

Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual.

Psychological attitudes toward death and bereavement. One conceptual review.

F.J. Gala León¹, M. Lupiani Jiménez², R. Raja Hernández³, C. Guillén Gestoso⁴, J.M. González Infantes⁵, M^a. C. Villaverde Gutiérrez⁶ y I. Alba Sánchez.⁷

RESUMEN

Introducción: la muerte siempre ha sido objeto de profundas reflexiones filosóficas, religiosas y, actualmente, científicas; sin embargo en las sociedades postindustriales es difícil aceptar su mera idea, de modo que las actitudes hacia ella han sufrido una evolución desadaptativa, retrocediendo de la mano del "progreso" de las actitudes saludables del afrontamiento y la aceptación, a las prefóbicas del sinvivir por su temor y a las fóbicas de su negación.

Cambios socioculturales: podemos diferenciar en Occidente dos momentos en la vivencia de la muerte: uno previo a su Institucionalización Hospitalaria, en el que es aceptada como parte natural de la existencia y otro, desde que el Hospital pasa a ser la Institución reservada para morir, traduciéndose en un cambio radical en la consciencia e información sobre la propia muerte.

Actitudes del Personal Sanitario: estos cambios también han alcanzado al PS. generándole muchas veces actitudes distorsionadas tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías "que las atraen", no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la Comunicación Verbal y la No Verbal y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, con el riesgo del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte.

Conclusión: el Marco Sanitario precisa de componendas éticas y estéticas para afrontar integralmente el proceso de morir, dotándose de medios, conocimientos y actitudes adecuadas para atender las necesidades biopsicosociales del moribundo con el objetivo de morir con dignidad.

Palabras clave: Actitudes hacia la muerte; Evolución de las Actitudes hacia la muerte; Personal Sanitario y Actitudes hacia la muerte; Marco hospitalario y muerte.

ABSTRACT

Introduction: Death has always been the object of deep philosophical, religious, and currently scientific reflections; however in post-industrial societies it is difficult to accept the very idea of it, so that attitudes to death have undergone maladaptive evolution, drawing back in the name of "progress" from the healthy attitudes of confrontation and acceptance, to the pre-phobic attitude of living in constant worry for fear of death, and the phobic attitude of its denial.

Socio-cultural changes: In the West we can differentiate two periods in the experience of dying: one prior to institutionalization in hospital where it is accepted as a natural part of existence and the other, from when the hospital becomes the institution reserved for dying, bringing about a radical change in the consciousness of and information on one's own death.

Attitudes of medical personnel: These changes have also reached medical personnel, frequently generating distorted attitudes such as not wanting to name death or the pathologies leading to it, not dealing face-to-face with the terminal patient, incongruities and discord between verbal and non-verbal communication and an increase in technological attention in detriment of affective empathy, with the risk of therapeutic cruelty, worsening the conditions of death.

Conclusion: The medical framework needs ethical and aesthetic arrangements to integrally face the process of dying, endowing it with adequate means, knowledge and attitudes to attend the biopsychosocial needs of the dying, with the object of dying with dignity.

Key words: Attitudes toward death; The evolution of attitudes toward death, Attitudes of medical personnel toward death; Hospital framework and death.

Fecha de recepción: 26.NOV.02

Fecha de aceptación: 10.FEB.03

Correspondencia: Prof. Dr. Fco. J. GalaLeón. E.U. de Ciencias de la Salud (UCA). Duque de Nájera, 18. 11002 Cádiz. Tlf: 956 015 706. e-mail: francisco.gala@uca.es

¹ Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. UCA.

² Profesora Titular de Enfermería Médica. UCA.

³ Investigador. Doctor del Grupo Investigador PAI -386-CTS.

⁴ Catedrático de Psicología Social. UCA.

⁵ Catedrático de Psiquiatría. UCA.

⁶ Catedrática de Fisiología. Univ. de Granada.

⁷ Investigador del Grupo de Investigación.

"El temor a la muerte es peor que la muerte misma"

PUBLIO CYRO ("Sentencias")

I.- INTRODUCCIÓN:

La muerte ha sido siempre, y es, para el hombre, un tema de profundas reflexiones y meditaciones, tanto desde la perspectiva filosófica y religiosa a, la más actual, científica... sin embargo en las sociedades industriales avanzadas cada vez es más difícil el convivir o el aceptar la mera idea de la muerte [1]; como veremos, el concepto y las actitudes hacia la muerte han venido sufriendo una "evolución" en los últimos siglos y, sobre todo, en las últimas décadas de modo que su mismo espectro semántico se ha visto falseado y alienado de forma reductiva [2].

Así las cosas, hasta una enfermedad que sea comúnmente considerada como sinónimo de muerte hay que ocultarla y negarla, recurriendo al engaño [3], en la complicidad -incluso- de que a los moribundos es mejor ahorrarnos la noticia de que se están muriendo, llegando a concebirse la buena muerte como una MUERTE REPENTINA, mejor aún si estamos inconscientes o durmiendo [4].

Todo ello se ha ido fraguando a la grupa de la revolución industrial y sus postrimerías, en una evolución -como veremos- contradictoria y en franco "RETROPROGRESO" que diría Pániker [5] que ha alcanzado todos los tejidos sociales, viviendo en la actualidad en una sociedad TANATOFÓBICA, en la que, paradójicamente, hasta los Profesionales Sanitarios, presos de su propio entorno cultural, tienen también miedo a la muerte [6] a veces más que los propios enfermos.

Con todo ello solo se ha conseguido y se consigue una burda fantasía de negación (como en el caso del niño pequeño que, jugando al escondite, se tapa tan solo la cara y como él no ve a los demás piensa -en un proceso de pensamiento mágico-animista- que los demás no le ven a él)... y es que, nos guste o no, LA MUERTE ES, DE TODAS LAS CERTEZAS, LA MÁS ABSOLUTA. Con este intento de ocultación y de negación nos embutimos en ese retroproceso evolutivo (retroprogreso) que nos aboca a estadios menos maduros e inferiores del proceso evolutivo de las actitudes hacia la muerte, puesto que como nos explica Aranguren [7], en las actitudes hacia la muerte habrían dos estadios antagónicos: LA TANATOFOBIA (con el temor y la negación de la muerte) y la TANATOFILIA (con el deseo enfermizo de morir), junto a dos niveles intermedios; uno que afronta la realidad de la muerte de forma racional y juiciosa, sin incurrir en negaciones absurdas (que sería la opción más saludable) y otra que incurre por derroteros prefóbicos de verdadera angustia hacia la muerte, evitando incluso su mera evocación, lo cual en el fondo es un verdadero sinvivir, puesto que ya no es la muerte sino la propia consciencia de la muerte lo que constituye un problema no pudiéndose mirar ya cara a cara a la muerte ("a la muerte igual que al sol, no se la puede mirar de frente más allá de unos segundos" nos decía De La Rochefoucauld [8] olvidando que esta es una "parte natural de la vida" [9], puesto que como nos dejó dicho Carlos Cano [10] "no hay nada que acerque más a la vida, que rozar las alas negras de la muerte".

Así hemos retrocedido, al socaire del "progreso", de actitudes más saludables a las actitudes prefóbicas del "sinvivir" por temor a la muerte y a la fóbica de su negación [11].

2.- CAMBIOS SOCIOCULTURALES:

Las actitudes hacia la muerte -al menos en Occidente- han seguido un devenir proceloso y cambiante (para un jugoso y documentado acercamiento al tema recomendamos el apasionante y riguroso trabajo de Philippe Aries, "El hombre ante la muerte" [12] así como todos los del mismo autor sobre el mismo tema). Así en Occidente podemos diferenciar dos momentos bien distintos

en la forma de vivencia de la muerte: uno previo a su INSTITUCIONALIZACIÓN (hospitalaria), en el que la muerte no infunde miedo porque esta es aceptada como parte del proceso natural de la existencia [13] y otro, a partir de 1930, más o menos, cuando debido al desarrollo y extensión de las primeras estructuras hospitalarias comienza a ser una institución, El HOSPITAL, el lugar reservado para morir. [14].

Podemos remontarnos a la Grecia clásica, al mundo romano, paleocristiano y a la Edad Media y veremos como el fenómeno de la muerte es percibido como algo lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador [15]. Como nos recuerda Antonio Gala, "en la tan mal llamada Oscura Edad Media los hombres vivían y morían de verdad, con los ojos abiertos... A la vez se escribían libros del Buen Amor y libros del Buen Morir" [16], ejemplos claros son el Arcipreste de Hita y el mismo Jorge Manrique. No solo el moribundo era conocedor del proceso de su muerte, sino todos sus familiares e incluso el pueblo: su muerte acontecía en presencia de todos, y es que para el hombre medieval la muerte era un acto solemne y público, en el que el moribundo era el protagonista, y en el que el hombre podía demostrar el verdadero valor de su vida de una manera sincera y sin máscaras [17] (como decía Petrarca, "Un bel morir tutta una vita onora").

Uno de los principales cambios se ha dado precisamente en la consciencia e información sobre la propia muerte. Antaño, hasta hace unas décadas el enfermo era el primero en saber que iba a morir ("sintiendo que su final se acercaba"...). Hoy la tónica imperante es el ocultarle la gravedad de su enfermedad y no hablarle de la muerte ni por asomo. ¡Que lejos nos queda la vieja jaculatoria "A subitanea et improvisa morte libera nos Domine!" y es que la "buena muerte" (aquella de la que hablan los libros del "Buen morir") consistía en que, si el agonizante no advertía la llegada de sus últimos momentos, esperaba que los demás se lo advirtieran para poder preparar todos sus asuntos tanto personales, como sociales y religiosos [18]. Hoy, por el contrario, la institucionalización médico hospitalaria de la muerte ha hecho de ella algo clandestino, invistiendo al morir del más tupido anonimato.

Así hasta mediados del siglo XX la muerte solía afrontarse en el domicilio familiar y esto hacía que hasta los niños la vivenciaran como algo normal dentro del proceso vital. La muerte era vista como la parte terminal de la vida, no como algo amenazador y extraño [19].

Sin embargo, en las últimas décadas hemos investido a la muerte y al morir de todos nuestros más inconfesables temores y la hemos desterrado, apartándola de nuestra existencia, sacándola de nuestras casas, eliminándola incluso de nuestro lenguaje (no sea que la atraigamos al nombrarla). De este modo "hemos comenzado a alejar e incluso a ocultar la muerte construyendo TANATORIOS que sustituyen los antiguos velatorios del hogar, sin darnos cuenta de que la muerte implica vida y al suprimir un término, languidece el otro", como nos avisa la antropóloga María Catedra [20] se enfatiza la vida y se oculta lo que hoy certificamos como la SINRAZÓN O EL ABSURDO de la muerte, olvidando que una no se puede entender sin la otra ("el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma" nos advierte Unamuno [21]).

En efecto todo lo que nace muere y todo lo que muere ha nacido, de modo que nacemos enfermos de muerte como se nos recordaba en Hamlet... Sin embargo hoy no solo tememos a la muerte, sino que la rechazamos y la negamos [22]. En este ritual de negación, de verdadera "defensa perceptiva" se ha expulsado a la muerte del horizonte de lo cotidiano confinándola al universo de la subcultura hospitalaria, entre vidrios, catéteres y batas blancas, abocando a las Ciencias de la Salud -en feliz descripción del Profesor Terradillos [23]- a ejercer el nuevo arte estéril de alargar las agonías.

Este cambio actitudinal ha impregnado también -como no podía ser de otra forma -los esquemas biomédicos, que han participado así mismo en el ritual. Como recoge Cioran [24], antes en la ciencia sanitaria se definía la vida como el "CONJUNTO DE FUNCIONES QUE NOS ARRAS-

TRAN A LA MUERTE"... hoy esta sentencia ha sido reformulada de la siguiente guisa: "LA VIDA ES EL CONJUNTO DE FUNCIONES QUE SE RESISTEN A LA MUERTE". En esta segunda acepción intentamos frenéticamente "resistir a la muerte" con tecnologías y prótesis biomédicas, aunque solo logremos mantener vivo a un vegetal, incurriendo en el más cruel encarnizamiento terapéutico. Eso sí, exigiéndole dependencia y plena sumisión al ritual al propio moribundo cuyos derechos se resumen en [25]:

- a) No saber que va a morir, y
- b) Si lo sabe comportarse como si no lo supiese.

La "discreción" es la versión moderna de la dignidad: la muerte debe ser silenciosa y no debe crear problemas a los supervivientes. El ideal es desaparecer de puntillas, sin que nadie lo note. Esta es la actual "dulce muerte" del hombre masa moderno [26] siempre -paradójicamente- solo.

Como nos dice Aries [27]: "los hombres o bien intentan ponerse al abrigo de la muerte, como se ponen al abrigo de una bestia salvaje en libertad, o bien le hacen frente, pero están reducidos únicamente a su fuerza y a su coraje, en un enfrentamiento silencioso, sin el auxilio de una sociedad que ha decidido de una vez por todas, que la muerte no es su asunto".

2.1.- Las claves del cambio:

Las claves de este cambio (retroprogreso) hasta ahora descrito se podrían sintetizar, sin ser exhaustivos ni excluyentes, en:

- a) **UNA MENOR TOLERANCIA A LA FRUSTRACION:** de modo que pocos admitirían hoy la concepción del mundo o la vida como "un valle de lágrimas" y el decir, cuando alguien muere, que "pasó a mejor vida" no deja de ser una frase hecha, una ironía o una nueva boutade para la mayoría de la gente. En esta clave se imbrica el ansia de consumismo y de confort, hablándonos de estado del bienestar (aquí y ahora) y admitiendo, tal y como hace el DSM IV [28] como un indicio psicopatológico de una vivencia o de un estado afectivo su mera carga de disconfort, que hay que evitar a toda costa (incluso repartiendo ansiolíticos en los velatorios, porque somos incapaces de digerir solos y "a pelo" el sufrimiento, intrínsecamente humano, de la muerte de un ser querido)... ¡que lejos quedan las palabras de Kraepelin cuando nos advertía que "todo ser humano ha de gozar sus gozos y sufrir sus sufrimientos" [29]!
- b) **EL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA:** lo que ha traído el corolario de restársele cotidianeidad a la muerte, apuntalándose así la íntima fantasía o coqueteo con la inmortalidad (Freud recordando al personaje de Tolstoi, Ivan Illich, [30] nos decía que todos en el subconsciente somos inmortales); a lo sumo, tan solo mueren los demás y nuestra propia muerte "larga me la fais"... Esta fantasía colectiva ha devenido en una especie de delirio de inmortalidad [31] que hace incluso apartar a los cementerios del medio urbano, en la complicidad de que así la muerte no nos alcanzará.
- c) **EL CULTO A LA JUVENTUD:** vivimos en una "sociedad olímpica" [32] en la que los medios de comunicación nos bombardean una y otra vez con el paradigma y modelo de gente a imitar: jóvenes y guapos (pese a que demográficamente la población envejece, pero viejos, enfermos y pobres son marginales..."anormales"). Así nos teñimos el pelo, vestimos como adolescentes (cuando no nos comportamos como ellos) y nos hacemos una y otra operación y estiramiento para parecer jóvenes... en este marco pocas ganas quedan para pensar en algo de "tan mal gusto" como es la muerte, y menos aún la propia.

- d) UNA MENOR MORTALIDAD APARENTE: en nuestro entorno hemos desterrado a la muerte; ya no hay epidemias mortíferas, no hay hambrunas, la mortalidad infantil casi ha desaparecido, ya no se ven entierros por en medio de las calles de la ciudad, con su ritual pausado y a pie, como hace años. Las personas no mueren en casa y, menos aún, son veladas en ellas... (de hecho para un hombre medio resulta difícil creer el dato de que al día mueren en el mundo unas 500.000 personas...¿dónde? se dirá).
- e) MENOS TRASCENDENTALIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN EL HOMBRE MEDIO: en una época de crisis de valores, de imperio del hedonismo, de pérdida de ética (y de estética), dominando la cultura del pelotazo, confundiendo la felicidad con el gozar y el ser con el tener, se pierde el sentido de la vida, olvidándose también el sentido de la muerte, indefensos ante ella (diversas investigaciones al respecto nos confirman el valor amortiguador ante la muerte de las creencias religiosas y las convicciones espirituales [33]).
- f) UNA MENOR PREPARACIÓN O EDUCACIÓN PARA LA MUERTE: como sumatorio final de todo lo anterior nos encontramos indefensos ante la muerte, faltos de modelos a imitar o seguir, huérfanos del necesario aprendizaje social que nos debería modelar para poder afrontar nuestro final.... pero esto difícilmente se puede conseguir si- como ya se ha dicho- la muerte y los moribundos se consideran algo vergonzante, oculto y ocultable. Algo de lo que no se puede hablar, que no puede verse en el seno familiar (ya no se muere rodeado de seres queridos y despidiéndose de ellos) que ha sido desterrado del hogar y catapultado a la fría conveniencia aséptica del hospital convirtiéndose en una muerte "solitaria y deshumanizada" [34].

3.- ANSIEDAD Y MIEDO ANTE LA MUERTE:

La ansiedad y el miedo son las respuestas más formalmente asociadas a la muerte en nuestra cultura, tras los cambios antes descritos. Ahora bien estas van a aparecer con mayor o menor peso en virtud de que se trate la muerte propia o la de otros, que sea este familiar, amigo o allegado; pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella.

En la descripción de la ansiedad y el miedo ante la muerte se han encontrado cuatro componentes principales [35-39]:

- a) Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- b) Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.
- c) El tener la noción del imparables paso del tiempo.
- d) El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados.

Por otro lado, como no podía ser de otra forma, la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades)... de hecho gran parte de los componentes arriba descritos no son más que reacciones al cambio y a la separación.

Veamos cómo se articulan y evidencian esta ansiedad y este miedo merced a que esta sea la muerte propia o la de otro:

3.1.- Ante la muerte propia. Etapas:

Normalmente el análisis de las actitudes ante la muerte propia suele hacerse en sujetos cercanos a tal trance, como suelen ser los enfermos terminales, porque en ellos se ha producido el momento de la toma de consciencia de la muerte [40], marcándose el cambio de trayectoria potencial de muerte a la trayectoria real de muerte (todos proyectamos una trayectoria de futuro para nuestra vida, en la que entra la posibilidad remota de nuestra muerte -de hecho no hacemos planes a 80 años vista- sin embargo, en el enfermo terminal esta trayectoria se trunca y tras la crisis de toma de consciencia de la muerte, se hace patente la trayectoria real de la muerte).

En estas actitudes inciden factores diversos: personalidad, duración de la enfermedad, interacción con el personal sanitario (P.S.), edad del paciente, lugar de la asistencia, tipo de enfermedad, entorno familiar, educación, creencia religiosa, presencia o no de dolor... sea como sea, estas actitudes unidas al sufrimiento psíquico se articulan en torno a los dos procesos de nuestra propia muerte: la agonía y el acto de morir como tal.

De hecho, gran parte del temor pivota sobre el proceso de la agonía y no en el morir como tal [41]; así en esta última etapa de la vida el miedo se evidencia de las siguientes formas [42]:

- a) Miedo al proceso de la agonía en sí: la mayoría de los enfermos terminales se plantean dudas y se angustian por si el hecho de morir les implicará grandes sufrimientos físicos o psíquicos.
- b) Miedo a perder el control de la situación: el proceso terminal vuelve al paciente cada vez más dependiente de los demás, hasta llegar a perderse el control de sí mismo temiendo así que todas las decisiones sobre él las tomen los demás.
- c) Miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte: así se preocupan especialmente por lo que le sucederá a su familia.
- d) Miedo al miedo de los demás: como dijo un poeta "no he sabido jamás lo que es el miedo hasta que lo vi en los ojos de los que me cuidaban".
- e) Miedo al aislamiento y a la soledad: los pacientes suelen tener miedo a estar solos a la hora de morir.
- f) Miedo a lo desconocido: la perspectiva de nuestra muerte hace inevitable el planteamiento del más allá, ¿qué ocurre después de la muerte?.
- g) Miedo a que la vida que se ha tenido no haya tenido ningún significado: si la respuesta que el paciente se da a este interrogante no es satisfactoria, el proceso de morir es más temido aún.

La suma de estos miedos se traduce en sufrimiento, que es un verdadero dolor (dolor psíquico, casi peor que el físico [43]) y esto es lo que más se teme.

En este marco, diversos autores nos exponen fases o etapas en los cambios actitudinales y en las emociones del enfermo terminal.

- Berger y Hortolá [44] nos hablan de tres fases caracterizadas, cada una de ellas, por los siguientes síntomas:

- Regresión, con pérdida de independencia y libertad, pérdida de identidad propia... todo ello con melancolía, depresión, agresividad y culpa.
 - Repliegue sobre sí mismo, con aislamiento y pérdida del "self" y
 - Ansiedad, tanto reactiva como endógena.
- Por otro lado KÜBLER-ROSS [45] nos presenta sus tan conocidas cinco fases de negación/aislamiento, ira, pacto o negociación con Dios, depresión y aceptación final, si se han superado convenientemente las anteriores fases.
- Por último -sin ser exhaustivos- Pattison [46] nos indica que cuando nos encontramos en el período de trayectoria real de la muerte, tras la toma de consciencia de la misma, se pasan tres fases clínicas:
- Una crisis aguda, cuando se tiene el conocimiento de que la enfermedad es terminal.
 - Una fase de vivir/morir crónico, con ansiedad intensa (muerte en vida).
 - La fase terminal, cuando todo se va apagando junto a las señales de debilidad que van apareciendo.

3.2.- Ante la muerte del otro. Etapas del duelo:

Pero este proceso terminal también genera ansiedad y cambios actitudinales en los familiares, amigos y allegados... Ante este miedo y esta ansiedad se ponen en marcha ciertas estrategias defensivas tales como:

- Eludir el problema del cuidado del enfermo trasladándolo a un hospital y no afrontando la convivencia cotidiana con él ("Lontano dil'ouio lontano dil cuore", dicen los italianos) quitándose el muerto de encima y nunca mejor dicho, aunque la mayoría de las personas preferirían morir en su casa [47].
- Otro mecanismo defensivo es el conocido como "pacto o conspiración del Silencio" [48] evitando aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte lo cual se traduce en un mayor aislamiento del paciente.

Las etapas formuladas por Kübler-Ross también suelen aparecer en familiares y allegados, pero no al mismo tiempo que en el paciente terminal; más aún, por razones obvias las fases finalizan en el paciente al acabar su vida, sin embargo el proceso en los familiares y allegados continúa más allá de este momento, generándose un proceso de duelo, con las siguientes etapas [49]:

- 1) Embotamiento mental: caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad.
- 2) Anhelo y búsqueda del referente perdido: aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, y culpa con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico, hablamos de un duelo patológico).
- 3) Desorganización y desesperación: suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal.
- 4) Reorganización: si se van superando las fases poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión/distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas pueden ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte [50].

3.3.- En niños y adolescentes:

Los adultos y los niños manifiestan actitudes distintas y diferenciadas ante la muerte [51-52]:

- En la infancia estas actitudes están en función del nivel de comprensión de los conceptos en torno a la muerte ("está muy enfermo y va a morir", "va a morir" y "muerto") [53] así hasta los dos años no suelen presentar reacciones graves inmediatas, aunque a veces se ha evidenciado aflicción; sobre los 3-4 años comienza a surgir el miedo a la muerte (más por el desamparo que les acarrearía la muerte de sus seres queridos, puesto que apenas se asume la propia muerte).
- En la niñez se suelen desarrollar juegos para controlar el miedo y/o la pena que les evoca la muerte [54], también pueden producirse cambios de conductas ante la muerte de familiares tales como: desobediencia, agresividad, mal rendimiento escolar y acentuado interés por el tema de la muerte, a veces asociado al hecho de dormir.

Sin embargo de los 5 a los 10 años el temor a la muerte suele disminuir porque se invierte al procedimiento de cierta trascendencia ("está en el cielo", "está con el Niño Jesús").

- En la preadolescencia y adolescencia es difícil establecer pautas fijas, aunque ya se empieza a establecer el temor a la muerte relacionado con el proceso terminal (dolor, sufrimiento, soledad), evidenciándose poco a poco la asunción de la muerte propia. Sea como sea, la ansiedad y la melancolía suelen aparecer en estas edades ante la idea de la muerte propia; también es frecuente la identificación con personas del entorno, por ello si se da una fuerte identificación con alguien que ha fallecido podría darse una actitud suicida [55].

3.4.- Medición de la ansiedad/miedo ante la muerte:

La medida de las actitudes hacia la muerte puede llevarse a cabo mediante diversos procedimientos: entrevistas semiestructuradas, técnicas proyectivas y escalas o cuestionarios entre las que destacan: la Escala de miedo a la muerte de Boyar (Fods) [56], la Escala de miedo a la muerte de Collet/Lester [57], la Escala de actitudes ante la muerte de Lester [58], el Índice de temor de Kreiger, Epsteing y Leitner [59] y, sobre todo, la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer [60].

Esta ansiedad (en el caso del DAS) viene conformada por cuatro componentes [61]:

- 1) Preocupación por las reacciones intelectuales y emocionales ante la muerte.
- 2) Preocupación por el cambio físico.
- 3) Percatarse y preocuparse por el paso del tiempo.
- 4) Preocupación por el dolor y el estrés que acompañan a la enfermedad y a la muerte.

4.- ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA MUERTE:

Al analizar el tema genérico de las actitudes hacia la muerte no resulta gratuito el hacer una mención específica de las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte, yendo a la grupa de este tema aspectos tan cruciales como los de la eutanasia y la atención y el cuidado a la persona falleciente, siendo este último aspecto el que más nos interesa a nosotros.

Los cambios socioculturales descritos en el punto 2 también han alcanzado, como no podría ser de otro modo, al P.S.; al socaire de tales cambios, las principales actitudes en torno a la muerte del P.S. se centran en:

- a) NO QUERER NOMBRAR A LA MISMA MUERTE y, por asociación, tampoco a las patologías o males que creemos que la atraen [62]. Así se establece todo un ritual de la hipocresía y de la ocultación que culmina en enmascarar la verdad al paciente sobre su esta-

do terminal, con una falsa piedad que se racionaliza para "evitarle angustias al enfermo", cuando, a la postre, lo que sí se evita es la angustia al PS que así se libera de ejercer una comunicación para la que no está preparado y de ser el "mensajero de la muerte"... y es que como dice Kasper [67] "parece que los médicos tienen más miedo a la muerte que los enfermos".

Lógicamente algunos pacientes y, sobre todo, los familiares son cómplices complacientes en este ritual de la mentira.

- b) NO MIRAR CARA A CARA AL ENFERMO y evitar su contacto; como segunda consecuencia no solo no se quiere pensar en la muerte o no nombrarla, sino que muchos sanitarios no miran cara a cara, y sobre todo a los ojos, a los pacientes moribundos... por temor.

Lo grave es que el enfermo lo nota y se ve a sí mismo como desahuciado, como un apestado (separado, a veces, del resto de una sala por una cortinilla).

Hay que resaltar la INCONGRUENCIA que supone el que a nivel de Comunicación Verbal se le diga que no tiene nada y a través de la Comunicación No Verbal se le diga lo contrario [64].

- c) AUMENTO DE LA ATENCIÓN TECNOLÓGICA Y DEL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO: el último giro en la espiral es que el PS con el sentimiento de culpa que le genera su conducta y sus actitudes quiere expiarse pagando con tecnología lo que retira de afectividad y humanismo... así se convierte el morir hospitalario en algo solitario y vergonzante con el atrezzo de toda una tramoya de aparataje como estéril sucedáneo del calor y del afecto humano; es decir SE HAN EMPEORADO LAS CONDICIONES DE MUERTE, alargándose la agonía, gracias al encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose el morir hospitalario- como nos recordaba KÜBLER-ROSS [65]- en algo "solitario, mecánico y deshumanizado". Aunque, en realidad, el PS no es culpable de manifestar estas actitudes y comportamientos habida cuenta que están mediatizados por las carencias de formación profesional en técnicas de comunicación [66] y en técnicas de afrontamiento ante la situación que plantea el enfermo agonizante [67].

Así, una FORMACIÓN ADECUADA debería fomentar unas actitudes más adecuadas hacia el enfermo terminal, que deberían ser [68]:

- 1) Tomar consciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico.
- 2) Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar adecuadamente sus necesidades específicas.
- 3) Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados.
- 4) Atender y ser sensible a las necesidades espirituales y religiosas del paciente.
- 5) Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan más cómodo y acogedor el habitáculo del enfermo, tanto para él como para sus familiares.

(A este respecto son elocuentes los distintos documentos sobre "Derechos de los moribundos", "Declaraciones de Cuidados Paliativos", "Testamentos para la etapa final", etc...).

5.- CONCLUSIÓN:

Nos guste o no, el hospital se ha convertido en el marco institucional que engloba y recoge en Occidente el proceso de morir (hasta los años 50 el 80 % de las muertes tenían lugar en casa y apenas un 15 % en el Hospital; hoy casi el 75 % de la muerte urbana se ubica en el medio hospitalario [69])... sin embargo no se han dotado los medios pertinentes de infraestructuras materiales y personales para acoger esta nueva praxis (aunque creemos que lo mejor sería morir en casa). Cómo nos indican Cabello Mohedano et al [70] se precisan de componendas inaplazables ÉTICAS y ESTÉTICAS.

- Éticamente no se debe alargar la agonía estérilmente, delimitándose el punto de frontera que permite respetar la DIGNIDAD HUMANA, aliviándola de una fría supervivencia tecnológica.
- Estéticamente dotando a los hospitales y al P.S. de medios y conocimientos para atender las necesidades BIOPSIICOSOCIALES (somáticas, afectivas, emocionales y espirituales) que el paciente demande, centradas en la DIGNIDAD DEL BIEN MORIR.

Por su parte, D.J.Roy ha sintetizado las condiciones esenciales del MORIR CON DIGNIDAD de la siguiente manera [71]:

- 1) Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar algunas horas suplementarias de vida biológica.
- 2) Morir sin dolores atroces que monopolizan toda la energía y la conciencia.
- 3) Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser un momento hermoso.
- 4) Morir manteniendo con las personas cercanas y queridas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
- 5) Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil "ars moriendi".
- 6) Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
- 7) Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto queden sin respuesta.
- 8) Morir con el corazón abierto, es decir con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Así cada cual recuperará el protagonismo existencial de su propia muerte y es que la muerte nos pertenece y a ella pertenecemos, y pese a todas las dádivas y ofrendas tecnológicas es insoportable e implacable. Podemos negarla o ignorarla, jugar al como si no, pero a todos nos espera, y temerla o disfrazarnos con catéteres y aparatos no evita que nos aguarde a todos en nuestra propia Samar-Khanda [72]. □

***"Si me muero, que me muera
con la cabeza muy alta
Muerto y veinte veces muerto,
la boca contra la grava
;tendré apretados los dientes
y decidida la barba!"***

Vientos del pueblo. M. Hernández.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- SONTAG, S. La enfermedad y sus metáforas. Ed Taurus. Buenos Aires, 1996.
- 2.- GALA, F.J.; LUPIANI, M; y DÍAZ, M. Sobre las concepciones de la muerte. ROL, 1991. 159:63-66.
- 3.- SONTAG, S. El Sida y sus metáforas. Ed. Taurus. Buenos Aires, 1996.
- 4.- GÓMEZ, M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Ed Arán. Madrid, 1998.
- 5.- PANIKER, S. Psicología, sociedad y calidad de vida. Ier Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Publicaciones del C.O.P., Madrid, 1984
- 6.- RAJA, R. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte. Tesis Doctoral. Univ. de Cádiz, 2001.
- 7.- ARANGUREN, J.L. La muerte en Ética. Alianza univ. (textos). Madrid, 1987.
- 8.- DE LA ROCHEFOUCAULD, F. Máximas. Ed. Edhasa. Barcelona, 1994.
- 9.- YOURCENAR, M. Lex yeux ouverts. Ed. le livre de poche. París, 1980.
- 10.- CANO, C. Entrevista publicada en El Ideal. Granada, 15/06/95
- 11.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M.. Op. cit. 1991.
- 12.- ARIES, P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus. Madrid, 1987.
- 13.- ARIES, P. Western attitudes toward death. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1974.
- 14.- ARIES, P. Essai sur l'histoire de la mort en Occident. Ed. Senil. París, 1975.
- 15.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991.
- 16.- GALA, A. Entrevista publicada en El País. Madrid 02/11/90
- 17.- ARIES, P. Op. cit. 1975.
- 18.- GOMEZ, M. Op. cit. 1998.
- 19.- CARACUEL, M. Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en los estudiantes de Enfermería de la Escuela Universitaria de Córdoba. Tesis de licenciatura. Univ. de Córdoba, 1983.
- 20.- CATEDRA, M. Declaraciones en el País Dominical. 06/05/1990
- 21.- DE UNAMUNO, M. Del sentimiento trágico de la vida. (Obras completas). Ed. Escelicer. Madrid, 1996.
- 22.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991.
- 23.- TERRADILLOS, J. Entre los límites personales y penal de la Eutanasia (Prólogo). Serv. de publicaciones de la Univ. de Cádiz. Cádiz, 1990
- 24.- CIORAN, E. Variaciones sobre la muerte, en Adiós a la filosofía y otros textos. Ed. Cátedra. Madrid, 1984.
- 25.- URRACA, S. La muerte en la sociedad contemporánea. En VV.AA. Dilemas éticos de la medicina actual. Publicaciones de la Univ. Pontificia de Comillas. Madrid, 1986. (pp 162-179).
- 26.- VICO, J. Dolor y muerte humana digna. Ed. San Pablo. Madrid, 1995.
- 27.- ARIES, P. Op. cit. 1987.
- 28.- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales). Ed. Masson. Barcelona, 1995.
- 29.- KRAEPELIN, E. Lectures on clinical Psychiatry. Ed. W. Wood. Nueva York, 1904.
- 30.- TOLSTOI, L. La muerte de Ivan Illich. Ed. Aguilar. Madrid, 1956
- 31.- GOMEZ, M. Op. cit. 1998.
- 32.- GOMEZ, M. Ibidem 1998.
- 33.- LONETTO, R y TEMPLER, D. La ansiedad ante la muerte. Ed. especial para Zambelletti España, S.A. (Ed. Temis). Barcelona, 1988.
- 34.- KÜBLER-ROSS, E. Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.
- 35.- RAJA, R. op. cit. 2001
- 36.- GILLILAND, J. y TEMPLER, D. Relationship of death anxiety scale factors to the subjective state. Omega, 1980. 16: 145-155.
- 37.- LONETTO, R. Y TEMPLER, D. The nature of death anxiety, En C. Spielberg y J. Butcher, Avances in personality assessment (vol 3). Ed. Erlbamm associates. Hillsdale, 1983. (pp 141-174)
- 38.- NELSON, L. Y NELSON, C. A factor analitic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. Omega, 6: 171-178, 1975.
- 39.- RAMOS, F y GARCÍA, I. Miedo y ansiedad ante la muerte. En J. Buendía, Psicopatología Clínica y salud. Servicio de Publicaciones de la Univ. de Murcia. Murcia, 1991. (pp 131-166)
- 40.- GOMEZ, M. Op. cit 1998.
- 41.- MC VAN, B (Editora). Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma. Barcelona, 1987.
- 42.- LEICH, T. The institute on hospice. Citado por C. Reverdin et al. en "La mort restituée". Ed. Labor et Fides. Ginebra, 1982.
- 43.- GALA, F.J.; LUPIANI, M; y GUILLÉN, C et al. Aspectos psicosociales del dolor, en Fco. Gala y C. Guillén (Edts), El dolor y el sufrimiento en la frontera biopsicosocial de la condición humana. Servicio de publicaciones de la UCA (en prensa).
- 44.- BERGER, M y HORTALA, F. Morir en el hospital. Ed. Rol. Barcelona, 1982.
- 45.- KÜBLER-ROSS, E. Op. cit, 1989.
- 46.- PATTISON, E. The experience of dying. Ed. Prentice-Hall. Englewood Chiffs, 1977.
- 47.- HILTON, J. Experiencias sobre el morir. Ed. Seix Barral. Barcelona, 1996.
- 48.- BORREL, F. El pacto de silencio. El médico 12/05/1989.
- 49.- ALTARRIBA, F. La muerte en la cultura post-moderna. Una perspectiva sociológica, Quaderm Caps (XXIII). Barcelona, 1995.
- 50.- BOWLBY, J. La pérdida afectiva, tristeza y depresión. Ed. Herder. Barcelona, 1980.
- 51.- SAHLER, S. El niño y la muerte. Ed. Alhambra, 1983.
- 52.- URRACA, S. Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad. Tesis Doctoral. Univ. Complutense. Madrid, 1912.
- 53.- URRACA, S. Estudio evolutivo de la muerte. Jano, 1985. 653:13-14.
- 54.- SAHLER, S. Op. cit. 1983.
- 55.- CAPLAN, L. Identification; a complicating factor in the impatient treatment of adolescent girls. Am. J. Orthopsych. 1966. 36:720.

- 56.- BOYDR, J. The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. *Dissertation Abstracts*, 1964, 25: 20-21.
- 57.- COLLET, L. y LESTER, D. The fear of death and the fear of dying. *Journal of psychology*. 1969. 72:179-181.
- 58.- LESTER, D. Experimental and correlation studies of the fear of death. *Psychology Bulletin*, 1967. 67:26-36.
- 59.- KREIGER, S; EPSTEING, F. y LEITNER, L. Personal constructs threat, and attitudes toward death. *Omega*, 1974. 5: 299-310.
- 60.- TEMPLER, D. The construction and validation of death anxiety scale. *Journal of general Psychology*. 1970. 82:165-177.
- 61.- LONETTO, R. Y TEMPLER, D. op. cit. 1988.
- 62.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991.
- 63.- (Citado por) ANTONELLI, F. *Per morire vivendo* (3ª ed.) Ed. Città Nuova. Roma, 1990.
- 64.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991.
- 65.- KÜBLER-ROSS, E. Op. cit, 1989.
- 66.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. et al. Oportunidad de una formación académica específica en Técnicas de Comunicación y en Habilidades Sociales para los alumnos de Ciencias de la Salud. En J.M. Alberca et al. (Edits). *Avances en Psicología Clínica y de la Salud*. Publicaciones del centro Clínico Los Naranjos. Málaga, 1997. (pp 32-38).
- 67.- PACHECO, R. Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ATS con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia. Tesis doctoral. Univ de Murcia, 1987.
- 68.- MC VAN, B (Editora). op. cit. 1987.
- 69.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991.
- 70.- CABELLO, FCO; GARCÍA, JM y VIQUEIRA, A. Entre los límites personales y penales de la Eutanasia. Servicio de publicaciones de la Univ. de Cádiz, 1995.
- 71.- ROY, D. L´ethique face a la mort. *Prêtre et Pasteurs*, 1983. 10: 585-591.
- 72.- GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991.