

El canon de la muerte

«Den Gottem ist der Tod immer nur
ein Vorurteil»
(F. NIETZSCHE) ¹

«Yuki yukite, taorefusu tomo, hagi no
hara»
(M. BASHO) ²

Marga Marí-Klose,
y Jesús M. de Miguel

La muerte, al igual que el sol, es algo que no conviene mirar fijamente; la frase es de La Rochefocault ³. La sociedad se entiende como una entidad perenne; pero aunque sea sentida de ese modo sus miembros/as siempre mueren. El desasosiego humano ante el conocimiento de la finitud propia suele producir una cantidad considerable de esfuerzos con los que los seres humanos ocultan, exorcizan, subliman, dominan o controlan su condición de mortales ⁴. La estructura social se crea precisamente a partir de esos procesos y reacciones ⁵. Cuando se trata de un ser humano los fenómenos fisiológicos no lo son todo «pues al acontecimiento humano se sobreañade un conjunto complejo de creencias, emociones y actos que le proporcionan carácter propio» ⁶. Para algunas personas morir es tan sólo el final trágico después de estar condenado/a a vivir en forma de muchedumbre solitaria. Según Zygmunt Bauman, en la sociedad postmoderna la vida cotidiana es un ensayo continuo para la muerte. Vivir es ir muriendo, a veces es estar ya muerto: la *muerte social* precede frecuentemente a la *muerte física*. Pensar en la muerte es, pensar en lo *otro*. La sociología española ha evitado sistemáticamente pensar y escribir sobre la muerte ⁷.

La muerte implica una transición del mundo de los vivos/as al mundo de los muertos/as. Esa transición de un grupo a otro supone una renovación del ser humano, que se marca con ritos configuradores de valor y sentido social. Esos ritos están relacionados con las nociones de separación, clasificación, y limpieza. Como sostiene Mary Douglas, «la reflexión sobre la sociedad implica la reflexión sobre el nexo que existe entre el orden y el desorden, el ser y el no-ser, la forma y lo informe, la vida y la muerte» ⁸. El fallecimiento es algo más que la mera descomposición de un organismo biológico. Suele suponer una oportunidad para desplegar

las reglas que rigen el ordenamiento simbólico de la realidad. En ese sentido es posible –como aconseja Freud– analizar la vida a través de la muerte. Se muere para la sociedad no para la especie. Ambos episodios no tienen por qué coincidir en el tiempo ni el espacio. La secularización y desacramentalización de los tránsitos, por los que cada persona pasa a lo largo de su vida y se suele integrar en categorías sociales diversas, repercute decisivamente sobre la gestión de la muerte. En la sociedad postmoderna la entrega de la persona moribunda a instituciones que hacen invisible el proceso de la muerte, la represión de las manifestaciones de duelo, o la incineración del cadáver, son estrategias pautadas a través de las cuales es posible entender la estructura social.

De las sociedades elementales o primitivas a las contemporáneas la evolución es lineal: la muerte es un tabú. Poco a poco las personas muertas dejan de existir para los vivos. Son arrojadas simbólicamente fuera del grupo. No son seres protagonistas, compañeras dignas del intercambio ⁹. Se les proscriben cada vez más lejos del grupo de las personas vivas. De la intimidad doméstica pasan a la institución (hospitalaria), y de ahí al cementerio. El espacio físico dedicado a los muertos/as supone el primer reagrupamiento en un pueblo o ciudad ¹⁰. Como primer gueto –y prefiguración de todos los guetos futuros– son arrojados/as cada vez más lejos, desde el centro hacia la periferia. En las ciudades nuevas o en las metrópolis contemporáneas, los cementerios están alejados. Hoy día *no es normal estar muerto*, y eso es lo nuevo. Estar muerto es una anomalía impensable. No hay lugar, ni espacio/tiempo asignado a los muertos/as. Son arrojados a la utopía radical; ni siquiera son amontonados sino cada vez una proporción mayor son cremados. Se produce una romantización de la cremación *versus* el enterramiento, cuyo objetivo es hacer desaparecer incluso los restos humanos.

El moribundo/a apenas cuenta con la compañía postrera de las personas que componen su círculo de relaciones personales. Se dice que *donde no hay testamento no hay plañideras*. Las nuevas condiciones de vida están marcadas por la acumulación sustancial de la propiedad en pocas manos, y la importancia relativa menor de la propiedad y de la herencia como factor determinante de adscripción socioeconómica. Esos factores contribuyen a disolver los

lazos familiares que retenían en el espacio doméstico, al cuidado de sus progenitores, a los beneficiarios/as de la transmisión del patrimonio. Ya no heredan los hijos/as sino cada vez más los nietos/as. En esas circunstancias la persona moribunda pierde gran parte de su estatus. Es abandonada prematuramente por las personas que le acompañaban en vida. Ese proceso se entiende como «muerte social». En la actualidad se muere en soledad, a menudo sin poder hablar (intubado), y en una cama de hospital. No depende únicamente del ocultamiento sino también de que las personas niegan la muerte y no son socializadas en cómo actuar en esas circunstancias ¹¹.

El encuentro imposible con la muerte lo describe Epicuro con economía de palabras: *cuando yo no ella, cuando ella no yo*. Esta fórmula mantiene una proyección imaginaria que es luego estudiada por Freud a principios del siglo XX. El inconsciente humano suele operar en la ficción irreductible de su propia inmortalidad. No suele haber encuentro posible con la muerte; sólo mueren *los otros*. Su alteridad es garantía de la excención individual respecto de esa muerte que arrebató a los *otros* porque, de algún modo oscuro, la merecen ¹². No basta con que *los otros* mueran o sufran; es preciso que mueran y sufran como *otros*, precisamente y en función de ello. Así pagan el precio de la culpa contraída por su extranjería. Sólo si ellos son ajenos yo estoy salva. Tal vez no exista otro modo de soportar la condición trágica de ser contingente y saberlo. Se está, desde el principio, destinado a ser *polvo, sombra, nada...* y a saberlo o al menos sospecharlo.

La muerte ideal

¿Cómo le gustaría morir? Es una pregunta que no se suele hacer en la vida cotidiana, ni siquiera en las encuestas de opinión. Sólo a enfermos mentales, borrachos, o niños se les disculpa que hagan esta pregunta. Se vive como se muere sin pensar en la muerte, y cuando llega el fin la norma social es hacer lo posible por obviarla y luego olvidarla. Es importante investigar las preguntas básicas en torno al proceso de morir, analizar las actitudes de los verdaderos *outsiders* en la sociedad contempo-

ránea. Para ello se ha realizado un estudio a seis muestras diferentes de población. A un grupo de asistentes al seminario de «Enfermedad y sociedad a finales del siglo XX» en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en Valencia, se les realizó la pregunta *¿Cómo le gustaría morir?* La pregunta se formuló por escrito antes del inicio de una conferencia sobre el tema de la muerte, y sin previo aviso. Los/as 127 asistentes disponían de una hoja de papel y de diez minutos para contestar. Una de las asistentes reconoce inmediatamente el presunto tabú de la pregunta: «Nunca me lo había planteado y me he quedado impactada ante tal desagradable pregunta. Debo decir que querría morir habiendo vivido intensamente, es decir preferiría vivir poco-y-bien que mucho y arrastrando alguna enfermedad que me invalidara. Quisiera morir valiéndome por mi misma, pero acampañada y sintiéndome querida. Me espanta la idea de que me acechara una horrible enfermedad. Por ello preferiría morir en un accidente rápido e inesperado, que viendo cómo me consumo. En síntesis prefiero calidad de vida, que una larga vida indigna»¹³. El horror asociado a la muerte lleva a una cierta evasión. Los testimonios recogidos en las seis muestras (Valencia, Barcelona, y Lleida) permiten elaborar un primer análisis sobre la forma ideal de muerte, e incluso definir un modelo.

El *canon de la muerte* es un modelo idealizado de muerte, la forma en que la mayoría de las personas anticipan su muerte. Se analizan los diversos componentes de la muerte ideal. La respuesta a la pregunta *¿cómo le gustaría morir?* explica poco sobre la muerte real. Más bien se refiere a los tropos, simbolismos, metáforas, e imaginario asociados a ella¹⁴. Susan Sontag desenmascara metáforas respecto a la tuberculosis y el cáncer en su libro *La enfermedad y sus metáforas*¹⁵. Según la autora la enfermedad es vista como una invasión de organismos extraños, en que el cuerpo responde con una guerra movilizandó defensas inmunológicas. La guerra, como metáfora, deviene un modelo explicativo al que se remite tanto el/la paciente como el médico/a para explicar los síntomas y la aplicación de una terapia determinada. El propósito de Sontag es desmitificar y desentrañar el lenguaje de esos símbolos y analizar su función dentro de la sociedad. Está claro que para la propia Sontag la muerte *no es*

una metáfora. El canon de la muerte viene a actuar del mismo modo que una metáfora. Es un modelo explicativo algo más elaborado, que resulta de utilidad similar a lo que Clifford Geertz denomina *modelos para* y *modelos de*¹⁶. Su función es la de proveer de sentido, de suplir carencias, y de procurar orden donde no lo hay. Sirve también para establecer planes para la acción. La muerte es un fenómeno colectivo que se define a partir de símbolos y de significados compartidos. El *canon de la muerte* explica ese modelo de muerte ideal dominante en la población estudiada.

El canon de la muerte que se propone en el presente estudio está definido por seis pautas normales¹⁷. Expresan los deseos explícitos de las personas sanas sobre su propia muerte. La mayoría coinciden en una serie de características, combinadas de forma semejante. Estos trazos comunes permiten reconstruir un modelo sobre el cual se puede reconstruir la muerte ideal.

a) En primer lugar, y más importante se desea morir *sin dolor*, y sin sufrimiento. Sentir dolor resulta lo más atemorizador y preocupante de la muerte, incluso más que la propia muerte. Quizás esa preocupación obsesiva por el posible *dolor previo a la muerte* sea una estrategia para enmascarar el tabú de la muerte. Se percibe como un aviso, o una señal, de algo que está ocurriendo y que se esconde. Se trata de evitar al máximo las manifestaciones del cuerpo frente a las de la mente. El posible dolor que se imagina asociado a la muerte produce así el máximo rechazo. No sólo se trata de abolir la muerte, sino cualquiera de sus manifestaciones, o síntomas. A menudo es peor el remedio que la enfermedad. Algunas personas prefieren incluso la muerte al dolor.

b) Se desea preferentemente *morir durmiendo* o inconsciente. Es una forma de evadirse del dolor y sobre todo de la conciencia sobre la muerte. El estado de inconsciencia resulta una forma efectiva de reprimir la muerte y sus manifestaciones. Se desea morir del mismo modo que se ha vivido: de espaldas a la muerte. Se pretende así una muerte sin conocimiento, que sobreviene en el sueño. Es curiosa esta insistencia contemporánea en morir sin darse cuenta, incluso soñando. No se desea que la muerte sea una experiencia individual, sino que *los otros* se encarguen de mi muerte¹⁸.

c) Se prefiere abandonar este mundo de forma *rápida* para evitar al máximo la angustia y el sufrimiento. La muerte deja de ser un proceso para el cual se requiere una preparación especial. No se espera, pero llega. Así la muerte se acorta, sin tener tareas específicas. Lo mejor es que sea tan rápida que no permita la reflexión sobre el hecho de que se está muriendo, ni permita la acción. La muerte debe representar un incidente pero no se es partidario de que sea causada por accidente, sino que es preferible la muerte instantánea, fortuita, imprevista, casual, y repentina. El accidente es una mala muerte. La buena muerte es de enfermedad, o incluso de no-enfermedad, es decir simplemente de viejo.

d) Se considera mejor el estar *rodeado de familiares y amistades íntimas*, aunque resulte hasta cierto punto contradictorio con las dos pautas anteriores. No es fácil combinar *inconsciencia y rapidez* con la *presencia de familiares y amigos/as* en los últimos minutos de vida, todos/as alrededor del lecho. Pero se expresa idealmente como preferencia a la soledad y el abandono. Se teme la marginación que acompaña a la persona moribunda, y la llamada muerte social previa a la muerte física. Lo peor del moribundo/a se considera la soledad. *Es de buen nacido el ser agradecido*, se dice en español, y mostrar ese agradecimiento, sobre todo, en el funeral. El estatus social se mide por el número (y calidad pública) de personas en el funeral.

e) Es preferible morir *en edad avanzada*. Se prefiere vivir una vida estándar llegando al menos hasta los ochenta o noventa años. Se desea que la muerte suceda cuando la persona ha completado un ciclo vital, es decir morir en la ancianidad. Entonces biológicamente el cuerpo, como toda máquina, se estropea, se deteriora y deja de funcionar de forma predecible. Se considera incluso a la vejez como una de las causas de la muerte, denominada de forma vaga «muerte natural». Morir de ser anciano/a –y no en un accidente– se considera una *buena muerte*. Implica agotar un aspecto inevitable de la vida: la finitud de la existencia humana. Supone esperar el desenlace *natural* de la vida. En la ancianidad se considera que decrece bastante el miedo a la muerte.

f) La norma idealizada es morir *en casa* y no hospitalizado, ni en una residencia de ancianos/as. En cualquier caso la norma es morir

en una cama, a ser preferible propia. Se supone que las personas prefieren morir donde vivieron, en su casa, de la que son además propietarios, y en su propia cama. Ese es el sueño de todo español/a. En algunos casos más románticos se manifiestan parajes idílicos, junto al mar o la montaña. «*Que sea en campo de tréboles*», como señala el haiku de Basho del siglo XVII japonés, citado al inicio de este estudio. Se construye una concepción doméstica y romántica de la muerte. Se espera que la muerte sobrevenga realizando actividades, y en el entorno doméstico propio.

El *canon de la muerte* definido por estas seis pautas supone una especie de patrón de costura. Es un traje a medida que especifica las normas idealizadas del bien morir. Pero el mecanismo funciona también a la inversa. Se desea morir de este modo puesto que representa el canon de la muerte. Se elabora individualmente como modelo, pero a su vez es un modelo social de comportamiento. Refleja una negación de la muerte, o al menos de su conocimiento. Se trata del canon de la no-muerte. La mayoría de la población seguramente se ajusta a este canon; pero no tiene porqué ser así para todas las personas. Las seis contranormas se definen por los antónimos respecto a las características del canon. No funcionan como contracanon, sino que son características que cuestionan alguna norma del canon, pero no todas. La contranorma incluye las seis características contrarias al canon: morir con dolor o sin estar totalmente anestesiado ¹⁹, consciente, de forma no rápida, solo o con pocas personas, relativamente joven, y en un hospital o residencia de tercera edad, o sencillamente no en una cama.

Los testimonios más representativos del canon definen los perfiles de la muerte ideal. El primero y más importante es que la *muerte ideal es sin dolor*. La muerte perfecta es entre otras cosas aquella que no se expresa. El dolor puede ser un síntoma que pone sobre aviso respecto de la muerte inminente. La buena muerte es higiénica, evita la manifestación de los signos de morbilidad, y no requiere de cuidados paliativos. Una mujer de 26 años expresa así su deseo de no sufrir: «A mí me gustaría morir de forma que no pudiera sentir ningún tipo de dolor; por ejemplo, estando durmiendo. También me gustaría morir sin ser consciente de que me estoy muriendo. No quiero saber que lo que estoy sintiendo es la muerte. O que estoy

tan enferma y llevo tantos meses de enfermedad que ya no voy a mejorar, y que lo único que me depara es la muerte»²⁰. Se temen los problemas que suponen la enfermedad con dolores y conocimiento del morir sin esperanza de curación. Sobre todo se teme una agonía larga y dolorosa²¹. La mayoría de la población expresa ese miedo a sentir el dolor, ya sea el propio o el de las personas que acompañan a la persona moribunda. Se suele expresar así: «Me gustaría morir sin sufrir, mental ni físicamente, el dolor me causa miedo. Tampoco me gustaría que la gente de mi alrededor, mi familia, mis amigos, sufriesen por mi. Por todo esto preferiría morir lánguidamente sin darme apenas cuenta. Que un buen día al amanecer, ya no despertase después de haber pasado una buena noche y haber soñado con los angelitos»²². La muerte dolorosa no lo es sólo para la persona que muere, sino también para sus familiares (y amigos) que le atienden y contemplan su sufrimiento.

La finitud como condición humana no se suele asumir. Una mujer joven advierte: «Me gustaría morirme sin dolor, en la cama, durmiendo. Sin saber que me estoy muriendo, porque es algo que da miedo y cuesta de asumir. A una edad en la que ya hubiera vivido lo bastante. No tan vieja como para seguir viviendo enganchada a máquinas, o estar en tal grado de degradación que no pudiera ni moverme. Me gustaría morirme en mi casa, rodeada de mi gente, y no en un hospital con personas que ni siquiera conoces»²³. El ideal es no saber que la muerte se aproxima. El dolor puede actuar como aviso no deseado. Se evita experimentar la muerte y por lo tanto el dolor. En la sociedad actual la expresión de dolor (y sufrimiento) se enmascara incluso entre las personas que acompañan al cadáver. En las ceremonias de entierro es usual que los rostros estén ocultos detrás de velos o gafas oscuras. La muerte ideal, tal y como se formula, señala la incapacidad moderna de soportar el dolor. Ivan Illich califica en este sentido a nuestra sociedad de analgésica e incapaz de soportar dolores o de gestionarlos, dado que no poseen valor de redención²⁴.

La segunda característica es que la *muerte ideal es durmiendo*. Implica la inconsciencia. El actor/a ni siquiera sabe que se está muriendo. La pauta española es todavía la de ocultar a la persona moribunda su estado. Se engaña sistemáticamente a los/as moribundos. Lo ideal es morir durante el sueño: «Me gustaría

morir durmiendo. Durmiendo, sin enterarme, sin dolor, sin hacer sufrir, sin molestar. Me gustaría llegar a ese momento con plenas facultades (aunque, eso sí, algo mermadas por la edad), acostarme una noche cualquiera y no levantarme»²⁵. Otra parte de ese modelo ideal consiste en no ser una carga para los demás: «Creo que la forma ideal de morir es durmiendo. Si te mueres mientras duermes no te enteras. Es rápido y no sufres tú ni tu familia. Como mucha gente yo he vivido y vivo el sufrimiento de personas a las que quiero. Es muy duro ver cómo se va apagando la vida de los que tienes más cerca»²⁶. Se insiste en evitar al máximo el sufrimiento. La inconsciencia y el sueño son las estrategias preferidas: «Si fuera posible, me gustaría morir en la cama, sin darme cuenta, mientras duermo. Tal vez prefiera esa forma de morir porque tengo miedo. Parece que de este modo vaya a sufrir menos. A veces me lo he planteado y he pensado en ello. Me imagino en la cama, siendo ya una mujer mayor que ha vivido para recordar y que se siente satisfecha de su pasado y que muere sin darse cuenta mientras duerme tranquila, sin esperar la muerte, pero sabiendo que algún día tendrá que llegar la hora. Supongo que sería una muerte bastante dulce y sería lo que se llama morir en paz, *descansar en paz*»²⁷. La mayoría de las personas son partidarias de una *muerte dulce*, sin sufrimiento y sin darse cuenta. El ideal dominante es pues una muerte inconsciente. Se adopta así una actitud pasiva ante la muerte. No hay *lucha*, sino una especie de resignación autista que no se expresa ante el hecho de morir, sino en la forma de hacerlo. Aunque la muerte podría considerarse una experiencia de la vida, la población considera que es preferible no vivirla, o pasar por el proceso anestesiado/a²⁸. Las personas muertas solamente «descansan en paz».

La tercera pauta es que la *muerte ideal es rápida*. Se prefiere morir de forma instantánea, o casi, de accidente. Existe un rechazo y una negación ante lo inevitable. El *tempus fugit* como figura literaria, recurrente a la hora de expresar el ritmo de la vida, se recupera para manifestar los deseos en el ritmo de la muerte: «Me gustaría morir de una muerte rápida y no de una enfermedad larga para evitar el sufrimiento de mis seres queridos y el mío»²⁹. Una muerte repentina es una *buena muerte*. La rapidez del desenlace se desea no sólo para la

persona moribunda, sino además para las personas que están alrededor. Supone un estereotipo altruista que suena un poco a falso: «A mí me gustaría que cuando me muriera fuera una cosa rápida, sin sufrimiento, que un día esté bien y si al otro me tengo que morir que sea de repente; para que así mi familia no padezca y no tenga que estar pendiente de cuidarme³⁰. La insistencia en no ser una carga para *los demás* suele sonar a falsa. La muerte rápida no precisa de rituales preparatorios, ni de tareas. La muerte ideal es fugaz, inesperada, pero sin ser causa de accidente o violencia: «Me gustaría morir cuando sea anciana pero habiendo llegado a esta edad en las mejores condiciones posibles. Me gustaría estar rodeada de la gente a la que aprecio, y *por supuesto* en mi casa. Mi muerte perfecta sería acostarme en la cama una noche sin ningún síntoma ni signo como si fuera una noche más, y sin sufrir, no volverme a levantar. No me gustaría tener dolor. Para mí, lo mejor sería morir rápidamente si pudiera ser en un instante o milésima de segundo»³¹. Se idealiza así la muerte instantánea. En cambio hasta bien entrado el siglo XX la muerte súbita era considerada como indeseable por su inmediatez, por carecer del tiempo preliminar necesario para la reconciliación espiritual, y por impedir el proceso de analizar lo logrado en vida. Antigüamente el dar sentido y coherencia a la vida era importante; ya no lo es.

La muerte ideal es cuando la persona moribunda está *rodeada de familiares y amistades*. Norbert Elias señala en la sociedad actual una de sus características más reprochables: la soledad de los/as moribundos³². Las personas enfermas están progresivamente más solas. Es lo que se denomina la «muerte social». Es un aislamiento donde el sentido del mundo desarrollado muestra una de sus facetas más individualistas y cobardes. Frente a esta soledad agónica las personas manifiestan su preferencia de morir en compañía: «Nunca me lo he planteado porque no me gusta el pensamiento de la muerte. Sin embargo, me gustaría morir dejando atrás una vida llena, satisfactoria y feliz. En cuanto al modo supongo que rodeada de seres queridos y no de una forma lenta sino rápida y sin sentir dolor. El sitio podría ser mi casa o tal vez un hospital, esto no sería lo más importante. Para mí lo importante sería no morir sola y olvidada»³³. En la sociedad posmoderna no existe prácticamente la figura de los/as

antepasados. Las personas ya fallecidas, pertenecientes a la misma familia, que se rememoran en fechas señaladas, es una situación social cada vez menos importante.

Se supone que la muerte es el *momento de la verdad*: «Me gustaría morir... Bueno, no me gustaría. Pero como tiene que sucederme me gustaría que fuese siendo muy mayor, acompañada de mi familia. Sabiendo lo que me está ocurriendo, o sea consciente. De forma que sobre todo los que me acompañan no sufran nada, salvo la afectación normal de una muerte. Me gustaría desaparecer sabiendo si la gente me quiere de verdad, y qué clase de personas son. La forma mejor de morir es en paz, con mi familia, de forma breve pero con tiempo para hablar con mi familia»³⁴. Algunas personas prefieren una muerte que les permita decir adiós, resolver asuntos, concluir la vida sin dejar cabos sueltos. Se idealiza a la persona moribunda como responsable de consolar a los que quedan. Se propone llegar a la muerte enfrentándola con actitud serena: «A mí me gustaría morir rápidamente, casi sin darme cuenta, sin dolor, sin sufrir, como de sorpresa. Sobre todo me gustaría morir acompañada... acompañada de mi gente. Si la muerte me puede dar miedo, mucho más miedo me da pensar que me pueda morir sola. No me refiero solamente al estar sola en el momento de la agonía sino en lo que se suele llamar *el último adiós*. Si mi muerte fuese una muerte programada por enfermedad me gustaría que me lo dijese, que me dijese más o menos cuánto tiempo me queda. Pero igualmente que fuese sin dolor, sin sufrir, y acompañada. Me gustaría que me lo dijese para hablar con mi gente y decirles lo que quizá nunca he dicho ni he hecho. Sería como *mis últimas voluntades*»³⁵. Es una visión algo romántica de la muerte heroica. Actualmente entre la familia y los/as profesionales de la salud suele mantenerse una conspiración contra el moribundo/a. Los enfermos/as no suelen conocer la gravedad de su estado³⁶. En el siglo XV las *arts moriendi* encargaban a un amigo espiritual del moribundo/a la tarea de *nuncius mortis* en la hipótesis de que el enfermo/a alimentase alguna ilusión sobre sus posibilidades de supervivencia. En ese caso se desea conocer cuánto tiempo queda de vida, para poder saldar cuentas pendientes. Los profesionales de la salud suelen señalar que *se muere como se vive*, es decir que el tipo de

muerte suele ser similar a la forma en que una persona ha vivido.

La quinta pauta es que *la muerte ideal debe producirse en la ancianidad*. La vejez es un concepto elaborado socialmente sobre el hecho del paso del tiempo individual. En la sociedad contemporánea se construyen dos procesos nuevos: adolescencia y vejez. La adolescencia se intercala entre la infancia y la edad adulta. Las dos (a veces tres) décadas que separan el fin de la actividad profesional del momento en el que las disminuciones físicas y mentales reducen la autonomía del ser humano se define como ancianidad o vejez³⁷. La mayor parte de personas desean morir tras haber vivido mucho. En palabras de Heráclito el objetivo es dejar tras de sí hijos, para que nazcan *destinos de muerte*. Una mujer joven lo expresa así: «Pienso que la muerte debe venir inesperada... inesperada, pero tarde. Cuando ya haya vivido todas las experiencias que ofrece la vida y sea una viejecita feliz. Quizás un ataque al corazón mientras esté durmiendo, tras sumergirme en un sueño profundo y feliz, haciendo una reflexión del día anterior. Morirme en paz, en paz con todos, en paz conmigo. No me gustaría dejar ningún asunto por arreglar, ningún cabo sin atar. Una muerte tranquila de la noche al día»³⁸. Es importante esta idea de morir anciano/a y *en paz*. La imagen a la que se recurre es la de no dejar asuntos pendientes.

La mayoría de las personas aspiran a la longevidad. Esta mujer a los 24 años escribe: «Me gustaría morirme sin dolor, sin sufrir mucho, y la verdad a los cien o ciento veinte años. No tengo mucha prisa. En un sitio sereno, sin mucho ruido, al lado de mis seres más queridos. Que no sea un acto triste sino algo especial, bonito, lleno de comprensión de que la vida es así. Con la idea de que nos espera una vida mejor en la cual nos volvamos todos a ver»³⁹. Se asume que en la vejez se puede afrontar la muerte de forma más serena, con sosiego y firmeza, y en este caso con la ayuda de la religión. Incluso en algunos casos se desea que sea algo «bonito»⁴⁰. Una buena forma de morir es causada por la vejez, sin enfermedad o causa aparente. Se define entonces como *muerte natural*, resultado del agotamiento del cuerpo: «Me gustaría morirme rodeada de la gente que quiero, saber que cuando llegue ese momento no estaré sola. No quiero que la muerte me sor-

prenda. Me gustaría saber cuándo me he de morir y por supuesto ser vieja cuando ese momento llegue. No quiero sufrir, no quiero sentir dolor, ni estar incapacitada hasta ese momento. Prefiero morir de vieja, sin sufrimiento, estar acompañada y haber tenido una vida rica y larga. Para mí sería ideal tener mi testamento hecho, irme a dormir un día después de haberme despedido de todo el mundo que quiero y no despertarme al día siguiente»⁴¹. Se romantiza la idea de llegar al *otoño de la vida*, aunque sea dentro de una sociedad que margina la vejez. Se imagina llegar a la vejez sin sus manifestaciones: enfermedad, senilidad, soledad, dolor⁴². La vejez en los hospicios o residencias supone una marginación total, ya que la mayoría de los/as residentes saben que nunca saldrán de la institución con vida. Es un lugar para morir. Es interesante esta idea de la última institución en la que se vive.

La sexta y última pauta del canon de la muerte es que *la muerte ideal es en el propio hogar, y no hospitalizado/a o en una residencia*. La medicalización de la enfermedad y del proceso de morir crea organizaciones que se hacen cargo de esos procesos. Son instituciones a las que la mayoría de la población prefiere no recurrir: «No me gustaría que fuera por accidente, o ahogado. Seguramente me gustaría que fuera por *muerte natural*, de viejo, acompañado de mi familia y en mi casa no en un hospital»⁴³. La llamada *muerte natural* no interrumpe de forma artificial el proceso de la vida hacia la muerte. Se trata en este caso de *morir de viejo*, es decir, dejar que la naturaleza siga su curso normal. Morir en el hospital implica no poder ejercer control sobre el proceso de la muerte, ni por parte del moribundo/a ni de su familia. Curiosamente el personal sanitario es el que más se opone a morir (ellos/as mismos) dentro de un hospital. Morir institucionalizado se consideraba hace décadas (y siglos) una característica de clase baja, de pobres de solemnidad, que no tenían un hogar donde morir. Cada vez esto es menos cierto⁴⁴: «Me gustaría morir siendo consciente de que ha llegado el momento, sin sufrir dolor y rodeada de mis familiares y amigos. No me gustaría que me ocultasen que me estoy muriendo. Tampoco morir en un hospital rodeada de médicos que intentan alargar el sufrimiento poniéndome tubos, goteros... Pienso que esa es la forma más inhumana de morir que puede tener

La contranorma

una persona»⁴⁵. Algunas personas imaginan su muerte ideal dando detalles sobre una situación no-hospitalaria: «Me gustaría no morirme. Pero como tengo que hacerlo que sea de la manera más rápida, pero cuando sea viejo. Me gustaría morirme mientras duermo y no en un hospital. Me gustaría estar vestido y no con bata o pijama del hospital. Me gustaría estar tranquilo, tal vez solo, y no con gente a mi alrededor llorando o quejándose, lamentándose. Me gustaría morirme en una ciudad al lado del mar (como mi ciudad natal) y en verano»⁴⁶. Algunos manifiestan una actitud ecológica ante la muerte. Desean afrontarla cerca de la naturaleza, generalmente allí donde se ha vivido, o en su casa natal. «Mirando al mar» es otra forma de romantizar la muerte. Las preferencias llegan incluso a fijar lugar, momento del día, o estación del año. Se le asocia así a la experiencia de morir una imagen romántica, a menudo más onírica que real.

Pero todas las personas entrevistadas se refieren a la *muerte ideal* no a la *muerte real*. El cómo se prefiere morir —el tropo— tiene poco que ver con la realidad de la muerte. Se tiende a ver la muerte como algo externo, que llega, casi como una convidada inoportuna. En la metáfora usual se trata de una persona fantasmal, que llama a la puerta, con la cabeza tapada⁴⁷. La muerte ideal es una metáfora. La muerte real es una realidad; y no es otra persona o suceso que llega, sino la propia persona que deja de funcionar adecuadamente (se mea encima, ya no razona) y cuyo cuerpo deja de palpar, de respirar, bombear, pensar⁴⁸. La construcción del canon de la muerte crea el efecto imaginario de la *bella mort* que es adjetivada como una muerte natural, dulce, incluso bonita. Una *buena muerte* se imagina como una muerte rápida, indolora, sin conciencia previa, sin preparación especial, en la cama, acompañado/a, y no hospitalizado/a. Es un modelo idealizado de muerte, recurrente y clave, que explica el *canon de la muerte* expuesto teóricamente hasta aquí. Es un modelo útil para imaginar la muerte, y para pensarla, pero siempre en el ámbito de lo imaginario. El canon es el retrato de la muerte ideal, una muerte para seres inmortales que no han pensado antes sobre la muerte. Es un modelo que se distancia de la realidad. Pero existe también el contra-canon.

Ante la pregunta súbita de *¿Cómo le gustaría morir?* no todas las personas aceptan el canon como forma ideal de morir. Una minoría manifiesta el deseo de morir siguiendo pautas contrarias al canon. Son casos raros o aislados; pero importantes de analizar, para establecer las fronteras del canon. No todas las personas asumen las seis características del canon de la muerte. Se puede aceptar casi todas las pautas, pero disentir en una o dos concretas. Se plantea entonces no una muerte contraideal, sino más bien el *canon de la muerte* estándar pero con algunas variantes. Esas variaciones se pueden denominar *contranormas*. Nuestra hipótesis es que las seis contranormas están tan especificadas como las seis pautas del *canon de la muerte*. En la sociedad contemporánea tanto la conducta estándar como la marginada suelen estar pautadas. La contranorma actúa como matiz, como contradicción respecto de la muerte ideal, incluso como frontera para definir mejor la pauta normal.

Algunas personas —pocas— señalan que prefieren morir *con dolor, o sin estar totalmente anestesiadas*⁴⁹. No se desea sentir mucho dolor, pero tampoco se niega su manifestación. Se desea tener conciencia del proceso más que evitar totalmente el dolor. Otras personas especifican que desean que el dolor propio no sea causa de sufrimiento para los que le acompañan. La confesión de muerte ideal de una de estas personas es impresionante; denota que esta mujer ha conocido la muerte de cerca: «Me gustaría morir sin dolor intenso. Sin causar daño a los de alrededor. Controlándolo yo. Cerca de *los míos* pero no necesariamente viviendo con ellos. Antes de que llegue la soledad grave. Sabiendo que los demás me ayudarán (los *míos*). Sabiendo que los médicos me ayudarán a morir como yo quiero. No muy muy vieja. Cuando mis hijos ya no me necesiten mucho. En enfermedad que dure poco, preferiblemente durante el sueño, apagándome. En una habitación bonita y bien ventilada. Con un camisón hermoso, y oliendo bien. Con el testamento hecho y las deudas pagadas. El *testamento lo he hecho ya*»⁵⁰. Esta mujer ha pensado antes sobre la forma de controlar el proceso de la muerte. Propone como ideal el ser consciente

de lo que le ocurre. El dolor ya no tiene en este caso un carácter de redención sino que se prefiere a la consciencia. Ante la medicalización y tecnificación de la muerte propone el autocontrol. Otra mujer adulta matiza esa declaración: «Me gustaría morir rodeada de mi familia, pero no me gustaría morir en casa. No por paliar el dolor, en caso de tenerlo, sino por no ser una carga para quien me cuide. Por eso no me gustaría que el preámbulo a mi muerte fuera muy largo, no por el sufrimiento, ni por el dolor. Me considero una persona luchadora, aunque puede ser que diga esto porque soy una persona sana. Pero de estar consciente, si la situación se alargara, sí que sufriría por la gente de mi alrededor, por sufrimiento, el de verme así»⁵¹. El dolor propio puede ser superado o aceptado poniéndolo a veces por delante del dolor ajeno. Ser consciente del sufrimiento de los otros es testimonio de la gravedad de la situación propia, pero también de que se mantiene el control sobre el proceso de morir y sobre sus efectos negativos. En esos casos se sufre a través del dolor de las demás personas; pero no se niega la manifestación de la muerte.

Algunas personas señalan que prefieren morir conscientes, *dándose cuenta de su propia muerte*. Una mujer joven explica: «Me gustaría morir, desde luego, de una manera indolora, pero no por ello inconsciente de lo que ocurre a mi alrededor. Me gustaría morir poco a poco, siendo consciente del proceso que se sigue hasta la misma muerte. Dándome cuenta de lo que ocurre a mi alrededor. Imagino este tipo de muerte, para cuando sea mayor o anciana, porque pienso que habré vivido unos cuantos años y estaré conforme con mi vida y por tanto, con mi muerte. Me gustaría llegar a la muerte, teniendo plena consciencia, considerándome joven todavía. Pienso que la manera que elegiría de morir sería una rápida y sin darme apenas cuenta. Si tuviera que morir lentamente, aunque acabara finalmente aceptándolo, me costaría mucho, porque pienso que antes de morir aún quiero hacer muchas cosas»⁵². Una minoría de personas prefiere ser consciente de su muerte. El ideal así expresado es controlar el proceso de la muerte estando consciente. Se desea pasar por ese proceso rápidamente pero de forma consciente y racional. Una mujer lo explica así: «Me gustaría morir rodeada de mi familia y de las amistades íntimas que me queden. Preferiría que

fuese en mi casa, en mi cama. Sobre todo me gustaría ser consciente de mi inminente muerte, saber que me estoy muriendo, y saber aceptarlo con paz y serenidad *en mi corazón*. Quisiera decir mi último adiós a aquellas personas a las que quiero y poder reflexionar sobre lo que ha sido mi misión en esta vida»⁵³. La muerte se construye como un acto colectivo donde la persona moribunda, consciente de su entorno, muere en su cama junto a los *suyos*⁵⁴. La insistencia en morir en la cama propia es interesante, pues ni siquiera se cuestiona en la contranorma. La conciencia permite además realizar una reflexión global sobre la vida, una especie de examen de conciencia. Se puede referir a la visión global de la vida en los últimos minutos, o bien a la idea del Juicio Final. Desde los siglos XIV y XV, según señala Philippe Ariès⁵⁵, se daba una relación estrecha entre la forma de morir y la biografía de cada vida en particular. La idea es que cada persona al morir, presencia el curso entero de su vida, como un compendio, al que da coherencia, y justifica toda la vida anterior⁵⁶. También se considera que, según cuál sea la actitud en ese momento, la biografía alcanza su sentido definitivo, su conclusión e incluso su racionalidad. Al final se da sentido y coherencia a la vida. Antes sólo así era justificable morir; pero actualmente ya no es necesario⁵⁷.

Si la norma del canon es una muerte rápida, la contranorma es *una muerte no rápida*, no necesariamente lenta sino que se produce en varios días. Algunas personas prefieren este modelo: «Me gustaría morir tranquilamente y sin haber sufrido nada. Si muero por enfermedad, que sea sin sufrir durante ella. Por otra parte me gustaría morir dejando claro mis sentimientos, a mis seres queridos, diciéndoles que me voy a morir, que les quiero y todas las cosas que sintiera en ese momento. Es decir no me gustaría morir de un infarto al corazón, ni de un accidente de tráfico aunque sea instantáneamente y sin dolor. Porque si muero así no puedo despedirme de mi gente. Conclusión: morir sin dolor y tranquilamente arropado de mis seres queridos»⁵⁸. Morir de forma despaciosa implica tener tiempo para controlar la muerte, despedirse, y anticipar algunos sucesos tras la muerte propia. En algunos casos se trata de recibir los últimos sacramentos. En otros de despedirse de los seres queridos («los míos»). Morir de forma lenta permite ser consciente del

proceso y de la participación voluntaria de las personas que acompañan al moribundo/a ⁵⁹. Una mujer de 35 años señala: «Me gustaría morir sabiendo que voy a morir pero sin esperar la muerte, es decir que me sorprenda con proyectos y tareas emprendidas y sin acabar. Quisiera poder despedirme de las personas que me importan. Desearía morir sin pasar por el deterioro físico y mental. No quisiera morir despanzurrada sobre el asfalto. Me gustaría morir con serenidad» ⁶⁰. Esta mujer desea ser consciente del *dying*, del período de tránsito entre la vida y la muerte. Se considera mala muerte aquella que resulta accidentada o súbita, la muerte que sorprende tanto a uno/a mismo como a los que quedan. La muerte accidentada interrumpe intempestiva y prematuramente en un proceso que no se controla, que es estigmatizado, y a menudo desfigurante.

En vez de acompañado/a algunas personas prefieren la muerte *solo, o con pocas personas cerca*. A veces se justifica con el deseo de reducir la aflicción de las otras personas al mínimo. La norma social de acompañar al familiar en su muerte puede considerarse voluntaria y no obligatoria, sin la extrema presión social que maldice, por ejemplo, a una hija que no está en la cabecera de su padre moribundo. Un varón joven explica: «Me gustaría no morir. Pero como tengo que hacerlo que sea de la manera más rápida, pero cuando sea viejo. Me gustaría morir mientras duermo y no en un hospital. Me gustaría estar vestido y no con bata o pijama del hospital. Me gustaría estar tranquilo, tal vez solo, y no con gente a mi alrededor llorando o quejándose, lamentándose» ⁶¹. Quizás se considere que la compañía puede perturbar el momento de la muerte. Se entiende como una soledad aceptada y autoconsciente, no causada por el olvido o por la marginación social.

No todas las personas prefieren morir de ancianos/as. Algunas prefieren terminar la vida *cuando todavía son activos o en la madurez de la vida*. Una veinteañera señala: «Yo creo que me gustaría morir como todo el mundo, sin darme cuenta y sobre todo sin dolor. Me gustaría hacerlo de la manera más sencilla posible, que se me fueran cerrando los ojos como si me estuviese durmiendo, y no despertar jamás. Rodeado de todos mis seres queridos, aunque no me gustaría oír sus llantos. No me importaría morir joven, aunque eso sí, después de haber

vivido lo suficiente» ⁶². No se trata tan sólo de morir en plena actividad sino que lo que importa es haber vivido *lo suficiente*, aunque no se defina claramente. Morir joven suele ser una garantía para no sufrir la soledad absoluta ni la decadencia del cuerpo. En algunas culturas se considera que morir joven es el destino de las personas bellas y atractivas. En las sociedades dinámicas y post-industriales, las transformaciones son tan rápidas que el reciclaje predomina sobre la experiencia. La moda es ser joven, incluso permanentemente joven. Las personas ancianas son muchas pero socialmente poco importantes. Quizás por eso se romantiza la muerte como una expresión de actividad y no de decadencia.

Algunas personas consideran que *el hospital o alguna institución* (residencia, hospicio) puede ser un lugar adecuado para morir: «Me gustaría morir sin dolor, rápidamente, pero sin embargo, que me diera tiempo a despedirme de toda la gente a la que quiero. Es decir saber cuándo llega el momento, de tal modo que pueda disfrutar de todas las cosas que más me gustan, e intentar dejarlo todo de la manera que yo creo más conveniente. No me gustaría morir en casa, ya que pienso que el sentimiento de dolor y tristeza sería mucho más grande que si lo hiciera en un hospital, residencia, etc. Desearía que en ese momento me acompañara mi familia. Cuando digo familia me refiero a padres, hermanas, es decir gente que convive más cerca de mí» ⁶³. En ciertos casos se trasladan pacientes a centros especializados en gestión de la muerte, que eufemísticamente se denominan «de cuidados paliativos». La percepción es que en esas organizaciones el trato profesionalizado al moribundo/a le permite una muerte mejor. Allí las demás personas están esperando también el final de sus vidas. Glasser y Strauss describen la muerte en los hospitales como un *acceptable style of facing death* (un sistema aceptable de enfrentarse a la muerte), que evita las *status forcing scenes* ⁶⁴. Tales escenas son las crisis de desesperación de algunos enfermos/as, sus gritos, llantos, y quejidos así como las manifestaciones exaltadas, estridentes, o emotivas de los parientes que turban la tranquilidad del hospital. Esas escenas pueden ser silenciosas pero amargas como las de los/as moribundos que son engañados por sus propios familiares y el personal médico/sanitario.

Las contranormas son disidencias puntuales respecto de alguna de las seis pautas del canon. La hipótesis es que a finales del siglo XX estos matices no configuran todavía un modelo alternativo global al canon de la muerte. En cada testimonio se pone el acento en un elemento relativamente contradictorio con una de las características del canon. Pero en el resto de la argumentación los deseos suelen coincidir con el canon. Morir con dolor, consciente, de forma no rápida, joven, e institucionalizado son características a tener en cuenta en la configuración de un imaginario más racional, laico y moderno sobre la muerte. Todo esto se aplica a una metáfora de la muerte anticipada y no a la muerte real. La muerte tiende a generar tres procesos: de *romantización*, de *tabú*, y de *externalización*, como otros ritos de paso.

Casos especiales

Las seis muestras de población estudiadas por nosotros en la última década del siglo XX en España incluyen a veces contestaciones que son difícilmente clasificables. La categorización de *casos especiales* se asigna a los testimonios que articulan una muerte ideal poco habitual. En realidad no se salen del canon, ni tampoco forman parte de la contranorma. Más bien aportan una visión especial de la muerte que no viene recogida en las pautas ideales o en las contranormas. A veces aportan pistas, otras ponen el acento en aspectos determinados que son adicionales. Son también estrategias de elaboración romántica de la muerte, como las personas que no desean morir nunca, o las que se niegan a contestar a la pregunta ⁶⁵.

Ciertas personas manifiestan el deseo de *ser inmortales*: «No me gustaría morir, la idea de la muerte me aterra, por ello intento no pensar nunca en ello. Pero si tuviera que elegir alguna forma, elegiría alguna en la que no fuera consciente de que estoy muriendo, y así no pensar en todo lo que no pude hacer en mi vida o en todo lo que aún me quedaba por hacer, o en que jamás volveré a ver a las personas que quiero. Ya que si fuera consciente de ello sufriría mucho más que con el propio dolor de la muerte» ⁶⁶. Vivimos como si no fuéramos a morir nunca. La muerte aterra, y la norma es

obviarla y no pensar en ella. En la condición humana la previsión de la propia muerte genera angustia. Por eso la muerte –para Zigmunt Bauman– es la constructora de la estructura de la sociedad. En la sociedad racional contemporánea la muerte sigue siendo irracional, y por eso se niega, se esconde, y se convierte en tabú. Pero es más útil de lo que la población estaría dispuesta a reconocer. La muerte estructura y da sentido a la sociedad. Una estrategia es externalizar la muerte, como algo que ocurre a *otras personas*, o como una visita externa a uno/a mismo, y no como la muerte del cuerpo que es uno mismo.

La religión suele jugar un papel importante en el proceso de la muerte (y viceversa). Por ejemplo desde un punto de vista católico una persona muere de forma adecuada si recibe los últimos sacramentos. La muerte supone el tránsito de una vida terrenal a otra vida eterna. La religión católica pauta ese tránsito. Permite además enfrentarse a la angustia personal y colectiva. Las personas se encomiendan a Dios, compartiendo la creencia en una *segunda vida* mejor, que es además *eterna*. Afrontan la muerte concediéndole un significado: «Supongo que la muerte no se puede elegir como si fuera algo controlable, pero si pudiera hacerlo me gustaría que fuese de causa *natural*, de vejez. Simplemente porque mi cuerpo se va apagando, dejando totalmente de funcionar. Así yo sabría que ese sería mi fin. Porque quién sabe lo que nos espera más allá. Soy cristiana, y en ese momento de mi muerte me gustaría ser consciente de lo que está sucediendo, para sentir el paso que voy a dar» ⁶⁷. La religión católica trata de dominar la angustia a través de rituales, que aseguran y garantizan el control sobre la muerte. El tránsito tiene un sentido y por la muerte puede afrontarse. Todo lo que ocurre en la vida terrenal es subsidiario (la vida es sólo un paso) y decisivo (el pecado mortal implica la condena al infierno hasta la eternidad). Como señala un varón: «Me gustaría morir en paz con los demás y conmigo mismo [...] El momento me gustaría que fuera tardío para dejar a los míos en una buena posición social y dejar parte de mis pertenencias para obras de caridad. No me gustaría que fuera un accidente ni algo lento, sino algo con lo que la gente próxima no sufriera. Algo momentáneo pero posiblemente sabido por los demás. Evidentemente al ser católico me gustaría morir en gracia de Dios» ⁶⁸. La

creencia católica supone la consciencia y el auto-control a la hora de la muerte. Pero el fatalismo dominante en la sociedad española se opone a esa formulación. Se produce pues un conflicto entre una muerte consciente (con confesión y extremaunción) y una muerte inconsciente. Al final la persona muerta «descansa en paz».

El concepto de *muerte natural* se emplea en algunos casos para definir un tipo de muerte sin causa aparente, sin una enfermedad clara, salvo el estado de vejez. Una mujer de 23 años de edad lo expresa así: «Me gustaría haber hecho realidad todos mis sueños. Morirme a una edad avanzada, pero sobre todo de *muerte natural*, sin que ningún familiar (hijos, marido) me cuide; pues no quiero ser ninguna carga para ellos. Quiero una muerte rápida, sin que me entere de ella»⁶⁹. En este caso la muerte natural cumple una serie de requisitos. Se desea que sea de forma rápida, a una edad avanzada, e inconsciente. Se entiende que estas condiciones no contradicen la supuesta *naturalidad* de la muerte. Para ilustrarlo un poco más otra mujer, de veintidós años, señala: «Me gustaría morir sin sufrir demasiado ya que el sufrimiento es una de las cosas que más temo. Además me gustaría morir *de causa natural*, sin tener que pasar por ningún tipo de accidente o enfermedad. Tampoco me gustaría ver sufrir a mis familiares más cercanos y que mi muerte se produjera de la manera más rápida para evitar así mayores sufrimientos»⁷⁰. La muerte natural no está causada por enfermedad. En ese sentido es la menos «natural» de todas. Supone la *no* existencia de enfermedad, tampoco de accidente o violencia. Se puede morir simplemente de vejez, sin causas externas. A partir de la medicalización de la muerte y del discurso sobre la muerte, la naturaleza deja de esgrimirse como fórmula explicativa.

La persona que se suicida desafía tanto la vida como el ideal de muerte⁷¹. Rechaza su existencia, que juzga además con poder para interrumpirla. A pesar de la racionalidad que pueda encubrir, el acto del suicidio suele estar rodeado de un tabú doble: el de morir y el de suicidio. «Si tengo que morir por alguna enfermedad (digase cáncer, sida) pues lo más rápido y silencioso posible. Aunque si me dijeran que podría estar dos o tres años con dicha enfermedad, es casi seguro que pensaría en el suicidio. En cambio, si fuese por vejez, es decir vivir hasta los 100 o 110 años pues me gustaría

morirme en la cama, es decir, durmiendo, sin sufrir, por supuesto. Me gustaría... bueno no, porque morir no le gusta a nadie. Pero solo, para no molestar a nadie»⁷². El suicidio se presenta también como una vía de escape racional a causas adversas, o como una forma de solucionar el tránsito de la vida a la muerte.

El tema de la *eutanasia* está de moda en el análisis contemporáneo de la muerte. Como punto de partida la medicalización de la muerte implica su no aceptación. El debate de la eutanasia apenas es médico; la profesión médica ignora el tema o no toma partido. La negación de la muerte idealiza la muerte digna. Para un profesional de la medicina, la «muerte digna» define su ideal de muerte: «Siempre pienso en el gran número de muertes que he llegado a contemplar. De lo que estoy seguro es que me gustaría tener una muerte dulce, en paz, digna. Una muerte digna quiere decir morir plácidamente, sin dolor, sin sufrimiento, sin angustia. Me tranquilizaría mucho morir en mi entorno o hábitat, rodeado de mis seres queridos y personas de referencia. No quiero recibir ningún, tipo de tratamiento agresivo que alargue mi vida horas, días o semanas. Me preocupa que los profesionales que me atiendan no se interesen por controlar mis síntomas (paliarlos), y que únicamente se muevan por motivación curativa. Soy un hombre con unos principios y valores, y quiero que esos principios y valores sean respetados hasta en el momento de mi muerte»⁷³. Resulta un testimonio representativo del canon de la muerte. La muerte digna tiene las mismas características que el modelo de muerte ideal⁷⁵. Pero este testimonio tiene un valor añadido, puesto que es un profesional sanitario (en este caso un enfermero) mostrando su desconfianza ante las atenciones de tipo médico sin principios de carácter moral que son los que definen la dignidad de la persona. Una mujer de 22 años pide: «Me gustaría morir dignamente y sin sufrimiento, por lo que lo ideal sería la legalización de la *eutanasia activa* para ser aplicada en el momento que comienza el sufrimiento si así lo pide el paciente»⁷⁵. Etimológicamente la palabra *eutanasia* viene del griego *thanatos*, muerte, y del prefijo *eu*, bien; es decir se trata de la «buena muerte». En la sociedad contemporánea se pierde el control sobre el nacimiento y también sobre la muerte. Ambos procesos se medicalizan y se des-feminizan. Muchas personas que

están cercanas a la muerte ni siquiera saben que les queda poco de vida; se les suele engañar. En España es corriente que exista una conspiración del equipo médico y la familia contra el/la paciente.

La muerte (de Cristo y de los Santos/as) es un tema recurrente en la iconografía de la cultura «occidental». A partir del siglo XVI la muerte propia cobra incluso un *sentido erótico*. En la iconografía de ese siglo se presenta a veces a la muerte flirteando con la vida ⁷⁶. Existen motivos en arte y literatura que asocian muerte con amor, y Tánatos con Eros. Similar al acto sexual, la muerte puede verse como una ruptura, o como una transgresión. En Bataille (como en otros autores del género) la muerte y la sexualidad se mezclan ⁷⁷; una y otra tienen el sentido del derroche ilimitado. Una persona describe así su muerte ideal: «Ejercitando mi mente hasta tenerla tan blanca como el más profundo de los hielos de la Antártida y además experimentando fisiológicamente el más alto placer que puede tener una persona con un *orgasmo bajo el agua*. El lugar el cual me gustaría morirme sería un sitio negro y oscuro, tan tenebroso que no se vieran los colores y olieran los olores, o lo que es lo mismo no tener ningún límite ni reparo. Es el mejor momento para probar algo que nadie ha probado, probando todo» ⁷⁸. Hay un símil entre el desnudar erótico y el dar muerte, en la medida en que ambos inician un estado de comunicación, de pérdida de identidad y de fusión. Una mujer de 23 años idealiza su muerte futura: «Me gustaría morirme junto a la persona que quiero, de ancianitos, después de una noche romántica (dentro de los límites de la edad). Acostarme abrazada a él y que nos encuentren al día siguiente juntos y muertos. Supongo que ésta sería una muerte sin dolor ni sufrimiento, ni para mí ni para mis seres queridos, que es lo que supongo busca todo el mundo. Si no me fuera posible morirme junto a mi pareja, me gustaría acostarme un día y morirme durmiendo. Supongo que de una forma u otra lo que busco es el no dolor y no sufrimiento». Se romantiza la muerte como parte o consecuencia del orgasmo (lo que en francés se denomina «la media muerte»). La muerte no es objeto de deseo, como en la novela negra o en la sádica, sino de admiración por su belleza. Puede ser categorizada incluso como muerte romántica. Se aplica el modelo

romántico del sexo juvenil a la muerte en la ancianidad. Es una idealización poco realista. Un estudiante de sociología de 24 años anticipa así su muerte: «Quizás el mejor final sería acompañado por la persona a quien más ame en ese momento, compartiendo uno de los mayores placeres que un ser humano puede disfrutar: haciendo el amor. Es un tópico que a veces sale en algunas películas, pero preferiría que en mi caso no fuese porque mi compañera me asesinase, sino porque el clímax me produjese un ataque en mi débil corazón y de esa manera acabara mi vida. Lo digo absolutamente en serio y no quisiera que se tomara frívolamente». Se enmascara la muerte tras una imagen fascinante e irreal puesto que el referente es visual, incluso cinematográfico ⁸¹. Es otra forma de enmascarar la muerte.

Las metáforas, mitologías y símbolos sirven para nombrar la muerte. Pero al nombrarla se construye otra coartada para su ocultación. Del encuentro imposible con la muerte nacen formas desplazadas. Un varón joven de 19 años explica: «Me gustaría no morirme. Pero como tengo que hacerlo que sea de la manera más rápida, pero cuando sea viejo. Me gustaría morirme mientras duermo y no en un hospital. Me gustaría estar vestido y no con bata o pijama del hospital. Me gustaría estar tranquilo, tal vez solo, y no con gente a mi alrededor llorando o quejándose, lamentándose. Me gustaría morirme en una ciudad *al lado del mar* (como mi ciudad natal) y en verano» ⁸². La imagen del mar sirve a menudo como metáfora para definir la muerte; como en el celebrado verso de Jorge Manrique (en las coplas a la muerte de su padre): *nuestras vidas son los ríos que van a dar a la mar, que es el morir*. El mar es el escenario visual de los muertos en zonas marítimas, como en la cultura vikinga. Otras veces es incorporado como marco referencial ideal para pensar en la muerte. La figura del mar aparece ligada a la idea de muerte y a la propia biografía. Supone una visión romántica culturalmente aceptable ⁸³.

El discurso sobre la muerte está abonado por otros discursos circundantes relacionados con el amor, el sexo, el mar, la naturaleza, inmortalidad, y ciencia ⁸⁴. Existen símbolos eficaces para expresar un imaginario sobre la muerte que se sitúan en el orden de lo decible, y que a su vez enmascaran y ocultan esa muerte. El desnivel entre la muerte *ideal* y la *real* es

evidente. Casi nadie se refiere a la muerte real, sino a una construcción simbólica ficticia. Como en muchos otros temas vitales, en la muerte *del dicho al hecho hay mucho trecho*.

Diferencias sociales

La muerte no discrimina, ni suele hacer distinciones. El tiempo no puede detenerse⁸⁵. El imaginario de la muerte no es uniforme. La muerte es un hecho analizado sociológicamente. El grupo social al que se adscribe una persona condiciona su percepción de la muerte y quizás su experiencia propia. El género, la edad, clase social y contexto cultural son variables que perfilan la visión subjetiva de la muerte. A partir de las contestaciones escritas a la pregunta *¿cómo le gustaría morir* es posible cuantificar el modelo idealizado de cómo morir, es decir el canon de la muerte. El modelo propuesto permite explicar el discurso dominante sobre la muerte. El canon de la muerte actúa como un referente imaginario de carácter dinámico puesto que es permeable a los componentes definidos socialmente en un contexto de intersubjetividad. Pero existen algunas diferencias según grupos sociales.

Las características del canon aparecen en la **Tabla 1**, con los primeros datos objetivos correspondientes a la muerte ideal según la población. En esa tabla primera provienen de las

contestaciones escritas a la pregunta *¿Cómo le gustaría morir?* en el seminario organizado por la catedrática María Ángeles Durán en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en septiembre de 1997, en Valencia. El total incluye 127 casos. La variable dependiente específica si la contestación de cada persona: (a) se ajusta al *canon*, (b) se clasifica como la *contranorma*, (c) si es contradictoria es decir, si introduce en la misma contestación dos características opuestas, o si (d) *no proporciona información*. El tiempo de respuesta es corto, y lógicamente no todas las personas dan información sobre las seis pautas del canon. Conviene observar qué información dan primero. La importancia diferencial de cada pauta es en si una información valiosa. La variable independiente se define por las seis pautas normales del canon de la muerte: *sin dolor, durmiendo, rápida, acompañado/a, anciano/a, y en el hogar*. La distribución de los resultados confirma la existencia del modelo ideal de muerte definido anteriormente.

La mayoría de la población se ajusta al canon. Dos terceras partes de la población estudiada manifiesta su deseo de morir sin dolor como el objetivo fundamental. Sólo dos de cada cien asumen el dolor. El sufrimiento es lo más preocupante sobre la muerte ideal, así como su manifestación más clara. La preocupación por el dolor supera la preocupación por la muerte. La mitad de la población prefiere morir durmiendo o de forma inconsciente

Tabla 1
Muerte ideal según la población, en Valencia
(En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciano/o	En el hogar
Se ajusta al canon	68%	47%	42%	40%	32%	22%
Contranorma	2	15	6	6	7	2
Contestación contradictoria ^(a)	1	3	1	2	3	4
No proporciona información	30	35	51	52	57	73
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(127)	(127)	(127)	(127)	(127)	(127)

Fuente: Asistentes al seminario de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en Valencia (septiembre 1997).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra total de varones y mujeres (con un 80% de mujeres en el total).

(47%). Correlaciona con el deseo de no sentir dolor o de estar inconsciente cuando se produce la muerte. Hay un 15% que rechaza explícitamente el estar durmiendo, lo que supone la contranorma más importante. La consciencia respecto de la muerte introduce una cierta división de opiniones. Se desea que la muerte sea un proceso rápido, y así lo manifiesta 42% de la población frente sólo a 6% que prefiere que no sea rápida. El 40% desea morir acompañado, rodeado de amistades íntimas y familiares; aunque la rapidez y la inconsciencia resultan algo contradictorias con esa preferencia. Cerca de una tercera parte de la población explica libremente que prefiere morir siendo anciano/a. La muerte se desea que suceda cuando la persona completa su ciclo vital, es decir anciano/a. El 22% manifiesta el deseo de morir en su casa, aunque en muchos casos (73%) esta característica no se especifica. La mayoría se pronuncia por una muerte no hospitalizada 22% frente a 2% que prefiere la forma institucionalizada. La adscripción mayoritaria a las características que definen el canon de la muerte permite entender el modelo de muerte ideal. Es un modelo que niega la muerte, la idealiza de forma indolora, inconsciente, breve, y doméstica. Curiosamente el canon de la muerte es la no-muerte, es decir que pueda considerarse como parte del propio tabú.

La contranorma se define por las características contrarias al canon: morir con dolor, consciente, de forma no rápida, solo o con pocas personas, joven, y en el hospital. No supone un contracanon o un modelo de muerte alternativo ya que apenas hay personas que rechacen las seis características del canon de la muerte. Sólo 2% manifiesta la preferencia de morir sintiendo dolor o no estando totalmente anestesiado. Existe un 15% que prefiere morir consciente durante el proceso, o al menos despierto. La norma del canon es una muerte rápida, la contranorma es una muerte no rápida, no necesariamente lenta pero sí consciente. Sólo una de cada veinte personas prefiere morir de forma pausada y no rápida ni súbita. Un 7% del total de la población manifiesta su predisposición a morir cuando todavía son jóvenes o en la madurez de la vida. Sólo 2% manifiesta que el hospital es un lugar adecuado para morir. La contranorma representa un porcentaje reducido respecto al canon. No configura pues un modelo alternativo al canon de la muerte ⁸⁶.

Las contestaciones contradictorias incluyen en la misma respuesta dos características opuestas de las variables independientes. A menudo supone una posición ilógica, pero no necesariamente inválida. Los seres humanos son usualmente contradictorios. Este tipo de respuestas representan entre 1% y 4% de la población total. Los testimonios que no proporcionan información respecto al hecho de morir sin dolor representan casi una tercera parte del total. Es la característica donde el mayor número de personas se pronuncia, y por lo tanto uno de los aspectos indispensables que mejor definen el proceso de la muerte según el imaginario colectivo. El porcentaje de personas que no proporcionan información sobre las características que se corresponden a las variables independientes es inversamente proporcional a las contestaciones correspondientes a las características del canon.

La muerte es femenina, tanto por género gramatical, como por su imagen simbólica (la Parca, es un esqueleto de mujer con guadaña). Pero se observan pocas diferencias por género. El imaginario de la muerte en las mujeres es similar al ideal de muerte de la población total según se observa en la **Tabla 2** ⁸⁷. El modelo ideal que corresponde a las mujeres se ajusta al canon diseñado por la población total. Aproximadamente dos terceras partes de la muestra de mujeres coinciden en considerar que la muerte ideal es aquella en la que no se siente dolor o sufrimiento. Las mujeres temen al dolor igual que la media general. Hay quizás más mujeres que desean una muerte inconsciente o mientras se está durmiendo. La rapidez en el proceso de la muerte es un poco menos deseada en las mujeres (pero las diferencias no son grandes). El 38% de las mujeres de la muestra prefieren una muerte rápida versus 42% del total. Las mujeres desean morir acompañadas de sus familiares y amistades igual que todos. Prefieren morir siendo ya personas ancianas también en la misma proporción. Una quinta parte de las mujeres expresa su deseo de morir en el hogar o de forma no hospitalizada (institucionalizada), igual que la muestra total. Todos los porcentajes coinciden de forma aproximada al canon de la muerte confeccionado por la población estudiada en su totalidad. Tan sólo se observa que las mujeres prefieren un poco más morir durmiendo. Pero las diferencias *no* son significativas.

Tabla 2
Muerte ideal según las mujeres, en Valencia
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	68%	52%	38%	42%	33%	21%
Contranorma	2	14	6	4	9	2
Contestación contradictoria ^(a)	–	2	1	1	3	4
No proporciona información	30	33	56	52	55	73
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(101)	(101)	(101)	(101)	(101)	(101)

Fuente: Mujeres asistentes al seminario de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en Valencia (septiembre 1997).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra de mujeres, que son el 80% del total.

La contranorma en el caso de las mujeres también se ajusta a los resultados correspondientes al total de la población. Un 2% de la población prefiere morir con dolor, o no estando anestesiada, lo que aporta un elemento de control en el proceso de la muerte propia. Un 14% de las mujeres prefiere morir consciente y 6% de forma pausada y no rápida. Hay menos mujeres que prefieren morir en soledad (o con muy pocas personas alrededor) respecto a la población total. En cambio las mujeres prefieren más terminar la vida cuando todavía son activas o en la madurez de la vida aunque su expectativa de vida actualmente es mayor que en el caso de los varones ⁸⁸. Un escaso 2% de mujeres se pronuncia a favor de morir en el hospital o en alguna institución igual que la media. Las que manifiestan alguna preferencia por las características que contradicen al canon son pocas. Las contestaciones contradictorias, en las que se introducen dos características opuestas, se sitúan entre un 1% y un 4% del total.

El imaginario de la muerte es bastante parecido para la población de varones y de mujeres. El género apenas introduce diferencias, lo que indica que es un canon ideal difundido por igual entre la población, sin que dependa de otras variables (género, clase social, edad, residencia). La construcción del canon es diferente para cada grupo social puesto que las prioridades son distintas. En su percepción de la muerte ideal la población de varones (véase la **Tabla 3**) antepone la rapidez al dolor. Apro-

ximadamente dos tercios de la población de varones se inclina por una muerte rápida y súbita frente sólo a un tercio de mujeres. Aquí sí que hay una diferencia cultural que hay que tener en cuenta. Se podría atribuir a la tendencia social de los varones hacia la realización de actividades de riesgo, o quizás a una brusquedad socialmente aceptable, o a una visión heroica estereotipada. Ligado directamente a esta característica está la menor importancia que los varones atribuyen al hecho de morir durmiendo: 38% de la muestra frente a 52% de mujeres. Además los varones, comparativamente con la muestra de mujeres, manifiestan un interés menor en morir acompañados. Los porcentajes relativos a morir anciano, y en el hogar, se aproximan a los de la población total y a la muestra correspondiente a las mujeres, entre 20% y 30%. Pero los varones prefieren más morir en casa (29%) que las mujeres (21%). El imaginario de la muerte se construye de forma un poco diferente por géneros. Los varones expresan sus preferencias por una muerte más activa e individual, o en soledad, en comparación con las años más que las preferencias manifestadas por las mujeres. El dolor en los varones pasa a ser una preocupación secundaria. La muerte se define en términos de rapidez o inmediatez en el caso de la población de varones, en contraste con más de la mitad de las mujeres que no aportan información al respecto. Es indicativo que la mitad de la muestra de varones no aporte información acerca de la

Tabla 3
Muerte ideal según los varones, en Valencia
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	62%	38%	67%	33%	33%	29%
Contranorma	4	12	4	8	8	—
Contestación contradictoria ^(a)	—	—	—	4	4	—
No proporciona información	33	50	29	54	54	71
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)

Fuente: Varones asistentes al seminario de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en Valencia (septiembre 1997).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye sólo la muestra de varones, que son en este caso el 19% del total.

característica de estar inconsciente o durmiendo en el proceso de la muerte. La exposición a afrontar el dolor en varones es también mayor que en las mujeres, aunque el porcentaje no es alto (40% de varones). La construcción social de la muerte se realiza de forma ligeramente diferente por varones y mujeres. En ambos casos (varones y mujeres) desean una muerte sin dolor, pero los varones especifican que sea rápida, mientras que las mujeres prefieren la inconsciencia (durmiendo). Por lo demás el *canon de la muerte* se aplica casi idénticamente a toda la población.

También existen algunas diferencias en la construcción ideal de la muerte por edades, en la percepción de la muerte entre jóvenes y personas maduras. Para los/as jóvenes la muerte es un tema de conversación poco habitual, o incluso mórbido. Los/as jóvenes no están socializados en el proceso de la muerte, por lo que sus testimonios están poco elaborados, resultan inverosímiles, y son más televisivos que reales. Según el testimonio de una mujer de 22 años la muerte resulta una idea poco precisa: «Pues sólo sé cómo no me gustaría morir. No me gustaría morir volando en pedacitos por una bomba de ETA. No me gustaría morir ahogándome en el mar un bonito domingo de playa con la familia. No me gustaría morir en un accidente de coche, famosa y con cien fotógrafos alrededor. No me gustaría morir de algo que duela, con Nieves 'Horrores' ⁸⁹ y su cámara preguntando si me duele mucho y si dejó algún huérfano. No

me gustaría morir el domingo próximo cuando haga *puenting* por primera vez. De verdad, no me importa cómo muera, sólo quiero que me dé tiempo a hacer testamento, para que mis hermanos no se peleen por mi colección de cromos» ⁹⁰. Las personas jóvenes, a quienes se les prohíbe tener acceso a moribundos y a la muerte, no saben qué contestar. Tienden a hacer un chiste de una pregunta que es angustiosa, y sobre la que la sociedad les prohíbe reflexionar. Otra forma de evitar pensar en la muerte es no imaginarse como persona anciana. Los/as adolescentes tienen dificultades serias para visualizarse como ancianos/as, y por lo tanto tampoco reflexionan sobre cómo van a morir.

Hay personas que a pesar de no ser ancianos han experimentado ya una enfermedad grave o han estado *al borde de la muerte*. Algunas personas en la madurez de la vida consideran la posibilidad de la muerte, y son capaces de enumerar criterios o requisitos: «Sin dolor intenso. Sin causar daño a los de alrededor. Controlándolo yo. Cerca de los míos (pero no necesariamente viviendo con ellos). Antes de que llegue la soledad grave. Sabiendo que los demás me ayudarán (los míos). Sabiendo que los médicos me ayudarán a morir como yo quiero. No muy, muy vieja. Cuando mis hijos ya no me necesiten mucho. En enfermedad que dure poco, preferiblemente durante el sueño, apagándome. En una habitación bonita y bien ventilada. Con un camisón hermoso, y oliendo bien. Con el testamento hecho y las deudas

pagadas (el testamento lo he hecho ya)»⁹¹. Las características de una muerte ideal en este caso son concretas y verosímiles. Se mencionan detalles significativos (habitación ventilada, camisón hermoso, oliendo bien, deudas pagadas). Incluso en este caso se previene el futuro realizando el testamento. La muerte supone usualmente la transmisión de un patrimonio. La edad no sólo aproxima al proceso de la muerte sino que procura también la oportunidad de socialización. Afrontar de un modo específico la muerte, al igual que encarar de forma ordenada e inteligible la enfermedad, no son hechos arbitrarios. Su razón de ser radica en la estructura social, el marco económico, y el sistema cultural.

Las otras cinco muestras de población ratifican lo descubierto en la primera de Valencia. En una muestra de estudiantes de sociología (que se les supone expertos/as en control social y normas sociales) se observa que responden según el discurso dominante de la muerte. El total es de 72 casos. Las condiciones para obtener la información son las mismas en todas las muestras: contestaciones por escrito a la pregunta *¿Cómo le gustaría morir?* Las características del canon de los estudiantes de sociología en Barcelona aparecen reflejadas en la **Tabla 4** con unos resultados semejantes a la muestra de Valencia. Dos terceras partes de la población manifiesta su deseo de morir sin dolor como objetivo fundamental. La preocupación por el sufrimiento se repite en todas las

muestras. Nadie se manifiesta a favor de la muerte sintiendo dolor. Aproximadamente la mitad de la población prefiere morir mientras se está durmiendo o estar inconsciente (el 43%) cuando se produce la muerte. Hay un 15% que prefiere estar consciente, lo que supone la contranorma más importante. La mitad de la población desea que la muerte sea un proceso rápido o que suceda de forma súbita frente sólo a 7% que prefiere que no sea rápida. El 24% manifiesta el deseo de morir acompañado, rodeado de amistades íntimas y familiares, aunque en muchos casos (76%) esta característica no se especifica. Cerca de un tercio de la población prefiere morir en la vejez. Tan sólo 8% desea morir en el hogar o no institucionalizado. Es una de las características sobre las que la población estudiada prácticamente no se pronuncia a pesar de su conocimiento sobre las organizaciones hospitalarias y la sociología de salud. Las diferencias entre mujeres y varones (**Tabla 5** y **Tabla 6**) son pocas. El imaginario de la muerte es bastante parecido. En su percepción de la muerte los varones conceden tanta importancia al dolor como a la rapidez (62%), mientras las mujeres anteponen su preocupación por el dolor (67%). Es una característica que se repite en varias muestras. Además los varones, comparativamente con las mujeres, manifiestan un interés menor en morir en la ancianidad. Los varones expresan sus preferencias por una muerte súbita, y más joven, en comparación con las mujeres. La rapidez es menos representativa en

Tabla 4
Muerte ideal según estudiantes de Sociología, en Barcelona
(En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	65%	43%	50%	24%	38%	8%
Contranorma	—	15	7	—	1	—
Contestación contradictoria ^(a)	—	4	1	—	4	1
No proporciona información	35	38	42	76	57	90
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(72)	(72)	(72)	(72)	(72)	(72)

Fuente: Alumnos/as de la licenciatura de Sociología, en la Universidad de Barcelona (febrero 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra total de varones y mujeres (con un 67% de mujeres en el total).

Tabla 5
Muerte ideal según mujeres estudiantes de Sociología, en Barcelona
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	67%	44%	44%	23%	40%	8%
Contranorma	—	19	8	—	2	—
Contestación contradictoria ^(a)	—	6	—	—	4	2
No proporciona información	33	31	48	77	54	90
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(48)	(48)	(48)	(48)	(48)	(48)

Fuente: Mujeres estudiantes de Sociología, en la Universidad de Barcelona (febrero 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye únicamente la muestra de mujeres, que son el 67% del total.

Tabla 6
Muerte ideal según varones estudiantes de Sociología, en Barcelona
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	62%	42%	62%	25%	33%	8%
Contranorma	—	8	4	—	—	—
Contestación contradictoria ^(a)	—	—	4	—	4	—
No proporciona información	38	50	29	75	62	92
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)

Fuente: Varones estudiantes de Sociología, en la Universidad de Barcelona (febrero 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye únicamente la muestra de varones, que representan el 33% del total.

las mujeres. Temen el dolor y el sufrimiento algo más que la media de la población. Aproximadamente dos de cada diez mujeres prefieren morir conscientes, lo que supone la contranorma más importante, algo más que en el caso de los varones. Por lo demás el *canon de la muerte* se aplica casi idénticamente.

Los que integran las muestras restantes son estudiantes de gerontología y enfermería. La sorpresa es que su conocimiento de los procesos de la muerte e incluso el contacto profesional con el/la moribundo no implica la definición de un canon de la muerte distinto a las muestras anteriores. La **Tabla 7** corresponde a

las contestaciones escritas de los/las estudiantes del diploma de Postgrado de Promoción y Educación para la Salud de la Universidad de Lleida. El total es 34 casos, prácticamente todos son enfermeras. El dolor y el sufrimiento son en este caso también lo que más preocupa. Tres cuartas partes de la población manifiestan su deseo de morir sin dolor. Más de la mitad de la población (53%) prefiere morir en la vejez y en el hogar o no institucionalizado. El orden de las preferencias es distinto a muestras anteriores en las que prácticamente no se pronunciaban sobre estas características o antepongan el morir de forma inconsciente,

Tabla 7
Muerte ideal según la muestra de Lleida
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	76%	41%	44%	38%	53%	53%
Contranorma	—	6	3	6	—	3
Contestación contradictoria ^(a)	—	—	—	—	—	—
No proporciona información	24	53	53	56	47	44
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)

Fuente: Estudiantes del Diploma de Postgrado de Promoción y Educación para la Salud de la Universidad de Lleida (febrero 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra total de varones y mujeres (un 85% de mujeres).

que en este caso está representado por 41% de los casos frente sólo a 6% que prefiere estar consciente. El 44% de la población desea que la muerte sea un proceso rápido. El 38% prefiere estar acompañado/a de familiares y amistades en el momento de la muerte. Es un modelo de muerte indolora, doméstica, y en la ancianidad. En el caso del personal sanitario el modelo ideal especifica una muerte doméstica o no hospitalizada. En este caso morir en el lugar de trabajo se considera una mala muerte. El canon de la muerte varía en cuanto a las preferencias pero no tanto en los contenidos. El

dolor sigue considerándose la característica más preocupante de la muerte.

Para los/las asistentes al Máster de Gestión en Servicios de Enfermería (**Tabla 8**) las prioridades son similares a pesar de ser personal sanitario, que trata directamente el tema. La mayoría (89%) manifiestan el deseo de morir sin dolor. En el orden de prioridades, morir acompañado/a es deseable para casi la mitad del personal de enfermería (48%), frente a 11% que prefieren hacerlo sin compañía (es la contranorma más alta). El 44% de la población prefiere morir de forma rápida, en la anciani-

Tabla 8
Muerte ideal según personal de enfermería, en Barcelona
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	89%	33%	44%	48%	44%	41%
Contranorma	—	7	—	11	11	—
Contestación contradictoria ^(a)	—	—	—	—	—	—
No proporciona información	11	59	56	41	44	59
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(27)	(27)	(27)	(27)	(27)	(27)

Fuente: Asistentes al Máster de Gestión en Servicios de Enfermería de la Universidad de Barcelona (marzo 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra total de varones y mujeres (con un 88% de mujeres).

dad y en el propio hogar o no hospitalizado (41%). En este caso, en el que la mayoría es personal de enfermería, morir en el lugar de trabajo se considera una mala muerte. Para 33% de la población es deseable morir de forma inconsciente, característica que es prioritaria en las muestras anteriores. El dolor sigue siendo una preocupación constante. Para el personal sanitario cobra importancia la muerte acompañado y en el hogar.

Para los/as estudiantes del Máster de Gerontología Social (**Tabla 9**) el modelo de muerte ideal se corresponde también al canon. Aproximadamente las dos terceras partes de la muestra coinciden en considerar que la muerte ideal es aquella en la que no se siente dolor o sufrimiento. Los/as gerontólogos temen al dolor igual que el resto de la población estudiada. Más de la mitad de la población (58%) desean estar acompañados/as durante el proceso de la muerte. El 46% prefieren morir cuando ya son personas ancianas y 38% desean hacerlo en el hogar. La rapidez en el proceso de la muerte es un poco menos representativa con 29%. Existe una quinta parte de la muestra que prefiere morir de forma inconsciente, aunque por primera vez es sobrepasado por un 25% que prefiere morir consciente durante el proceso, o al menos despierto. La consciencia es una característica que en grupos profesionales relacionados con la enfermedad o la muerte se le concede menor importancia; pero por primera vez la contranorma supera a la norma de la muerte

inconsciente. La consciencia implica un cierto grado de control y de racionalidad sobre el proceso. La muerte para los estudiantes graduados de gerontología se construye como un acto colectivo donde la persona moribunda, consciente de su entorno, muere junto a *los suyos*. Se aprecia la existencia de una mayor socialización en el tema de la muerte.

La muerte ideal según los/as asistentes al curso de Sociología de la Salud y la Educación Sanitaria de Manresa se ajusta también al canon (**Tabla 10**). El 80% consideran el dolor una preocupación prioritaria relacionada a la muerte que desean evitar. Prefieren morir acompañados/as y en la vejez (56%). Ambas características son las que el personal sanitario destaca en todas las muestras, después del dolor. Aproximadamente la mitad de la población prefiere morir no hospitalizado y de forma rápida. La inconsciencia es un deseo expresado por cerca de una quinta parte de la población, frente a 8% (contranorma más alta) que prefieren morir de forma consciente. La muerte ideal para el personal sanitario de la muestra de Manresa es básicamente indolora, en la ancianidad, acompañada y no hospitalizada.

Desde la **Tabla 7** hasta la **Tabla 10** las muestras están constituidas por personas que son profesionales de la salud, o estudian temas relacionados con la enfermedad y la muerte. En todas ellas se encuentran características similares. Estas muestras diseñan un canon de la muerte que coincide con las muestras anterior-

Tabla 9
Muerte ideal según estudiantes de Gerontología, en Barcelona
(En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	67%	21%	29%	58%	46%	38%
Contranorma	4	25	–	–	8	–
Contestación contradictoria ^(a)	–	–	4	4	4	–
No proporciona información	29	54	67	38	42	62
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)

Fuente: Miembros/as de primer curso del Máster de Gerontología Social de la Universidad de Barcelona (febrero 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra total de varones y mujeres (75% de mujeres).

Tabla 10
Muerte ideal según estudiantes de enfermería, en Manresa
 (En porcentajes)

Contestaciones	Características del canon de la muerte					
	Sin dolor	Durmiendo	Rápida	Acompañado/a	Anciana/o	En el hogar
Se ajusta al canon	80%	24%	48%	56%	56%	48%
Contranorma	—	8	—	—	4	—
Contestación contradictoria ^(a)	—	—	—	—	—	—
No proporciona información	20	68	52	44	40	52
Total ^(b)	100%					
Número de casos	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)

Fuente: Asistentes/as al curso de Sociología de la Salud y Educación Sanitaria de la Escuela Universitaria de Enfermería de Manresa (marzo 1998).

Notas: Contestaciones a la pregunta: «¿Cómo le gustaría morir?».

(a) En la misma contestación introduce las dos características opuestas.

(b) Incluye la muestra total de varones y mujeres (con un 67% de mujeres en el total).

res en conceder prioridad a la preocupación por el dolor y la posibilidad de evitarlo. Sin embargo, el personal sanitario aparece más preocupado sobre el lugar de la muerte, y considera una mala muerte morir en el lugar de trabajo aunque sea sanitario. La inconsciencia no es la característica más destacable y en algún caso consideran preferible morir conscientemente, controlando el proceso. Cambia el orden de prioridades a favor de una muerte no hospitalizada y acompañada de familiares y amistades íntimas, quizás porque han experimentado una

mayor socialización y control en el proceso de la muerte. Insisten en que es deseable que la muerte social no preceda a la muerte física. Como el médico/a enfermo oculta y niega su enfermedad, en estas muestras el conocimiento no implica una negación del canon. La muerte sigue considerándose un tema tabú incluso para los/as expertos en salud, enfermedad, ancianidad, y muerte. En algunos casos el conocimiento puede resultar angustiante.

La **Tabla 11** es una tabla resumen de las muestras analizadas. Se especifica la media, es

Tabla 11
Canon de la muerte ideal según las diversas muestras
 (En porcentajes)

Proporción de contestaciones que se ajustan al canon	UIMP (Valencia)	Sociología (Barcelona)	Promoción de la Salud (Lleida)	Gestión de Enfermería (Barcelona)	Gerontología (Barcelona)	Enfermería (Manresa)
Muerte sin dolor	68%	65%	76%	89%	67%	80%
Durmiendo	47	43	41	33	21	24
Rápida	42	50	44	44	29	48
Acompañada/o	40	24	38	48	58	56
Anciana/o	32	38	53	44	46	56
En el hogar	22	8	53	41	38	48
Media ^(a)	42%	38%	51%	50%	43%	52%
(N)	(127)	(72)	(34)	(27)	(24)	(25)

Nota: (a) Se ha utilizado una media aritmética de las seis características del canon.

decir la tendencia central de cada una de las muestras. Según los resultados, existe una mayor tendencia a identificarse con el canon entre los «grupos expertos», es decir, el canon representa un modelo de muerte ideal para aquellas personas que mantienen una relación profesional con la muerte. Es el caso de las alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería de Manresa que manifiestan la mayor tendencia (52%) a identificarse con el canon. Siguiendo con las estudiantes para la Promoción y Educación para la Salud en la Universidad de Lleida (51%). En ambos casos, y entre los grupos estudiados que manifiestan mayoritariamente un tipo de muerte ideal acorde con el canon, se trata de profesionales de la Medicina y concretamente de enfermeras. La media que más se aleja del canon (38%) se corresponde a la muestra de estudiantes de sociología; seguido de los asistentes al seminario de «Enfermedad y sociedad a finales del siglo XX» en la Universidad de Valencia donde la media de ajuste al canon se sitúa en 43%.

Se observan pues diferencias en el perfil de los encuestados. Entre los estudiantes de sociología existe una menor identificación con el canon que entre las muestras que integran estudiantes de enfermería. La sorpresa es que entre aquellas personas que se supone un mayor conocimiento de los procesos de muerte (e incluso el contacto profesional con el moribundo/a) la articulación de un discurso sobre la muerte tiene más que ver con el imaginario sobre la muerte que con la realidad. El orden de preferencias es también distinto en cada muestra. Las seis características que definen el canon no guardan el mismo orden de preferencia para cada grupo de encuestados/as.

La muerte sin dolor es una característica prioritaria en todas las muestras. Todos los casos analizados manifiestan mayoritariamente el deseo de morir sin dolor. El 89% de las/os asistentes al Máster en Gestión de Servicios de Enfermería declaran su deseo de morir sin dolor, frente a 65% de estudiantes de sociología. La prioridad es la misma, pero el énfasis no. Estas diferencias se repiten prácticamente en todas las características del canon. Existe una similitud de preferencias entre el «grupo de expertos/as», y por otro lado el grupo de estudiantes de sociología⁹². La inconsciencia no es la característica más destacable entre el grupo de expertos que se sitúa alrededor del 20% al 30% (a excepción de

los estudiantes de Promoción de la Salud de Lleida con 43%). En cambio para los estudiantes de sociología y los de la Universidad de Valencia morir durmiendo es una circunstancia importante para definir la muerte ideal. A excepción de las personas del curso de gerontología (29%), el resto de las muestras manifiestan en torno al 40% su preferencia de morir de forma súbita (en el caso de los estudiantes de sociología, la mitad consideran que una buena muerte es una muerte rápida).

Morir acompañado/a es una característica que los/as estudiantes de Gestión de Enfermería, Gerontología, y Enfermería de Manresa consideran prioritaria después de la muerte sin dolor. Eso significa que consideran que es deseable que la muerte social no preceda a la muerte física. Es una cuestión que los estudiantes de sociología no tienen en cuenta (24%) a pesar de que la vida desde una perspectiva sociológica se define antes como un hecho social que individual. La asociación entre ancianidad y muerte es mayor entre el grupo de expertos. Sin embargo, es una característica que todas las muestras tienen en cuenta a la hora de definir la muerte ideal. En la última característica del canon (la muerte en el hogar) es donde más se acusan las diferencias. Entre aquellas muestras relacionadas profesionalmente con la enfermedad y la muerte, una buena muerte es lo que no sucede en el ámbito donde se desarrolla la vida laboral. El personal sanitario aparece más preocupado por el lugar de la muerte que la muestra de Valencia (22% manifiestan su preferencia de morir en el propio hogar) o los/as estudiantes de sociología donde sólo se pronuncian 8%.

Cómo morimos y cómo nos gustaría morir son procesos distintos. Eso es precisamente lo que quiere demostrar Sherwin Nuland, cirujano y profesor, desmitificando el proceso del morir a través de la descripción cruda y sin concesiones sobre la realidad clínica, biológica y psicológica de la muerte⁹³. Para el autor conocer la verdad acerca de la muerte, y familiarizarnos con los actuales «jinetes de la muerte»—cáncer, sida, enfermedades cardíacas, Alzheimer, vejez— puede ayudar a liberarnos del miedo a ese ámbito desconocido que lleva en último término al autoengaño y a la decepción. El análisis de las muestras dibuja un panorama diferente. Entre los profesionales y conocedores del proceso de la muerte es donde

más se acusa la idea de muerte ideal según el canon. A simple vista los resultados parecen sorprendentes puesto que se trata de un gremio familiarizado con la muerte, ya que es un fenómeno rutinizado. El modelo de muerte ideal que conforman a nivel simbólico parece negar todo el conocimiento que poseen acerca de la enfermedad, la vejez, y la muerte. Morir sin dolor, durmiendo, acompañado/a, en la ancianidad, y en el hogar es un canon de la no-muerte. El mecanismo de la negación es el mismo que Omar G. Ponce de León descubre entre los/as médicos enfermos⁹⁴. Esos médicos/as enfermos sufren un conflicto de roles que altera sus relaciones personales y la capacidad para reaccionar ante su propia enfermedad: niegan su rol de enfermos igual que niegan la muerte.

Aprendiendo a morir

La muerte propia no es una experiencia placentera⁹⁵. Pero es un elemento fundamental de la vida cotidiana, de las familias en su historia familiar. Desde finales del siglo XIX a pesar de su prevalencia, la muerte se oculta sistemáticamente. Se convierte en un hecho obscuro, tanto que casi no se pronuncia su nombre. La hipótesis es que no hay apenas *socialización* sobre la muerte. Eso sorprende en una sociedad racional y laica como la actual. Es como si la *muerte* hubiera sucedido al *sexo* en el régimen de prohibiciones y tabúes sociales. Philippe Aries, después de realizar un recorrido histórico por las imágenes, metáforas y experiencias de la muerte (a través de su iconografía, literatura e imaginaria), concluye que en la actualidad tiene lugar una inversión de lo que hasta la Edad Media se conoce como *muerte domesticada*. Hoy la sociedad expulsa la muerte, y deja de idealizarla. De forma sospechosa desaparecen sus signos en la vida de los seres humanos y el ritmo social cotidiano no se ve interrumpido por su manifestación, ni siquiera por el luto. Este fenómeno se denomina *muerte salvaje o muerte invertida*. No es Aries el único en haber reparado ante tal situación. Con un razonamiento semejante, otros antropólogos e historiadores diagnostican el fenómeno con ayuda de términos que son equivalentes: el término

de *muerte escamoteada* o expulsada⁹⁶, el de *muerte en tercera persona*⁹⁷, o afirmando que la muerte que domina es la pensada por los tecnócratas⁹⁸. Casi todos los/as autores convergen en que «el ser humano occidental [...] muere de manera desigual, muere mal y ya no sabe morir»⁹⁹. La muerte es uno de los pocos fenómenos que *no* se han racionalizado en el mundo contemporáneo; de ahí el interés por el estudio sociológico del tema.

El análisis se debe centrar en los efectos imaginarios de esa concepción de la muerte. El punto de inflexión puede establecerse en el origen del discurso científico. La medicalización de la muerte tiene un primer efecto imprevisto: produce una *mort écartelée* en dominios separados, tanto como las especialidades médicas. Supone una dispersión y profesionalización del tratamiento de la muerte. Además revela la concepción tecnificada del cuerpo humano, asimilado a *una máquina* (esa es la metáfora utilizada por Descartes). La muerte asemeja una avería cuya reparación ya no es posible. Pero la muerte técnica tiene una tercera dimensión: opuesta a la natural, es sinónima de *muerte programada*. Todos estos fenómenos distan de poder ser considerados racionales o laicos, en una sociedad que lo es cada vez más. El mito que Foucault señala en la constitución de la Medicina contemporánea (progreso inexorable, abolición de la enfermedad), se convierte hoy en una esperanza tácita en la abolición de la muerte. Freud subraya que en el inconsciente estamos convencidos de la inmortalidad humana. En tal dirección apuntan algunos de los avances biomédicos y genéticos¹⁰⁰.

Un segundo efecto imaginario producido entre otras posibilidades por la medicalización, es la construcción de la *bella mort o buena muerte*¹⁰¹, como una muerte rápida, indolora, sin conciencia previa y sin preparación para ella¹⁰². Incluso se habla de «muerte dulce»¹⁰³. A la definición biológica de la muerte y a la voluntad lógica de la razón corresponde una forma ideal y estándar de la muerte, que es la *muerte natural*, al término de la vida. Pero no queda claro lo que significa «natural». A menudo se considera «muerte natural» como la *no* causada por enfermedad o accidente, sino sólo por ser muy anciano/a, sin causa conocida. Pero la «muerte natural» tiene otras connotaciones: es indolora, suave, sin ser etiquetado como paciente, con las botas puestas. La evolución

de la ciencia expresa la dominación creciente del ser humano sobre la naturaleza, pero su incapacidad para suprimir la muerte es vivida como un fracaso de su saber y de su poder: la muerte es la gran obscenidad. «La muerte que es muerte del sujeto se vuelve doblemente dramática: desemboca en la nada, en el vacío de sentido; sobre todo abole el yo. Esta angustia parece específica del mundo occidental»¹⁰⁴. La ciencia y técnica alientan el deseo de alargar la vida, por lo menos hasta que el cuerpo yerto *descansa en paz*¹⁰⁵.

La expresión «muerte natural» es recurrente. Incluye el no padecer, aunque nada hay más natural que el dolor y el sufrimiento. Funciona como una pauta, una estrategia que defiende contra la ansiedad. La buena muerte vendría a ser lo que respecto a la alimentación Marvin Harris denomina «bueno para comer», es decir los alimentos de un contenido nutricional necesarios para la supervivencia humana¹⁰⁶. Del mismo modo, el *canon de la muerte* no es sólo un modelo de la buena muerte –entendido como las normas apropiadas para vivir una buena muerte– sino que es sobre todo un modelo *bueno* para pensar la muerte, o mejor dicho para *no* pensar en la muerte. Es una estrategia para analizar (desenmascarar) un tabú, quizás el más estigmatizado en la sociedad racional contemporánea. El análisis de la muerte ideal es una estrategia para analizar la vida; como Durkheim señaló hace cien años. Quizás la única muerte verdaderamente ideal sería *morirse de risa*.

Hasta aquí, hemos analizado la forma de cómo quieren las personas morir. Es una especie de *metáfora de la muerte*, al estilo de las hipótesis de Susan Sontag¹⁰⁷. Otra cosa bien distinta es cómo se mueren en realidad las personas. Del dicho al hecho suele haber mucho trecho; en el caso de la muerte el precipicio es impresionante.

Nota sobre las muestras utilizadas

El presente análisis se ha realizado con ocho muestras específicas, realizadas en la década de los noventa del siglo XX, entre 1993 y 1998. Son las siguientes:

E: Se refiere a 86 entrevistas en profundidad realizadas en Barcelona, utilizando magnetofón, a una muestra estratificada de tres cohortes (jóvenes de 17 a 24 años, personas maduras de 40 a 49 años, y ancianos/as de más de 65 años), y por género (varones y mujeres). Se realizaron durante el año 1993.

GD: Doce grupos de discusión grabados con magnetofón, de entrevistadores de historias de vida de población catalana, en 1993. Los grupos están formados por unas diez personas, y la discusión se lleva a cabo tras la audición de diez entrevistas que ellos/as mismos han realizado a población también con magnetofón. Son mujeres y varones jóvenes.

VAL: Se refiere a 127 varones y mujeres asistentes al seminario de «Enfermedad y sociedad a finales del siglo XX» en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, dirigido por la catedrática de sociología María Ángeles Durán, en septiembre de 1997, en Valencia. El 80% son mujeres. Incluye las contestaciones a la pregunta *¿Cómo le gustaría morir?*

SOC: Son 72 varones y mujeres, estudiantes de Sociología en la Universidad de Barcelona, realizada en febrero 1998 por escrito. El 67% son mujeres.

LLE: Son 34 estudiantes del diploma de postgrado en Promoción y Educación para la Salud en la Universidad de Lérida, en febrero de 1998. La mayoría son enfermeras; un 88% son mujeres. Las contestaciones son por escrito.

MAN: Son 25 asistentes al curso de Sociología de la Salud y Educación Sanitaria de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Universitaria de Enfermería de Manresa, en marzo de 1998. El 96% son mujeres. Las contestaciones son por escrito.

MGE: Son 27 asistentes al Máster de Gestión en Servicios de Enfermería de la Universidad de Barcelona, en marzo de 1998. La mayoría (78%) son mujeres. Las contestaciones son por escrito.

MGS: Se refiere a 24 estudiantes del primer curso del Máster de Gerontología Social de la Universidad de Barcelona, en febrero de 1998. La mayoría (75%) son mujeres. Las contestaciones son por escrito.

NOTAS

¹ «La muerte es siempre un prejuicio para los dioses». En la actualidad podría interpretarse como que los

seres humanos tienen la misma actitud ante la muerte que los dioses: ambos se sienten igualmente inmortales.

² «Viajo y viajo. Si caigo y muero, que sea en campo de tréboles». Es uno de los últimos haikus de *El estrecho camino hacia Oku*, de Matsuo Basho, escrito en el año 1689. Es el haiku que Sora deja escrito a su maestro cuando enferma y se separan, partiendo Sora hacia Nagashima. La versión japonesa de la vida parece más mortal, y cercana a la naturaleza, que la europea.

³ La presente investigación arranca de una investigación anterior, de Omar G. Ponce de León, *El médico enfermo: Análisis sociológico del conflicto de roles* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997), 326 pp.

⁴ Véase el artículo de Jesús M. de Miguel, «El último deseo: Para una sociología de la muerte en España», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 71-72 (1995): 15-60 pp.

⁵ Zigmunt Bauman, *Mortality, Immortality and Other Life Strategies* (Cambridge, Gran Bretaña: Polity Press, 1992), 215 pp.

⁶ Robert Hertz, *La muerte y la mano derecha* (Madrid: Alianza Universidad, 1990), p. 15.

⁷ Agradecemos a María Ángeles Durán sus excelentes críticas e ideas. También a María Catedral algunas sugerencias muy interesantes. El manuscrito fue leído con detalle por Jordi Caïs, Xavier Escandell, Pau Marí-Klose, y Anna Nos Colom. Muchas gracias también a Carmelo Pinto por su genial optimismo, y un viaje histórico a León después del Guggenheim. El presente estudio es parte del proyecto del Ministerio de Educación y Cultura, PGC PB96-1238. Cualquier comentario o información adicional sobre el presente estudio puede enviarse a klose@maptel.es, o a demiguel@eco.ub.es.

⁸ Mary Douglas, *Pureza y peligro: Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú* (Madrid: Siglo XXI, 1991), p. 560

⁹ Jean Baudrillard, *El intercambio simbólico y la muerte* (Venezuela: Monte Ávila, 1992), 270 pp.

¹⁰ Gary W. McDonogh, *Las buenas familias de Barcelona* (Barcelona: Omega, 1989), pp. 216-265.

¹¹ Norbert Ellas, *La soledad de los moribundos* (México DF: Fondo de Cultura Económica, 1987), 111 pp.

¹² *Las otras personas*.

¹³ VAL60, mujer de 22 años de edad. Se refiere a la contestación del número 60 de las transcritos originales de la muestra de Valencia (Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en septiembre de 1997). A veces la muerte se considera un hecho desagradable, y se anulan sus efectos a límites insospechados. Es curioso cómo esta mujer anula la muerte social. Si todos/as mueren juntos/as, al mismo tiempo, no muere nadie: «La verdad, es que morir es un acto no muy agraciado y honrado. Tanto es que no quiero llegar a conocerlo nunca. Pues la verdad, el hecho de vivir es maravilloso y no lo apreciamos hasta que estamos en los bordes del horrible acto de no vivir, morir. Yo no quiero morir hasta que mis seres queridos lo hayan hecho ya que no me gustaría entristecer y destrozar sus vidas con mi pérdida. De la misma manera yo tampoco quiero morir después y vivir estos momentos yo. Así que para mí, mi mejor manera de morir es morir todos los seres queridos juntos. Morir juntos para que no tenga que padecer nadie.» (LLE16, mujer de 24 años). Se trata de la contestación del número 16 de los transcritos originales de la muestra de Lleida (Universidad de Lleida en febrero de 1998).

¹⁴ Gabriel Albiac, *La muerte* (Barcelona: Paidós, 1996), 156 pp.

¹⁵ Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas* (Barcelona: Muchnik, 1980). En realidad el título en inglés es algo diferente, *Illness As Metaphor*, bastante más indicativo de su teoría.

¹⁶ Clifford Geertz «From the native's point of view: On the nature of anthropological understanding», *Current Anthropology* 2 (1987): 480-492.

¹⁷ Para una definición de «canon» véase Harold Bloom, *The Western Canon: The Book and School of the Ages* (Nueva York: Harcourt Bruce, 1994), 578 pp., aunque Bloom se refiere al canon literario. Pero su discusión teórica es procedente, y llena de ideas.

¹⁸ Es lo que en términos coloquiales se denomina «cargar con el muerto».

¹⁹ En todo el artículo nos referimos siempre a mujeres y varones, aunque a veces aparezca –por olvido freudiano– sólo la forma masculina. Otras veces hemos utilizado sólo la forma femenina, entendiendo que se refiere a seres humanos.

²⁰ VAL101.

²¹ El miedo al dolor supera en algunos casos el miedo a la muerte. Así lo reconoce una estudiante de sociología de 21 años: «Realmente no lo sé, pero lo que tengo claro es que no me gustaría nada que fuera doloroso. No sé, creo que en realidad ese supuesto temor a la muerte, es más al dolor que a la muerte en sí, es decir, que al hecho de desaparecer de la Tierra. Sólo pensar en la muerte con mucho sufrimiento y dolor me da escalofríos.» (SOC 40). Se refiere a la contestación del número 40 de los transcritos originales de la muestra de estudiantes de sociología en Barcelona (Universidad de Barcelona, febrero de 1998).

²² VAL82, mujer de 22 años. La ironía de «los angelitos» sirve como expresión para liberar la angustia del razonamiento.

²³ VAL28, mujer de 20 años.

²⁴ Ivan Illich, *Medical Nemeses: The Expropriation of Death* (Nueva York: Pantheon Books, 1976).

²⁵ VAL65, mujer 22 años.

²⁶ VAL70, mujer 22 años.

²⁷ VAL30, mujer 20 años.

²⁸ Incluso se llega a ignorar su existencia, como en este caso aún tratándose de un estudiante de la carrera de sociología: «Pienso que lo importante al morir es no enterarse de nada, nada de prepararse para la muerte. Creo que lo mejor es vivir sin pensar demasiado en la muerte y morir sin pensar demasiado en la vida. Lo de prepararse para la muerte no tiene ningún sentido, hay que intentar vivir la vida y no pensar en vidas futuras» (SOC8, varón 23 años). Precisamente en sociología se trata de pensar en la vida y en las diferencias en las condiciones de existencia de los seres humanos.

²⁹ VAL45, mujer 21 años

³⁰ VAL37, mujer 20 años.

³¹ VAL31, mujer 20 años.

³² Norbert Ellas, *La soledad de los moribundos* (Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987), 111 pp.

³³ VAL74, mujer 23 años. Es interesante la distinción entre «morir» y «morirse». María Moliner señala en su diccionario que se emplea *morir* (y no *morirse*) cuando la muerte es recibida, es decir, producida por un accidente u otra causa violenta. Pone el ejemplo de *morirse* en el hun-

dimiento del Titanic. Pero en otros casos, se emplea indistintamente una forma u otra forma.

³⁴ VAL51, mujer 21 años.

³⁵ VAL92, mujer 24 años.

³⁶ El desconocimiento de la gravedad de la propia salud es una decisión ajena al enfermo/a: «Si fuera por enfermedad de evolución lenta me gustaría saber qué enfermedad tengo y los recursos que tengo para estar bien». (MAN10, mujer de 28 años). Se trata de la respuesta 10 de los transcritos originales de la muestra de Manresa. Para esta mujer, conocer y controlar el propio proceso de la muerte van unidos.

³⁷ La muerte en la vejez aporta la serenidad no presente durante periodos más activos: «Me gustaría morir en paz. Pensando que he podido hacer todo lo que quería ser, o simplemente hacer. Quiero sentir esta paz interior que ahora, en estos momentos, no tengo. Tengo demasiadas inquietudes actualmente para poder realizarlas: trabajo, sentimientos. Pienso que no siempre debe ser igual. Me sabría mal pensar que me tengo que morir a los 30 años porque me moriría triste, aunque me tendría que resignar.» (MAN8, mujer de 28 años). Hasta cierto punto esta mujer considera la muerte liberadora de las cargas y responsabilidades cotidianas. El ideal de morir en paz suele situarse en la vejez, momento en el que se acepta resignadamente su llegada.

³⁸ VAL40, mujer 20 años.

³⁹ VAL24, mujer 24 años. La muerte crea su propia fraseología, que incluye «los míos», «mis seres queridos», «los nuestros».

⁴⁰ No todas las imágenes de la vejez son tan reconfortantes. Una enfermera reconoce la desolada situación de muchos ancianos/as en las instituciones hospitalarias: «Siento verdadera pena de aquellos abuelitos desnudos rodeados de aparatos, tubos, etc., y solos, sin que nadie les dé la mano. Se someten a una prueba tras otra, todas ellas agresivas para tener un buen diagnóstico.» (MGE24, mujer 46 años). Se refiere a la contestación del número 24 de los transcritos originales de la muestra de los asistentes/as al *Máster de Gestión en Servicios de Enfermería* de la Universidad de Barcelona (marzo de 1998). Algunos testimonios en primera persona incluso resultan escalofriantes en cuanto a la falta de recursos del sistema sanitario: «Soy enfermera, me gustaría morir mejor que los pacientes que he conocido, que he cuidado. Me siento insatisfecha porque no pude cuidar a los moribundos como yo quisiera. Pienso que el aspecto físico del cuidado o del proceder para dar unos cuidados paliativos no es suficiente (condiciones ambientales, recursos materiales, procedimientos de enfermería).» (MGS19, mujer 35 años). Se refiere a la contestación número 19 de los transcritos originales de la muestra de los/as miembros del primer curso del *Máster de Gerontología Social* de la Universidad de Barcelona (febrero de 1998).

⁴¹ VAL64, mujer 22 años.

⁴² A veces se define a la persona anciana como «una caricatura del niño, un niño que no camina hacia ningún porvenir; la vejez es una infancia vacía, una infancia absurda. Es el vacío ante sí y dentro de sí». Definición de un gerontólogo citado en Philippe Aries, y Georges Duby, *Historia de la vida privada: La vida en el siglo XX* (Madrid: Taurus, 1989), p. 330.

⁴³ VAL4, varón 21 años.

⁴⁴ Don Juan, el padre del actual rey Juan Carlos I, murió en un hospital (la Clínica Unversitaria de Navarra, del Opus Dei) ocultándosele su enfermedad terminal de cáncer, con la complicidad de los medios de comunicación españoles y no sólo de los médicos. El dictador Francisco Franco murió en *La Paz*, una ciudad sanitaria de la Seguridad Social, alargando al máximo su agonía.

⁴⁵ VAL56, mujer 22 años.

⁴⁶ VAL1, varón 19 años.

⁴⁷ Hay innumerables visualizaciones de esa imagen, como en *El séptimo sello* de Bergman, y en *Deconstructing Harry* de Woody Allen. En *Fresas salvajes* de Igmarr Berman (realmente son «silvestres», no salvajes) es más directo: la muerte es uno mismo, que te agarra la mano y no te suelta. La muerte es *otro yo*.

⁴⁸ En *La ceremonia del adiós* (Barcelona: Edhasa, 1982), 549 pp, Simone de Beauvoir señala que Sartre a lo que tenía más miedo era a no pensar adecuadamente, es decir a la muerte del cerebro. Es interesante comparar ese libro con la muerte de la madre de Simone de Beauvoir en *Una muerte muy dulce* (Barcelona: Edhasa, 1989), 154 pp.

⁴⁹ Thomas Mann, a través de Naphta, señala: «Ser un ser humano es estar enfermo. En efecto, el ser humano es esencialmente un enfermo, y el hecho de que esté enfermo es precisamente lo que hace de él un ser humano. Lo que distingue al ser humano de toda otra forma de vida orgánica es el espíritu, ese ser netamente despegado de la naturaleza y que se siente opuesto a ella. Es, pues, el espíritu de la enfermedad, de lo que depende la dignidad del ser humano y su nobleza. En una palabra, es tanto más ser humano cuanto más enfermo está, y el genio de la enfermedad es más humano que el genio de la salud». Thomas Mann, *La montaña mágica* (Barcelona: Plaza y Janés, 1995), p. 641.

⁵⁰ VAL113, mujer 50 años.

⁵¹ VAL104, mujer 29 años.

⁵² VAL57, mujer 22 años

⁵³ VAL78, mujer 23 años

⁵⁴ La identificación exacta de «los míos» es poco clara pero generalmente entendible como familia y amistades, igual que «mis seres queridos». En realidad es que «los míos» no tienen más remedio que asistir a la muerte, o al funeral, pues la norma social está clara.

⁵⁵ Philippe Ariès, *La muerte en Occidente* (Barcelona: Argos Vergara, 1982), 182 pp. La edición original en francés es de 1977.

⁵⁶ En ese sentido es como una autobiografía, como en el libro de Jesús M. de Miguel, *Echa pan y cubre* (Barcelona: Universidad de Barcelona, 2000).

⁵⁷ Jesús M. de Miguel, *Auto/biografías* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996), 197 pp.

⁵⁸ VAL84, mujer 23 años.

⁵⁹ Algunas veces se trata de morir con tiempo y además conocer el tiempo que queda de vida. Para una mujer de 22 años, estudiante de sociología, es importante «saber el día de mi muerte para analizar mi vida, para ayudar con ello a alguien, para preparar a mis padres, hermanos y amigos, para esperarla sentada y tranquila, para saber morir. Morir es desaparecer, morir es acabar, y para acabar bien una cosa es necesario conocer el tiempo que tienes para acabar tu existencia como se quiera.» (SOC52). La muerte exige una preparación propia y de los que están junto al moribundo/a. Tener cierto control

sobre el tiempo permite ejercer un dominio relativo sobre la muerte propia.

⁶⁰ VAL109, mujer 35 años.

⁶¹ VAL1, varón 19 años. Hay una aversión pautada a la utilización de los pijamas de hospital como algo indigno.

⁶² VAL34, mujer 20 años.

⁶³ VAL125, se ignora el género y la edad.

⁶⁴ Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss, *Time for Dying* (Chicago: Aldine, 1968).

⁶⁵ Hay incluso personas que rechazan totalmente la pregunta o contestan de broma: «Ejercitando mi mente hasta tenerla tan blanca como el más profundo de los hielos de la Antártida. Además experimentando fisiológicamente el más alto placer que puede tener una persona con un orgasmo bajo el agua [*sic*]. El lugar en el que me gustaría morir sería un sitio negro y oscuro tan tenebroso que no se vieran los colores y olieran los olores, o lo que es lo mismo no tener ningún límite ni reparo. Es el mejor momento para probar algo que nadie ha probado, probando todo.» VAL127. No queda claro a qué se refiere. Según Martín Helddeger tan pronto como una persona llega a la vida, ya tiene edad suficiente para morir. Sin embargo, la muerte y el morir son desterrados de esta *sociedad de la vivencia*. Son factores incordiantes que se procura neutralizar o negar. Una mujer señala: «Prefiero plantearme cómo me gustaría vivir y hasta ahora es lo que estoy haciendo. Plantearme cómo me gustaría morir es una utopía que por ahora es difícil de contestar e incluso poco real. El motivo de esto es sencillo: no tengo ganas de morir y por lo tanto no me gustaría hacerlo.» (MAN18, mujer de 38 años). Esta mujer considera la muerte más como una utopía que como una posibilidad omnipresente.

⁶⁶ VAL72, mujer 23 años. Para Schopenhauer «exigir la inmortalidad del individuo es querer perpetuar un error hasta el infinito. En el fondo, toda individualidad es un error especial, una equivocación, algo que no debiera existir, y el verdadero objetivo de la vida es librarnos de él». Véase Arthur Schopenhauer, *El amor, las mujeres, y la muerte* (Madrid: Edaf, 1993), p. 108. La intuición sociológica es evidente: la idea de humanidad no se extingue con la muerte de las individualidades humanas.

⁶⁷ VAL52, mujer 21 años.

⁶⁸ VAL10, varón 22 años.

⁶⁹ VAL75.

⁷⁰ VAL63.

⁷¹ Véase Jesús M. de Miguel, *El ritmo de la vida social* (Madrid: Tecnos, 1973). Es una investigación doctoral sobre el suicidio en España.

⁷² VAL23, varón 23 años.

⁷³ MGE3, varón 31 años.

⁷⁴ Para otro enfermero la muerte digna es una labor en la que participa el personal sanitario: «Como profesional de Enfermería y dispensador de cuidados, ayudo en mi práctica cotidiana a ayudar a alcanzar a personas enfermas con enfermedades terminales una muerte llamada 'digna'. En este concepto incluyo conceptos como: intimidad, ausencia de dolor, o al menos una disminución franca, expresión de sus temores, angustias, inquietudes, empatía.» (MGE1, varón 28 años). El personal sanitario ejerce actualmente el mismo papel que antes practicaban los sacerdotes: asumen institucionalmente las angustias y temores de los moribundos/as. Véase Hans Küng, y Wälter Jens, *Morir con dignidad: Un alegato a favor de la responsabilidad* (Madrid: Trotta, 1997), 94 pp. Un teólogo y

un ensayista escriben un libro sobre la eutanasia y el adecuado tratamiento de la muerte. Los autores se dirigen a políticos, juristas, médicos, y teólogos para exigirles una reflexión sobre el proceso de morir de forma digna.

⁷⁵ VAL59, mujer 22 años. Es curioso que esta persona se refiera a «el paciente» y no a sí misma.

⁷⁶ Son, por ejemplo, los cuadros de Hans Baldung Grien, *El caballero, su novia y la Muerte*, en el museo del Louvre, y el de *La Muerte y la muchacha*, en el museo de Basilea.

⁷⁷ George Batalile, *L'Érotisme* (París: Minuit, 1957), y sobre todo en *Historia del ojo* (Barcelona: Tusquets, 1993), 143 pp.

⁷⁸ VAL127.

⁷⁹ VAL85, mujer 23 años.

⁸⁰ SOC13, varón 24 años.

⁸¹ La literatura empieza a representar el mundo a través de las imágenes de la televisión como en Danielle Brolli, ed., *Juventud caníbal* (Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1997).

⁸² VAL1, varón 19 años. Existe un lugar y un momento ideal (idealizado) para morir: «Me gustaría morir en una edad avanzada, de muerte súbita e inesperada mientras duermo en un lugar natural, de belleza singular y rodeada de agua y montaña, verde y azul combinados. Sin multitudes. Prácticamente sola. Sólo rodeada de las personas afectivamente más ligadas a mí. De día eso sí. Podría ser una hora perfecta la de la siesta, después de una buena y suculenta comida.» (LLE28, mujer de 32 años). Se refiere a la contestación número 28 de la muestra de estudiantes del Diploma de Postgrado de Promoción y Educación para la Salud de la Universidad de Lleida.

⁸³ En *internet* se habla de «navegar», como otra acepción culturalmente aceptable.

⁸⁴ Están incluso aquellas que imaginan su muerte a la espera del advenimiento de *Un mundo feliz*, dispuesta a atajar el dolor, como es el caso de esta enfermera: «Con una buena dosis de algún fármaco que por entonces ya se haya inventado y que tenga una acción sobre el cerebro que evite que se tenga consciencia de la muerte inminente. Por supuesto sin dolor.» (MGE13, mujer 32 años).

⁸⁵ Simone de Beauvoir, *Todos los hombres son mortales* (Barcelona: Edhasa, 1997), 444 pp. La edición original en francés es de 1946.

⁸⁶ Hay que tener en cuenta que la contestación es libre, o sea no se les pregunta sobre cada una de esas características. El canon es construido por cada informante.

⁸⁷ La muestra de mujeres representa un 80% de la muestra total.

⁸⁸ La esperanza de vida de las mujeres es actualmente en España siete años más que los varones.

⁸⁹ Se refiere a la periodista Nieves Herrero, popular en los años noventa.

⁹⁰ VAL61, mujer 22 años. El final es obviamente un chiste mórbido, que encubre su propia tensión sobre la pregunta.

⁹¹ VAL113, mujer 50 años.

⁹² Entendemos por «grupo de expertos/as» el formado por las muestras de Promoción de la Salud de Lleida, Gestión de Enfermería de Barcelona, Enfermería de Manresa y Gerontología de Barcelona. Entre el grupo de estudiantes de sociología incluimos a los estudiantes de la licenciatura en la Universidad de Barcelona, y los asistentes al seminario en la Universidad de Valencia.

⁹³ Véase Sherwin B. Nuland, *Cómo morimos* (Madrid: Alianza Editorial, 1998), 371 pp.

⁹⁴ *El médico enfermo* (1997).

⁹⁵ Ver morir no implica *saber* morir como reconoce un miembro del Máster en Gerontología Social: «A pesar de que he visto morir gente en mi entorno profesional y he tenido que vestirlos o hacer disección con los cadáveres, la muerte me sigue causando profundo respeto. Supongo que no hay buenas maneras de morir, sino que hay que saber *morirse*. Con ello quiero dar a entender que hay que saber aceptar la muerte como tal y como final del proceso vital, que no orgánico.» (MGS4, varón de 33 años). La socialización en la muerte es un proceso complejo que no pasa tan sólo por hacer visible la muerte, como es el caso de la televisión actual.

⁹⁶ Louis-Vincent Thomas, *Antropología de la muerte* (México DF: Fondo de Cultura Económica, 1983), 640 pp.

⁹⁷ William R. Jankowiak, *Sex, Death and Hierarchy in a Chinese City: An Anthropological Account* (Nueva York: Columbia University Press, 1993), 345 pp.

⁹⁸ Jean Pierre Dupuy y Serge Karsenty, *L'invasion pharmaceutique* (París: Éditions du Seuil, 1974), 269 pp.

⁹⁹ Trinh Van Thao, «Avantpropos» en *La mort aujourd'hui* (París: Anthropos, 1977), p. 11. La expresión «hombre occidental» es doblemente equívoca, además de políticamente incorrecta.

¹⁰⁰ Como la *criogénesis* (conservación del difunto en azote líquido a la espera de poder devolverlo a la vida en el futuro), o la *clonación*.

¹⁰¹ Para un profesional de la medicina como es uno de los asistentes al Máster de Gestión en Servicios de Enfermería la buena muerte le sugiere: «He platicado libremente sobre si tal o cual persona ha tenido una buena o mala muerte, todo en función de si lo ha hecho acompañado o no, si existía dolor o sufrimiento, si había sido una persona comprendida o incomprendida, si lo dejaba todo atado y bien atado o dejaba sus herederos cargados de problemas. Estos han sido para mí conceptos que han marcado una buena muerte o la carencia de ellos la introducción en una frontera de muerte desamparada, o sea, el de morir con una sonrisa o maldiciendo esta puta vida.» (MGE5, varón de 35 años). Para este profesional de la Medicina una buena muerte es indolora, acompañado, y resolviendo los asuntos pendientes.

¹⁰² Para una definición de *buena muerte y mala muerte* aplicada al caso concreto de Asturias recomendamos el estudio antropológico de María Cátedra, *La muerte y otros mundos: Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de Alzada* (Barcelona: Júcar, 1988), 488 pp.

¹⁰³ Una muerte dulce tiene que ver con una muerte apacible, grata, y gustosa. Para una estudiante de Sociología resulta de este modo: «quiero morir dulcemente, como si se tratara de un sueño. Al morir quiero ser aire, materia. No lo sé exactamente, ya que la muerte es algo que rechazo, que me niego a aceptar, me hace daño. Sé que algún día me tendré que encontrar con ella, bien directamente o por alguien querido. De momento no la acepto, la ignoro, o la disfrazo. ¡No quiero morir!». (SOC44, mujer de 22 años). La muerte es *ella*.

¹⁰⁴ Louis-Vincent Thomas, *Antropología de la muerte* (México DF: Fondo de Cultura Económica 1983), 640 pp. El concepto de «occidente» no es correcto.

¹⁰⁵ La muerte significa en la actualidad una negación de la individualidad. Su pensamiento puede llegar a considerarse enfermizo o de personas desviadas como llega a extraerse del testimonio de esta estudiante de sociología: «No me lo he planteado. Si piensas demasiado en ello, te obsesionas y no vives, no disfrutas. Supongo que me gustaría que pasara rápido, no sufrir, pero es algo que no quiero pensarlo porque me vacío, en el sentido que dejas de existir, así, sin más y ya está, mientras el mundo sigue adelante.» (SOC67, mujer de 24 años). Los sociólogos/as son más complicados/as que el resto de los mortales, pero no más originales. Aparecen confusos y pesimistas.

¹⁰⁶ Sin embargo, desde una aproximación estructuralista, lo referente a la alimentación sobrepasa lo meramente nutritivo para pasar a referirse a otros códigos sociales. Las reglas alimentarias adquieren sentido como elementos de una concepción general del universo, es decir son «buenos para pensar». Es la cultura la que crea entre los seres humanos un sistema de comunicación que recae sobre lo comestible, lo tóxico, y la saciedad.

¹⁰⁷ Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas* (Madrid: Taurus, 1996), 85 pp. Al igual que la tuberculosis, el cáncer o el sida se revisten de metáforas. En el caso de la muerte implica ocultarla tras una expresión en muchas culturas. En España se dice *irse al otro barrio*, en Estados Unidos *darle una coz al cubo* (*kick the bucket*), en Francia *alimentar a los gusanos*, en la India *fundirse en el infinito*, en Argentina *estirar la pata*, en Polonia *dar un puntapié al calendario*, en Hong Kong *clavar la tapa-dera*, en Suráfrica *dirigirse al coto de la felicidad*, en Turquía *colgar las herraduras*, en Brasil *ponerse el traje de madera*, en Suecia *encarar la nariz al cielo*, en Nepal *ir a tirar lentejas negras*, en la República Checa *echarse pedos en la tierra*, en Japón *dirigirse a la tierra del manantial de agua amarilla*.

