusión de ambos es común: Hay que cambiar y humanizar la muerte.

SERRANO TARRAGA, M. D. (1990) *La pena de muerte. Consideraciones criminológicas*. Tesis Doctoral. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Educación a Distancia. La tesis esta dividida en dos partes: una primera donde se tratan los siguientes temas.- Estudio histórico de la pena de muerte.- La pena de muerte en España y su reflejo en los sucesivos códigos penales. - argumentos a favor y en contra de la pena capital. - situación actual de la pena de muerte en el mundo: países abolicionistas y

antiabolucionistas.- Métodos de ejecución.- Penas de muerte impuestas y ejecutadas en los últimos años. En la segunda parte se hace un estudio criminológico de las sentencias de muerte dictadas en nuestro país y recogidas en la colección de jurisprudencia criminal desde el año 1870, año en que se inicia la publicación de esta colección, hasta el año 1961. Los parámetros criminológicos estudiados fueron: - delito cometido.- Audiencias que dictaron las sentencias.- Lugar de ejecución de los hechos. - autores, numero y sexo de los mismos; d.- Otros partícipes en el delito a título de cómplices o encubridores.- Víctimas, numero y sexo de las mismas. - medios utilizados para cometer el delito.- Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, agravantes y atenuantes. Se hizo un estudio de los delitos castigados con la pena capital y del total de penas de muerte impuestas en el periodo estudiado.

SHERR, I. (1992) *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno. México. Este libro aborda una amplia gama de temas alrededor de la agonía, la muerte y el duelo. El personal médico y otros asistentes, como voluntarios y los familiares los cuales necesitan de un conocimiento y una perspectiva práctica que facilite su trabajo. Estableciendo consideraciones tanto específicas como generales para quienes están afligidos por la muerte y la pérdida. De fácil lectura, en conjunto expone una amplia experiencia de aspectos prácticos y activos cuyo conocimiento puede ayudar a aligerar la experiencia a quienes se ven afectados además de facilitar el trabajo de quienes brindan atención y apoyo (profesionales de la salud, pacientes, voluntarios, familiares). Capítulo 5: Establecimiento e inicio de un servicio de orientación durante el duelo. En el presente capítulo nos introducen el este mundo que nos concierne a todos y en el mundo de sentimientos que surgen y que necesitan expresarse. Se divide el capítulo en: evaluación de las necesidades de la comunidad; selección de orientadores; capacitación; apoyo a los orientadores; el papel del coordinador; educando a la comunidad; resumen. Capítulo 7: Muerte de un bebé. Capítulo 11: Pérdida y el virus de Inmunodeficiencia humana: ¿A quién afecta el VIH?; la población en general; discriminación; realización de la prueba del VIH; como proporcionamos los resultados de la prueba; orientaciones pre y post análisis; el papel de las realidades básicas; efectos de un resultado positivo de VIH; necesidades de orientación en las personas de alto riesgo, y en las que no continúan con el proceso de la prueba; orientación a los

familiares y a la pareja; otros miembros del personal médico; cómo enfrentar la pérdida; cómo enfrentarse a las reacciones emocionales; comentarios finales.

SHOSHANA, B. (1996) Comprender la enfermedad, aceptar la muerte. Obelisco. Barcelona. Las enfermedades, difíciles de aceptar, pueden ser con la ayuda de profesionales y amigos una puerta que nos ayude a encontrar la paz interior. El presente libro analiza el viaje espiritual y emocional que una persona emprende durante la enfermedad, tomando consciencia y explorando la verdadera naturaleza de comunicarse, dar, recibir y sanar, basándose en la premisa de que no podemos ayudar realmente a otra persona si antes no conocemos nuestras emociones, necesidades y creencias. Para ello debemos contestar a muchas preguntas, deberemos conocer determinadas cuestiones y conceptos. El presente libro se divide en dos grandes apartados que a su vez se agrupan en 8 capítulos. La autora hace un viaje a través de nuestros sentimientos para a continuación ver nuestra relación con los demás, es decir, con quienes necesitan nuestra ayuda. Intentando ser un libro eminentemente práctico y aplicable en la vida diaria, la Dra. Brenda Shoshana ha incluido ejercicios que nos enseñarán a aplicar lo que aprendamos a situaciones de nuestra propia vida, cuestiones que surgen durante la enfermedad y la pérdida de algún ser querido. Los 8 capítulos comprenden las siguientes partes: 1. La sanación interior (págs. 21-38); 2. Comprender los cambios (39-50); 3. ¿Quién soy? (51-60); 4. Construir relaciones personales saludables (61-74); 5. Comunicación sincera (75-94); Contar con la familia (95-114); 7. El arte de la separación (115-136); 8. Tener el valor de seguir adelante.

SILVA URIBARRI, B. (1996) Un paseo por la muerte en el arte contemporáneo desde los años sesenta. Tesis doctoral. Facultad de Bellas Artes. Universidad del País Vasco. Introduciendo con las etimologías y posibles acepciones del término muerte, se inicia un recorrido desde el par vida-muerte hasta las relaciones con el arte, las representaciones de la muerte, las alusiones en obras plásticas o acciones, que continuara en cada una de las relaciones de la muerte con la vida: como acceso con la totalidad, la muerte y la trascendencia, y en la sociedad, los diferentes acontecimientos de la muerte en la sociedad; en este último punto el discurso se bifurca: esteticismo, estética de la destrucción, estética del desperdicio y arte como utensilio de crítica y

denuncia. Finalmente, en el propio ámbito del arte, lo efímero como eje de la creación: prácticas de la acción, arte mecánico y las intervenciones en el medio natural.

SMITH, C. (1995) Edgar Cayce: Puedes recordar tus vidas pasadas. Editorial Mirach. Madrid. A diario, las experiencias de vidas pasadas influyen en nuestro presente y afectan a las decisiones que hacemos para el futuro. Edgar Cayce reveló las vidas pasadas de muchas personas (su promedio de acierto cercano al 100%) y demostró el verdadero significado de la reencarnación. Dividido en tres partes, el presente libro, aborda: 1. Conocimientos básicos extraídos de lecturas de Edgar Cayce (la reencarnación, el karma, habilidad psíquica en investigaciones sobre las vidas pasadas, objetivos ideales del estudio de nuestras vidas pasadas) (9-94); 2. Prácticas que habrá que realizar durante el curso (soñar y escribir un diario, la meditación) (95-130); 3. Cómo descubrir tus vidas pasadas (despertando recuerdos, el armario de la fantasía, siguiendo las pistas a las leyes de la reencarnación, tú y tú entorno, viaje alrededor del mundo, influencias hereditarias y medio ambiente, analizando tus respuestas emocionales, construyendo teorías sobre las vidas pasadas con pistas de la vida actual, explorando tus actitudes, tu vida futura, etc.) (131-283).

SOTTO, A.; OBERTO, V. (1984) Mas allá de la muerte. Nuevas investigaciones parapsíquicas. Edaf. Madrid. Los supervivientes de accidentes o enfermedades graves nos traen fascinantes mensajes de más allá de la muerte. Estos testimonios nos plantean la cuestión de la vida después de la muerte. Los antiguos fenómenos parapsíquicos pretendían explorar los dominios aún oscuros de la muerte. Hoy en día los descubrimientos de la biología y las modernas experimentaciones con sujetos PSI (personas con poderes psíquicos especiales) confirman “las pruebas aparentes” y posibles de la supervivencia. El presente libro nos invita a superar el limitado materialismo de nuestra vida cotidiana para lo cual sintetiza las más actuales investigaciones sobre el tema. Por ello incluye ilustraciones con fotografías excepcionales (fantasmas, ectoplasmas, pinturas mediúmnicas, clichés kirlian... Se pretende establecer un verdadero mapa anatómico de la muerte. Se incluye bibliografía del tema y tres anexos que son: 1. anatomía del más allá, 2. la experiencia

espiritista, 3. fenómenos después de la muerte: testimonio de un clarividente. La muerte-renacimiento. (la reencarnación). Pág. 142 - 160.

SPECK, P. (1992) Aspectos culturales y religiosos de la muerte. En *Agonía, Muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno. México. Realiza un análisis a la luz de las distintas religiones: Cristianismo, judaísmo, budismo, hinduismo y sikhismo, musulmanes, humanistas y ateos, así como a la luz de las necesidades religiosas y espirituales puesto que es importante establecer la diferencia entre necesidades espirituales y religiosas de las personas en momentos de enfermedad y angustia. En ocasiones se habla de satisfacer las necesidades espirituales del paciente agonizante cuando en realidad solamente se ha demandado las necesidades religiosas de esa persona sin importar cuales puedan ser. El presente capítulo aborda bajo esta óptica los problemas religioso-espirituales. Para más información véase el comentario realizado a la obra SHERR, I. (1992) *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno. México.

SPORKEN, P. (1978) *Ayudando a morir. Aspectos médicos, asistenciales, Pastorales y éticos*. Editorial Sal Terrae. Santander. El autor quiere que evitemos cometer el error de sólo ocuparnos de los problemas éticos concretos olvidándonos de preguntarnos que es lo que podemos hacer por el moribundo en cuanto ser humano, precisamente en su camino hacia la muerte. La cuestión principal de la que a fin de cuentas trata es la siguiente: ¿Qué es lo que podemos y debemos hacer, material y moralmente, en favor de ese prójimo nuestro en proceso de muerte?. En el presente libro se intenta dar una respuesta a esta pregunta. El presente libro es la recopilación de: *Morir humanamente* (Düsseldorf, 1974) en sus capítulos 1, 2 y 5. *Tratamiento de los moribundos* (Düsseldorf, 1975) en sus capítulos 3, 4 y 6. Mientras que el capítulo 7 contiene una reflexión sobre la eutanasia redactada completamente de nuevo. La primera parte: *Muerte y fallecimiento*, un tema problemático incide en cuestiones tan debatidas como son el tabú de la muerte y el fallecer, cuestiones éticas al final de la vida y cuestiones médicas y humanas como son la salud-enfermedad. En la segunda parte se aborda el auxilio a la vida, auxilio al morir y asistencia al morir dividido en tres partes diferenciadas: 1. Auxilio de vida; 2. el auxilio al morir; 3. los conceptos de auxilio y asistencia al morir. En la tercera parte vemos los aspectos médicos y asistenciales del

proceso del fallecimiento el cuál se haya dividido en cinco apartados: 1. Fenómenos y achaques en la fase terminal; 2. el significado de los achaques; 3. la manifestación de los achaques; 4. las quejas más frecuentes; 5. colaboración. La cuarta parte: La vivencia del proceso de fallecimiento. Se encuentra detallada en nueve apartados: 1. introducción; 2. Asistencia al morir; 3. el comienzo de la asistencia al morir; 4. Un punto de partida: la fase en que se encuentra el paciente y/o la familia; 5. fases del proceso de fallecimiento; 6. las fases una a una; 7. el personal asistencial y los moribundos; 8. el niño moribundo; 9. Final. La quinta parte: Dificultades especiales en la asistencia a moribundos. La cual se haya dividida en cuatro grupos: 1. construcción de una relación personal; 2. las charlas; 3. significado del fallecimiento y de la muerte; 4. la fe del moribundo en cuanto norma. La sexta parte: La ayuda pastoral de los moribundos. Dividida en nueve grupos: 1. Planteo del problema; 2. ¿Por qué también un capellán.?.; 3. la tarea pastoral; 4. el auxilio pastoral presupone una relación; 5. evangelización referente a cuestiones existenciales; 6. ayuda pastoral y administración de sacramentos; 7. la unción; 8. colaboración para bien del enfermo y 9. conclusiones. La séptima parte: La eutanasia en el contexto de la ayuda al vivir y al morir. Con sus seis grupos: 1. introducción; 2. el concepto de eutanasia; 3. problemas relacionados con la cuestión de la eutanasia; 4. la supresión de vida humana; 5. juicio ético sobre la eutanasia; 6. Respuesta a la cuestión de la eutanasia: proporcionar la asistencia al morir. Libro claro a la lectura y que nos acerca globalmente a los peligros que corremos, por la existencia de tantos medios de alargar la vida de cometer una verdadera transgresión contra la vida humana. De hecho con la prolongación del morir se abren nuevas posibilidades para asumir el proceso de muerte como una etapa más de la existencias que hay que vivir.

STEINPACH, R. (1992) Por qué vivimos después de la muerte. Publicaciones Hispanas del Grial. Editorial Stiftung Gralsbotschaft. Stuttgart. Alemania. El presente libro (79 páginas) es consecuencia de una conferencia impartida por el autor, del mismo nombre, en la que da por supuesto algo que la mayoría de las personas no considera como una evidencia: a saber, el hecho de que la vida continúa después de la muerte. Hay algunas que sí, que creen en ello, pero sus ideas en este punto difieren mucho entre sí, y si se las contempla con más detenimiento se verá que con mucha frecuencia

se trata sólo de una esperanza, pero no de una convicción apoyada en un saber. En la presente obra, el autor, Richard Steinpach nos acerca al fenómeno “por qué vivimos después de la muerte, exponiendo con una gran lógica de pensamientos y respaldado por los más recientes resultados de otras ramas de la ciencia. Queda fuera de duda que la muerte significa el abandono del cuerpo terrenal; nuestro ser, sin embargo, continúa viviendo. Este conocimiento abre las puertas hacia una visión integral de nuestra existencia y permite encontrar una respuesta sobre el sentido de la vida.

STONE, G. (1997) Palabras de vida y muerte. Ediciones B. Barcelona. La autora, profesional especializada en el cuidado a pacientes con enfermedades terminales, ha creado una asociación que se dedica a difundir un nuevo concepto de aproximación a la muerte. Sus cursos han tenido excelentes resultados tanto para las personas afectadas como para sus familiares más próximos y el personal médico que las atiende. Ganga Stone, conoció largos años de aflicción al perder a su madre y fue en parte por el motivo que se dedicó al cuidado de moribundos. Su trabajo le descubrió fenómenos maravillosos que niegan la aniquilación del alma, le enseñó que el dolor bien asumido fortalece el espíritu, añadiendo una perspectiva nueva que nos ayuda a enfocar la vida positivamente, y también le mostró el camino hacia la paz. Mediante el presente libro, la autora, da un paso adelante hacia la aceptación de la muerte y el goce de la vida. El presente libro se encuentra dividido en 10 apartados: 1. No es justo (págs. 33-44); 2. La premisa de la Aniquilación: temor y aflicción (45-52); 3. ¿Cuál es la prueba? (53-56); 4. Como entienden la muerte personas que la han experimentado (57-76); 5. El superviviente continúa su viaje (77-84); 6. El superviviente aquí y ahora (85-114); 7. ¿qué es lo que muere? ¿Cómo muere? ¿la muerte implica dolor? (115-134); 8. Volver al miedo y a la aflicción (135-182); 9. Cómo prepararse: Llevar una vida a prueba de arrepentimiento (183-198); 10. La relación con el moribundo (199-214); Mensaje al clero (215-220).

SUÁREZ, E. E. (1998) Cuando la muerte se acerca. McGraw Hill Interamericana de Venezuela. La autora, enfermera profesional, de gran experiencia en el trabajo directo con pacientes en el estado de Venezuela, nos muestra cual es la realidad al respecto. Como ocurren y como deberían suceder las cosas, al igual que nos refiere que

aspectos, a su juicio, deben modificarse en la formación de nuestras enfermeras para poder ofrecer a los enfermos en situación terminal la atención que ellos requieren. El libro también nos ofrece un conjunto de experiencias de colegas de la autora en el manejo de la relación enfermera - paciente en situación terminal y con los familiares. Se encuentra dividido en cinco partes: 1. El enfermo terminal: características, necesidades humanas, reacciones psicológicas, la esperanza; 2. Concepción holística de la Enfermería ante el enfermo terminal. En el que se analizan los aspectos : ambiente, relación enfermera - paciente, tipos básicos de relaciones, objetivos de la atención, cuidados de enfermería, cuidados de los aspectos psicológicos, socioculturales, espirituales y existenciales; 3. Relatos de experiencias de enfermeras relacionadas con enfermos terminales; 4. Aspectos éticos en la atención al enfermo terminal: principios y valores, derechos del enfermo terminal, eutanasia pasiva y activa, rechazo al tratamiento, suicidio asistido, el principio de doble efecto, limitación de medidas terapéuticas; 5. Factores que influyen en la enfermera al proporcionar atención al enfermo terminal: factores educacionales, somáticos, socioculturales, psicológicos, espirituales y en relación con la organización del trabajo asistencial; concluyendo con un epílogo y un resumen y preguntas. Incluye referencias bibliográficas al final de cada parte.

SUDNOW, D. (1971) La organización social de la muerte. Tiempos Contemporáneos. Buenos Aires. Partiendo de las observaciones directas realizadas en Hospitales americanos en los que el autor permaneció durante más de un año, se analizan los procesos sociales que rodean a la muerte y el morir. Se aborda en el presente trabajo el modo de cuidar a los moribundos, la forma de transmitir las malas noticias, los rituales de duelo, la manipulación de los cuerpos, la manera en que la muerte afecta al personal del hospital y como éste a su vez afecta al proceso de la muerte. Libro de fácil lectura, recomendable a profesionales de la salud (médicos, enfermeras, asistentes sociales), psicólogos, sociólogos.

SZEKELY, EDMOND BORDEAUX. (1997). La conquista de la muerte. Sirio: Málaga.

THIELICKE, H. (1984) *Vivir con la muerte*. Editorial Herder. Barcelona. La primera parte de este libro se dedica a distinguir entre el final biológico y la muerte humana. Esta distinción es fundamentalmente importante, si se quiere superar ciertos problemas fronterizos, entre los que están la eutanasia, la conservación artificial de la vida, el suicidio y otros. La manera especial que diferencia al hombre de los animales en su comportamiento con la muerte, exige mirar el problema de la muerte en el amplio contexto de la antropología. Dentro de este horizonte, se analizan algunos textos característicos de poetas y filósofos. Un capítulo más extenso se ocupa de la relación que se pone entre el concepto del hombre y la comprensión de la muerte en las distintas ideologías. Esto da lugar a tratar sobre todo de la idea de la inmortalidad que se interpreta como resultado de un acto de represión frente a la muerte. La discusión sobre la fe en la inmortalidad conduce a la comprensión de lo contrario, esto es, a la fe cristiana en la resurrección, en la que la muerte aparece menos como proceso natural que como algo natural. El planteamiento hace que las perspectivas de estas reflexiones alcancen vastos horizontes: a partir del análisis histórico-cultural, pasando por cuestiones actuales concretas, se llega a la visión escatológica que investiga el ser del hombre antes y después de la muerte. Núcleo y guía de la investigación está en la relación entre Tanatología y antropología. Ésta es la característica que distingue la obra que analizamos de la mayoría de las monografías sobre la muerte del hombre aparecidas en los últimos años. Se incluye bibliografía (pág. 269-273). 119 referencias bibliográficas de libros en alemán.

THOMAS, L. (1983) *Antropología de la muerte*. F. C. E. México. El autor, defensor de la antropotanatología, ya que considera que los problemas de la muerte atañe a géneros específicos de personaje muy variados: el teólogo, el psicólogo, el psicoanalista, el psiquiatra, el biólogo, el bioquímico, el demógrafo, el sociólogo, el jurista, el criminólogo, el economista, el artista y el crítico de arte, el historiador y el geógrafo, sin olvidar el sacerdote, el médico, la enfermera, el asegurador y los urbanistas y como no los empleados de las funerarias. Se divide el libro (640 páginas) en cuatro partes: LA MUERTE ES PLURAL, la cual comprende tres capítulos: I. Muerte física y muerte biológica: la muerte física y la muerte biológica (págs. 19-51); II. Muerte social, muerte de los hechos sociales y socialización de la muerte: la muerte social, la muerte de los

hechos sociales, socialización de la muerte: la institución y el código (pág.52-81); III. La muerte, el animal y el hombre: los datos de la etología, el animal y la muerte en los sistemas culturales: lo que nos enseña la antropología (pág. 82-121). LA MUERTE DADA, LA MUERTE VIVIDA, la cual comprende cuatro capítulos: IV. Hacer morir: la naturaleza agredida: el ecocidio; el homicidio colectivo; la muerte particular (pág. 123-159); V. El morir, de lo representado a la representación: la muerte desplazada (los datos demográficos); muerte representada, muerte en representación (pág. 160-194); VI. Los rostros del morir: muerte concebida y muerte vivida: los hombres, los objetos y la muerte; las formas del morir (pág.195-267); VII. La experiencia de la muerte: realidad, límite: mi propia muerte; la muerte del otro (pág. 268-296). LAS ACTITUDES FUNDAMENTALES DE AYER Y DE HOY, la cual se divide en cuatro capítulos: VIII. Los muertos y los moribundos: actitudes frente al cadáver; actitudes frente a la muerte (pág. 297-345); IX. El hombre ante la muerte: para una nueva aproximación a las actitudes; de algunos temas importantes (págs. 346-406); X. Los grandes lineamientos de una evolución: desacralización; desocialización; muerte y rentabilidad; muerte y ciencia; urbanización y cementerios (págs.407-429); XI. El anciano y la muerte: pluralidad de situaciones; el anciano y la muerte en la sociedad negro-africana; el anciano y la muerte en occidente (págs. 430-472). DE LA CORRUPCIÓN CORPORAL A LO IMAGINARIO, la cual comprende tres capítulos: XII. La muerte y el lenguaje: introducción a una tanatosemiología: la muerte y el lenguaje en el África negra; la muerte y el lenguaje en las sociedades occidentales (473-512); XIII. La muerte y los símbolos: la simbólica negro-africana; ritos de duelo u muerte simbólica; el símbolo y la muerte en occidente (págs. 513-585); XIV. Creencias y actitudes tranquilizadoras: los dos campos de lo imaginario: creencias, sistemas de pensamiento; actitudes y ritos (págs. 586-625); ¿Se puede llegar a conclusiones?: Lo que hemos dicho y ¿qué hacer? (págs. 626-636). Se incluyen buenas referencias a pie de página.

THOMAS, L. (1991) La muerte. Una lectura cultural. Ediciones Paidós. Barcelona. Buenos Aires, México. El autor, presidente de la Sociedad Tanatológica francesa, fallecido ya hace tres años promulga el reagrupar los conocimientos sobre la muerte en una disciplina denominada tanatología comprendiendo múltiples facetas y relacionada con diversos campos de análisis. El presente libro de fácil lectura intenta

como libro de bolsillo reflejar las incertidumbres que el tema muerte genera en los individuos. Por ello en una primera parte aborda el tema de la muerte individual y colectiva, en la segunda parte el mundo del morir el cual nos acerca a la vivencia del moribundo, al morir en nuestros días y a la denominada muerte ideal, para en la tercera parte incidir en lo que acaece tras la muerte: los ritos y vivencias de los sobrevivientes y la escatología, en la cual describe los cuatro modelos fundamentales de a lo que equivale la muerte, prescindiendo del de negación. Incluye una breve bibliografía aunque de poca utilidad por estar y ser de publicaciones francesas.

TOYNBEE, A.; KOESTLER, A. (1977) La vida después de la muerte. Edhasa. Barcelona. El autor escribió el primer capítulo poco antes de su muerte. Algunas especies no humanas lloran al igual que los seres humanos, por la pérdida del compañero... Pero de la fauna que habita la biosfera, entorno del planeta tierra, los seres humanos parecen ser los únicos que saben que han de morir. Sólo que a diferencia del cuerpo físico que al morir se desintegra para reintegrarse a la materia universal, la consciencia es invisible es impalpable. ¿ Qué ocurre con la consciencia que ordena el vivir de un hombre.? ¿ Qué ocurre con la personalidad.? Este el punto de partida de una indagación apasionante. En el presente volumen se reúnen respuestas al dilema de la vida después de la muerte desde perspectivas: religiosas, antropológicas, científicas, poéticas. En estudios sobre creencias de las sociedades primitivas, de África, América, la India Clásica, el Cercano Oriente, los pueblos Islámicos y Cristianos. Los autores de esta obra se encuentran persuadidos de que la consciencia no está forzosamente ligada a la muerte del cuerpo. Marti Israel acepta el dualismo griego entre alma y cuerpo. Rosalind Heywood da ejemplos de experiencias psíquicas. Ulrich Simon acude a la música; Renée Hayne, a la poesía. La conclusión general es que la muerte no es el final. Un conjunto notable de escritores, filósofos, científicos, han procurado iluminar un ámbito del que sólo podemos tener experiencia cuando ya no podemos expresarla pero del que poseemos intuiciones inapelables. En el deslumbrante capítulo final. Arthur Koestler pasa revista a las hipótesis científicas modernas, destaca la índole insustancial de elementos aparentemente concretos y elabora una teoría sobre la supervivencia que fascinará al lector más escéptico.

TRESSELT, A. (1972) *The Dead Tree* (El árbol muerto). Nueva York: Parents' Magazine Press. Una historia acerca del tiempo de vida de un roble. Explicando la muerte de una manera tal que el niño la pueda relacionar con su ambiente.

TURNER, MARY (2004). *Cómo hablar con los niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo. Guías para padres.* Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México. El presente libro que nos trae Mary Turner, psicoterapeuta, trabajadora social del St. Richard Hospice, en Worcester, con amplia experiencia con niños problemáticos en hospitales y servicios sociales, es un libro de ejercicios, cuyas ilustraciones han sido realizadas por Bob Thomas, de modo que entre ambos: imágenes y texto, ayuden a los adultos las empleen como instrumento de ayuda para que niños y niñas puedan entender y superar las pérdidas de un ser querido. Creando de igual modo un medio efectivo para que niños, niñas y jóvenes comuniquen y entiendan los pensamientos y las emociones que acompañan al proceso de la muerte y la pérdida. Emociones y sentimientos en ocasiones contradictorios, confusos y dolorosos. El presente libro planteado como una guía, pretende ser una vía para la reflexión de largo alcance, por ello mediante una escritura que resulta fácil a la lectura y un acceso sencillo tanto para niños como para adultos consigue mantener la atención propiciando la comunicación. Se divide para una más fácil lectura en 2 partes: 1ª. Para la persona que ayuda y la 2ª en la que se incluye un cuaderno de ejercicios: sobre la muerte y el morir, decir adiós y pensar en los funerales, hablar de alguien que ha muerto, pensamientos y sentimientos, miedos y preocupaciones, sueños y pesadillas, amigos, familia y escuela, recuerdos, seguir adelante. A partir de la exploración del concepto de muerte, se plantean distintos ejercicios que abordan diferentes dimensiones del concepto de pérdida, así como los sentimientos que se generan en la misma, para culminar con unas palabras sobre el recuerdo y la superación.

TWYXCROSS, R. G.; LACK, S. A. (1990) *Terapèuttica del pacient amb càncer terminal.* Estudis Universitaris de Vic. EUMO Editorial. El presente libro prologado por la Dra. Cicely Saunders es básicamente una recopilación de apuntes de seminarios y conferencias y surge de la fusión de los programas docentes de ambos autores. Cada año se convoca un curso de cinco días de duración, al que acostumbran acudir unos 60

profesionales y que versa sobre el tratamiento sintomático del cáncer avanzado (Oxford, Inglaterra. New Haven, Connecticut). El Dr. Twycross y la Dra. Lack aportan los conocimientos necesarios para hacer un abordaje terapéutico individual para el control de síntomas asociados al cáncer avanzado. Se divide el libro en dos partes: En la 1ª se abordan 8 capítulos: 1. Control de síntomas (págs. 19-23); 2. Tratamiento del dolor (25-50); 3. Síntomas gastrointestinales (51-92); 4. Síntomas neuropsicológicos (93-116); 5. Fármacos psicotropos (117-136); 6. Síntomas respiratorios (137-152); 7. Síntomas urinarios (153-164); 8. Cuidados de la piel (165-182). En la 2ª parte se abordan dos capítulos que son: 1. La morfina oral en el tratamiento del cáncer avanzado (185-224); 2. Aspectos psicosociales (225-241). Concluye con unos apéndices sobre: La dosificación en fármacos de cáncer avanzado (243-244), y un índice temático (245-248).

UFEMA, J. (1988) Cómo hablar a los pacientes moribundos. Revista Nursing. Edición en español. Vol. 6, nº 3, mes de marzo: Págs. 21-24. Doyma. Barcelona. La autora, Clinical Nurse Specialist, Death and Dying. North Charles General Hospital. Baltimore. Muchas enfermeras temen que dirán lo que no deben, cuando prestan cuidados a pacientes moribundos. La autora, que trabajó en un hospice durante 14 años y a ella se dirigen otras enfermeras en busca de consejo. Le dicen que desean ofrecer apoyo, que vacilan ante el temor de trastornar al paciente o ir contra del médico o de la familia. La autora nos plantea cual es su consejo, ser honrada, y cuando le solicitan que sea más concreta, generalmente termina describiendo alguna de sus propias experiencias, como es el caso de la historia del Sr. Blanco la cual se explica a lo largo del artículo en los apartados: en la oscuridad, atrapada en el medio, más sobre la historia, lo que usted puede hacer, tranquilice al paciente, ayude al paciente a elegir, un pensamiento final.

URRACA, S. (1982) Ansiedad, temor, miedo, religiosidad y preocupación ante la muerte. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.

URRACA, S. (1987) Panorama actual del cáncer desde una perspectiva conductual. Revista JANO. Julio - Septiembre. Vol. XXXIII, nº 784: págs. 33. El autor nos refiere que

la aparición de procesos cancerosos provocan reacciones psicológicas de carácter sanitario y social de enorme importancia para el paciente y su entorno familiar. Mientras en el profesional sanitario su enfoque se dirige a la aminoración o extinción del dolor, el paciente concede mayor importancia a algunas pérdidas e incapacidades asociadas con la enfermedad. El autor demanda por boca del paciente una verdadera comunicación con el equipo sanitario, familia y con su entorno social que redunde en apoyo, mucha comprensión, ayuda y aceptación.

VALDES DIAZ, M. (1995) Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. El objetivo fundamental de este trabajo se centra en estudiar las actitudes ante la muerte en los cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales (ucigs). Para ello, empleamos dos grupos: grupo empírico (ge) (72 cónyuges de pacientes hospitalizados en ucigs) y grupo control (gc) (144 personas cuyos cónyuges no están hospitalizados). Se les aplico la siguiente batería de instrumentos psicológicos: un cuestionario de pareja, la escala de ansiedad ante la muerte (das), la escala de temor a la muerte (fds) y la escala de preocupación ante la muerte (dc). Una vez analizados los datos concluimos que los cónyuges del ge con respecto al gc 1) presentan menor grado de temor a la muerte ajena y mas temor al proceso de morir propio. 2) presenta menor nivel de preocupación ante la muerte en su componente, evaluación negativa de la muerte. 3) las parejas en las que uno de los cónyuges esta hospitalizado presentan un nivel de compatibilidad adecuado. 4) la edad y el sexo no provocan cambios básicos en el temor, la preocupación y la ansiedad ante la muerte.

VAN DAM, W.C. (1995) Los muertos no mueren. Susaeta Ediciones. Girona. El presente libro intenta responder a la pregunta: ¿Qué experimentan las personas en la frontera entre la vida y la muerte? Las narraciones sobre la vida más allá de la muerte tienen su origen en tres tipos de experiencias: las de los moribundos, la de aquellos que han estado clínicamente muertos y las de los visionarios. Willem Cornelis van Dam toma todas esas experiencias y se pregunta si en ellas hay algún detalle en común, puesto que sólo en las manifestaciones coincidentes podemos basar nuestra creencia. La

originalidad de este estudio, junto a una exposición clara y seria, a veces no exenta de buen humor, ha proporcionado a su autor un prestigio poco común en todos los países de Europa. Se divide el libro en las siguientes partes: En la frontera, al otro lado de la frontera, visión del más allá, Interrogantes críticos y conclusiones, examen a la luz de la Biblia. Incluye 33 citas bibliográficas de libros publicados en inglés.

VAN EERSEL, P. (1991) El manantial negro. Neoperson Ediciones. Madrid. El autor Patrice Van Eersel, periodista que trabaja para la revista francesa Actuel, nos refiere que lo hemos olvidado todo acerca de la muerte, toda la sabiduría que sobre ella nos había transmitido nuestra cultura. Incluso la ciencia se ha vuelto ignorante. El autor nos divide el presente trabajo en cuatro capítulos: I. Los sonámbulos; II. La luz en el fondo del pozo; III. La gran cantera de los exploradores de la mente; IV. Los dioses están de vuelta. Notas.

VAN GENNEP, A. (1960) Les rites of Passage (los ritos de la transición). Chicago: University of Chicago Press. Estudio antropológico y sociológico de las etapas de la transición de la vida del hombre según son marcadas por ceremonias universales. Se enfoca específicamente sobre el nacimiento, la pubertad, el matrimonio y la muerte.

VASSART, M. M.; COMELLA, A. (1996) Libro de la vida/libro de la otra vida. Ed. Montena. Grijalbo Mondadori. Barcelona. El presente libro es un eficaz instrumento de ayuda para padres y educadores que responde a algunas preguntas comprometidas acerca del nacer y el morir. Planteado a modo de libro reversible (Libro de la vida / Libro de la otra vida) profundiza en las respuestas a las preguntas: ¿dónde estaba antes de nacer?, ¿a qué vine a la tierra?, ¿cómo nacemos?, ¿qué son niños- espíritus?, ¿y qué pasa luego?, ¿con qué misión venimos aquí? , ¿cómo sale el espíritu del cuerpo?, ¿duele morir?, ¿qué es un funeral?, etc.

VICASTILLO MONTAÑEZ, J. S. (1977) Tertuliano y la muerte del hombre. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Complutense de Madrid. Dividida en seis capítulos: 1) mortalidad de la carne 2) definición 3) causas 4) géneros de muerte 5) desenlace del cuerpo muerto 6) poder de la muerte. El hombre se caracteriza por las

nativitas y mortalitas. Saca unas conclusiones: a) cesa la vida y vive un vacío b) el alma sobrevive a la muerte c) el cuerpo es mero cuerpo d) sin el cuerpo no hay hombre. Se da el paso de la vida a la muerte pero no al contrario la muerte es irreversible.

VICO, J. (1995) Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica. San Pablo. Madrid. El autor reabre un debate desde la ética teológica, mediante una reflexión de la dimensión social del problema, con posturas de dentro y fuera de la comunidad eclesial. En el presente trabajo se abordan los temas dolor y muerte humana digna. La primera parte consta de tres capítulos: 1. Experiencia y sentido del dolor, abordado desde una perspectiva antropológica y teológica, 2. Se trata de sentar las bases teológicas de la asistencia sanitaria, dando preferencia a una vertiente de teología pastoral y espiritual. El lenguaje de estos dos capítulos es ligero y poco académico, 3. La huida del dolor a través de la farmacodependencia: drogas y abuso de medicamentos. Este capítulo es más extenso y con un lenguaje más técnico y en el se aborda el tema desde su dimensión ética. (De la página 15 a la 147.). Esta segunda parte está dividida en cinco capítulos: 1. El ocultamiento de la muerte en la sociedad moderna, es más de tipo introductorio (págs. 151-163). 2. Los trasplantes de órganos, entre la vida y la muerte, cuya importancia reside en la clarificación del momento de la muerte (págs. 164-186), 3. Distinción entre suicidio y muerte voluntaria, ya que si todo suicidio es una muerte voluntaria, no toda muerte voluntaria es un suicidio (págs. 187-218); 4 y 5. Abordan estas dos formas de muerte voluntaria que se dan cuando o bien se omiten los medios que prolongarían la vida del paciente terminal para proteger su derecho a una muerte digna; o bien se actúa de forma tal que sobrevenga la muerte para que esta ocurra previsiblemente en condiciones humanas. El derecho a morir humanamente y la ortotanasia y la eutanasia activa ¿es siempre una muerte indigna? (págs. 219-309). Buen enfoque al plantear referencias a autores que expresan con sus propias palabras, desde posiciones de dentro y fuera de la comunidad eclesial, sus planteamientos. Buenas y claras referencias bibliográficas a pie de página.

VIELVA ASEJO, J. (1990) Pacientes terminales y enfermería, ¿obligación o privilegio?. Revista Nueva Enfermería. Julio-agosto, nº 86, págs. 26-31. Análisis por parte del autor de las dificultades fundamentales que se contraponen a una muerte con calidad

humana: la desgracia de morir en soledad y la desgracia de no tener el espacio de soledad necesario para morir, ambos extremos extraordinariamente cerca uno del otro, y la enfermería una de las profesiones que más puede hacer por evitar, con el fin de conseguir una asistencia digna a los enfermos en fase terminal. Análisis y descripción del paciente terminal, diversos factores, ayudar al individuo y unas consideraciones finales.

VIORST, J. (1971) *The Tenth Good Thing about Barney* (La décima cosa buena que tiene Barney). Nueva York. Athenson. La historia de un niño que pierde a su gatito y como su madre lo ayuda a aceptar la muerte de este.

VON FRANZ, M. (1990) *Sobre los sueños y la muerte*. Editorial Kairos. Barcelona. La autora trata de responder mediante el presente trabajo a la pregunta: ¿Qué dice lo inconsciente del hombre, es decir su mundo instintivo, ante el hecho de la proximidad de la muerte?. Se sabe que los sueños no se dejan manipular, y que son en cierto modo, la voz de la naturaleza en nosotros. Se plantea entonces la pregunta: ¿Cómo la naturaleza misma nos prepara para la muerte? Para responder a esta y otras preguntas Marie-Louise von Franz articula el libro en cuatro puntos: 1. Los sueños de la muerte y experiencias personales relacionadas con ella; 2. Ideas básicas de la psicología junguiana que se refieren a la segunda mitad de la vida humana y a la muerte; 3. Simbolismo de la muerte y resurrección en la tradición alquímica; 4. Investigación parapsicológica. Este libro, es probablemente, el más importante que sobre esta materia se ha escrito. Es un libro que responde a algunas preguntas y reaviva muchas otras, tales como: ¿perdura la vida del difunto?, en caso afirmativo ¿sólo un periodo después de la muerte o más tiempo?, ¿qué es una existencia atemporal?, ¿qué hay de la hipótesis de la reencarnación?, ¿por qué muchas imágenes del más allá son trágicas y otras dichosas?, ¿qué significa la muerte parcial mencionada por Jung? La autora amiga y colaboradora de C. G. Jung, es considerada una autoridad mundial en estos temas, además de ser presidenta honoraria del C. G. Institute de Zurich.

VON HILDEBRAND, D. (1983) *Sobre la muerte*. Ediciones Encuentro. Madrid. En esta obra, escrita al cabo de una intensa vida cristiana, el filósofo Dietrich von Hildebrand

nos deja un regalo de inapreciable valor: su reflexión lúcida y serena sobre el fenómeno de la muerte. Desde el comienzo mismo nos invita a no vivir de espaldas a la muerte, a reconocer que, ya en el plano de la experiencia natural, la muerte, a pesar de todo su horror y carácter enigmático, no se presenta realmente como el acabamiento definitivo del hombre, sino como el comienzo de una nueva vida. Y la invitación a considerar ésta verdad se convierte en apremio para quien ha conocido a Cristo y ha creído en su mensaje. Toda la vida del cristiano, sus diarios quehaceres, sus relaciones con los otros..., ha de estar recorrida por la esperanza en la vida del mundo futuro y la visión de Dios que en ella se le promete. Páginas llenas de espiritualidad que intentan llevar consuelo y esperanza a los corazones afligidos por el carácter terrible de la muerte: de la muerte propia, que amenaza diariamente con su llegada, y de la muerte de los seres profundamente queridos, que nos arrebatan la fuente más honda de felicidad terrena.

VORGRIMLER, H. (1981) El cristiano ante la muerte. Editorial Herder. Barcelona. El autor inicia sus consideraciones con el aspecto más sensacionalista de su interés por la muerte. Pero este es rechazado a menudo como superstición en nombre de la tesis de Ludwig Feuerbach de que sólo es digno del hombre y asequible al hombre el concepto de "muerte natural". ¿ Qué implica y aporta a todo esto la interpretación de la muerte?. En constante confrontación crítica con las distintas "teología de la muerte" más recientes. El autor desarrolla los temas principales de un pensar cristiano acerca de la muerte y trae a la memoria algunas perspectivas importantes, respecto al problema de la teodicea. Brevemente y con un lenguaje claro hacen de este libro una fuente de información y orientador para el lector. Incluye bibliografía interesante para quien quiera profundizar en este ámbito dividida en ocho apartados: 1. Obras generales con aportaciones de diversas ciencias al tema de la muerte, 2. la muerte en su aspecto teológico, 3. estudios bíblicos sobre el tema de la muerte, 4. la muerte de Jesús, 5. Teología práctica, 6. publicaciones sobre problemas médicos, éticos y psicológicos, 7. filosofía, historia de la cultura, sociología.

VV.AA. (1968) Declaración de Sydney. Postulado sobre la muerte. Adoptado por la 22ª Asamblea Médica Mundial. Sydney. Australia. Enmendada en la 35ª Asamblea Médica

Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983. La determinación del momento de la muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad del médico y así debe seguir siendo. Por lo general el médico podrá, sin ayuda especial, determinar la muerte de una persona utilizando los criterios clásicos conocidos por todo médico. Sin embargo, dos modernos avances de la medicina han hecho necesario un estudio más detenido de la cuestión relativa al momento de la muerte: a) la habilidad de mantener por medios artificiales la circulación de sangre oxigenada a través de los tejidos del cuerpo que pueden haber sido irreversiblemente dañados, y b) el uso de órganos de un cadáver, tales como el corazón y los riñones, para trasplante. Una complicación es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, variando la capacidad de los tejidos para resistir la privación del oxígeno. No obstante, el interés clínico no reside en el estado de conservación de células aisladas sino en el destino de una persona. A este respecto, el momento de la muerte de diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera que sean las técnicas de resucitación que puedan ser empleadas. Es esencial determinar la cesación irreversible de todas las funciones, de todo el cerebro, incluido el bulbo raquídeo. Esta determinación se basará en un juicio clínico suplementado, si es necesario, por un número de medios de diagnóstico. Sin embargo, ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio general del médico. En el caso del trasplante de un órgano, el estado de muerte debe ser determinado por dos o más médicos, los cuales no deben estar conectados o pertenecer al equipo que realiza el trasplante. La determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en aquellos países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento.

V.V.AA. (1975) Derechos del moribundo. Traducido de: The Dying person's Bill of Rights. American Journal of Nursing. LXXV. Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta el momento de mi muerte. Tengo derecho a conservar un sentimiento de esperanza, cualquiera que sea el cambio que me pueda sobrevenir. Tengo derecho a ser cuidado por quienes sean capaces de mantener ese sentimiento

de confianza ante cualquier cambio que me pueda acaecer. Tengo derecho a expresar a mi manera mis sentimientos y emociones ante mi propia muerte. Tengo derecho a participar en las decisiones que afecten a mis cuidados. Tengo derecho a esperar una atención médica y una asistencia continuas, incluso el caso de que haya que cambiar el objetivo de curarse por el de aliviarme. Tengo derecho a no morir solo. Tengo derecho a ser aliviado de mis dolores. Tengo derecho a que se responda honestamente a mis preguntas. Tengo derecho a no ser engañado. Para aceptar el hecho de mi muerte, tengo derecho a recibir la ayuda de mi familia y a que ella, para poder ayudarme, también la reciba. Tengo derecho a morir en paz y con dignidad. Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser juzgado por el hecho de que mis decisiones sean contrarias a las creencias de otros. Tengo derecho a comentar y ahondar en mi experiencia religiosa y espiritual, sea cual sea su significado para los demás. Tengo derecho a esperar que sea respetada la dignidad de mi cuerpo después de mi muerte. Tengo derecho a ser cuidado por personas sensibles, vocacionadas y competentes, que intenten comprender mis necesidades y encuentren una satisfacción personal al prestarme su ayuda en mi muerte.

VV.AA. (1985) El agente de salud ante la muerte ajena. Algunas consideraciones deontológicas. Hermanos de S. Juan de Dios. Provincia Bética. Se centra la reflexión en dos cuestiones éticas que son: el derecho a morir con dignidad y el derecho a conocer el diagnóstico del propio padecimiento mortal en las páginas 20-24.

VV.AA. (1985) Declaración de Venecia sobre la enfermedad terminal. Adoptada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983. 1. El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes. 2. No habrá ninguna excepción a este principio aún en caso de enfermedad incurable o de malformación. 3. Este principio no excluye la aplicación de las reglas siguientes: 3.1. El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente, o de su familia inmediata en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de

su enfermedad. 3.2. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente. El médico puede, cuando cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con las leyes del país, o en virtud del consentimiento formal otorgado por la persona responsable, y a condición de que la certificación de la muerte, o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos del donante deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor, y del receptor mismo.

VV. AA. (1985) El libro tibetano de los muertos. "Bardo - Thödol". Edaf. Madrid. Hace medio siglo el lama Kazi Dawa Samdup realizó una traducción del Bardo-Thödol que el doctor Evans-Wentz redactó y publicó con el título de Libro de los muertos tibetano. Mientras, el Bardo-Thödol se había convertido en una de las obras célebres de la literatura internacional. Consideramos las enseñanzas del Bardo-Thödol como una obra preciosa de la literatura universal, como la Biblia, el Corán, los Upanishads, el Yi-King, el Tao-te-king, y como los dramas de Shakespeare, de Goethe, la Divina Comedia de Dante y las grandes obras del Renacimiento. Las enseñanzas del Bardo-Thödol se atribuyen al gran apóstol budista Padmasambhava. A mediados del siglo VIII de nuestra era, invitado por el rey Ti-song-de-tsen, llevó el budismo al Tíbet y fundó el primer monasterio (samye). Su personalidad excepcional causó una impresión tan profunda, en sus contemporáneos que aún hoy doce siglos después el recuerdo de su vida y de sus actos sigue vivo en la memoria del pueblo tibetano. Por lo que de él sabemos era un hombre que transmitía el conocimiento de forma práctica, dando unas enseñanzas desacostumbradas; estaba al mismo tiempo dotado de fuerzas psíquicas que emanaban de su profunda espiritualidad. En el presente libro la palabra muerte no aparece por ningún lado. Este término desvía totalmente el sentido de la obra que reside en la idea de liberación, es decir, liberación de las ilusiones de nuestra consciencia egocéntrica que oscila perpetuamente entre nacimiento y muerte, ser y no ser, esperanza y duda, sin alcanzar el despertar, la paz del nirvana, ese estado estable

lejos de las ilusiones del samsara y de los estados intermedios. Por ello el presente libro no es una guía de muertos, sino una guía de cuantos quieren traspasar la muerte, metamorfoseando su proceso en un acto de liberación.

VV.AA. (1985) El agente de salud ante la muerte ajena. Algunas consideraciones deontológicas. Hermanos de S. Juan de Dios. Provincia Bética. Breve trabajo mediante el cual pretenden acercarse al enfermo moribundo y analizar sus angustias, deseos y esperanzas y también sus derechos y deberes. A la vez que se contempla al Agente de Salud como compañero en ese duro recorrido que es la muerte, describiendo también sus derechos y deberes acerca del enfermo terminal. Se centra la reflexión en dos cuestiones éticas que son: el derecho a morir con dignidad y el derecho a conocer el diagnóstico del propio padecimiento mortal.

VV. AA. (1985) Los problemas que conciernen a la muerte y a los cuidados dados a los moribundos. Consejo de Europa. Estrasburgo. El Comité Europeo de Salud Pública, en cuyos trabajos participa la Santa Sede como observador, después de haber creado en noviembre de 1976, un Comité restringido de expertos para estudiar la actitud de los miembros de profesiones sanitarias que cuidan al paciente cuando es evidente que se aproxima su fallecimiento, ha aprobado el informe final del trabajo de este Comité en un opúsculo publicado en el Consejo de Europa, titulado: “Los problemas que conciernen a la muerte y a los cuidados dados a los moribundos” (Estrasburgo, 1981). El fin de este informe es tratar únicamente de la asistencia a los moribundos. Se abordan los puntos siguientes: 1. Necesidades del paciente y de su familia, dominio de los síntomas y tratamiento; 2. Instituciones y equipamientos; 3. El equipo que cuida; 4. Los niños moribundos; 5. Información de la opinión pública; 6. La eutanasia y la gran obstinación terapéutica.

VV.AA. (1987) ASOCIACION MEDICA MUNDIAL (WMA) Declaración sobre la eutanasia. (Adoptada en su 39ª Asamblea. Madrid, España, octubre de 1987). La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, incluso a petición de éste o de sus familiares próximos, es contraria a la ética. Esto no impide al médico

respetar el deseo del paciente de permitir que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

VV. AA. (1990) Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Comité de Expertos de la O.M.S. Serie de informes Técnicos, 804. Ginebra. Informe de 82 páginas realizado por el Comité de Expertos de la OMS el cual se divide en 11 apartados: 1. Introducción (págs. 7-11) en la que habla del desarrollo del método para aliviar el dolor en el cáncer, los acontecimientos recientes y los desafíos para el futuro; 2. Tratamiento paliativo: analizando la situación actual, las necesidades futuras, los obstáculos para la aplicación de conocimientos, la asignación de recursos, la organización del tratamiento paliativo y la calidad de vida (págs. 11-20); 3. El dolor en el cáncer (21-25),: Alcance del problema, tipos de dolor en el cáncer, naturaleza del dolor en el cáncer, métodos para aliviar el dolor en el cáncer, aplicación práctica del método, el camino a seguir ;4. Disponibilidad de opioides (26-44): uso del término "opioide", consumo de morfina: situación actual, Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes, antecedentes en la distribución de opioides, desviación de los opioides de prescripción médica, legislación farmacológica y requisitos administrativos, disponibilidad de opioides para fines médicos, conclusiones; 5. Otros síntomas comunes en pacientes cancerosos (45-48): Síntomas físicos, síntomas psiquiátricos, estrategia general, mantenimiento de la esperanza; 6. Aspectos psicosociales (48-55): el paciente, la familia y los amigos cercanos, pacientes con SIDA, apoyo del personal, capacitación psicológica del personal de salud, investigación; 7. Aspectos espirituales (55-56): Definición de espiritual, evaluación de las necesidades espirituales, ofrecimiento de ayuda y apoyo espiritual; 7. Consideraciones éticas (57-61): Ética de control del dolor, ética del tratamiento para prolongar la vida, eutanasia, equidad en el uso de recursos limitados; 9. Educación y capacitación (62-66): Profesionales de la atención sanitaria, educación multiprofesional, educación multidimensional, materiales didácticos, educación integrada, educación del público, educación del paciente y su familia; 10. Aplicación del tratamiento paliativo en el ámbito nacional (66-67): Requisitos para una política nacional, política nacional para el tratamiento paliativo en el cáncer, vigilancia, evaluación e indicadores; 11. Recomendaciones (68-71): Recomendaciones de la OMS, recomendaciones a los estados miembros; Anexo Bibliográfico (75-80) con 122 citas

importantes. Anexo II (81-82): Nombres y direcciones de los centros colaboradores de la OMS.

VV.AA. (1992) Pronunciamiento sobre el suicidio asistido por un médico. (Adoptado en su 44ª Asamblea. Marbella, España, septiembre de 1992). Recientemente han saltado a la opinión pública algunos casos de suicidio asistido por médicos. Uno de esos casos supone el uso de una máquina, inventada por el médico que enseña cómo usarla a la persona que lo desee. El individuo es, así, ayudado a suicidarse. En otros supuestos, el médico ha facilitado al paciente un fármaco, explicándole qué dosis resulta letal. Al individuo se le facilitan, así, los medios para suicidarse. Sin duda, las personas implicadas en estos casos estaban gravemente enfermas, quizá incluso en fase terminal, y asoladas por el dolor. Además, tales pacientes eran en apariencia competentes y tomaron la decisión libremente. Con frecuencia, los pacientes que se consideran la opción del suicidio están expresando así la depresión que acompaña a la enfermedad terminal. El suicidio asistido por un médico es, de igual manera que la eutanasia, contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Siempre que el auxilio del médico trata deliberadamente de dar los medios para que el paciente ponga fin a su propia vida, ese médico actúa de modo contrario a la ética. Con todo, el derecho a rehusar el tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico no quebranta la ética incluso si el respeto a tal deseo conduce al paciente a la muerte.

VV.AA. (1993) La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Conferencia Episcopal Española para la defensa de la vida. Ediciones Paulinas. Este libro forma parte de una serie de trabajos, relacionados con el valor y la dignidad de la vida humana, caracterizados por la doble vocación de rigor científico y técnico, por una parte, y de la accesibilidad y la sencillez, por otra. Los autores, obispos del Comité Episcopal y especialistas de investigación y estudio, ofrecen una visión básica.

VV. AA. (1993) Derechos de la persona en situación terminal. Hermanos de San Juan de Dios. Barcelona. Como miembros de la Comisión de Ética, que elaboró “Los

Derechos de la persona en situación terminal”, los Hermanos de San Juan de Dios, nos acercan en la presente publicación (15 páginas) el resultado de dicho trabajo con el permiso de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. Con ellos compartimos que es posible morir con dignidad, siendo así cuando el ser humano vive semejante proceso y en el se respetan escrupulosamente los derechos que como a tal ser humano le pertenecen. De manera breve se aborda cada uno de los derechos, dando una explicación clara y coherente del mismo. El enfermo próximo a la muerte tiene derecho a: Ser tratado como persona humana hasta el fin de su vida. Recibir una atención personalizada. Participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar. Que le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor. Recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, dándole toda la información que el pueda asumir e integrar. Mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones puedan ser distintas a las de quienes le atienden. Mantener y expresar su fe. Ser tratado por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentarse con su muerte. Recibir el consuelo de la familia y amigos que desee que le acompañen, a lo largo del proceso de su enfermedad y en el momento de la muerte. Morir en paz y con dignidad. Después de la muerte el cadáver ha de ser tratado con respeto. La familia ha de ser informada correctamente de las circunstancias del fallecimiento y recibir ayuda administrativa, psicológica y espiritual, para poder hacer frente con serenidad a la etapa inmediata después de la muerte.

VV.AA. (1994) El mundo del espíritu. Enseñanzas Bahá'ís sobre el alma y la vida después de la muerte. Recopilado por EGEA, E.; Editorial Bahá'í de España. Barcelona. El presente libros nos acerca y ayuda a comprender mejor la realidad de nuestra existencia desde la fe Bahá'í. Según la cual el ser humano se compone de cuerpo, alma y espíritu. Profundizando en la parte espiritual, la que nos hace ser trascendentes y superiores. El alma como poder motriz que anima a nuestro cuerpo físico, aunque por sí misma no puede desentrañar los secretos de la existencia y necesita de la mente para investigar la realidad de cada objeto. En el capítulo I. Alma, mente y espíritu (9-38): los tres grados del mundo de la humanidad; la realidad del hombre; el alma, un misterio de Dios; relación entre alma, mente y espíritu; el espíritu de fe; el progreso

del espíritu; existencia y manifestación del espíritu; relación entre cuerpo y el espíritu; las limitaciones del espíritu; ¿cuándo aparece el espíritu en el cuerpo?; la sabiduría de la aparición del espíritu en el cuerpo.

VV.AA. (1994) El mundo del espíritu. Enseñanzas Bahá'ís sobre el alma y la vida después de la muerte. Recopilado por EGEA, E.; Editorial Bahá'í de España. Barcelona. El presente libro nos acerca y ayuda a comprender mejor la realidad de nuestra existencia desde la fe Bahá'í. Según la cual el ser humano se compone de cuerpo, alma y espíritu. Profundizando en la parte espiritual, la que nos hace ser trascendentes y superiores. El alma como poder motriz que anima a nuestro cuerpo físico, aunque por sí misma no puede desentrañar los secretos de la existencia y necesita de la mente para investigar la realidad de cada objeto. Hay, según los Bahá'í, un tercer poder en el hombre que se diferencia del alma y de la mente: el espíritu, el cual es precisamente el que inspira a alcanzar las virtudes y las perfecciones del mundo divino. Porque el espíritu del hombre es una emanación de Dios, es el eje alrededor del cual gira la vida eterna. Los autores nos refieren que meditar sobre "el mundo del espíritu", nos ayudará a vivir la vida con unas metas más elevadas y con la satisfacción de alcanzar unos niveles de existencia superiores, a la vez que nos hará que la muerte no es más que el final de una etapa y el comienzo de otra en la que el espíritu, liberado por fin de las limitaciones de la materia, seguirá progresando y viviendo eternamente. Se divide el presente libro (111 páginas) en cuatro apartados: I. Alma, mente y espíritu (9-38); II. La inmortalidad (39-60), III. La realidad de la otra vida (61-104); IV. Apéndice. En el cual se incluyen: Oraciones para los difuntos, oración obligatoria para el funeral y otras oraciones.

VV.AA. (1996) ASOCIACION MEDICA AMERICANA (AMA) Suicidio asistido por un médico. Council of Ethical and Judicial Affairs. Junio de 1996). El suicidio asistido por un médico tiene lugar cuando un médico facilita la muerte del paciente dándole los medios y/o la información necesaria para que éste acabe con su vida (por ejemplo, el médico prescribe píldoras para dormir e informa sobre la dosis letal, consciente de que el paciente puede suicidarse. Es comprensible, aunque trágico, que algunos pacientes en condiciones extremas -como los que sufren una enfermedad terminal y dolorosa

puedan llegar a decidir que la muerte es preferible a la vida. Sin embargo, permitir a los médicos participar en el suicidio asistido causaría más daño que bienes. El suicidio médicamente asistido es fundamentalmente incompatible con el papel asistencial del médico, sería difícil o imposible de controlar y acarrearía graves riesgos para la sociedad. En lugar de participar en el suicidio asistido, los médicos deben responder activamente a las necesidades de los pacientes en el final de la vida. Los pacientes no deben quedar abandonados cuando la curación es imposible. Se deben acometer entonces intervenciones multidisciplinarias que incluyan consultas especiales, cuidados paliativos, apoyo pastoral, asistencia a las familias y otras modalidades. Los pacientes que afrontan el final de la vida deben recibir apoyo emocional, un control adecuado del dolor, respeto a su autonomía y buena comunicación.

VV.AA. (1999) Protección de los enfermos en la etapa final de su vida. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha aprobado una recomendación a los 41 Estados miembros -entre los que figura España - sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Por otra parte, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia. La vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata. En 1976, en su resolución 613, la Asamblea declaró que estaba “convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos”. La Recomendación 779 añadió que “prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento”. Más tarde, la

Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina ha sentado principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de los enfermos terminales o moribundos. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de las miembros más vulnerables de la sociedad, tal y como demuestran muchas experiencias de sufrimiento del presente y del pasado más próximo. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo al morir. Los derechos fundamentales que derivan de la dignidad del paciente terminal o moribundo se ven amenazados por diversos factores: Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor. La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales. La prolongación artificial del proceso de muerte, ya por el uso desproporcionado de medios técnicos, ya por la continuación del tratamiento sin consentimiento del paciente. La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa. La insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, que también puede aumentar el sufrimiento humano en sus distintas dimensiones. El temor de los pacientes a perder el control sobre sí mismos y convertirse en una carga, en seres dependientes por completo de sus familiares o de instituciones. La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz. La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos. La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte. La Asamblea insta a los Estados miembros a que su Derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre: I. El morir sometido a síntomas insostenibles (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.). II. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal. III. El morir en el aislamiento social y

la degeneración. IV. El morir bajo el temor de ser una carga social. V. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas. VI. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo. Por tanto, la Asamblea recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo e Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos: A. Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales, de modo que se adopten las medidas necesarias para: I. Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros. II. Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal. III. Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño. Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica. IV. Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada. V. Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal. VI. Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo. VII. Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida. VIII. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles. IX. Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar. X. Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico. XI. Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina. B. Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o

moribundas a la autodeterminación, al tiempo que se adoptan las medidas necesarias para: XII. Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado. XIII. Hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente. XIV. Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia no actúa bajo la influencia o presión de un tercero. Además se debe garantizar que su voluntad no se configura bajo presiones económicas. XV. Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda serán respetadas. Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas avanzadas, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente -que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad-, se adoptan sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay voluntad reconocible. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión -deseos referidos específicamente al morir-, y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental. Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación. XVI. Garantizar que -no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica- se tienen en cuenta los deseos expresados por enfermo terminal o persona moribunda en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana. C. Respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas, al tiempo que se adoptan medidas necesarias para: I. Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, es garantizado por los Estados

miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual "nadie será privado de su vida intencionadamente..." II. Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero. III. Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida. El texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª Sesión). Véase el Doc. 8241, informe del Comité de Asuntos Sociales, de Salud y Familia (ponente: Mrs. Gatterer) y el Doc. 8454, opinión del Comité de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (ponente: Mr. McNamara).

VV.AA. SEIS MIRADAS SOBRE LA MUERTE. PAIDOS. 2005 1ª edición. Materia: ENSAYO. pág. 154. Compilador: Daniel Hallado García, nacido en Barcelona en 1971, ha cursado estudios de Humanidades en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y también de Edición. Colaborador en diversas publicaciones, éste es su primer libro como coordinador. Rafael Argullol, catedrático de Estética y Teoría de las Artes. Victoria Crilot, profesora de Filología Románica. Antoni Marí, catedrático de Teoría del Arte. Carme Maté, directora ejecutiva del Parc Zoològic de Barcelona. Salvador Pániker, presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente. Capítulos: 1. El juego de la muerte en la cultura caballeresca, Victoria Cilot. 2. Tumbas, criptas, cementerios y otras formas de recogimiento, Antoni Marí. 3. Conversación alrededor del tema de la muerte, Rafael Argullol y Daniel Hallado. 4. La muerte, perspectiva médica, Nolasca Acarín Tusell. 5. Actitud y percepción de la muerte, Carmen Maté. 6. La eutanasia voluntaria: un derecho humano, Salvador Pániker. *"Abordar en un libro el tema de la muerte (...) requeriría la existencia de un libro de arena capaz de contener todas y cada una de las expresiones, ideas y miedos que nosotros, los hombres, como individuos y colectividad, hemos creado. Por eso este libro parte de un propósito más simple, más humilde. Los autores, que provienen del mundo de las humanidades, han sido escogidos por saber abordar estos aspectos con textos interesantes y reflexivos, llenos de matices y con un tratamiento multidisciplinar del conocimiento. En ellos se reflejan el saber del científico, la curiosidad del investigador, las preguntas del filósofo y la nostalgia del humanista. Los textos que lo componen pretenden, partiendo del tema central de la muerte en el contexto occidental, analizar alguno de sus aspectos*

más significativos. Poseen la independencia que sus autores les conceden y están planteados con la idea de crear un conjunto, del tal modo que su lectura abarca, en perspectiva, el sentido más reciente y actual del tema de la muerte en nuestra sociedad."

WAMBACH, H. (1991) *Vida antes de la vida*. Editorial Edaf. Madrid. Este extraordinario libro de la psicóloga Helen Wambach, explora las preguntas realizadas bajo hipnosis a 750 personas acerca de sus vidas antes del nacimiento. Tras años de estudios, la doctora Wambach llegó al convencimiento de que el 90% de las personas que atendió revivieron escenas de su vida anterior. Se divide el presente libro en 10 capítulos: 1. Cómo realicé la investigación (15); 2. Mi grupo de Chicago refiere sus experiencias (21); 3. La elección de volver a vivir (35); 4. La elección del siglo XX y del propio sexo (69)); 5. ¿por qué estamos en la tierra? ¿Hemos conocido a nuestra familia y amigos en otras vidas? (83); 6. ¿Cuándo entra el alma en el feto? ¿Es consciente el alma del niño de los sentimientos de la madre? (99), 7. El paso decisivo: el nacimiento (119); 8. Niños adoptados, nacimientos prematuros, cesareas (145); 9. ¡Fue una experiencias extraña!, refieren mis sujetos (163); 10. El hallazgo de la verdad a través de las charlas por toda América (179).

WEISMAN, A. D. (1972) *On dying and denying: A psychiatric study of terminality* (Sobre el morir y el negar: un estudio psiquiátrico de la muerte inminente). New York: Behavioral Publications. Monografía empírica y erudita que informa sobre la experiencia del autor como psiquiatra que trabaja con los moribundos. Se enfoca específicamente sobre el rol de la negación según se relaciona con el morir y la muerte.

WHITE, E. B. (1952) *Charlotte's Web* (La telaraña de Carlota). Nueva York. Dell Publishing Company. Trata de un cerdito que pierde a su mejor amiga, una araña. Un libro valioso porque explica el ciclo de la vida y la muerte según se encuentra en la naturaleza.

WILBERT, K. (1995) *Gracia y Coraje*. En la vida y en la muerte de Treya Killam Wilber. Gaia Ediciones. Madrid. En 1983, Ken Wilber conoció a Treya (Terry Killam) e

inmediatamente entre ellos se produjo un reconocimiento mutuo. Tras un breve noviazgo, contrajeron matrimonio, pero su felicidad pronto se vió truncada cuando a Treya se le diagnosticó un cáncer. Su luna de miel discurrió en un hospital, empezando así su periplo de cinco años que la pareja viviría hasta la muerte de muerte de la excepcional mujer. En el presente libro, el vibrante diario de Treya se va entrelazando con las profundas reflexiones de Ken, dando lugar a un relato vivamente humano que transmite el impacto que ésta experiencia supuso en la vida de la pareja y que les llevó al cuestionamiento de sus convicciones espirituales ante la realidad de la enfermedad y la muerte.

WILLISTON, G.; JOHNSTONG, J. (1996) Descubra sus vidas pasadas. Integral. Barcelona. Glen Williston es doctor en asesoría psicológica y posee un dilatado historial como profesor y terapeuta mediante la hipnosis clínica. Ha desarrollado con éxito un método de terapia de regresión y es el fundador y director del Alternative Therapies Council en Estados Unidos. Los autores nos sugieren que trascendamos nuestros límites mediante el conocimiento de nuestras existencias anteriores, puesto que consideran que en el fondo de nuestra consciencia residen los acontecimientos que marcaron nuestras vidas anteriores. Del mismo modo que las primeras experiencias de la infancia ejercen una profunda influencia en la persona adulta, el conocimiento adquirido a lo largo de muchas existencias también afecta a nuestras decisiones y elecciones actuales. Recordar y explorar los episodios de vidas pasadas que guardamos en el subconsciente puede ayudarnos según los autores a: 1. Comprender la naturaleza de la reencarnación; 2. Descubrir el verdadero objetivo de nuestra vida; 3. Entender las causas kármicas de temores, depresiones y enfermedades físicas; 4. Controlar y superar el dolor, la culpabilidad y la ansiedad; 5. Desbloquear el propio desarrollo espiritual.

WORDEN, J.W.; PROCTOR, W. (1976) PDA - Personal Death awareness (CPM: Conciencia Personal de la muerte). Englewood Cliff, N. J.: Prentice - Hall. Libro de ejercicios para cultivar la consciencia personal de la muerte y para entender la mortalidad individual a través del uso de pruebas y ejercicios. La idea subyacente es

que una mayor consciencia personal de la muerte llevará a una vida más saludable y feliz y a una mejor habilidad de enfrentarse con la muerte a un nivel personal.

WORDEN, J.W. (1983). *Grief Counselling and grief therapy*. London. Tavistock Publications.

WORDEN, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. Barcelona. El autor J. William Worden, profesor de psicología de la Harvard medical School y la Rosemead School of Psychology (California), así como autor de *Personal Death Awareness* y coautor de *Helping Cancer Patients Cope*, plantea una magnífica guía que describe principios y procedimientos específicos del asesoramiento psicológico que pueden ser útiles para trabajar con pacientes en proceso de duelo que estén sufriendo ciertas reacciones emocionales. El autor describe los mecanismos del duelo y los procedimientos que deben llevarse a la práctica para ayudar a las personas a realizar las “tareas” correspondientes a su superación y, a la vez, explican como los duelos no resueltos pueden provocar problemas que requieran de la psicoterapia, reacciones emocionales exageradas, crónicas, enmascaradas o retardadas y que el terapeuta deberá diagnosticar y tratar. La obra se centra así en los temas del duelo patológico, la familia en proceso de duelo entendida como paciente, el duelo del propio profesional o las pérdidas especiales, por ejemplo: los abortos provocados y espontáneos, y proporciona las herramientas necesarias para adiestrar a los asesores psicológicos en este tipo de cuestiones. Esta segunda edición, añade además un nuevo e importantísimo material sobre el SIDA y el duelo y las reacciones de este último con la tercera edad, así como una amplia y completa bibliografía de 426 referencias de artículos de autores en inglés por orden alfabético. La referencia más actual es del año 1988.

WORKIN, R. (1994) *El dominio de la vida*. Editorial Ariel. Barcelona. El autor, profesor en las universidades de Nueva York y Oxford, construye en el presente libro un elegante, original e inteligente argumento acerca de cómo deberían interpretarse y discutirse las cuestiones del aborto y la eutanasia, que tienen una evidente relevancia en las sociedades contemporáneas. El autor argumenta que las respuestas a estos problemas depende de elecciones entre diferentes concepciones -de carácter

religioso, en especial sentido que propone- sobre la mejor manera de satisfacer un valor generalmente compartido: el valor intrínseco de la vida humana. Se divide en ocho capítulos: 1. Los extremos de la vida (9-43); 2. La moralidad del aborto (44-92); 3. ¿Qué es lo sagrado? (93-135); 4. el aborto ante la Corte Suprema: primera parte (136-156); 5. El drama constitucional (157-193); 6. El aborto ante la Corte Suprema: segunda parte (194-232); 7. Morir y vivir (233-284); 8. La vida después de la razón (285-315).

YALOM, I. (1984) *Psicoterapia existencial*. Herder. Barcelona. El autor proporciona a la psicoterapia existencial una base sólida, una síntesis y un marco de referencia de inapreciable valor. El propósito del autor es proponer y explicar un enfoque psicoterapéutico: una estructura teórica y una serie de técnicas derivadas de ella, que sirvan de esquema unitario para los distintos elementos de la psicoterapia. A lo largo del estudio va explicitándose la definición formal de la psicoterapia existencial como una orientación dinámica que se concentra en las inquietudes enraizadas en la existencia del individuo. El autor ha dividido la obra en las cuatro “preocupaciones esenciales de la vida”, según el autor: la muerte, la libertad (responsabilidad, voluntad), el aislamiento y la carencia de un sentido vital (el problema del significado de la vida). Define el significado de cada una de estas preocupaciones existenciales y los conflictos que se derivan de nuestra confrontación con ellas. Porque, en efecto, cada uno de nosotros anhela la perdurabilidad, la robustez de los propios cimientos, la comunidad y los patrones (patterns); y, sin embargo, todos tenemos que enfrentarnos a la muerte inevitable, a la falta de fundamentos, al aislamiento y a la carencia de sentido vital. La primera parte (págs. 47-259) está dividida en 4 capítulos: cap. 2, la vida la muerte y la angustia; cap. 3, el concepto de la muerte en los niños, el concepto de muerte en los niños (págs. 101-139). El autor nos refiere que existe una marcada discrepancia entre la importancia que tiene la muerte para el niño y la atención que se presta a este tema en la formación escolar. Se divide el capítulo en: preocupación generalizada que sienten los niños por la muerte, etapas del desarrollo del concepto de la muerte, la educación de los niños sobre el tema de la muerte. cap. 4, la muerte y la psicopatología; cap. 5, la muerte y la psicoterapia. La presente obra es clara y completa, proporcionando una base intelectual a los psicoterapeutas que han experimentado la incompatibilidad entre ciertas teorías ortodoxas y su propia experiencia clínica.