



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**"ACTITUD ANTE LA MUERTE  
EN JÓVENES, ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES".**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
LETICIA MARCELA MORALES DOMÍNGUEZ.**

**ASESORES:  
JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES.  
EDY AVILA RAMOS.  
MARGARITA CHÁVEZ BECERRA.**



**IZTACALA**

**LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉX.**

**FEBRERO DE 2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A mi familia:**

En especial a mi mamá por creer en mi y por todo el amor y apoyo que he recibido de ustedes. Siempre los tengo en mi corazón.

### **A Cesar:**

Por iluminar la casa con tu risa que nos hace recordar el maravilloso regalo que representa la vida.

### **A Wily:**

Por atreverte a compartir tu historia conmigo, por aceptarme como soy, por tu amor incondicional, por tu tiempo, por escucharme siempre. Mi amor, ésta tesis también es tuya, te amo.

### **A la UNAM y a la FESI:**

Por la oportunidad que me otorgaron para hacer realidad un sueño más.

### **A mis asesores:**

Por todas sus atenciones, por su apoyo en la revisión de éste trabajo, por su tiempo, por sus acertadas observaciones y sugerencias que enriquecieron este trabajo.

**A mis amigas:**

Por la gran amistad, por los momentos que hemos compartido y que nunca olvidaré.

**A Pedro Cordero:**

Por su gran corazón y generosidad, por su apoyo, por estar dispuesto siempre a compartir.

**A la vida:**

Por permitirme ver el mundo en un grano de arena, un paraíso en una flor silvestre, tener el infinito en la palma de la mano y la eternidad en una hora.

**A la muerte:**

Porque gracias a ella conocí el valor de la vida.

A todas las personas que de alguna manera contribuyeron para que concluyera satisfactoriamente mi carrera y el presente trabajo.

# ÍNDICE.

Resumen.....	1
Introducción.....	2
<b>Capítulo 1: Formas de Conceptuar la Muerte.....</b>	<b>5</b>
1.1. La representación acerca de la muerte.....	8
1.2. La muerte propia no tiene representación.....	9
1.3. El miedo a la muerte.....	10
<b>Capítulo 2: Cómo se vive el tiempo, el envejecimiento y la muerte.....</b>	<b>17</b>
2.1. La relación entre vida, tiempo y muerte.....	17
2.2. los significados de la edad.....	18
2.3. La muerte en la infancia.....	20
2.4. La muerte en la adolescencia y la juventud.....	23
2.5. La muerte en la vejez.....	24
<b>Capítulo 3: La muerte y la religión.....</b>	<b>28</b>
3.1. La muerte en el cristianismo.....	28
3.2. Respuesta religiosa ante el miedo a la muerte.....	30
3.3. ¿Por qué conservar una creencia religiosa?.....	31
3.4. Escapar a la muerte ha sido el núcleo de las religiones.....	32
3.5. La sacralidad de la muerte.....	35
<b>Capítulo 4: La actitud ante la muerte.....</b>	<b>38</b>
<b>Capítulo 5: Aspectos culturales.....</b>	<b>44</b>
5.1. Antiguas culturas de México.....	44
5.2. La cultura Indú.....	45
5.3. La cultura Griega.....	45
5.4. La cultura Egiptia.....	46
<b>Capítulo 6: Nosotros y la Muerte: la muerte en tercera, en segunda, en primera persona.....</b>	<b>47</b>
6.1. La muerte propia.....	49
6.2. La muerte de los demás.....	49
<b>Capítulo 7: Las experiencias cercanas a la muerte.....</b>	<b>51</b>

7.1. La muerte esperada: la eutanasia.....	53
<b>Capítulo 8: La labor del psicólogo.....</b>	<b>57</b>
8.1. Aportes del psicoanálisis a la técnica.....	57
8.2. Hablar con los moribundos.....	58
8.3. La tanatología.....	59
<b>Capítulo 9: La pos – muerte: el viviente y sus muertos.....</b>	<b>64</b>
9.1. El trabajo de duelo: la recomposición del lugar vacío.....	64
9.2. Manifestaciones de luto.....	67
9.3. El negro como símbolo de carencia y privación.....	71
9.4. Donación de órganos.....	72
Capítulo 10: La muerte en nuestros días.....	75
10.1. Asociaciones por una muerte digna.....	76
<b>Método.....</b>	<b>79</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>81</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>88</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>100</b>

## **RESUMEN.**

El objetivo del presente estudio es investigar la relación entre la edad y la actitud ante la muerte. Participaron 306 personas (153 hombres y 153 mujeres), de las cuales 102 tenían una edad de 12 – 34 años, 102 una edad de 35 – 57 años y 102 una edad de 58 años o mayores. Se utilizó una escala tipo Likert para evaluar la actitud ante la muerte que incluye 20 ítems, con las categorías de percepción de la propia muerte, percepción de la muerte de los demás y religión. Los resultados obtenidos muestran que la actitud ante la muerte es negativa en los tres grupos constituidos por la edad, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad  $F = .160$ ,  $p > 0.05$ , lo que sugiere que en los tres grupos existe la no aceptación de la muerte.

Descriptores: edad, actitud ante la muerte, escala Likert.

## **ACTITUD ANTE LA MUERTE EN JÓVENES, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES.**

Quiero una caja de muerto que esté cómoda,  
no vaya a estar angosta o corta.

La almohadilla no muy alta  
y el color que quieran.

Herméticamente cerrada  
para que no me entre nada de la vida.

(Jaime Sabines).

La prohibición de matar intencionadamente a otros es un principio muy arraigado. Buena prueba de ello es que la figura central de cualquier código penal es el homicidio, que está contemplado con tipificaciones diversas que demuestran la preocupación de la sociedad por este delito.

Sin embargo, esta prohibición ha experimentado cambios importantes con el tiempo y también sus excepciones. En la tradición cristiana, los primeros Padres de la Iglesia rechazaban el homicidio sin excepción alguna. Incluso la defensa propia estaba prohibida. Poco a poco la Iglesia se fue comprometiendo con la política y a los cristianos se les permitieron actividades militares en las que mataban con la justificación de que eran guerras justas. En los siglos VIII y IX la Iglesia instaura la pena de muerte, tras proceso judicial, para oponerse a la práctica de los asesinatos por venganza. Del siglo V al XII se autoriza a los laicos a matar en defensa propia, acto al que no estaban autorizados los clérigos. A partir del siglo XIII la tolerancia al principio de no matar intencionadamente comprende la defensa propia, la guerra y la pena de muerte dictada por un tribunal. Estas excepciones se extienden a la defensa de la propiedad. En el siglo XVII hay un período de unos cincuenta años en que está autorizado matar por honor, puesto que se confunden honor y propiedad. Los duelos se prohíben después y más recientemente muchos países han abolido la pena de muerte. Las excepciones a no matar, por tanto, han ido cambiando en función de los valores y costumbres de la sociedad (Quintana, 1997).



El único hecho del que todo ser humano puede estar seguro, aunque no sepa cuándo, dónde, ni cómo, es que, algún día morirá. Así, la muerte juega un papel muy importante en nuestras vidas y sin embargo, nadie sabe qué es la muerte. Todo cuanto alcanzamos a saber de la muerte es que cuando una persona muere se queda extrañadamente quieta y silenciosa.

La relación del individuo con la muerte es compleja, ya que depende de la actitud (positiva o negativa) que tenga hacia ella. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social. Para referirse a las actitudes hacia la muerte, existen diferentes términos, algunos son: ansiedad, miedo, amenaza, preocupación, rechazo y aceptación de la muerte.

Se han realizado diversos estudios acerca de la ansiedad ante la muerte, la mayoría indican que ésta es mayor en participantes de mediana edad en comparación con los participantes mayores (Bengtson, Cuellar, y Ragan, 1977; Feifel y Branscomb, 1973; Gesser, Wong, y Reker, 1988; Kalish y Reynolds, 1977; Keller, y Piotrowski, 1984, citados en, Fortner y Neimeyer, 1999). Sin embargo, lo anterior no implica que las personas de mediana edad tienen niveles más altos de ansiedad ante la muerte que la gente mayor.

El objetivo de este estudio es investigar la relación entre la edad y la actitud ante la muerte en jóvenes, adultos y adultos mayores.

El presente trabajo, incluye la construcción de un instrumento psicométrico para evaluar la actitud ante la muerte, tipificado (adaptado) para la sociedad occidental.

En el capítulo uno, se efectúa un análisis de las diversas formas de conceptualizar la muerte, su representación y el miedo a la muerte. En el capítulo dos se hace una revisión de la manera en que se vive el tiempo, el envejecimiento y la muerte a través de las diversas etapas de la vida. El capítulo tres muestra la relación

entre la religión y la muerte, centrándose específicamente en la religión cristiana. En el capítulo cuatro, se analiza la actitud ante la muerte y algunas relaciones en particular entre la edad, el género y el nivel de estudios. En el capítulo cinco se revisan las posturas que los sujetos pueden tomar con respecto a la muerte propia y la muerte de los demás. El capítulo cinco, incluye los aspectos culturales de la muerte. El capítulo seis se presenta la relación con la muerte dependiendo del lugar que ocupa el individuo, ya sea en tercera, en segunda, en primera persona. En el capítulo siete, se señalan las experiencias cercanas a la muerte ya sea súbita o planeada. En el capítulo ocho, se describe la labor del psicólogo. El capítulo nueve da cuenta de lo que ocurre después de la muerte con el viviente, incluyendo el trabajo de duelo, las manifestaciones de luto y la donación de órganos. Finalmente, en el capítulo diez, se hace una revisión acerca de cómo se muere actualmente.

## **CAPÍTULO 1: FORMAS DE CONCEPTUAR LA MUERTE.**

En la actualidad quienes compartimos el idioma, somos propensos a emplear algunos vocablos de éste como si, por un lado tuviéramos certeza de lo que nos significan y, por otro de lo que significan para los demás, tal es el caso de la palabra muerte.

Aunque todo el mundo entiende lo que es la muerte, es mucho más complicado tratar de definirla. La dificultad estriba en que la naturaleza de la muerte es vaga e inasible, como lo es la propia vida.

La muerte es un concepto cuya definición está sujeta a la idiosincrasia de quien trata de explicarla; de ahí la diversidad de opiniones al respecto. Sin embargo, es útil intentar hallar una definición de muerte, pues es un modo de aproximarse a su conocimiento.

Hernández (2000) considera a la muerte como la ruptura total: se rompe con la naturaleza, con el tiempo, con los seres queridos, con el propio cuerpo. Para el materialismo la trascendencia no existe, siendo su dogma principal: “nada se crea ni se destruye, solo se transforma”. Para Bauab (2001) la muerte es una de las caras de lo real que da rienda suelta a la pulsión. Por su parte, Shopenhauer (1999) afirma que nacimiento y muerte pertenecen igualmente a la vida y se contrapesan; el uno es la condición de la otra; forman los dos extremos, los dos polos de todas las manifestaciones de la vida. Con un lenguaje metafórico Cloves (1999) señala que la muerte es como un barco que se distancia en el horizonte, llega un momento en que desaparece, pero, el hecho de que no lo veas, no significa que no exista. De acuerdo con Dossey (1989), la muerte es un hecho terminal, absoluto, es la enemiga de la vida, Dossey agrega que en la concepción tradicional nacimiento y muerte son demarcaciones que señalan los dos polos de la vida. Louis – Vincent (1992) también habla de la muerte social que se manifiesta en la reclusión carcelaria o psiquiátrica, el paso a la jubilación (*defunctus*) o el abandono en el asilo.

Louis – Vincent (1992) da cuenta de las causas de la muerte, y las clasifica en endógenas y exógenas. Las causas endógenas llevan a la muerte genética o natural, momento normal de nuestro destino biológico. Las causas exógenas, prematuras o retardadoras, fuentes de muerte accidental, provocan más bien un acontecimiento sobreañadido, y por lo tanto perturbador, en relación con el programa genético. Una de las causas exógenas de la muerte de los seres humanos es la guerra, que satisface las pulsiones agresivas y cumple probablemente al mismo tiempo una función de regulación demográfica. Existen varias técnicas de destrucción de las sociedades o de las culturas: masacrar o asimilar, expulsar o encerrar en reservas, utilizar o suprimir, eventualmente esterilizar. Cabe preguntarse si hay muerte más horrible que la que consiste en privar a un pueblo de su cultura, sus raíces y sus valores, negándole por lo tanto el derecho a preservar su identidad.

Las formas de conceptualizar la muerte, también varían, en función de la disciplina que da cuenta de ellas:

- **Definición Biológica:** Tradicionalmente se han tomado en cuenta dos signos clínicos: detenimiento de la respiración y del corazón. La muerte no es un momento, es un proceso que se prolonga en el tiempo: se apodera primero de los centros vitales (muerte funcional), y se propaga a los órganos (muerte de los tejidos); la duración del fenómeno puede ser sensiblemente aumentada por la intervención de la reanimación respiratoria. Resulta de ello que entre la vida y la muerte total (que abarca los tejidos) se pueden intercalar diferentes etapas: la muerte aparente en la que se asiste a un detenimiento de la respiración con enlentecimiento considerable de los movimientos cardiacos, clínicamente imperceptible; la muerte relativa, con detenimiento de la circulación; la muerte absoluta donde las alteraciones tienen un efecto acumulativo y son irreversibles (Vences, 2001).
- **Definición Médica:** El diagnóstico de muerte ha cambiado como consecuencia del desarrollo científico. Durante muchos años se

diagnosticaba cuando no había actividad cardíaca alguna ni tampoco función respiratoria. Pero hoy el paro cardíaco puede ser reversible si el corazón no está dañado irremediablemente. Gracias a la ventilación mecánica prolongada que impide la falta de respiración, el corazón que tiene automatismo propio no dependiente del SNC (Sistema Nervioso Central), continua funcionando por periodos variables, aunque exista autólisis (es la desintegración espontánea de los tejidos o células por acción de sus propias enzimas autógenas) de los hemisferios cerebrales y del tallo cerebral. Por lo que ahora se diagnostica la muerte de una persona cuando se demuestra la existencia de un daño encefálico irreversible: se le llama muerte cerebral.

Actualmente se toman en cuenta los siguientes criterios para determinar la Muerte Cerebral:

1. Coma con apnea (falta o suspensión de la respiración).
2. Ausencia de función del tallo cerebral.
3. Flacidez y ausencia de movimientos espontáneos (excluyendo reflejos y mioclonias medulares).
4. Los hallazgos deben permanecer constantes.
5. Evaluación neurofisiológica: electroencefalograma plano incluso bajo estimulación, obtenido con garantías técnicas (Marín, 2000).

Tenemos definiciones, pero en todas ellas hay excepciones como, Kübler – Ross (2000) describe el siguiente ejemplo: si has tomado barbitúricos o si tienes mucho frío, puede salirte un electroencefalograma (EEG) plano pero te pueden devolver a una vida normal sin lesiones cerebrales. Y cualquier definición que tenga excepciones no es, evidentemente, la definición última. La muerte en sí no tiene una sola definición, pues, es un momento mítico. Nadie sabe a ciencia cierta de ante mano cómo habrá de atravesar la última jugada.

### **1.1. La representación acerca de la muerte.**

La cuestión de la representación de la muerte es un tema complejo. Freud (1923, citado en Alizade, 1998) fue taxativo "la muerte es un concepto abstracto de contenido negativo para el cual no nos es posible encontrar nada correlativo con lo inconsciente". Nadie vive su muerte e imprime una huella mnémica de ese acontecer. La muerte, al no poder construirse en experiencia, queda excluida del universo representacional.

El psicoanálisis sostiene que no hay en el inconsciente inscripción de la propia muerte, más aún Freud (s/f, citado en, Bauab, 2001) llegó a decir textualmente que en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad. La muerte propia es irrepresentable en tanto no hay una experiencia previa de ella. El saber sobre la muerte siempre es entonces exterior al sujeto. Por eso lo que se torna intolerable es la muerte del otro, del semejante en el que se conjugan los diversos modos del amor. Es intolerable porque el otro amado, reviste un punto narcisístico para el sujeto, donde el "tú" y el "mí" se tornan indistinguibles.

Pese a que descubrimos la muerte a una edad muy temprana, durante mucho tiempo negamos y reconocemos a la vez el hecho de nuestra propia muerte (Rowe, 1998). La diferencia es un organizador psíquico que señala las principales diferencias: hombre / mujer, ausencia / presencia, vivo / muerto. Cada uno de estos pares excluye al otro. Son términos absolutos, precisos. De igual manera, la polaridad vivo / muerto no admite alternancias. Se puede jugar a la muerte, desafiarla, buscarla, pero, una vez que adviene, no hay retorno. En la muerte se patentiza una moneda imposible de intercambiar. Implica un corte definitivo. Es exactamente lo que desafían las teorías de la reencarnación. La continuidad que establece es incesante y la muerte constituye simplemente un cambio de estado, un descarnado que promete un nuevo reencarnado. Estos sistemas representacionales son altamente aliviadores frente a las ansiedades ante la muerte.

Gómez (2001) afirma que la necesidad humana de la inmortalidad simbólica y de un sentido de conexión histórica más allá de la vida del sujeto se relaciona con el temor a la muerte, por lo que ésta sensación de inmortalidad se expresa como:

- Inmortalidad biológica. Consiste en vivir a través de los descendientes, que es una continuación del plasma germinal.
- Inmortalidad creativa. Permite a la persona vivir a través de sus obras de arte, sus escritos o la herencia de las obras que efectuaron durante su vida.
- Inmortalidad teológica. Abarca símbolos religiosos o filosóficos de la vida después de la muerte o de la vida más allá de ella.
- Inmortalidad natural. Es la que se logra gracias a la continuidad de la naturaleza “polvo eres y en polvo te convertirás”.
- Inmortalidad experimental. Es una sensación de bienestar y disfrute intensos por estar vivo, que trasciende a la muerte, la persona se orienta sobre vivir más intensamente en el presente y en particular a plenitud en todo lo que ofrece la vida.

## **1.2. La muerte propia no tiene representación.**

En psicoanálisis se ha confundido representación con experiencia. Nadie tiene experiencia de su propia muerte en forma directa, si en cambio representaciones del objeto muerte que se inscriben en los sistemas mnémicos (Alizade, 1998). De la misma manera en que se tienen representaciones de lugares que no se conocen, se puede enunciar, pues, que no hay representaciones de la muerte pero sí, en cambio, representaciones acerca de la muerte.

La estructura de significados, dado su temor a ser aniquilada, no puede imaginar su no existencia. Incluso si dices: considero la muerte como el fin de mi existencia, cualquier imagen que te venga a la mente te presenta como un observador contemplando tu muerte (Rowe, 1998). La muerte desde el momento en

que se emparenta con lo innombrable, deja al sujeto sin palabras para abordar lo que le toca en el trance que comparte con el deudo (Mannoni, 1992).

Lo intolerable de la representación consciente de la muerte y la desmesura de los afectos displacenteros que evoca dan cuenta de diversas combinatorias. En primer lugar, la muerte emerge con un nombre cuyas letras generan significantes. Los significados que irán germinando en el cultivo de estas combinatorias se enlazan con múltiples afectos que van desde el espanto, las vivencias de lo siniestro y de la despersonalización hasta la aquiescencia de la muerte, el sentimiento de heroísmo, o, simplemente, la dignidad y serenidad (Alizade, 1998).

A pesar de que en el inconsciente estemos convencidos de nuestra inmortalidad, la realidad nos muestra que la muerte es un hecho inherente a la condición humana, constituyendo por sus propias características una de las fuentes de impacto emocional más significativo. La muerte es una situación natural extrema de pérdida, en la cual se pueden analizar las emociones que genera en las personas implicadas en la misma, siempre y cuando, su estudio respete los derechos de las personas y no reporte problemas éticos (Bauab, 2001).

En general, hablar de la muerte o reflexionar sobre ella, es considerado algo lúgubre, morboso, irritante, o al menos de mal gusto. Y esto aún en los funerales. Quizá por ello, la sociedad occidental vive de espaldas a la muerte como si se tratara de un accidente que se pudiera evitar (Quintana, 1997).

### **1.3. El miedo a la muerte.**

Todos tenemos miedo a la muerte, a lo desconocido, a la incertidumbre. Nadie está cómodo delante de una persona que se está muriendo, ni delante de una persona que tiene una enfermedad grave e incurable, quizás porque nos hace pensar en nuestra propia muerte, al hacerlo, afloran nuestros miedos y tenemos tendencias a alejarnos de estas situaciones. Pero, ¿por qué tener miedo a algo que



es inherente a nuestra naturaleza?, según Deleuman (2002), el miedo es una garantía contra los peligros, un reflejo indispensable que permite al individuo escapar provisionalmente a la muerte.

Los términos miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte se usan de manera intercambiable en la literatura, pero puede ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás inaccesible a la conciencia (Wong, 1997). El diccionario de psicología dirigido por Arnold Ewysenck y Meili (1979, citados en Villalobos, 1997), define el miedo o angustia como una “emoción desagradable, provocada por una situación de peligro actual o anticipada que se acompaña por un estado orgánico considerado como reacción preparatoria”.

Con la finalidad de comprender la controversia suscitada por los autores que definen el miedo a la muerte como patológico, es necesario hacer una distinción entre miedo y angustia. Yalom (1984, citado en Villalobos, 1997), señala que el miedo es una respuesta a algo en particular; mientras que la angustia es un miedo a nada en concreto. Al respecto, Cetina y Martos (1988, citados en Villalobos, 1997) dicen que en el miedo la amenaza es objetiva, es decir, externa y en la angustia la amenaza es subjetiva, su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella.

Para estudiar el miedo a la muerte, Hoetler (1979, citado en Villalobos, 1997), determinó ocho áreas de análisis:

1) Miedo al proceso de morir.

Se refiere al acto específico de morir, sin incluir los eventos concomitantes de tal proceso, pero tomando en cuenta las causas de la muerte.

2) Miedo a la muerte.

Este factor trata sobre las reacciones ante personas o animales que han muerto, así como a toda circunstancia u objeto que implique estar en las proximidades de ellos.

3) Miedo a ser destruido.

Este factor se relaciona con la destrucción del propio cuerpo en manos de otras personas después de morir.

4) Miedo por personas significativas.

El ser humano no tiene solamente miedo a su muerte, la muerte de los demás, en particular la de aquellos a quienes ama o de quienes depende material o emocionalmente, puede resultar igualmente angustiada.

5) Miedo a lo desconocido.

Esta dimensión representa quizá al área más compleja; ya que a ella se atañen las creencias mágicas y religiosas y en seguida las reflexiones de tipo existencial en torno al fatal y misterioso fenómeno.

6) Miedo fóbico a la muerte.

Las fobias son temores obsesivos. El miedo que se presenta se concreta a un hecho exclusivo, una situación, cosa, animal o persona determinados. El objeto de la fobia es siempre un simbolismo de la situación inconsciente del sujeto, es decir, tiene relación con una situación o persona con la que ha habido un conflicto importante. Las personas fóbicas pueden presentar conductas alteradas que buscan evitar el objetivo fóbico o la tranquilización a nivel mágico.

7) Miedo por el cuerpo luego de la muerte.

Este factor guarda alguna relación con el miedo a ser destruido, ya que también se relaciona con la destrucción del propio cuerpo, sólo que ahora por los procesos naturales.

8) Miedo a la muerte prematura.

Esta es la última de las áreas consideradas por Hoetler y se refiere a la amenaza de no cumplir con las metas en la vida, la refiere como miedo a dejar

una tarea inconclusa, y, asegura que la muerte prematura les parece a casi todos los hombres normales una violación de un orden de cosas preestablecido.

Se teme a la muerte por diferentes razones, la pérdida del sí mismo, lo desconocido mas allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la oportunidad perdida para la expiación y la salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia son sólo algunas de las fuentes de miedo a la muerte. Además al crecer se nos inculca la importancia del logro y la valía personal; la muerte, que amenaza con terminar con todas las cosas queridas que tenemos en la vida. Otra fuente generalizada de miedo a la muerte no es tanto la conciencia de nuestra finitud como el fracaso para llevar vidas significativas. Pérez, (1998) menciona que por un lado, se teme tanto al dolor y a la agonía, que se considera como muerte ideal la que acontece de improviso, sin darse cuenta. Al enfermo se le trata como a niño, se le oculta su gravedad, se le roba su muerte. Por otro lado, se propicia un deshumano encarnizamiento terapéutico: se lucha a toda costa y a todo costo contra la muerte, no se acepta nuestra condición mortal.

Las causas más frecuentes por las que las personas sienten un gran temor, una profunda angustia ante la muerte es por la frustración y la culpa. Frustración porque "ya no hay tiempo" para hacer todo aquello que debió haberse hecho, y culpa por aquel mal que se hizo conscientemente a las personas más cercanas, por haber abusado de la salud, del amor y de la confianza de los seres queridos entre otras causas (Lara, 1999).

Es de todos conocido que ante la muerte experimentamos tristeza incertidumbre, angustia y también miedo. De hecho Garnica (1982, citado en Villalobos, 1997) reporta que el miedo es el estado psicosocial más frecuentemente mencionado con respecto a las actitudes hacia la muerte, aunque agrega que, cualquiera que sean nuestros sentimientos al respecto, se nos aconseja disimular este miedo.

Si partimos de que los temores del hombre se moldean según percibe el mundo, entonces entramos de lleno al aspecto social del miedo a la muerte, de donde surgen dos ejes importantes: uno el hecho de que, pese a que la muerte es privativa de un individuo, la idea de muerte es un asunto social (Kübler – Ross, 2000) y, dos, que rechaza la muerte y sin embargo acepta y produce violencia mortal. Esta violencia no es sólo privativa de la difícil situación económico – política de una importante mayoría de países, sino que se inserta en el devenir diario de los individuos, a través de los medios masivos de comunicación.

Nietzsche (s/f, citado en Carominas, 2001), plantea que es miedo ante la realidad de la muerte lo que nos induce a fingir un mundo ideal, a la mendacidad del idealismo o “contra naturaleza” a la moral que falsea lo real “puesto que quiere de vista a favor de los ideales. Pero el ideal es un crimen contra la vida la difamación del mundo”

Desde una concepción diferente, Freud (s/f, citado en, Black – Cerejido y Cerejido, 1998), que durante muchos años de su vida estuvo enfermo pensaba que el hombre no tiene una representación de la muerte, y que por lo tanto, no puede temer a algo que no puede concebir. El temor a la muerte, sugirió, no es otra cosa que el miedo a la castración o el miedo al abandono. Aunque no podamos concebir la idea de estar muertos, si podemos imaginar y temer la experiencia de morir.

El miedo es una especie de muerte anticipada y, en casos patológicos, verdadera causa de muerte (Pérez, 1998). Sea cual sea el motivo del miedo a la muerte, una cosa es cierta: el miedo hace más difícil la muerte.

A menudo, las razones por las que la gente adopta posturas tan emotivas acerca de los funerales están relacionadas con lo que consideran su peor destino: despertarse vivo en su ataúd y encontrarse con que tanto pueden incinerarlo como enterrarlo. Así, la preferencia que se tiene por ser enterrado o incinerado, no proviene de un capricho o una elección ociosa entre dos alternativas igualmente

atractivas, sino más bien, de la forma en que cada quien se ve a sí mismo en relación con su pasado, su presente y su futuro (Miranda, 1998).

Todo lo desconocido causa cierto temor y éste, especialmente cuando se experimenta como culpa, a menudo hace que la idea de felicidad personal sea inaplicable. Así, la angustia y la aflicción existencial pueden hacer pensar en la muerte como temor o como posible escapatoria a un intolerable existir.

De hecho, el hombre no teme a la muerte misma, sino que la asocia con el miedo al tiempo, al deterioro, a lo desconocido, a lo irreversible, a la pérdida de placer o de la capacidad creativa, y a la pérdida de sí mismo (Miranda, 1998). A menudo he oído a gente comentar que quiere morir porque la muerte acabará con su dolor. El cese del dolor puede constituir una experiencia placentera. Sin embargo, si la muerte es el fin de nuestra identidad, no habrá lugar donde experimentar ese placer. En sí mismo el dolor es misterioso debido a que las vías neuronales no explican siempre la intensidad del dolor que acompaña un cuadro clínico ni la remisión en otros casos. La concepción afectiva del dolor predominó hasta el siglo XIX, siendo entonces modificada por una concepción médica que consideraba que la intensidad del dolor es proporcional a la lesión que lo determina. Los nuevos estudios en neurociencias reconfirmaron la hipótesis afectiva del dolor. No existe una relación simple entre el estímulo nociceptivo y la percepción del dolor. Una nueva definición de dolor fue enunciada en 1979 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Dice así: el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o virtual o descrita en términos de aquel daño. Esta definición confirma el carácter irreductiblemente subjetivo del dolor (Alizade, 1998).

Cabe la posibilidad de que las personas temen más al dolor físico que a la misma muerte. El dolor físico se presenta como un instrumento extraño, un visitante siniestro y poderoso llegado para torturar el cuerpo, que puede surgir de improviso y atacar cuando menos se lo espera. Esta nefasta presencia resta calidad de vida.

El miedo a la muerte es, sin lugar a dudas, la angustia fundamental del hombre. El precio que paga el ser humano por creer en la supervivencia después de la muerte es la angustia durante su vida. Las múltiples angustias que un individuo puede experimentar son diferentes avatares de las vivencias arquetípicas del miedo. Y éstas representan, a su vez, las versiones primarias de la angustia ante la muerte (Miranda, 1998).

Los grandes adelantos de la medicina han convencido a la gente de que la vida debe transcurrir sin dolor. Puesto que la muerte está asociada con el dolor, la evitan. La muerte es la parte más importante de la vida. Los médicos que son hábiles en prolongar la vida, no comprenden que la muerte forma parte de ella. Si no se tiene una buena vida, incluso en los momentos finales, entonces no se puede tener una buena muerte (Kübler – Ross, 2000).

La muerte es un acontecimiento ante el cual el hombre siempre ha reaccionado con temor y dolor. Por un lado, lo aparta de sus seres queridos y, por otro significa el fin de la propia existencia. Lo que ha variado notablemente, a través de la historia y en diferentes latitudes geográficas, es la forma de adaptarse a esa inevitable realidad (Kraus y Álvarez, 1998).

## **CAPÍTULO 2: CÓMO SE VIVE EL TIEMPO, EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE.**

### **2.1. La relación entre vida, tiempo y muerte.**

Percibimos con sorpresa una excepción al teorema filosófico según el cual el espacio y el tiempo son formas necesarias de nuestros actos mentales. Nada hay en el sistema inconsciente que corresponda a la idea del tiempo. Nuestra cultura interpreta el mundo en términos de tiempo y espacio. Una vez que nos hemos ubicado en ella, con un tiempo que “fluye” del pasado al futuro, la experiencia nos dirá que este futuro contiene nuestra muerte (Black – Cerejido y Cerejido, 1998).

La conciencia de la trascendencia es exclusiva del ser humano, es parte fundamental de su esencia y consiste en aceptar que la existencia humana no se agota en los límites temporales de la materia sino que se transforma y va más allá del tiempo y del espacio. Dicha conciencia de la trascendencia permite al ser humano tener una cosmovisión tal que puede diseñar un proyecto de vida extenso abarcando su presente y su futuro, cuyos límites sólo se agotan con su propia imaginación. La conciencia de trascendencia es un concepto que no tiene comprobación empírica, obviamente, pero si filosófica y cultural (Lara, 1999).

Actualmente, existen diversos conceptos de tiempo cada uno de los cuales está impregnado de prejuicios.

En la concepción de la física moderna el paso del tiempo es un fenómeno psicológico, no es un hecho natural, y en ese sentido, la muerte no es un hecho final ni absoluto, pues afecta a un cuerpo que es coextenso con todos los demás cuerpos y cuya materia no es absoluta. Nuestra idea de la muerte, conforme a la perspectiva clásica, tradicional que otorga al tiempo un carácter lineal, es algo que se acerca a nuestro encuentro, dentro del flujo unidireccional de los acontecimientos. El concepto ordinario de la muerte debe sucumbir por estar basado en dos presupuestos

erróneos: que el cuerpo ocupa un espacio en particular, y que dura a lo largo del transcurso de un tiempo lineal (Dossey, 1989).

## **2.2. Los significados de la edad.**

Mientras que todas las sociedades prestan atención a alguna forma de gradación de la edad, el significado y la importancia de la edad cronológica varían de forma evidente a lo largo del tiempo y a través del espacio. Los significados de la edad en cualquier momento de nuestra sociedad suelen ser estructuras muy convenientes que utilizamos para alcanzar nuestros fines sociales. El consenso general en una sociedad sobre la forma de utilizar la edad, que refleja las expectativas normativas e indica si nos encontramos en el punto del camino del desarrollo que nos corresponde, puede servir y de hecho sirve para organizar el comportamiento, comenzando por la organización de acuerdo con la edad de nuestras escuelas y nuestros puestos de trabajo.

No es ninguna novedad que las normas relacionadas con la edad estén construidas socialmente. Lo que es una novedad es que estas normas, sometidas a las condiciones de cambio social, sean reconstruidas continuamente. Las sociedades, no solamente los individuos, envejecen y se desarrollan a medida que las poblaciones envejecen. En las sociedades occidentales, la infancia tal como la conocemos es un invento social relativamente reciente. El invento de la adolescencia es todavía más reciente. Y la expansión de la ancianidad en subcategorías como «viejos – jóvenes», «viejos», y «viejos – viejos» se encuentran en la cotidianeidad. Los adultos contemporáneos disfrutan de una gran cantidad de espacio social dentro del cual pueden maniobrar hacia la construcción de su persona social y el significado de la palabra edad aún puede modificarse (Neugarten, 1999).

La sociedad se está acostumbrando a la abuela de 35 años de edad, el jubilado de 50 años, etc. Por lo tanto, las normas y expectativas de la edad están perdiendo cada vez más importancia como reguladoras del comportamiento y en



este sentido, también, estamos dirigiéndonos hacia una sociedad en la cual la edad ya no es relevante (Neugarten, 1999). Nuestra cambiante sociedad ha traído consigo modificaciones en los significados sociales de la edad: los límites entre los distintos periodos de la vida han perdido nitidez, han aparecido nuevas definiciones de los grupos de edad, nuevos patrones en las cronologías de los principales acontecimientos de la vida y nuevas inconsistencias en lo que se considera un comportamiento adecuado a cada edad.

La adolescencia obtuvo su significado actual a finales del siglo XIX, el cual se extendió durante el siglo XX, cuando el periodo de la educación formal se prolongó y la transición hacia la edad adulta se retrasaba cada vez más. Un periodo denominado juventud obtuvo su significado hace apenas unas décadas cuando un número cada vez mayor de gente joven, después de haber terminado la escuela superior y antes de casarse o elegir ocupación, optaba por pasar un periodo de tiempo explorando varios papeles de la vida. También hace pocas décadas se identificó la edad mediana, siendo en gran medida un reflejo del ritmo históricamente cambiante de los acontecimientos dentro del ciclo familiar; con menos hijos por familia y con los nacimientos produciéndose a intervalos más cortos, la edad mediana fue definida como el periodo en el cual los hijos se hacen mayores y abandonan el hogar familiar. Por su parte, cuando el concepto de jubilación se afianzó, la edad madura se convirtió en el periodo posterior a la jubilación del mundo laboral (Bazo, 1999).

La cada vez menor delimitación entre los diferentes periodos de la vida no significa que las normas relativas a la edad estén desapareciendo por completo. Seguimos teniendo regulaciones con respecto a las edades en las cuales los niños entran y salen de la escuela, la gente puede casarse sin el consentimiento de los padres, etc.

De las anteriores afirmaciones acerca de las diferencias individuales que aumentan con el paso del tiempo, se deduce que la edad es un mal indicador de la

competencia física, intelectual o social, especialmente en la segunda parte de la vida, por ello, la edad se está convirtiendo en un factor menos relevante que antes a la hora de determinar los patrones de la vida adulta.

### **2.3. La muerte en la infancia.**

La noción de muerte personal aparece entre el quinto y el noveno año de vida, sólo alrededor de los diez años la muerte es comprendida como una disolución corporal irreversible, de modo que a partir de ese momento la concepción infantil ya es semejante a la del adulto (Black – Cerejido y Cerejido, 1998).

La muerte es un concepto enteramente nuevo para un niño de corta edad que nunca la haya visto de cerca, a no ser en películas, televisión o juegos. Pero éstas son muertes ficticias totalmente alejadas de la realidad (Markham, 1997). Aunque la muerte a nivel conceptual sea diferente para un niño, los niños pueden sentir las mismas emociones que los adultos.

Naturalmente cuando muere un ser querido el niño se entristece, pero con frecuencia ocurre también que le invade un gran terror. Se descubre de súbito que la muerte es real, cercana, y que les ocurre también a las personas buenas. El mundo deja de ser el lugar seguro que él creía. El niño que pierde a uno de sus progenitores ha de temer que desaparezca también el otro; a veces dicho temor reviste formas muy agudas. Otros niños exhiben la reacción contraria y se muestran muy desapegados del progenitor sobreviviente. De repente, adquiere la conciencia de su propia mortalidad...y eso es algo que da mucho miedo. El niño no quiere morir, y tampoco quiere sufrir, pero no sabe cómo comportarse para lograrlo (Lukas, 2002).

La adquisición de la conciencia temporal en la infancia, está estrechamente vinculada con la adquisición de la conciencia de la muerte. Al igual que los otros significados que el niño ha creado, cada uno de los significados de muerte tiene buenas y malas implicaciones. Puede preocuparle que la muerte sea su fin y puede

preocuparle también el juicio final. Las implicaciones de los dos significados de la muerte son muy importantes porque sea cual sea el significado que elija para la muerte, ese significado determina lo que considera como el propósito de su vida (Rowe, 1998).

La teoría psicogenética propuesta por Piaget (1964, citado en, Cardoso, Carrazo, Inchausti y Mara, 1998) ofrece los fundamentos teóricos para la comprensión de la formación de los conceptos a lo largo del desarrollo cognitivo, cabe resaltar el papel del medio externo como un factor fundamental en la construcción del conocimiento. Piaget divide el desarrollo intelectual del niño en cuatro grandes estadios secuenciales: a) sensorio - motor (0 - 2 años), b) pre - operacional (2 - 7 años), c) operacional concreto (7 - 11 años) y d) operacional formal (a partir de los 11 - 12 años). Las edades cronológicas, durante las cuales se espera que los niños desarrollen comportamientos representativos de un determinado estadio, no son fijas, pueden variar de acuerdo con la experiencia individual y / o el potencial hereditario. Cada estadio posee una estructura diferente que permite representar ciertos conceptos. Dentro de esos conceptos está la reversibilidad, que consiste en la capacidad de revertir mentalmente un tipo de raciocinio, o sea que, a partir de determinado punto el niño ha de realizar una operación inversa. Los niños adquieren este tipo de raciocinio durante el estadio de las operaciones concretas.

Algunas investigaciones se han centrado en el concepto de reversibilidad para entender como el estilo de crianza permea el concepto de muerte. Por ejemplo, Speece y Brent (1984, citados en Cardoso, Carrazo, Inchausti y Mara, 1998), identifican tres componentes básicos, que parecen caracterizar el concepto de muerte: irreversibilidad, no - funcionalidad y universalidad. La irreversibilidad se refiere al entendimiento de que algo con vida, cuando muere, no puede volver a vivir. El tiempo está relacionado, también, con la idea de muerte como algo final, irrevocable y permanente. Por otro lado, esa visión interfiere con la concepción de que en algunos niños existe vida espiritual. Entonces, comprendiendo la irreversibilidad de la muerte, la persona muerta continuaría viviendo espiritualmente.

Otros dos conceptos que parecen fundamentales para el desarrollo del concepto de muerte son la no - funcionalidad y la universalidad. La no - funcionalidad es la comprensión de que las funciones vitales cesan la muerte, en cuanto a la universalidad, tiene que ver con la comprensión de que todas las cosas vivas mueren, o sea que, la muerte es un evento inevitable.

Nagy (1959, citado en, Cardoso, Carrazo, Inchausti y Mara, 1998), también identifica la relación de los componentes irreversibilidad, no - funcionalidad y universalidad con el concepto de muerte. Ella constata la existencia de tres etapas: la primera (a los 5 años) no habla de muerte definitiva, siendo ésta comprendida como separación o como un evento gradual y temporal. En la segunda etapa (5 a 9 años), existe una fuerte tendencia a personificar la muerte, que es percibida como "alguien" que viene para llevarse a las personas. Es comprendida como irreversible, inevitable, y también, como algo que acontece a todos y sobretodo a la persona misma. En la tercera etapa (9 a 10 años), el niño reconoce a la muerte como una cesación de las actividades del cuerpo y como inevitable.

Los conceptos de irreversibilidad, no - funcionalidad, universalidad y personificación están relacionados con el nivel de desarrollo cognitivo. En general, parece que la mayoría de los niños desarrollan el concepto de muerte entre los 5 y 7 años, puesto que en la mayor parte de las fases la transición de pensamiento pre - operacional a operacional concreto. Entretanto, la cultura puede ejercer una gran influencia en la formación de los conceptos en general y del concepto de muerte en particular (Cardoso, Carrazo, Inchausti y Mara, 1998).

Sin embargo, existen varios factores que afectan la comprensión de un niño ante la muerte. La religiosidad es un factor importante en la formación del concepto de la muerte (Caramelo - Gibbs, y Petrun, 1984 - 1985; Stambrook y Parker, 1987, citados en Jaime, 2000). Muchos niños jóvenes que no habían desarrollado una comprensión de la irrevocabilidad de la muerte hicieron referencia a que la magia podría invertir la muerte, un fenómeno que se podría atribuir a una educación

religiosa que incluyó milagros, tales como la resurrección de Cristo (Speece y Brent, 1992, citados en Jaime, 2000).

#### **2.4. La muerte en la adolescencia y la juventud.**

La muerte es cotidiana. Y sin embargo, siempre parece lejana, sobre todo en la juventud. Son los otros los que mueren, aun cuando sea a mí a quien amenaza la muerte a cada momento (Louis – Vincent, 1992).

Tal vez no haya otro momento en la vida como el de la adolescencia en el que el pasado parezca tan lejano, y el sujeto esté tan pendiente del presente y del futuro. En este periodo se manifiesta, con máxima frecuencia, el suicidio y las primeras situaciones en las que el sujeto se encuentra sin apoyo familiar, solo frente al mundo y a las metas que le impone un Ideal del Yo que acaba de forjarse. El adulto joven, a su vez, no tiene en general la conciencia de muerte que tiene el adolescente. Tal vez el compromiso asumido con los grandes temas de la vida hace que la muerte quede de lado. Por tal situación, el tiempo cristaliza como una categoría simbólica y el sujeto puede concebir su vida como un devenir (Black – Cerejido y Cerejido, 1998).

Desde esta perspectiva se facilita considerablemente ingresar a los adolescentes a esta temática, quienes viven una etapa caracterizada, con un periodo de transición, de rápido cambio físico, de motivos y conflictos, de fácil enajenación y de expectativas sociales ambiguas. Admetlla (1982, citado en Villalobos, 1997) sugiere que pensar en la muerte le causa al adolescente miedo intenso y acentúa su inseguridad y ansiedad.

Sin embargo, cuando la perspectiva es un lento declinar y una cruel agonía, se puede hacer absurda la vida que pretende ser engranaje con el ambiente, así como desarrollo y dinamismo de progreso. Todas las conquistas y los éxitos a lo largo de sus años y de sus luchas quedan negadas y así la aventura de vivir se convierte en contradicción intrínseca y sarcástica. Para la persona joven es diferente porque vive

la ilusión del tiempo indefinido: a través de ciertos mecanismos de autoengaño ve a la muerte lejana y fuera de la propia perspectiva; si piensa en ella, la piensa como la muerte de otros, no de sí mismo. Pero aun así, para las personas reflexivas, el tema del declinar y de la destrucción final se perfila como un reto, una interrogante y una invitación a ubicarse y prepararse (Rodríguez, 1996).

La mayoría de estudios indican que la ansiedad ante la muerte es mayor en participantes de mediana edad en comparación con los participantes mayores (Bengtson, Cuellar, y Ragan, 1977; Feifel y Branscomb, 1973; Gesser, Wong, y Reker, 1988; Kalish y Reynolds, 1977; Keller, y Piotrowski, 1984, citados en, Fortner y Neimeyer, 1999). El estudio realizado por Neimeyer (1999) confirma esta tendencia demostrando que ésta relación con la edad no se presenta en la muestra de personas mayores. Tomado en cuenta estos resultados concluye que la ansiedad ante la muerte disminuye de una edad media a una edad vieja y se estabiliza durante las décadas finales de la vida. Esto no implica obviamente que toda la gente mayor tiene niveles bajos de la ansiedad ante la muerte, pero la muestra de personas mayores tiene niveles más bajos de la ansiedad ante la muerte que la muestra de edad mediana.

## **2.5. La muerte en la vejez.**

La mayor parte de los estudiosos prefieren la definición de una persona anciana, como aquella que tiene 65 años o más, criterio usado para la elaboración de las estadísticas oficiales y la proporción de servicios diversos a esta población (Varela, 1998).

La vejez es la suma de la senectud biológica y de las consecuencias psíquicas del percatarse de que la muerte se va acercando. Se da de maneras diferentes en los distintos sujetos y está ligada a la forma en que se había encarado previamente la vida, el trabajo, las relaciones emocionales y los intereses. El adulto que envejece se ve forzado a encarar la incertidumbre profesional y social, la variabilidad o

desaparición de los afectos y la fragilidad de las relaciones con sus semejantes. En la vejez disminuye significativamente la capacidad física, se pierde el trabajo, la posición económica, mueren amigos y familiares, pérdidas que se viven con gran dramatismo; el tiempo subjetivo se acorta sensiblemente, sobre todo en los periodos largos como estaciones o años, hay conciencia de una mayor cercanía de la muerte (Black – Cerejido, 2000).

La edad que se tenga es determinante para experimentar el miedo a la muerte, por ello, se han realizado numerosas investigaciones para conocer hasta qué punto una persona le teme a este suceso. Al respecto Kalish (1986; citado en Cerezo, 2001) describe que los ancianos tienen menos miedo a la muerte porque:

- a) Se sienten preparados para morir, en contraste con los jóvenes que no han alcanzado sus metas en la vida y por lo tanto pueden tener miedo de que la muerte les arrebatase lo que en derecho les corresponde.
- b) Los ancianos tienen más contacto con la muerte porque han sobrevivido a la de muchos amigos y seres queridos.
- c) También es posible, que hayan perdido el interés por la vida debido a la decadencia física, a las enfermedades y a las pérdidas personales.

La etapa de la vejez es particularmente difícil ya que de acuerdo con Espinosa (2000) implica las siguientes tareas:

- a. Afrontar las pérdidas (amigos, cónyuge, familiares) y enfrentarse a la posibilidad de la propia muerte o incapacidad.
- b. Incorporarse a otro sistema familiar o social.

El miedo a envejecer generalizado en las sociedades modernas se relaciona con el temor al declive físico y mental, influido por el culto a la juventud que la sociedad occidental estableció a partir de la Segunda Guerra Mundial. Pueden

destacarse la teoría de la desvinculación y la de la actividad. Ambas recogen un amplio espectro del pensamiento sobre el envejecimiento (Bazo, 1999).

El concepto “muerte” adquiere en las personas mayores un sentido diferente al que pudiera tener en una persona más joven; para aquellos, es un concepto muy apegado al contexto religioso. Un porcentaje considerable de las personas mayores percibe a la muerte como algo natural, como obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir; es más, dejan el momento de ésta al arbitrio de Dios, aseveraciones que de ninguna manera suponen la idea de un deseo de morir o de que ya nada se tenga por hacer, sino más bien a que han llegado a una etapa en que se percibe a la muerte como un proceso natural (Hernández, 2000).

El hecho esencial en la vida de un anciano es que su fin se aproxima; la idea de la muerte inevitable le preocupa, le angustia, la idea de la muerte antes lejana y sin definir se va precisando con caracteres crecientes y concretos a través de la desaparición de sus familiares, de sus amigos, del deterioro de su salud, de sus limitaciones cada vez mayores, de su modo de vida, del anacronismo de su escala de valores. Frente a todas las inseguridades internas y externas, se presenta una sola certeza, la de su muerte (Miranda, 1998).

El hecho de morir nunca está ausente al tratarse el tema de la vejez. Las personas a medida que van envejeciendo, tienen una mayor experiencia y consciencia de la muerte puesto que han conocido la muerte de amigos y de seres queridos, además de que padecen comúnmente enfermedades. Quienes sienten que su vida ha sido significativa son por lo general más capaces de aceptar la cercanía de la propia muerte que quienes reconocen no haberla vivido adecuadamente (Hernández, 2000).

El rechazo por la vejez no solamente se explica por causas estéticas que ponen a determinada persona fuera del circuito del deseo de lo joven; las señales de vejez apuntan en dirección a un cuerpo profundamente repelente, temido, causa de



espanto. En la juventud puede proyectarse imaginariamente la inmortalidad, en la vejez no puede dejar de concretarse la marca sobre la carne de la certeza de la mortalidad (Alizade, 1998).

Kübler – Ross (1969, citada en Wong, 1997), consideró que la mayoría de ancianos no tiene miedo a la muerte y que incluso les gusta hablar de ella; por ello la ansiedad ante la muerte baja no necesariamente refleja mecanismos de negación y la aceptación parece ser la actitud destacada entre los ancianos.

## **CAPÍTULO 3: LA MUERTE Y LA RELIGIÓN.**

### **3.1. La muerte en el cristianismo.**

La religión ha de ser considerada como un constructo que es obra de quienes no pueden afrontar la realidad de que las fuerzas de la naturaleza son impersonales y son hostiles, y al final también son abrumadoras. De todo esto se desprende que cuanto más eficaz sea el consuelo que proporciona una religión, con mayor eficacia se habrá adaptado al tipo de fantasía y de ilusión (Bowker, 1996).

Religión es una expresión que no tiene un significado preciso, como se constata con la pluralidad de palabras que se usan como sinónimos (experiencia de Dios, de lo sagrado, del misterio, del espíritu, de la experiencia mística, oceánica...). Todas estas expresiones, a pesar de que pertenecen a un mismo ámbito de la realidad, se diferencian y pueden ser tratadas de manera específica. Toda experiencia religiosa tiene en común: una referencia a lo superior del hombre y superior al hombre (aquello que de alguna manera es sobrenatural) (Font, 1999). Etimológicamente, la raíz de la religión es conexión. Y la raíz de teología se halla en teos, Dios (Capra, 2000).

El poder de la religión reside en su capacidad de creación de imágenes ilusorias, aunque muy persuasivas, de lo que aguarda al ser humano más allá de la muerte. Las religiones son dueñas y señoras de los afectos de los hombres precisamente por ofrecer una huida de las aflicciones propias de este mundo, o una compensación por ellas. El hombre, al verse confrontado a la realidad de la muerte, no puede admitir su condición de realidad definitiva y por lo tanto construye modos imaginarios en los que su realidad pueda ser admitida al tiempo que su condición de realidad definitiva rechazada (Bowker, 1996).

La fe entendida psicológicamente es aquella experiencia de creencia y confianza que lleva a asumir el objeto de creencia otorgándole la realidad de lo que

se cree (Font, 1999). Es igualmente cierto que todos los seres humanos se han esforzado por hallar modos de alejar de sí las fronteras de la enfermedad y la muerte; tal como Freud mismo decía, “la principal tarea de la civilización, su auténtica razón de ser, es defendernos contra la abrumadora prepotencia de la naturaleza” (el porvenir de una ilusión, p. 158). En cualquier caso, al final persiste la dolorosa adivinanza de la muerte, contra la cual no se ha encontrado medicina eficaz, ni es probable que se encuentre (Bowker, 1996).

La religión cristiana se basa en los escritos de la Biblia, conformada por el Antiguo Testamento y el Nuevo Testamento. En la Biblia se considera que el cuerpo está muerto cuando el espíritu lo abandona, de la misma forma que un cuerpo sin espíritu está muerto.

Si hay una religión donde la muerte cobra un sentido especial, esa es la cristiana. La muerte acecha a su salvador, Jesús de Nazaret, desde su nacimiento y durante su vida pública hasta lograr una aparente victoria. Muerte que se hace necesaria para la salvación de toda la humanidad.

El evangelio de Juan quiere dar a entender que la vida por antonomasia, la divina, se ha encarnado en el hijo de Dios (el verbo se hizo carne), y se comunica por la fe en él. De esta manera, la «vida eterna» consiste para Juan en el conocimiento del único Dios verdadero y de su enviado, Jesucristo, pues el que cree en Cristo ha pasado de la muerte a la vida. Más aún, el que come su carne y bebe su sangre posee ya la «vida eterna» (León, 2000). Los que mueran en Cristo, resucitarán con él. Antes de la llegada definitiva del Reino escatológico resucitarán los muertos para ser juzgados según sus obras. Incluso la misma muerte, la cual aparece personificada como una fuerza maligna, será vencida definitivamente. Para Pablo la resurrección de Jesús es el fundamento último de la resurrección del hombre y del triunfo definitivo sobre la muerte, cuya dimensión universal es consecuencia de la condición pecadora de todo ser humano (León, 2000).

La extraordinaria importancia concedida en la época al tema del Juicio final y a los cataclismos que debían precederle se explica por una teología del Dios terrible que reforzaron las desgracias en cadena abatidas sobre Occidente a partir de la Peste Negra. La idea de que la divinidad castiga a los hombres culpables es, indudablemente, tan vieja como la civilización. Pero está particularmente presente en los discursos religiosos del Antiguo Testamento. Los hombres de Iglesia, aguijoneados por acontecimientos trágicos, se sintieron más inclinados que nunca a aislar aquella idea en los textos sagrados y a presentarla a las muchedumbres inquietas como la explicación última que no se puede poner en duda. De tal suerte que la relación crimen – castigo divino se convirtió más que nunca en una evidencia para la mentalidad occidental (Deleuman, 2002).

### **3.2. Respuesta religiosa ante el miedo a la muerte.**

Todas las religiones niegan la existencia de la muerte. El cristianismo y el Islam prometen vida eterna a sus seguidores; el hinduismo y el budismo prometen el renacimiento y la fusión con la Unidad de todo lo existente. Duplessis – Mornay (s/f, citado en Mannoni, 1992), dice que si se confía en Dios no es necesario prepararse para la muerte. La idea de una vida posterior a la muerte crea más problemas de los que resuelve (Rowe, 1998). Creer en una vida posterior, del tipo que sea, es un intento de negar la existencia de la muerte.

En conclusión, es falso que la fe religiosa haga perder el miedo a la muerte. La fe puede ayudar a superar el miedo o a disminuirlo. En casos patológicos, como en algunos suicidios, se da la paradoja de que el miedo a la muerte precipita hacia ella. En otros casos el miedo a la muerte lleva a la anticipación imaginaria de ella, lo cual es propiciado por la reminiscencia de novelas o películas de terror conocidas en la época de la adolescencia. Algunos sienten, en concreto, pánico a ser enterrados vivos; a otros les horroriza no tanto la muerte en sí, sino lo que le rodea: enfermedad, violencia o agonía prolongada y dolorosa (Pérez, 1998).

### 3.3. ¿Por qué conservar una creencia religiosa?

Freud (1913, s/f, citado en Font, 1999) analizó reiteradamente durante su vida la cuestión religiosa intentando encontrar una comprensión interpretativa del fenómeno religioso desde un ángulo psicológico y aplicando este análisis a la historia de la religión de su pueblo. Puso el origen del fenómeno religioso tanto en el proceso psicológico evolutivo (psicogénesis) como en el proceso social (sociogénesis) de la vivencia de Dios. Y estableció dos posibilidades básicas en la psicopatología religiosa:

- ♣ La neurosis social religiosa, que expresa la vertiente ética de la religión: las observancias.
- ♣ La ilusión casi delirante del creyente, que expresa el deseo religioso de Dios: las creencias.

La neurosis social:

- ♣ Sociogénesis.

Según esta teoría, las ideas religiosas provendrían de:

- a) La defensa contra los poderes prepotentes de la naturaleza... el hombre busca consuelo, ayuda, y pide una respuesta – humanizar la naturaleza – creando sus propios dioses y así podrá conjurarlos y desnudarlos de una parte de su poder;
- b) Al observar la regularidad de las fuerzas de la naturaleza, ésta pierde su carácter humano y, ante ella, el hombre siente necesidad de protección paternal, y atribuye a los dioses tres cosas:

- ♣ Asustar, hacer frente a los temores de la naturaleza.
- ♣ Consolar al hombre, hacerle soportable su destino.

- ♣ Poner en los preceptos morales la protección contra la civilización; el grupo humano es el retorno al nódulo paternal que está oculto en toda imagen divina.

En el porvenir de una ilusión (1927, citado en Font, 1999) Freud decía: «los dogmas religiosos son todos ellos ilusiones indemostrables y no es lícito obligar a nadie a aceptarlos como ciertos. Hay algunos tan inverosímiles y tan opuestos a lo que trabajosamente hemos llegado a descubrir sobre la realidad del mundo que, salvando las diferencias psicológicas mencionadas, podemos compararlas a las ideas delirantes. Resulta imposible determinar su valor real. Son tan irrefutables como indemostrables. Sabemos aún muy poco para acercarnos a ellos como críticos».

Exigir la inmortalidad del individuo es querer perpetuar un error hasta lo infinito. En el fondo, toda individualidad es un error especial, una equivocación, algo que no debería existir y, el verdadero objetivo de la vida es librarnos de él (Shopenhauer, 1999).

### **3.4. Escapar a la muerte ha sido el núcleo de las religiones.**

Hoy, que las promesas místicas ya no resultan verosímiles, los modelos religiosos son menos eficaces para apaciguar la angustia. Aún las personas que no tienen creencias religiosas buscan permanecer en el mundo a través de una identidad simbólica: cada hombre desea dejar su nombre perdurando en sus hijos, en sus obras, en su recuerdo: “debemos plantar un árbol, tener un hijo y escribir un libro”, dice la sabiduría popular (Black – Cerejido y Cerejido, 1998).

Al respecto, Hernández (2000) realizó un estudio donde entrevistó a 200 personas mayores de 60 años, miembros del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) por medio de preguntas abiertas y encontró que cuando las personas se acercan a la vejez experimentan un gran apego hacia la religión, quizá porque se

sienten próximas a la muerte y esperan verse favorecidos de algún modo a la hora de morir; en su investigación, un porcentaje considerable de los participantes ve a la muerte como algo natural, como una obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir; es más, dejan el momento de ésta al arbitrio de Dios; se encontraron casos especiales de sujetos que deseaban morir para no seguir sufriendo, o bien para no seguir estorbando, por lo general asociados a la presencia de algún trastorno de tipo depresivo causado por el entorno familiar o social y no precisamente de origen orgánico.

Las religiones dan respuesta a lo intolerable de la muerte. Según Elias (s/f, citado en, Kraus y Álvarez, 1998), los hombres presentan básicamente tres actitudes en respuesta al hecho de que toda vida tiene fin: 1) mitologizar, 2) negar y 3) mirar de frente.

Mitologizar. En cuanto a esa actitud, Elias incluye las religiones que explican lo más misterioso e intolerable para el ser humano: ¿cómo surge la vida?, ¿qué pasa después de la muerte? Es un gran consuelo creer que la “verdadera” vida comienza con la muerte porque no la considera definitiva.

Negar. Ésta es una manera lógica de comportarse ante una realidad difícil de aceptar. Sería muy difícil vivir si todo el tiempo estuviéramos conscientes de que moriremos. No pensar en ello tiene ventajas; el problema es caer en el extremo como si la muerte no existiera, porque cuando ésta se presenta nadie sabe cómo responder, qué decir, cómo ayudar.

Mirar de frente. Puede aceptarse la muerte como destino si se reúnen ciertas condiciones personales y sociales. Aun cuando han surgido varios libros, hoy, ésta es la actitud menos representativa. Parece ser que se quiere ver de frente la muerte, lo que puede entenderse como reacción al ocultamiento que antes se impuso sobre ella. Pero las voces que hablan de ella siguen siendo insuficientes. El silencio que

sigue imperando en la cotidianidad lo resienten, sobre todo, quienes están por morir y los que pierden a seres queridos.

La creencia religiosa se decide individualmente. Quienes la incluyen en su vida tal vez encuentren esperanza ante la muerte, contemplarla de frente porque la ven como el paso a otra vida. Quienes consideran que la religión es una ilusión deben hallar el consuelo ante la muerte en otra parte: en la vida misma, en la compañía de los seres amados o en la trascendencia.

Incluso entre los plenamente convencidos de que hay otra vida después de la muerte difieren mucho las nociones acerca de qué clase de vida sea ésta. Algunos aseguran que cuando morimos vamos a reunirnos con Dios (para expresar esta idea, sin embargo, los seguidores de diferentes religiones tal vez emplearán una terminología distinta), o con Jesús. No pocos creen que el cielo y el infierno existen como tales y que iremos a parar donde nos corresponda, a fin de pasar allí el resto de la eternidad recogiendo el fruto positivo o negativo de lo que hicimos y dijimos durante nuestro tránsito por la Tierra. Algunos creen en un «otro mundo» genérico, donde continúan viviendo las ánimas o espíritus de los difuntos.

Con independencia de lo que opinemos exactamente acerca de esto, la religión también ofrece la promesa de un importante consuelo para los sobrevivientes. Ante todo, quiere eliminar el temor a no ver nunca más o no reunirse con la persona amada. Tal vez será preciso esperar muchos años, pero finalmente estaremos otra vez juntos (Markham, 1997).

En el imaginario se puede jugar fácilmente con la fantasía de la inmortalidad. Las religiones apuntalan el psiquismo y aportan aliviadoras respuestas. Aun así, al acercarse a morir el cuerpo, el sujeto al final se entrega pero no sin cierto escozor ante un evento tan desconocido como acechante, tanta aventura de desintegración. La muerte se convierte en el tiempo de otra vida, en el inicio de una temporada



diferente donde se espera persistir en el ser y en el estar no importa cuales sean las condiciones imperantes (Alizade, 1998).

La posibilidad de existir después de la muerte hace que las manifestaciones religiosas sean más comunes en los ancianos. Cada quien aspira a tener una existencia continuada, y para ello se tiene que elaborar un conjunto de creencias. Tales creencias no solo definen la propia muerte, sino la vida misma. De esta manera, las ideas sobre la muerte establecen la definición de la propia vida y están matizadas por las experiencias pasadas, presentes y proyectadas hacia el futuro (Hernández, 2000).

### **3.5. La sacralidad de la muerte.**

Los rituales proporcionan un vehículo para la expresión y contención de emociones fuertes; su naturaleza repetidora facilita sensaciones de ansiedad e impotencia (Myerhoff, 1982; Scheft, 1979, citados en, Romanoff y Terencio, 1998) y proporciona la estructura y orden. Se ha sugerido que los rituales pueden tener una función curativa (Imber - Imber-Black, 1991; Rando, 1985, citados en, Romanoff y Terencio, 1998). Los rituales fúnebres contienen estas funciones curativas (Jacobs, 1992, citado en, Romanoff y Terencio, 1998). Los rituales fúnebres proporcionan las oportunidades para la exhibición pública de la pena. Los rituales de la transición, tales como entierros, se piensan para mediar el paso a un nuevo estado. Toda cultura, ante el hecho inevitable de la muerte, necesita crear rituales y símbolos que permitan que los muertos comiencen a morir en ella, para no correr el riesgo de morir con ellos (Vences, 2001).

Los ritos relacionados con la muerte abren un espacio para la expresión de la tristeza. Existe un conjunto de ritos funerarios que demuestran el respeto y el apego que se siente por el difunto: el tipo de velatorio, buen entierro, bella tumba, visitas frecuentes al cementerio, cantos y alabanzas, lutos rigurosos, oraciones, el permanecer en casa durante un tiempo estipulado para recibir el pésame de amigos

y familiares, la prohibición de asistir al panteón durante el primer mes, las ceremonias religiosas, dan un marco legalizado de corte en la vida cotidiana, que permite y favorece la elaboración del duelo (Black – Cerejido, 2000).

El hombre se enfrenta al cadáver. La mirada en el cadáver anuncia en el psiquismo del vivo la categoría de la muerte. La mirada sobre el muerto envuelve la categoría del conjunto de afectos, de vivencias, de fenómenos materiales que provoca ese que yace frente a uno y que acaba de dejar de vivir para ser eso que llamamos cadáver. Las emociones y las sensaciones se despliegan. Este cadáver visible permite el ejercicio de la sensibilidad sobre su superficie, se presta, por así decir, como testimonio de una verdad irrefutable e inexorable: él es la muerte que ha invadido lo que en otro instante fue la vida. El cuerpo muerto ha sido alcanzado por un acto trascendente. Le ha sucedido algo del orden de lo misterioso e inquietante. Ritos previos y ritos posteriores al momento final marcan la importancia del suceso. A la quietud del cadáver se contraponen la agitación de las almas de los sobrevivientes frente al espectáculo abrupto de la ruptura, del corte definitivo. Las ideas acerca de dioses y demonios, de premios y castigos más allá de la vida alivian la existencia. Conforman un espacio psíquico ordenado, que explica hasta lo inexplicable y que organiza los caóticos vislumbres de una creación desconocida (Alizade, 1998).

Hay muy pocas características o prácticas universales que se den en todas las sociedades, entre ellas se encuentran las reglas y los rituales para eliminar a los muertos y para el comportamiento adecuado de los supervivientes; ejemplo de ello es el velorio, ese tiempo de acompañar al muerto hasta su entierro, tiene por función confirmar que el muerto muerto esté. El miedo a ser enterrado vivo parece haber existido siempre y la instantaneidad de la muerte invita una y otra vez a un profundo asombro (Savage, 2000).

A pesar de que la pérdida es inevitable, la pérdida de un ser querido puede evocar una crisis de fe (Andonaegui, 2000). La mayoría de los individuos experimentan el dolor emocional de la pérdida y resuelven su pena con la ayuda de

los rituales sociales (Romanoff y Terencio, 1998), los cuales facilitan la preservación del orden social y proporcionan maneras de comprender los aspectos complejos y contradictorios de la existencia humana dentro de un contexto social dado. Los rituales modelan nuestra vida y nuestro ciclo vital (Kollar, 1989, citado en, Romanoff y Terencio, 1998), proporcionando orden y estabilidad al grupo.

En todas las expresiones religiosas está presente la teoría de la muerte, de ahí que sus doctrinas de un modo u otro, aborden esta temática. De forma generalizada puede señalarse que en la mayor parte de ellas, la muerte es interpretada como eslabón intermedio o como enlace entre ambos mundos: el de los vivos y el de los muertos (Hodge, 1999).

## **CAPÍTULO 4: LA ACTITUD ANTE LA MUERTE.**

Las actitudes representan la orientación del individuo con respecto a su medio social. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social. En la literatura se han usado muchos términos para referirse a las actitudes hacia la muerte. Los más comunes además de la ansiedad, son miedo, amenaza, preocupación, rechazo y aceptación de la muerte.

Wolman (1993) en el diccionario de ciencias de la conducta define la actitud como una predisposición aprendida para reaccionar consistentemente en cierta forma (positiva o negativamente) ante ciertas personas, objetos o conceptos. También define las actitudes sociales como una opinión compartida por muchas personas; agrega que las actitudes tienen componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales. De acuerdo con Delgado (1998) el término actitud denomina la organización de los sentimientos, de las creencias y la tendencia de un individuo para comportarse de un modo dado. Las actitudes sociales tienen una función adaptativa, puesto que representan el vínculo psicológico entre la percepción, el sentir y la respuesta de una persona, al mismo tiempo que ordenan y dan significación a su experiencia continua en un medio social complejo.

Las actitudes del ser humano ante la muerte son muy complejas, ya que por un lado dependen tanto de la personalidad del sujeto, como de su estilo de vida, y por otro están muy influenciadas por el contexto sociocultural, donde especialmente las religiones al posibilitar la creencia en otra vida, suelen jugar un papel muy importante, ya que estructuran y dan significado a un fenómeno generalmente difícil de admitir y soportar por el hombre.

Un estudio importante sobre las actitudes hacia la muerte en grupos de diferentes edades, es la investigación realizada por Rothstein (1962, citado en Bustos, 2001), encontró que las diferencias importantes en cuanto a orientación hacia la muerte, tienen lugar a mediados de la edad adulta. Sugiere que la edad cronológica no puede ser una variable crucial per se en determinar las actitudes

hacia la muerte. La educación parece ser más importante en este estudio. Los sujetos con educación limitada, sin importar su edad, mostraron mayor negatividad hacia la muerte. Entre otros resultados de este estudio, es interesante ver que la mayoría de los sujetos de todas las edades, están de acuerdo con que “la muerte es algunas veces una bendición” y “la muerte no es trágica para la persona que muere, sino para los que sobreviven”.

Una investigación sobre las actitudes hacia la muerte desde un enfoque existencial, postula que los individuos se sienten motivados a buscar significado personal y que el miedo a la muerte procede del fracaso a la hora de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte. Butler (1963, 1975, citado en Wong, 1997), propuso que las personas tienen más miedo a una existencia sin sentido que a la muerte. Quienes sienten que su vida ha sido significativa son por lo general más capaces de aceptar la cercanía de la propia muerte que quienes reconocen no haberla vivido adecuadamente.

La actitud hacia la muerte en este siglo probablemente surja no tanto de la mitología y la filosofía, sino de la ciencia; si la etapa más cercana a la muerte es el envejecimiento, conocerlo es conocer en cierta medida la muerte misma. Aún así, la gerontología no es un recurso enfocado a dominar a la muerte, sino a postergarla. En este punto, es importante diferenciar la gerontología y la geriatría. La primera estudia la ancianidad, mientras que la segunda estudia y trata los desórdenes que se presentan en esa etapa de la vida (Rodríguez, 2000).

En el estudio de Hernández (2000), algunas personas, al cuestionárseles sobre su actitud ante la muerte cercana, manifestaron en orden decreciente que sentían tristeza, otras una aparente indiferencia, o bien resignación, lo cual refuerza la hipótesis de que las personas mayores, al igual que cualquier otra, transitan también por variadas fases al percatarse de su cercanía con la muerte, y que, tales fases no siempre siguen el mismo orden ni tienen forzosamente que manifestarse todas. Casi todos los participantes prefieren morir súbitamente y no después de una

enfermedad larga, lo que implicaría dar molestias a sus familiares; morir de ese modo les garantiza no sufrir y no incomodar a la familia.

En cuanto a la actitud del mexicano ante la muerte, en México a diferencia de otros países se tiene una manera muy peculiar de relacionarse con la muerte, de acuerdo con Octavio Paz (1959, citado en Vences, 2001), el mexicano frecuenta la muerte, se burla de ella y la festeja, sin embargo, en estas actitudes hay quizá tanto miedo como en las de otros. Octavio Paz considera que las actitudes manifiestan una indiferencia palpable del mexicano ante la muerte y que esta indiferencia es a la vez consecuencia de la indiferencia que se tiene ante la vida.

Vences (2001) explica la indiferencia del mexicano ante la muerte y sus actitudes en general como un deber de demostrarles a los demás y a sí mismo que es valiente y que lo debe de probar, quiere afirmar con esa actitud que no teme a la muerte, que la busca y se ríe de ella. Enfrentarse a la muerte es señal de hombría, jugar con ella es no concederle valor alguno, burlarse de ella la hace amiga. Esta autora considera que si durante su vida el mexicano no obtuvo nada en cantidad y calidad suficientes, lo único que le queda es morir como héroe. Si la muerte causa respeto por su poder, al superarla se es más poderoso que ella que le corta la vida, que no tiene significado para él.

En cuanto al género, al hombre se le "educa" para que demuestre fortaleza (física y emocional) y aleje por tanto cualquier manifestación contraria. Mientras que a la mujer se le encomiendan roles y actitudes expresivas, donde "lo femenino" puede ser lo débil (Espinosa, 2000).

El género es un modo de vida que se enseña y se aprende. De acuerdo con Trujano (2002) existen tres instancias básicas que se articulan a la categoría género:

- 1) La asignación de género. Que se realiza en el momento en que nace el bebé a partir de la apariencia externa de los genitales.

- 2) La identidad de género. Que se establece más o menos a la edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre dos y tres años). El género al que pertenece es identificado en todas sus manifestaciones, sentimientos o actitudes de “niño” o “niña”, comportamientos, juegos, etc.
- 3) El papel (rol) de género. Se conforma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. Esta asignación establece estereotipos rígidos que condicionan los roles, limitando las potencialidades humanas de las personas al reforzar o reprimir los comportamientos según si son adecuados al género.

Pollak (1980, citado en, Neimeyer, 1997), en la revisión que hizo de la literatura existente sobre la ansiedad ante la muerte a finales de los años setenta, observó que la mayoría de los trabajos indicaban que las mujeres presentaban más miedo a la muerte que los hombres, y prácticamente todos los trabajos restantes demostraron que no había diferencias entre sexos.

Una revisión selectiva (Fortner y Neimeyer, 1995) sugirió que la ansiedad ante la muerte es más alta en mujeres mayores que varones mayores. Sin embargo, la revisión que realizaron Fortner y Neimeyer (1995) no encontró que el género pudiera ser un predictor confiable de la ansiedad ante la muerte en la gente mayor. Puede ser que la ansiedad ante la muerte sea más alta en las mujeres de muestras más jóvenes de edad, pero tales diferencias no parecen ser generalizables a la población mayor.

Dattel y Neimeyer (1990, citados en, Neimeyer, 1997) intentaron clarificar la existencia de diferencias sexuales en las actitudes ante la muerte. Una explicación popular para explicar la discrepancia en las puntuaciones de ansiedad ante la muerte supone que es más probable que las mujeres revelen sus sentimientos personales a que lo hagan los hombres. Dattel y Neimeyer administraron a un grupo de adultos racialmente heterogéneo la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM), el índice de Amenaza (IA), el Cuestionario de Autorrevelación de Jourard (CADJ), y una medida

de deseabilidad social. Las mujeres mostraron una ansiedad ante la muerte mayor que los hombres en la EAM pero no en el IA. Sus puntuaciones más altas en ansiedad ante la muerte permanecían en la EAM incluso cuando se controlaron estadísticamente los efectos de la autorrevelación y de la deseabilidad social. Los resultados desacreditan la sugerencia de que la ansiedad ante la muerte que presentan las mujeres es más alta debido a su tendencia a revelar sus miedos y su ansiedad. En conclusión, el peso de la evidencia sugiere que las mujeres tienen una tendencia mayor a informar de más ansiedad ante la muerte, especialmente respecto a su propia muerte.

Holcomb y otros (1993, citados en, Neimeyer, 1997) observaron diferencias más sutiles entre los sexos en sus conceptualizaciones de la muerte. En el análisis de contenidos de descripciones de respuesta libre sobre la muerte escritos por hombres y mujeres, descubrieron que era más probable que las mujeres recurrieran a referencias a estados emocionales negativos a que lo hicieran los hombres, pero también lo era que describieran la muerte en términos evaluadores, tanto positivos como negativos. Había más probabilidad de que las mujeres vieran la muerte en términos que sugerían alta certidumbre, pero también alguna forma de existencia continuada en el más allá. En comparación, los hombres veían la muerte en términos más abstractos y generales, y les producía menos impacto personal.

Con respecto al nivel de estudios, Thorson y Powell (1997), usaron la modificación que hizo Nehrke (s/f, citado en, Thorson y Powell, 1997) de las escalas de Templer y Boyar (1977, citados en, Thorson y Powell, 1997), presentándola como un inventario de 34 ítems de verdadero – falso, que se puntuaba dando un punto a cada respuesta que indicaba ansiedad, en los ítems expresados en forma negativa se invertía el orden en el proceso de puntuación, así las puntuaciones más altas indicaban una ansiedad ante la muerte mayor. El instrumento se administró a 208 estudiantes licenciados y no licenciados de la Universidad de Georgia (97 hombres, 111 mujeres; la edad oscilaba entre los 18 y los 53 años). Se descubrió que las puntuaciones de las mujeres eran significativamente más altas que las de los



hombres en cuatro de los 25 ítems que estaban relacionados con el dolor, el terror a una operación, qué ocurre con el cuerpo después de la muerte, y la descomposición del cuerpo. Los datos que obtuvieron confirman la idea de Diggory y Rothman (1961, citados en, Thorson y Powell, 1997) acerca de que las mujeres tienen una ansiedad mayor respecto a la integridad corporal asociada con la muerte.

Thorson y Powell (1997) también utilizaron la Escala Revisada de Ansiedad Ante la Muerte (EAMR) con una muestra de estudiantes de medicina, respondieron a la escala tres clases de estudiantes de primer años de la Creighton University School of Medicine (N = 277 varones, edad media = 23.7), un total de 233 la completaron de nuevo el año de su licenciatura. Sus promedios en las puntuaciones de EAMR no fueron significativamente diferentes (promedios de los estudiantes de primer año y de los licenciados de 43.47 y 44.44;  $t = 1.51$ ). Sin embargo, comparados con los promedios en EAMR (47.49) que puntuaron 599 sujetos en una muestra anterior, los estudiantes de medicina, tanto los novatos como los licenciados, puntuaron significativamente más bajo en ansiedad ante la muerte que la muestra de la población general  $t = 4.02$ ,  $p < .001$ .

Al parecer, hoy frente a la muerte, lo único que podemos hacer es negarla. Eso indica la actitud de familiares y amigos cuando están con alguien querido que va a morir. Eso explica que el médico, hasta el último momento, emprenda acciones que de antemano sabe inútiles para curar a su enfermo. Lamentablemente, con esa actitud impedimos lo que realmente serviría a quien está por morir: la presencia y las palabras que dan consuelo y apoyo.

## CAPÍTULO 5: ASPECTOS CULTURALES.

Cerezo (2001) hace una revisión acerca de las culturas, incluyendo las antiguas culturas de México, la cultura Indú, la cultura Griega y la cultura Egipcia, describiendo sus creencias, costumbres y tradiciones al respecto de la muerte, mismas que van sufriendo modificaciones a través del tiempo, debido a los cambios económicos, sociales e ideológicos.

### 5.1. Antiguas culturas de México.

Entre los antiguos mexicanos, la muerte era un fenómeno siempre presente en la sociedad, no se ocultaba, se ponía al descubierto y se enfrentaba.

Los **Mexicas** afirmaban que la tierra es lugar de mucho llanto y amargura, no le temían a su dios de la muerte Mictlantecuhtli, sino temblaban ante la incertidumbre que es la vida del hombre, representada por Tezcatlipoca, el dios de la vida.

Para los **Mayas** el dios de la muerte era Ah Puch. El maya creía en la inmortalidad del alma y que ésta iba a un lugar de eterno placer o al Mithal, equivalente al infierno y reino de Hunhac, príncipe de los demonios. El sacrificio humano introducido por los Aztecas, tomo forma maya en el cenote de Chichen Itzá. La sangre constituía el elemento capital en el sacrificio efectuado y con ella eran mojados los ídolos.

La cultura **Azteca** (también nombrada pueblo del sol o pueblo de la muerte) tenía un dios principal Huizilopochtli y exaltaba el culto a la muerte, una muestra de ello es el Templo Mayor. Los Aztecas consideraban que el sol fue creado por el sacrificio del dios Nanahuatzin, siendo una de las condiciones del sol para convertirse en estrella.

En la cultura **Tolteca** se encuentra que el dios Quetzalcoatl se sacrificó después de haber cometido algunos errores y de las brasas que quedaron después de su incineración resucitó su corazón, convirtiéndose en la estrella de la mañana (el planeta Venus), anunciador del nuevo día, de la vida que vuelve a nacer. Los hombres imitaban a los dioses con trabajo y sacrificios para que la vida continuara.

## **5.2. La cultura Indú.**

Esta cultura considera que todo lo que muere nace nuevamente y al nacer, vuelve a morir, considerándose así, la inevitabilidad de la muerte sin que exista razón alguna para la aflicción ante ese suceso. El renacimiento de las personas fallecidas tanto buenas como malas era recompensado de acuerdo a sus actos precedentes a la muerte. La calidad de vida después de la muerte era determinada por el grado de fidelidad de una persona para ejecutar los ritos religiosos y conducta moral.

La cultura Indú considera que la muerte conduce a una fusión con el cosmos al desprenderse de todo apego del mundo, ayudando ésta postura al hombre a una reconciliación con su propia muerte.

## **5.3. La cultura Griega.**

Los griegos imaginaban la muerte como una vaga y oscura continuación de la existencia. La cultura griega creía en la inmortalidad del alma, en la transmigración de ésta en una reencarnación a otra.

Platón enseñaba que el alma se separaba del cuerpo a la hora de su muerte y una vez libre, conversaba con otros espíritus, casi siempre familiares y amigos. Describiendo que eso tenía lugar en un sitio brillante, pero que llegaba el momento en que el alma tenía que salirse de ahí para enfrentarse al juicio, pasando ante sus ojos todos los actos de su vida.

#### **5.4. La cultura Egipcia.**

Esta cultura posee “El Libro Egipcio de los Muertos”, el cual prescribe las acciones que deben realizar los vivos después de la muerte de algún familiar o miembro de la comunidad. Los egipcios basaban sus esperanzas en la creencia de la indestructibilidad del cuerpo humano o, por lo menos del cuerpo de aquellos que durante su vida habían ejercido un poder indestructible.

La religión de los egipcios da por sentado que vendrán las deidades a premiar una muerte heroica en combate y que llevarán al fallecido en esas circunstancias al valhalla, con el fin de transportarlo en una barca por el Nilo, para que reencarne en otros seres o se instale en un paraíso.

Los egipcios buscaban la inmortalidad personal, por lo que preparaban cuidadosamente a sus muertos, colocando en sus tumbas los ornamentos, armas, alimentos, bebidas y en ocasiones sirvientes a los que se sacrificaba para que acompañaran a sus amos. Se pensaba que la siguiente vida requería de las mismas comodidades que ésta.

## **CAPÍTULO 6: NOSOTROS Y LA MUERTE: LA MUERTE EN TERCERA, EN SEGUNDA, EN PRIMERA PERSONA.**

Debemos distinguir claramente entre las tres personas, es decir, entre las tres ópticas: la tercera y la segunda personas que son los puntos de vista sobre el otro (él o tú) o los puntos de vista del otro sobre mí mismo (yo, considerada como tercera o segunda persona del otro), las dos parejas continúan siendo dos sujetos distintos: la primera persona que es mi punto de vista sobre mí mismo, tu punto de vista sobre ti mismo, y en general el punto de vista de cada cual sobre sí mismo (Jankélévitch, 2002).

La muerte en tercera persona es la muerte en general, la muerte abstracta y anónima o bien la muerte propia, en tanto se considere esta de una forma impersonal y conceptual.

Si la tercera persona es principio de serenidad, la primera persona seguramente es fuente de angustia. Estoy acorralada en mi primera persona, la muerte es un misterio que me concierne íntimamente.

Mi muerte es para mí, la tuya para ti, y en general la muerte de cada tercera persona es para cada una de esas personas, puesto que cada persona, considerada respectivamente, dice yo como mi mismo. La segunda y la tercera persona que son tú y él para mí ¿no son acaso yo para sí mismas?, ¿cada persona no es primera para sí misma?

Entre el anonimato de la tercera persona y la subjetividad de la primera, está el caso intermedio de la segunda persona; entre la muerte de otro, lejana e indiferente, y la muerte propia, está la proximidad de la muerte del prójimo. El tú representa al primer Otro. También la muerte de un ser querido es casi como la nuestra, la muerte de un padre o de una madre es casi nuestra muerte.

En realidad el misterio de la muerte se refleja en el mismo lenguaje. Al hablar de la muerte en primera persona revelamos nuestra caducidad, nuestro miedo a morir, nuestra huida ante la muerte y nuestro deseo de inmortalidad.

Si profundizamos un poco el análisis de la frase "yo estoy muerto" descubrimos una contradicción: si estoy, estoy vivo y además, si estoy muerto no puedo decirlo. Ahora bien, si decimos: "estoy muerto" y no: "soy muerto", el verbo ser nos indica algo permanente y el verbo estar, algo transitorio. En el fondo, "estar", en esta frase revela nuestra precaria posesión de la vida.

Sin embargo, el lenguaje sólo es expresión, instrumento, de la experiencia sensible y del pensamiento, de los que también en este caso se manifiesta el reflejo. Cuando una persona se ve muerta en la fantasía o en el sueño, se da un desdoblamiento: los ojos que lo ven muerto no pueden ser sus ojos. Pero, ¿podría pensarse muerto? Tampoco, siempre se piensa vivo, pues el pensamiento es un indicio claro de que no está muerto.

A las consideraciones lingüistas, conviene añadir la psicológica. Freud (1915, citado en, Pérez, 1998), en un artículo titulado consideraciones actuales sobre la guerra y sobre la muerte, escribió que es completamente imposible imaginarnos la propia muerte.

Pero, ¿por qué se evade la muerte? En la sociedad de los moribundos, Elias (s/f, citado en, Kraus y Álvarez, 1998), analiza la dificultad de los vivos para acercarse a quien pronto morirá. El mundo prefiere ocuparse de lo que se mueve y crece en la inmortalidad: "el problema social de la muerte resulta sobremanera difícil de resolver porque los vivos encuentran complejo identificarse con los moribundos". Lo anterior pone en evidencia nuestra incapacidad para acompañar a los moribundos, mostrarles ese afecto que tanto necesitan a la hora de despedirse de los demás. La causa es que la muerte de los otros se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte.

### **6.1. La muerte propia.**

Esta tipología de la muerte aparece en el siglo XII. La representación del juicio final sufre modificaciones. En un principio los muertos pertenecientes a la Iglesia habrán de despertar un día en el Paraíso. No hay juicio ni condena. No hay responsabilidad individual. Ya no cuenta tanto el momento preciso del morir sino el último día del mundo al final de los tiempos (Alizade, 1998).

Al respecto, un área de investigación relacionada con la muerte se centra en cómo los individuos conceptúan y describen su propia muerte. Por ejemplo, Kastenbaum y Normand (1990, citados en, Evans y Walters, 1999) hicieron que los estudiantes de un curso de educación para la muerte describieran la percepción que tenían acerca de cómo creían que sería la escena de su muerte. La mayoría de los participantes describieron que su muerte ocurriría en la tercera edad, en su propio hogar, y que estarían rodeados por los miembros de su familia o red social. Por otra parte, los participantes creyeron que serían cognitivamente lúcidos incluso durante las etapas de morir activo, y que la muerte sería breve, sin dolor, y sin señal de auxilio. Esta conceptualización no corresponde con la realidad norteamericana, ya que la mayoría de los americanos actualmente mueren después de una enfermedad crónica (Kastenbaum, 1995, citado en, Evans y Walters, 1999) y con frecuencia solos en alguna institución. Una conclusión importante fue que los participantes del estudio sentían que la necesidad de protegerse contra la realidad los hacía que alteraran la percepción que tenían de la escena de su muerte, y que esto hacía difícil el hecho de integrar la percepción de la escena de su muerte con condiciones probables y realistas.

### **6.2. La muerte de los demás.**

A partir del siglo XVI, el hombre ya no se preocupa tanto por su propia muerte y la muerte es ante todo la muerte ajena, la muerte de los demás. Se trata de la ausencia del otro cuya añoranza y recuerdo inspiran durante los siglos XIX y XX el

nuevo culto de tumbas y cementerios. Sobre el otro se dibuja la muerte y se la colma tanto de romanticismo como de lo macabro. La muerte queda asociada al amor; la agonía al trance amoroso. El duelo adquiere un carácter ostentoso (Alizade, 1998).

Cien mil hombres mueren aproximadamente cada día. Cada uno con su propia muerte, con su propio misterio, con su modo de ser exclusivo e intransferible. La muerte del otro se cuenta por números; la de los seres queridos es aparte. La muerte del otro es la del "otro", es lo común, es lo ordinario, es lo que sucede tan frecuentemente a los demás.

Si el que muere no es sólo un semejante, o un vecino o conocido, sino un ser querido, la muerte se presenta como algo radical que sacude la propia existencia y parece derrumbarla. Nuestros seres queridos siguen siendo nuestros, nuestros muertos (Pérez, 1998).

La muerte de una persona cercana suscita múltiples emociones, las que son de prever y otras que tal vez no preveíamos y nos extrañarán. Éstas pueden variar desde una pena muy profunda hasta una sensación de alivio cuando el traspaso pone fin a una existencia cargada de dolor y sufrimientos.

La muerte ajena siempre ha constituido un espejo donde uno mira la muerte del otro y en ese espejo aprende vivencialmente en forma parcial que también es mortal. Lo percedero de la materia viviente e incluso de lo inanimado pone ante los ojos la realidad de la polaridad vivo – muerto (Alizade, 1998).

Cruz (1998) advierte que no es "uno" son los "otros" los que mueren: "la muerte es un asunto de los demás, todo mundo cree que los demás son mortales excepto uno mismo". Esta autora subraya el carácter ajeno de la muerte. La muerte del prójimo es asumida como "culpa" por quienes le sobrevienen. De este modo, en la culpabilidad del superviviente esa muerte se haría propia.



## **CAPÍTULO 7: LAS EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE.**

Los avisos anticipados de la pre – muerte convierten a la muerte en una realidad y disipan la negación. La antesala de la muerte genera sufrimiento. Los otros acompañan como mejor pueden al amenazado que yace en su estadio de pre – muerte (Alizade, 1998).

Las experiencias anteriores a la muerte se presentan generalmente después de un accidente o de una enfermedad grave. Se tiene una sensación de paz y se ve la escena de la muerte. Luego se tiene la sensación de pasar por un túnel, al final del cual puede haber un “ser de luz”. En este punto se empieza a recordar la vida. En algunas ocasiones se puede entrar a un mundo trascendental donde se encuentran familiares y amigos, pero en otras no se experimenta el paso por el túnel ni al otro mundo (Kellehear, 1998).

Al respecto, Kübler – Ross (2000) recopiló casos en Estados Unidos, Australia y Canadá. El paciente más joven fue un niño de dos años, el mayor un hombre de noventa y siete. El origen cultural y religioso de los pacientes fue muy variado, incluyendo esquimales, hawaianos autóctonos, aborígenes australianos, hindúes, budistas, protestantes, judíos y varias personas sin identificación religiosa, incluso algunos que se autodenominan agnósticos o ateos. Para ella era importante recopilar datos de la mayor diversidad posible pues quería estar segura de que se trataba de una experiencia singularmente humana, y de que no tenía nada que ver con un condicionamiento temprano, ya fuera religioso o de otro orden. Es también relevante el hecho de que las personas tenían estas experiencias después de un accidente, de un intento de asesinato o suicidio, o de una muerte lenta y prolongada. La doctora Kübler – Ross, concluye que la experiencia de aproximación a la muerte ocurre en cuatro fases:

Primera fase: las personas salen de su cuerpo, todas decían haber estado conscientes del escenario donde estaban sus cuerpos, sabían lo que estaba ocurriendo, oían las conversaciones de los demás, veían los esfuerzos del equipo de rescate.

Segunda fase: se encuentran con ángeles guardianes, guías o compañeros que les recordaban los momentos alegres de su vida. Cuando una persona se va marchitando poco a poco durante un período largo de tiempo, enferma de cáncer, por ejemplo, todos, tanto el enfermo como sus familiares, tienen tiempo para prepararse para su muerte. Cuando la persona muere en un accidente, no es tan fácil, los familiares se confunden mucho y no tienen tanto tiempo para comprender lo ocurrido.

Tercera fase: las personas entran en lo que por lo general describían como un túnel o una puerta de paso, aunque también con otras diversas imágenes, por ejemplo un puente, un paso de montaña, un riachuelo, etc. Al final veían una luz brillante. Cuando su guía las acercaba más a la luz, sentían que ésta irradiaba un intenso y agradable calor, allí sentían entusiasmo, paz, tranquilidad y la expectación de llegar por fin a casa.

Cuarta fase: en ese estado la persona hacía una revisión de su vida, un proceso en el que veía todos los actos, palabras y pensamientos de su existencia.

Algunos investigadores interesados en los reportes acerca de cruzar el túnel han explicado que dicha sensación se debe a la desinhibición cortical fisiológica que precede a la muerte. Otros proponen que la revisión de la vida pasada se puede deber a la hiperactivación del lóbulo temporal. Kellehear (1998), disiente de la universalidad del fenómeno y de la aplicación general de las teorías biológicas.

### **7.1. La muerte esperada: la eutanasia.**

La palabra eutanasia viene de dos raíces griegas, eu: bueno y thanatos: muerte, la etimología hace referencia a una muerte serena y tranquila (Rodríguez, 2000). La eutanasia, de acuerdo con Kraus y Álvarez (1998) es el acto o método para producir la muerte sin dolor y terminar con el sufrimiento. En la eutanasia, el paciente solicita al médico ayuda para morir. El médico propone un medio que él mismo aplicará. Por eutanasia, Quintana (1997) entiende la demanda de morir expresada por el paciente y que sea satisfecha mediante una acción por parte del médico.

La eutanasia activa (también denominada positiva) implica la finalización deliberada de la vida con el mismo objetivo por medio de una terapia encaminada a procurar la muerte. La eutanasia pasiva (o negativa) significa que la muerte sobreviene por omitir o renunciar a medidas que tienden a preservar la vida. La eutanasia voluntaria es la interrupción de la vida de un ser tras su petición y consentimiento libre, mientras que eutanasia involuntaria es la que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo por encontrarse incapacitado. Finalmente, el suicidio asistido supone que otra persona provea los medios o auxilie a quien quiere finalizar su vida.

La diversidad de las formas de eutanasia es una respuesta a los diferentes padecimientos y circunstancias que se enfrentan al final de la vida. Además, cada enfermo padece y responde a la proximidad de la muerte de manera distinta.

El final de la vida plantea una serie de problemas éticos difíciles de resolver para el que va a morir, para sus allegados y para los profesionales que lo atienden. En las últimas décadas estos problemas se han exacerbado por dos razones: la aparición de tecnologías médicas que permiten alargar la vida y la actitud de rechazo de la sociedad hacia la muerte. Una característica de estos problemas es su

complejidad, que impide aplicar reglas generales que sean válidas en todos los casos (Quintana, 1997).

Por ello, hablar de eutanasia es complicado porque significa pasar de la vida a la muerte a solicitud del enfermo y con la participación directa del médico, implica fundir deseos en decisiones nada comunes: permitir o producir la muerte como último recurso médico. Huelga decir que el problema se complica porque no hay reglas universales para aplicar la eutanasia: cada caso, al igual que de cada ser, es diferente.

La preocupación de la sociedad por la muerte se incrementó a partir de las disquisiciones acerca de la eutanasia en Holanda, la campaña de Kevorkian a favor del suicidio asistido y las discusiones públicas y médicas sobre todo en Estados Unidos, Australia y Europa a propósito de los aciertos y desaciertos de estas prácticas.

En Australia es ilegal la eutanasia pasiva y extensa su práctica. Sin embargo, según los sondeos, la mayoría de los doctores, los enfermos y la sociedad considera que la ley debería permitirla.

En el territorio norte se modificó la ley para conseguir lo que ya es realidad en los Países Bajos: permitir la eutanasia activa en ciertas condiciones. Este cambio no perduró por la fuerte oposición que persiste, principalmente por parte de la Iglesia Católica que condena la eutanasia basándose en una concepción de Dios común a las tres religiones monoteístas: el cristianismo, el judaísmo y el islamismo, argumentando que Dios es la fuente de toda vida y el único que puede decidir sobre la muerte. Sin embargo, este razonamiento no se aplica de la misma manera al considerar la eutanasia pasiva que la activa. La jerarquía de la Iglesia católica ha sido muy clara al definir su posición al respecto. Rechaza la eutanasia activa y permite la pasiva. Esta diferencia supone un cambio de perspectiva para juzgar entre una y otra formas de eutanasia.

Existen contradicciones en los argumentos religiosos. Si la Iglesia católica condena el suicidio, ¿por qué lo ha justificado en guerras “santas” o en casos de martirios? ¿Por qué sólo esas muertes son dignas para Dios? Si se permite prolongar la vida con avances tecnológicos, ¿cómo sancionar la eutanasia activa por atentar contra la voluntad divina que “fija el día de la muerte”? La conclusión es que resulta necesario que la Iglesia revise sus lineamientos.

Aun así son interesantes los aspectos considerados en la llamada Acta del enfermo terminal. Se pide al médico asegurarse de:

- 1) Que no hay ninguna alternativa de curación y que la muerte es “próxima”.
- 2) Que no existe ningún tratamiento paliativo que disminuya razonablemente el sufrimiento del enfermo.
- 3).Que el paciente ha tomado voluntariamente la decisión de acelerar su muerte y ha considerado las posibles implicaciones para sus familiares.
- 4) Que un psiquiatra confirme el diagnóstico y descarte una depresión tratable.
- 5) Que el enfermo confirme su petición siete días después de haberla formulado por primera vez. Además, se establece que ningún médico está obligado a asistir a un paciente a morir.

Dicha acta se distingue de la legislación de otros países. En Holanda basta que el paciente sufra de modo intolerable para permitir la eutanasia, aun si no padece una enfermedad terminal. En Oregon, un paciente es terminal si el médico considera que su muerte sobrevendrá en menos de seis meses, predicción con la que es difícil comprometerse.

A pesar de que la eutanasia en general, ha sido un tema bastante contradictorio, existen argumentos a favor de dicha práctica, por ejemplo, los

avances de la tecnología médica y las virtudes que ofrecen. Quienes consideran que la existencia debe incluir dignidad y la posibilidad de que sea el individuo quien decida cuáles son los límites de “su vida” abogan también por la eutanasia. Hay enfermedades que causan mucho sufrimiento, dolor o minusvalía, y el enfermo puede preferir morir que seguir en ese estado, la ayuda según Quintana (1997) puede ser de dos tipos: el suicidio asistido y la eutanasia. El suicidio asistido consiste en que el paciente solicita del médico un medio para terminar con su vida, pero el medio, facilitado por el médico, lo pone en práctica el paciente.

Muchas de las pautas actualmente propuestas para la muerte asistida tienen una disposición para la implicación de un profesional de salud mental, pero solamente si el médico que trata o que consulta cree que la persona que solicita la muerte asistida tiene una enfermedad mental que la esté influenciando su decisión. A medida que la discusión continúa y los estados comienzan a experimentar con leyes que permiten la muerte asistida, son producidas por iniciativa pública o esfuerzos legislativos, sin embargo, Oregon es actualmente el único estado en el que la muerte asistida se practica de manera legal (James, 1999).

## CAPÍTULO VIII: LA LABOR DEL PSICÓLOGO.

### 8.1. Aportes del psicoanálisis a la técnica.

El trabajo se centra en paliar la herida narcisista del enfermar y del tener que morir, en procurar una cierta elaboración de la muerte y en sostener la calidad de vida. Pensar sobre la muerte, temerla, desearla, negarla, etc. Constituyen vicisitudes en el trabajo terapéutico. Un nuevo espacio psíquico se abre cuando la persona, en una fase muy avanzada de la enfermedad, se entrega al morir (Alizade, 1998).

Construir la muerte de acuerdo con Alizade (1998) quiere decir trabajar con un paciente y sus múltiples espacios psíquicos para lograr un producto: la mejor muerte posible. Para ello es necesario que se arme organizada o espontáneamente un marco de contención útil, un andamiaje en varios niveles que dé apoyo, compañía y alivio físico y psíquico. El equipo tratante debe actuar como equipo solidario entrenado en los menesteres básicos requeridos por un sujeto enfrentado a la catástrofe final. Elaborar la muerte es un trabajo que se le ofrece tanto al que va a morir como al aún viviente. En realidad, elabora más fácilmente aquel que ha tenido presente en su vida la hora de su muerte y en cierta forma se ha ido preparando para ella. Dado que todos vamos a morir, sería de desear que todos ejerciéramos anticipadamente cierto trabajo elaborativo de nuestra propia muerte. La conocida frase “si quieres disfrutar la vida, prepárate para la muerte” adquiere pleno significado debido a que en nuestro mundo occidental, la vida transcurre en gran medida en el rechazo de la idea de la propia muerte.

El papel del psicólogo en la atención de los enfermos en situación terminal de acuerdo con Bauab (2001) se centra en dos áreas de actuación bien diferenciadas:

- 1) *intervención directa sobre el paciente con un triple objetivo*. En primer lugar, fomentar los propios recursos del enfermo, tales como relajación, imaginación, distracción, etc.; en segundo lugar, detectar las necesidades específicas de

cada individuo (ansiedad, miedo, depresión, etc.) y en tercer lugar, proporcionar apoyo emocional.

- 2) *Intervención indirecta sobre el paciente* a través de proporcionar pautas de actuación, tanto a la familia como al equipo que los atiende. En este sentido, el psicólogo informará, orientará y apoyará a la familia y sus allegados, proporcionándoles recursos básicos y entrenamiento en habilidades de comunicación, autocontrol, resolución de problemas, manejo de estrés. Prestará, así mismo, apoyo psicológico a los miembros del equipo interdisciplinar cuando sea necesario.

## **8.2. Hablar con los moribundos.**

Elisabeth Kübler-Ross (s/f, citada en, Kraus y Álvarez, 1998) fue una de las primeras en llamar la atención sobre el descuido en que permanecen los enfermos terminales. Esta psiquiatra trabajaba en 1965 en un hospital de Chicago cuando unos estudiantes de teología le pidieron orientación para conocer la necesidad de los moribundos. En respuesta a esa solicitud, inició un seminario sobre la muerte y el morir en esa institución. Su lógica fue simple: lo que querían conocer de los enfermos había que preguntárselos a éstos. En su libro *On Death and Dying* narra el aprendizaje que obtuvo al dialogar con pacientes cuya muerte era cercana. Pero antes le fue preciso vencer las enormes resistencias que su trabajo provocó. Al ser médica, Kübler-Ross pudo imponerse a sus colegas y llevar a cabo su objetivo. Encontró que los moribundos no sólo accedían a hablar, sino que se mostraban sumamente aliviados de hacerlo. A partir de doscientas entrevistas, identificó cinco “etapas del morir”: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. Al analizarlas, es posible entender el proceso que atraviesan los enfermos al confrontarse con su fin, aun cuando no todos siguen la misma secuencia ni pasan necesariamente por todas las etapas.

Sin embargo, el uso de esta clasificación tiene un riesgo doble. Por un lado, el de imponer un modelo de muerte ideal que haría creer que ésta llega a aceptarse



como culminación de un proceso, cuando no necesariamente es así. Por el otro, el de pretender comprender demasiado lo que le sucede a quien afronta la proximidad de su muerte. Esta es una experiencia mucho más compleja, donde se manifiesta la singularidad de cada persona.

### **8.3. La tanatología.**

La tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones, es la ciencia de la muerte y del morir, su nombre proviene de Thanatos, el dios griego de la muerte, hijo de la Noche y de Hipnos (Martínez – Bouquet, 2003). La tanatología se encarga de estudiar a la muerte y el proceso de morir para auxiliar al paciente terminal a llevar una vida digna hasta el final de sus días (Rodríguez, 2000).

Hace más de treinta años empezó el desarrollo sistemático de la tanatología, que se ocupa de la atención de los enfermos terminales, el enfermo terminal, de acuerdo con Martínez – Bouquet (2003), puede ser definido como el que padece una enfermedad incurable, por la cual posiblemente va a morir en un tiempo relativamente breve. (Gómez, 2001) considera la enfermedad terminal cuando en la persona está presente una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y existe una falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; la presencia de numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes. De gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte, y cuando el pronóstico de vida es inferior a seis meses.

La tanatología, se basa en el principio de "cuidar más allá de curar", se propone disminuir los sufrimientos de los pacientes (cuidados paliativos), mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte, que logren -si es posible- un aprendizaje de esta experiencia trascendente, que se reconcilien con la vida, si es el caso. Se ocupa, asimismo, de la familia del enfermo terminal durante el proceso de la enfermedad y muerte, de los duelos, y de la reestructuración necesaria de la

familia ante el hueco dejado por quien ha fallecido. Se ocupa también de la atención del equipo, sometido frecuentemente a un fuerte estrés.

Tiene una base interdisciplinaria: medicina, enfermería, psicología, asistencia social, espiritualidad y religiones, justicia, ética, etc. Los integrantes deben cumplir su función específica en equipo. Y entre ellos debe haber quienes sean idóneos en dialogar en su calidad de seres humanos con otro ser humano que se pregunta por el sentido de la vida, la muerte, la enfermedad, y el sufrimiento.

La atención que brinda la tanatología, se realiza en un sanatorio u hospital, o en el domicilio del enfermo. Es fundamental combatir el dolor. Además del tratamiento de los síntomas físicos y del cuidado corporal, es necesario ocuparse del nivel emocional: brindarle compañía; favorecer la satisfactoria relación persona a persona con quienes lo cuidan (la familia, los amigos, los miembros del equipo de tanatólogos).

De igual manera es fundamental la comunicación. Cuando la muerte se acerca, el tratamiento curativo cambia a paliativo, en estos casos se puede enviar al paciente a su casa o dejar que permanezca en el hospital (Gómez, 2001).

A veces la familia desea saber cuáles son las etapas de la muerte; una vez ocurrido el deceso, se debe apoyar a la familia, no olvidando que la comunicación es la base fundamental en las relaciones humanas.

La comunicación incluye:

1. Escuchar.
2. Dar buenas noticias, o malas en su caso.
3. Responder a preguntas difíciles.
4. Tener un diálogo terapéutico
5. Estar en comunicación con la familia y los profesionales.

López (1996) explica las bases y las fases de la terapéutica paliativa, así como los derechos del enfermo terminal.

Las bases del trabajo son:

1. Atención integral, considerando los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
  - a. Control de síntomas físicos o la promoción de la adaptación del paciente a aquellos no controlables.
  - b. Apoyo emocional y comunicación entre enfermo, familia y equipo de salud.
  - c. Organización que permita el trabajo interdisciplinario y una adaptación flexible a las necesidades cambiantes de los pacientes.
2. Actitud terapéutica que debe ser la promoción de la autonomía y dignidad del paciente.
3. El tratamiento debe contar con una actitud rehabilitadora y activa que llegue a superar el “no podemos hacer nada más”.
4. Modificación del ambiente con fines terapéuticos.

Las fases del trabajo son:

1. Cuidado total. Manejo de situaciones que pudiesen generar malestar al paciente. La magnitud de esta acción alcanza esferas espirituales, físicas, emocionales, intelectuales, sociales y económicas.
2. Control de síntomas. Implica prevenir y tratar los síntomas que aparecen en forma frecuente en el proceso de la muerte, así como las variables impuestas por las características de la enfermedad.
3. Control del dolor. El dolor es el síntoma más relevante y el más temido por el paciente y su familia. El sufrimiento va más allá al agregar la percepción de un entendimiento de irrecuperabilidad o la imposibilidad de encontrar un sentido al proceso por el que se está muriendo la persona.

4. Apoyo emocional al paciente y a la familia. Esta fase requiere de técnicas psicológicas para lograr una sintonía con los sentimientos del paciente.
5. Manejo del estrés y apoyo al equipo tratante.

Los derechos del enfermo terminal son:

1. Ser tratado como un ser humano vivo, hasta el momento de su muerte.
2. Mantener una esperanza, cualquiera que ésta sea.
3. Expresar a su manera sus sufrimientos y funciones por lo que respecta al acercamiento de su muerte.
4. Tener el derecho a la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
5. No morir solo.
6. Ser liberado del dolor.
7. Obtener una respuesta honesta del personal médico ante cualquier pregunta que él haga respecto de su proceso de enfermedad.
8. Recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte.
9. Morir en paz y con dignidad.
10. Conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
11. Ser cuidado por personas sensibles y competentes, que intenten comprender sus necesidades y que sean capaces de encontrar satisfacciones ayudándolo a enfrentarse con la muerte.
12. Que su cuerpo sea respetado después de su muerte.

El fin último de la tanatología consiste en brindar la posibilidad de una muerte adecuada. La muerte adecuada, de acuerdo con Gómez (2001) se logra cuando la calidad de vida del paciente es aceptable, no hay sufrimientos por el dolor, la mayor parte de sus conflictos se han resuelto. Cuando analiza su pasado, sus anhelos han sido cumplidos en su mayor parte y está bien consigo mismo y con la gente que le

rodea. Está tranquilo y acorde con la vida que ha llevado, por lo que acepta que su fin está por llegar y se va integrando al nuevo estilo de vida impuesto por su enfermedad.

## **CAPÍTULO 9: LA POS – MUERTE: EL VIVIENTE Y SUS MUERTOS.**

Los muertos viven copiosamente y de diversas maneras, en la memoria de los vivos. Hablar del muerto es en cierta forma estar con él. Y eso es necesario en todo trabajo de duelo. El duelo no significa desprenderse del muerto, ni siquiera olvidarlo. Significa ir instalándolo intrapsíquicamente en un lugar inolvidable (Alizade, 1998).

¿Por qué el proceso de la pérdida es tan difícil de entender? ¿Cómo las familias hacen frente a la muerte de un ser querido? La complejidad, la carga emocional, y el misterio de la muerte y de la pérdida han afectado a familias desde el principio del tiempo. Aunque todos los individuos, en algún momento u otro, pueden experimentar la muerte de un ser querido, es probable que cada persona presente una variedad de respuestas, de emociones, y de comportamientos únicos relacionados con la pérdida (Weber y Waldrop, 1999).

### **9.1. El trabajo de duelo: la recomposición del lugar vacío.**

Freud (1917, citado en, Moreno y Lillo, 1999) en su obra *Duelo y Melancolía*, estableció los movimientos objetales de la libido, las diferencias entre tristeza normal y patológica, cuando el estímulo desencadenante es la muerte de una persona con la que se tienen establecidos lazos interpersonales intersubjetivos. La tristeza del duelo normal después de un período breve va desapareciendo como consecuencia de la recuperación por parte del Yo de la libido que se encontraba depositada en el objeto perdido, con lo que vuelve a estar en disposición para su colocación en un nuevo objeto sustitutorio. Incluso fantasías anticipatorias de muerte, pueden hacer más llevadero y corto el proceso natural del duelo.

El duelo de acuerdo con Alizade (1998) es una experiencia de pérdida que, como su nombre lo indica, provoca dolor. Además de dolor, el duelo ante un muerto provoca incredulidad en la medida en que nuestra cultura está apartada de la

naturalidad de la muerte. Para Bauab (2001), el duelo es un fenómeno natural que afecta a todas las personas independientemente de su edad y clase social. El concepto clave para entenderlo es la pérdida. Las emociones afloran después de perder a un ser querido o apreciado. Es un proceso necesario que permite la adaptación de la familia o amigos a una nueva realidad. El término duelo es una palabra homónima, recaen sobre ella dos significaciones. Etimológicamente proviene de dos vocablos latinos:

- Dolus, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
- Duellum, variante fonética arcaica de bellum, que significa batalla, desafío, combate entre dos.

Atravesar el duelo implica, según Bauab (2001) considerar una multiplicidad de tiempos:

- Primer tiempo: frente a la pérdida en lo real, la primera respuesta es la renuencia a aceptarla, la renegación reenvía al sujeto a una posición privada y desde ahí sin recurso a quedar representado en la cadena significativa.
- Segundo tiempo: comprende estrictamente el trabajo de simbolización que implica un alto gasto de energía, de investidura y de tiempo. Se ejecuta pieza por pieza y conlleva un displacer doliente. Este movimiento permite ir aceptando que el objeto amado investido libidinalmente ya no está, es el examen de la realidad que posibilita que se retire la libido adherida al objeto amado.
- Tercer tiempo: la sustitución del objeto amado por otro o por otros.
- Cuarto tiempo: la inscripción de la falta en la vida que predispone al encuentro con la creación en las múltiples facetas que la vida ofrece.

De acuerdo con (Black – Cerejido, 2000), el duelo implica una cierta aceptación de las pérdidas, lo cual hace posible el crecimiento y la vida. La labor psíquica de desprendimiento de los seres y situaciones amadas que han desaparecido se llama "duelo". Implica la rememoración y evocación del ser amado perdido y de los momentos pasados, la reactualización de las pérdidas y de las identificaciones con los muertos. Depende de la capacidad de retener un buen recuerdo, una buena imagen y muchas veces una identificación con los aspectos mejores del objeto perdido. También es necesario que se asuma el derecho a tener un destino diferente al que tenían los muertos amados, esto es, a seguir viviendo a pesar de que ellos han muerto. Cada situación nos pone en la disyuntiva de negar la pérdida y añorar lo pasado, o aceptar que es algo de la vida que ya pasó y enfocar entonces una situación nueva.

La vivencia del duelo puede variar según: los distintos grados de parentesco, el rol desempeñado por el fallecido, las creencias religiosas, la calidad de la relación que se tenía con el difunto, la edad, el hecho de que la muerte haya sido súbita o esperada, la frecuencia de los fallecimientos en la familia, las aproximaciones que el sujeto ha experimentado ante la muerte ya sea por accidente o enfermedad, etc. Hay duelos que son más difíciles de elaborar que otros. Por ejemplo, el suicidio de un familiar, ya sea un progenitor, un cónyuge, un hijo o a veces alguien a quien una alguna relación de parentesco o afecto, agrega al dolor de la pérdida una enorme dosis de culpabilidad extremadamente ardua de remover. Por ejemplo, el dolor de la muerte del hijo en el embarazo no sólo es por lo que fue sino también por lo que hubiera podido ser (Savage, 2000).

La muerte de un ser querido es siempre un evento traumático, pues representa la pérdida de una parte de sí mismo. Es un suceso en el que la persona debe replantear sus metas, creencias, ideales, etc. pues el rol de ésta persona cambia con la ausencia de su ser querido. Es, entonces, un trabajo difícil, hacerles ver a las personas que la muerte es algo natural y algo que se debe aceptar.



El dolor que resulta de la muerte de un hijo es generalmente devastador. La muerte de un hijo es única entre todas las muertes con respecto al impacto de los sobrevivientes. Este no es un evento aislado. Ocurre en el contexto del lugar del hijo y de los padres dentro de la familia, así como en la calidad de relación de los padres con los demás. De este modo, la muerte de un hijo tiene consecuencias tanto sociales como individuales (Andonaegui, 2000).

La muerte de un niño produce un duelo singular; cuando los padres desean y saben que pueden tener otro niño, el dolor de la pérdida es acompañado frecuentemente de esperanza: el nacimiento de un nuevo ser que ocupará el lugar del muerto. Es preciso tener en cuenta lo anterior, ya que permite analizar la diferencia en la experiencia de la muerte de un pequeño, los testimonios reflejan las valoraciones de esperanza por medio de una mayor capacidad de resignación (Bronfman, 2001).

## **9.2. Manifestaciones de luto.**

La sintomatología del duelo se puede manifestar por medio de arrebatos de dolor, depresión, pensamientos suicidas, angustia, estar absorto con imágenes del difunto, alucinaciones de todo tipo (visuales, auditivas), aislamiento social, inestabilidad emocional, llanto, etc.

Ante la muerte del ser querido pueden brotar de modo sucesivo varias reacciones. La reacción más dramática es la del suicidio, como tentativa mágica e ilusoria de reencuentro. Por lo demás, es más frecuente que se experimente un vago deseo de morir, que puede ir unido a un rechazo del alimento o del descanso, o bien un abandono y descuido de sí. También podría darse el refugio en lo irreal, en la creación imaginaria de la presencia del ser amado que niega la realidad de la muerte. Queda, por último, el aprisionarse en el pasado, en el recuerdo obsesivo, en el rodearse de fotos y recuerdos, mantener inmutable el recuerdo del difunto y convertir sus antiguas pertenencias en objeto de culto. Las personas que actúan así

creen mantener de esa manera la fidelidad al difunto. Sin embargo, este tipo de actuación puede tener algo de positivo, pero tal comportamiento tiende a crear una situación que detiene el pasado en lugar de proyectarse hacia el futuro (Pérez, 1998).

Una de las sensaciones más frecuentes después de la desaparición de alguien muy cercano, de acuerdo con Markham (1997) es el remordimiento por si la comunicación entre ambos no hubiese sido tan completa como era de desear y que por ello, hallan quedado asuntos pendientes, entre los cuales figuran:

- Las cosas que se hicieron.
- Las cosas que se omitieron.
- Las cosas que se dijeron.
- Las cosas que se callaron.

Cuando una persona está muriendo o experimentando la muerte de un ser querido, es probable que las personas afligidas pasen por varias etapas de duelo, que fueron propuestas por Kübler – Ross (s/f, citada en Andonaegui, 2000):

*Negación y aislamiento:* la persona habla sólo del futuro, evita hablar sobre la enfermedad o la muerte, evita a los amigos y familiares, culpa al doctor por la enfermedad, presume que los resultados son equivocados.

*Coraje:* el cambio de etapa se da cuando la persona se da cuenta de que la muerte es probable. La persona se pregunta “¿por qué a mí?”, la persona cuestiona las creencias religiosas, culpa a los familiares y amigos por su falta de cuidados.

*Negociación:* la persona hace promesas a Dios o a un ser supremo, acepta cambiar de vida si se le permite vivir, pide una oportunidad para hacer algo especial para ella antes de morir.

*Depresión:* la depresión se da porque la pérdida se vive en el ámbito financiero, de trabajo, de independencia, del rol familiar y de intimidad.

*Aceptación:* durante esta etapa la persona demuestra una disminución en los intereses por los eventos valiosos, un deseo de quedarse solo, una disminución en el deseo de comunicarse, una disminución en las relaciones con los seres queridos.

Por su parte Igor Caruso (s/f, citado en Barco y Solís, 2003), propuso las siguientes etapas del duelo.

1. Catástrofe del yo: el problema que se presenta es la vivencia de la muerte en la conciencia ocasionada por la separación. Para que ésta muerte en la conciencia no se convierta en aniquiladora y para que no siga la extinción física, inmediatamente se ponen en juego los siguientes mecanismos de defensa:
2. Agresión: primer mecanismo de defensa. Sale del dolor profundo para fijarse en alguien externo a su Yo (médicos, Dios, al que murió, etc.). desvaloriza al ser amado, esto permite una desidentificación con el sujeto, el amor se convierte en odio.
3. Búsqueda de indiferencia: Segundo mecanismo de defensa. El sobreviviente quiere convencerse de que la vida sigue adelante, que no importa la muerte (autoengaño), pero sirve para lograr la paz interior.
4. Huida hacia delante: Tercer mecanismo de defensa. Se manifiesta como la huida en la actividad. Conducta que toma el sobreviviente como actividades constructivas o destructivas, que utiliza como escape a su situación.
5. Ideologización: racionalización, filosofía, devoción o la religión como consuelo.
6. Aceptación: es un auténtico bien, la resignación no es salir del dolor.

Etapas del duelo según el Dr. Alfonso Reyes – Subiría (s/f, citado en Barco y Solís, 2003).

Da a conocer las etapas para la elaboración del duelo, fruto de su experiencia como tanatólogo en México. Hace hincapié en que la tristeza es el primer punto concreto de atención, ya que en cada etapa ésta se puede convertir en otros sentimientos negativos.

1. Depresión: aclara que la depresión es una emoción, no una enfermedad. Desde el momento en que se sabe que murió el ser querido se experimenta un vacío interno. En esta etapa aparece la negación (sensación de pesadilla que puede durar un tiempo), después entra la realidad completa y una profunda tristeza, el sufrimiento del duelo se agudiza alrededor de los dos meses posteriores al fallecimiento de la persona querida. Todas las emociones que se sienten, parecen síntomas de la depresión, pero no es más que el proceso de duelo. Es la etapa de máximo dolor.
2. Rabia: Primer mecanismo de defensa. Aparecerá un sentimiento de rabia hacia Dios, los médicos, el muerto, o a él mismo, que se transformará en culpa por no haber sido bueno con la persona que murió o por no haber impedido su muerte. Culpa porque quizá en algún momento llegó a desear su muerte.
3. Perdón: etapa muy importante, ya que las culpas se deben perdonar. Es un perdón al propio Yo, perdón al Tú. Si no se perdona, se vivirá inmerso en una profunda tristeza.
4. Aceptación: es importante en esta etapa una real aceptación y no simplemente una resignación. Esta se dará cuando uno mismo sienta que el que murió está vivo dentro de sí mismo.

### 9.3. El negro como símbolo de carencia y privación.

El luto (del latín *luctus* = llanto) es una de las prácticas de duelo que consiste en la modificación de la ropa cotidiana, por parte de la familia y las personas más allegadas al difunto para vestir prendas de un determinado color, generalmente tonos oscuros, tiene la finalidad de expresar, de esta manera, un estado de ánimo (Cruz, 1998).

Frente a la muerte, el hombre se sobrecoge. El mayor misterio humano se encierra en ella: el misterio del ser y de su destino final. A través de todos los tiempos, el hombre se ha preguntado sobre la muerte y sobre lo que acaba y comienza con ella (Cruz, 1998). Ligado a la muerte y al dolor, aunque no de forma exclusiva, el negro (que no es sino la ausencia de color, así como el blanco es la existencia conjunta y simultánea de todos los colores) se ha utilizado cómo una expresión pública del dolor por parte de los sobrevivientes.

En Occidente, según la tradición el luto comprende varias etapas:

- El *comienzo del luto* tiene lugar inmediatamente después de la muerte: el enlutado se da a conocer como tal por medio de signos distintivos (sobre todo relacionados con la vestimenta), se recluye y acata prohibiciones gravosas.
- El periodo de *luto riguroso* coincide con el sentimiento agudo de la pérdida y la observancia rigurosa de las reglas.
- El *medio luto*, que corresponde a un período en que ha disminuido la aflicción de los familiares, las prohibiciones se atenúan y las características de la vestimenta se vuelven más discretas (Louis – Vincent, 1992).

#### 9.4. Donación de órganos.

El cuerpo, al servir de mediación entre individualidad y colectividad, está impregnado de símbolos culturalmente particulares. Es por eso que la donación de órganos, presuponiendo una intervención sobre el cuerpo, propone una redefinición del cuerpo humano. Bendassolli (2000) propuso una hipótesis central: si el cuerpo es considerado como un lugar individual y, por lo tanto, delimitado a partir de un cierto desarrollo o recorte espacial; por ello tal vez la donación de órganos sea capaz de abrir una fisura en esa configuración, puesto que implica la retirada de uno o más órganos que serán transplantados en otro cuerpo.

El cuerpo marca al individuo porque, nuestra estructura social es de tipo individualista, la persona toma conciencia de la misma a partir de una definición precisa que la delimita por y a partir de su fecha de nacimiento. El cuerpo funciona, entonces, como un marco espacial, factor de individualización.

No sería sorprendente constatar que la donación de órganos puede ser un dispositivo médico que fragmenta el cuerpo humano, tomando de un mero mosaico de órganos, partes que pueden ser indistintamente trocadas, intercambiadas, recicladas y negociadas. Tal vez el más grande impacto de la donación de órganos sobre la cultura sea el hecho de cortar el cuerpo, fragmentarlo en las prácticas y los discursos médicos de nuestros días; dividirlo en beneficio directo de la eficacia de ese mismo saber médico y científico.

Una de las soluciones que encuentran muchos padres que han perdido trágicamente a un hijo y desean extraer algo positivo de dicha tragedia es permitir el trasplante de los órganos del fallecido. Con frecuencia dichos órganos pueden aprovecharse para salvar la vida no de una, sino de varias personas (Markham, 1997).

Un trabajo de Vaysse (1993/1995, citado en, Bendassolli, 2000), cuya investigación tuvo como muestra a sujetos que recibieron un nuevo corazón, dice que la persona que recibe un corazón de otra persona pasa por un momento de reorganización de la propia imagen corporal, destinada a la doble tarea de elaborar un duelo por el propio corazón que acaba de perder, además de integrar el que acaba de recibir.

México inicia la tarea de procuración de órganos de cadáver en el año de 1985, y en 1987 un grupo de médicos de la Secretaría de Salud decide que el Registro Nacional de Trasplantes se incorpore como un órgano propio de la Secretaría de Salud. Actualmente, en las políticas de modernización del programa de salud para el sexenio 1994 – 2000 se propuso la creación del Consejo Nacional de Trasplantes (CONATRA), el consejo busca contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad debidas a padecimientos susceptibles de ser resueltos mediante el trasplante de órganos y tejidos. Sin embargo, en México, como en el resto del mundo, el estado que guarda la donación es crítico, ya que la demanda de órganos ha aumentado considerablemente desde 1963, cuando se realizó el primer trasplante de riñón en el país (Lozano, 2002).

Rodríguez (2000) realizó un estudio con el propósito de presentar algunas limitaciones psicológicas y sociales que intervienen para no facilitar el necesario trasplante de órganos. A partir de un trabajo de encuestas en el ámbito del magisterio y el profesorado, encontró que existe una falta de aceptación de la muerte por parte de los posibles donantes lo cual no facilita la necesaria donación. Asimismo, las creencias religiosas han tenido una presencia considerable en las limitaciones ya que la influencia de la religión sobre el respeto por el cuerpo es la principal fuente de resistencias.

Siguiendo la misma línea de investigación, Lozano (2002) realizó un estudio que tuvo como objetivo elaborar y validar un instrumento psicométrico para evaluar actitudes hacia la donación de órganos y tejidos. La muestra estuvo constituida por

derechohabientes y trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de México (ISSSTE). Los resultados obtenidos mostraron que algunos factores importantes para que la gente no done son la falta de información acerca del tema, y el temor a contraer alguna enfermedad. De acuerdo con este autor, la información proporcionada por los medios de comunicación es escasa, en ocasiones incompleta y mal elaborada; en el caso de la donación de órganos, la información amarillista acerca del tráfico de órganos es la que mayor difusión tiene.



## **CAPÍTULO 10: LA MUERTE EN NUESTROS DÍAS.**

En la civilización occidental de nuestros días, que cultiva a fondo el individualismo, se rechaza la muerte. Los discursos sobre la muerte revelan artificios que atenúan la angustia y alejan la muerte. Los medios de comunicación difunden sobre la muerte un discurso que la trivializa y oculta su dimensión esencial: muertes anónimas y lejanas, muertes espectaculares cuya repetición disminuye la repercusión emocional y cuya escenificación las diferencia radicalmente del drama vivido. En suma, el hombre moderno de Occidente practica permanentemente una estrategia del corte: vida / muerte concebidas en términos antinómicos, cuando debería hablarse de complementariedad, vivo / moribundo (Louis – Vincent, 1992).

La forma de morir tradicional en casa, rodeado el enfermo por sus seres queridos, con atención religiosa en la que lo toman en cuenta con respecto de sus decisiones, y lo llevan a una aceptación de su próxima partida, ha cambiado. Aproximadamente un 70% de los pacientes mueren en instituciones hospitalarias, rodeados de técnicas altamente especializadas, con el fin de prolongar la vida. La muerte para éste enfermo llega cuando él se encuentra aislado de su familia, en soledad, y a veces sedado, aunque se tenga personal del equipo de salud especializado y éste sea atento, nunca suplirá a los familiares del fallecido (Gómez, 2001).

En otro tiempo la gente moría en su hogar, rodeada de sus familiares. Actualmente, en cambio, en los países urbanizados e industrializados ya no es así. Se muere a una edad cada vez más avanzada y fuera del hogar. Se observa ante todo lo que se ha denominado la desocialización de la muerte, expresión que hace referencia a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los moribundos, los difuntos y los sobrevivientes. Acompañar al agonizante, amortajar el cadáver, velarlo, recibir las visitas de pésame son cosas que hoy día los familiares ya no quieren hacer, aunque tengan que pagar para que otros lo hagan en su lugar. Cabe mencionar la especialización, la profesionalidad, incluso la burocratización de la

muerte. De este modo han surgido nuevos oficios, especialmente el del tanatólogo que ayuda a las personas a “morir dignamente”, compensando en cierto modo las diferencias en la familia, en contrapunto esta la eutanasia (Louis – Vincent, 1992).

Respecto al morir en nuestros días se observa ante todo lo que se ha denominado la desocialización de la muerte, expresión que hace referencia a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los moribundos, y también los sobrevivientes. No sólo los signos sociales que identificaban al doliente han dejado de existir, sino que éste debe sufrir solo y en silencio, absteniéndose de contagiar su dolor. (Louis – Vincent, 1992)

Cómo se muere hoy, muchos pensadores han señalado las ventajas de dar en la vida un lugar a la muerte para vivir mejor. Hoy en día, resulta más necesario que nunca reconsiderar esta reflexión.

Los cambios se deben en gran medida a adelantos de la ciencia y en consecuencia de la medicina. Los médicos prolongan vidas mediante trasplantes de corazón y riñón y potentes medicamentos nuevos. Los pacientes cuyas enfermedades se habrían considerado incurables ahora tienen una segunda oportunidad de vivir. La gente se engaña con la ilusión de que la medicina puede arreglarlo todo (Kübler – Ross, 2000).

### **10.1. Asociaciones por una muerte digna.**

Por muchos siglos la muerte fue considerada un acontecimiento familiar y cercano. El reconocimiento de su presencia obligaba a los miembros de la sociedad a organizarse para acompañarse y, de esa manera, mitigar la angustia y el dolor que provoca. Hoy, por apartar a la muerte de nuestra vida, la necesidad de negarla determina muchos de nuestros comportamientos.

La humanidad ha ganado mucho con el avance científico y tecnológico: la esperanza de vida ha aumentado mucho y se curan innumerables enfermedades, que antes se consideraban mortales. Es admirable que pueda mantenerse una vida cuando fallan algunas funciones indispensables. Pero se desprenden otras consecuencias lamentables del progreso. Fascinados por los avances tecnológicos que alejan la muerte, los médicos han perdido la capacidad para reconocer sus propios límites, aquellos que ayudan a determinar el momento de interrumpir los intentos inútiles por vencer la muerte.

Temerosa de verse atrapada en manos de una atención médica que prolonga la vida al costo que sea, la sociedad se organizó, quiere hacerse oír y defender el derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte, asegurarse que nadie estará sometido a padecer una muerte dolorosa.

Debido a lo anterior, desde la década de los ochenta, surge en Estados Unidos The Hemlock Society y en Francia la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (ADMD). Se consolidan otras que habían aparecido años antes: The Voluntary Eutanasia Society, en Gran Bretaña, y The Society for the Right to Die, también en Estado Unidos. En total, hay en el mundo alrededor de treinta asociaciones de este tipo, distribuidas en dieciocho países (ninguna en México), localizadas en los cinco continentes. Todas estas asociaciones se constituyen con el fin de garantizar a sus miembros que no se les impondrán situaciones indignas en la última parte de sus vidas. Se dedican a promover la ayuda para que la gente muera en mejores condiciones. Se proponen superar la soledad, el dolor y el sufrimiento que suelen afligir a los enfermos como resultado de la obstinación de los médicos por seguir luchando contra la muerte o por sostener lo que ya ha dejado de ser una vida humana (Kraus y Álvarez, 1998).

Desde luego, han originado una gran polémica, precisamente por brindar la opción de la eutanasia activa y el suicidio asistido a sus miembros. Para éstos, la

legitimidad de tales medidas es sostenible: no son un gesto de muerte, sino de respeto –hasta el final- por la vida humana.

## **MÉTODO.**

### **Sujetos.**

Participaron 306 personas (153 hombres y 153 mujeres), de las cuales 102 tenían una edad de 12 - 34 años (51 hombres y 51 mujeres), 102 una edad de 35 - 57 años (51 hombres y 51 mujeres), y 102 una edad de 58 años o mayores (51 hombres y 51 mujeres).

### **Instrumento.**

Se diseñó una escala tipo Likert para evaluar la actitud ante la muerte que incluye 20 ítems, de los cuales 9 son positivos y 11 negativos, con tres categorías: percepción de la propia muerte, considerada como pensamientos que causa la anticipación del estado en que uno está muerto (los reactivos son: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 16, 19, 20); percepción de la muerte de los demás, considerada como pensamientos relacionados con la anticipación de la muerte de personas significativas (los reactivos son: 5 y 8); y religión, considerada como las creencias o interpretaciones de una forma de existencia continuada o vida después de la muerte, que permite a los sujetos construir a la muerte como una realidad personal no amenazante (los reactivos son: 11, 12, 15, 17, 18).

En la forma de evaluación, un puntaje de 20 a 50 significa una actitud negativa ante la muerte, mientras que otro de 51 a 80 se consideró como una actitud positiva ante la muerte (ver anexo).

### **Procedimiento.**

La escala tipo Likert fue aplicada en calles, parques y jardines; para seleccionar la muestra se empleó un muestreo no probabilístico de cuotas, ya que cualquier persona que presentara la edad de 12 - 34 años (jóvenes), de 35 - 57 años

(adultos), y de 58 años o mayores (adultos mayores), tenía la oportunidad de ser seleccionado.

La investigadora le pidió a los participantes que contestaran individualmente la escala, una vez completadas las escalas se agradeció la participación de los integrantes. Las respuestas de los participantes fueron codificadas y analizadas de manera estadística por medio del paquete SPSS versión 10.

# RESULTADOS.

## Análisis de la escala tipo Likert para evaluar la actitud ante la muerte.

### Confiabilidad.

Para obtener la confiabilidad, la escala Likert que evalúa la actitud ante la muerte fue aplicada a 306 personas (153 hombres y 153 mujeres), jóvenes (12 – 34 años), adultos (35 – 57 años) y adultos mayores (de 58 años o mayores); se obtuvo un coeficiente de correlación alfa de Cronbach de los 20 ítems con un valor de .8492, el cual es considerado como confiabilidad muy aceptable.

### Análisis de reactivos.

Para determinar la contribución de cada ítem a la actitud ante la muerte, se obtuvieron coeficientes de correlación producto - momento de Pearson por medio de un análisis ítem - escala correlacionando el puntaje total con el puntaje de cada reactivo. La tabla 1 muestra las correlaciones resultantes; los 20 ítems se correlacionaron positivamente de manera aceptable con el puntaje total. También, se hizo un análisis de los ítems si éstos eran excluidos, se pudo observar que el coeficiente se mantiene positivo y bastante aceptable (ver tabla 1).

Ítems	Correlación corregida ítem - total	Alfa si el ítem es excluido
DOLOR	.3256	.8467
DESCOMPO	.4888	.8399
JOVEN	.5114	.8388
PÉRDIDA	.4325	.8425
OTROS	.3690	.8450
METAS	.5403	.8378

DONAR	.5273	.8382
AMIGOS	.4844	.8401
PLATICAR	.2715	.8487
ENTERRAD	.3745	.8447
DIOS	.3844	.8443
PAZ	.2589	.8495
NATURAL	.3536	.8455
INCERTID	.4859	.8400
REUNIRÉ	.3653	.8452
MIMUERTE	.3630	.8451
VIDA	.4811	.8404
AFRONTAR	.5232	.8384
EXPERIME	.5331	.8380
MÉDICO	.5020	.8393

Tabla 1. Análisis de reactivos correlacionando el puntaje del ítem con el puntaje total, además se obtuvieron los coeficientes de correlación alfa de Cronbach si el ítem es borrado.

### Validez.

La estructura factorial de la escala de 20 ítems fue determinada analizando factorialmente las respuestas de los participantes, utilizando el procedimiento de los componentes principales, seguido de una rotación varimax de los factores brutos. Se obtuvieron siete factores que dan cuenta del 75.24 % de la varianza total (ver tabla 2).

ÍTEMS	FACTORES						
	1	2	3	4	5	6	7
18. Una cosa que me consuela al afrontar la	.860						



muerte es mi creencia en una vida después de la misma.							
2. Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.	.825						
15. Me agrada la idea de que al morir me reuniré con mis seres queridos.	.788						
17. Me agrada la idea de que existe vida después de la muerte.	.761						
13. La muerte es un acontecimiento natural, por lo tanto no se debe temer.	.644						
12. Con la muerte encontraré la paz.	.557						
3. No me importa pensar en morir joven.		.929					
19. Me asusta no tener tiempo de experimentar todo lo que quiero.		.925					
14. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.		.440					
7. Me gustaría donar mi cuerpo a la ciencia.			.890				
6. Me pone triste la idea de morir antes de cumplir mis metas.			.887				
8. No debo ponerme muy triste cuando mis amigos mueran.				.942			
20. Espero que me vea más de un médico antes de que me declaren muerto.				.939			
5. Acepto la muerte de los otros como fin de su vida en la tierra.					.979		
11. Tengo miedo de que no exista un ser supremo.					.975		
9. Me es desagradable platicar del tema de la muerte.						.808	
16. Me disgusta hablar de mi muerte.						.794	

4. Me hace sentir triste pensar en lo que perderé después de morir.						.533	
1. Al pensar en una muerte con dolor siento miedo.							.569
10. Me aterroriza la idea de ser enterrado vivo.							.531

Tabla 2. Agrupamiento de las correlaciones entre reactivos con sus siete factores.

### Comparaciones.

#### Género.

Se efectuó un análisis comparativo de las variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios y religión) y los puntajes de la escala Likert. La actitud ante la muerte es negativa y muy similar en los dos grupos constituidos por el género de los participantes. Sin embargo, aunque la diferencia es pequeña al realizar una prueba T de Student de las puntuaciones en actitud ante la muerte del género femenino y masculino; se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el género con respecto a la actitud ante la muerte  $T = 4.35 < .05$ .

Además, se realizó otra prueba T de Student entre las categorías de la escala y el género de los participantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las categorías percepción de la propia muerte y percepción de la muerte de los demás, sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la categoría religión (ver tabla 3).

	Femenino	Masculino	Valor	Gl	Sig.
Total	$\bar{x} = 49.52$	$\bar{x} = 47.84$	$T = 4.35$	304	.038
Percepción de la propia muerte.	$\bar{x} = 31.67$	$\bar{x} = 31.05$	$T = 2.09$	304	.149

Percepción de la muerte de los demás.	$\bar{x} = 4.11$	$\bar{x} = 4.22$	T = .001	304	.980
Religión.	$\bar{x} = 13.73$	$\bar{x} = 12.56$	T = 7.14	304	.008

Tabla 3. Promedios y análisis estadísticos comparativos entre las categorías de la escala y el género de los participantes.

### Edad.

Se realizó un análisis de varianza con la edad (jóvenes de 12 a 34 años, adultos de 35 a 57 años y adultos mayores de 58 años o mayores) en función de la actitud ante la muerte, la actitud ante la muerte es negativa en los tres grupos constituidos por la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad con respecto a la actitud ante la muerte  $F = .160, p > .05$ .

El análisis de varianza entre las categorías de la escala y la edad de los participantes no mostró diferencias estadísticamente significativas para las categorías percepción de la propia muerte y percepción de la muerte de los demás, sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la categoría religión (ver tabla 4).

	Jóvenes	Adultos	Adultos Mayores	Valor	Gl	Sig.
Total	$\bar{x} = 48.10$	$\bar{x} = 48.98$	$\bar{x} = 48.98$	F = .160	305	.852
Percepción de la propia muerte.	$\bar{x} = 31.99$	$\bar{x} = 31.20$	$\bar{x} = 30.91$	F = .403	305	.669
Percepción de la muerte de los demás.	$\bar{x} = 3.94$	$\bar{x} = 3.94$	$\bar{x} = 4.21$	F = 1.117	305	.329
Religión.	$\bar{x} = 12.17$	$\bar{x} = 13.42$	$\bar{x} = 13.85$	F = 4.610	305	.011

Tabla 4. Promedios y análisis estadísticos comparativos entre las categorías de la escala y la edad de los participantes.

**Nivel de estudios.**

La actitud ante la muerte es negativa en cuatro de los seis grupos formados por el nivel de estudios (primaria, preparatoria, licenciatura y maestría), y positiva en dos de los seis grupos (ninguna y secundaria). Las puntuaciones en actitud ante la muerte de los participantes con respecto al nivel de estudios fueron analizadas por medio de un análisis de varianza. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de nivel de estudios con respecto a la actitud ante la muerte  $F = 4.30$ ,  $p < .05$ .

Se hizo un análisis de varianza entre las categorías de la escala y el nivel de estudios de los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las categorías percepción de la propia muerte, percepción de la muerte de los demás, y religión (ver tabla 5).

	Ninguna	Prim.	Sec.	Prepa.	Lic.	Maestría	Valor	Gl	Sig.
Total	$\bar{x} = 55.63$	$\bar{x} = 49.58$	$\bar{x} = 50.12$	$\bar{x} = 49.34$	$\bar{x} = 43.36$	$\bar{x} = 41.16$	$F = 4.30$	305	.001
Percepción de la propia muerte.	$\bar{x} = 35.13$	$\bar{x} = 31.43$	$\bar{x} = 32.42$	$\bar{x} = 31.97$	$\bar{x} = 28.44$	$\bar{x} = 27$	$F = 2.64$	305	.023
Percepción de la muerte de los demás.	$\bar{x} = 5.13$	$\bar{x} = 4.32$	$\bar{x} = 4.51$	$\bar{x} = 4.17$	$\bar{x} = 3.39$	$\bar{x} = 3.16$	$F = 3.71$	305	.003
Religión.	$\bar{x} = 15.36$	$\bar{x} = 13.83$	$\bar{x} = 13.19$	$\bar{x} = 13.18$	$\bar{x} = 11.51$	$\bar{x} = 11$	$F = 3.99$	305	.002

Tabla 5. Promedios y análisis estadístico comparativo entre las categorías de la escala y el nivel de estudios de los participantes.

## Religión.

La actitud ante la muerte es negativa en tres de los cuatro grupos constituidos por las creencias religiosas (ninguna, creyente y evangélica) y positiva en uno de los cuatro grupos (católica), sin embargo, al realizar un análisis de varianza de las puntuaciones en actitud ante la muerte de los participantes con creencia religiosa evangélica, católica, creyente, y ninguna, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de religión con respecto a la actitud ante la muerte  $F = 5.43, p < .05$ .

Un análisis de varianza entre las categorías de la escala con respecto a las creencias religiosas de los participantes no mostró diferencias estadísticamente significativas para las categorías percepción de la propia muerte y percepción de la muerte de los demás, sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la categoría religión (ver tabla 6).

	Ninguna	Creyente	Católica	Evangélica	Valor	Gl	Sig.
Total	$\bar{x} = 42.04$	$\bar{x} = 49.29$	$\bar{x} = 50.10$	$\bar{x} = 47.95$	$F = 5.43$	305	.001
Percepción de la propia muerte.	$\bar{x} = 28.21$	$\bar{x} = 31.04$	$\bar{x} = 32.30$	$\bar{x} = 28.95$	$F = 3.32$	305	.020
Percepción de la muerte de los demás.	$\bar{x} = 3.76$	$\bar{x} = 4.25$	$\bar{x} = 4.26$	$\bar{x} = 3.90$	$F = .985$	305	.400
Religión.	$\bar{x} = 10.06$	$\bar{x} = 14$	$\bar{x} = 13.53$	$\bar{x} = 15.10$	$F = 12.12$	305	.000

Tabla 6. Promedios y análisis estadístico comparativo entre las categorías de la escala y las creencias religiosas de los participantes.

## DISCUSIÓN.

La actitud ante la muerte es negativa en los tres grupos categorizados por la **edad** (jóvenes de 12 a 34 años, adultos de 35 a 57 años y adultos mayores de 58 años o mayores), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la actitud ante la muerte. Los resultados obtenidos, difieren con los datos de los estudios que indican que la ansiedad ante la muerte es más alta en participantes de mediana edad que en los participantes mayores, la ansiedad ante la muerte disminuye de una edad media a una edad vieja y se estabiliza durante las décadas finales de la vida (Bengtson, Cuellar, y Ragan, 1977; Feifel y Branscomb, 1973; Gesser, Wong, y Reker, 1988; Kalish y Reynolds, 1977; Keller, y Piotrowski, 1984, citados en, Fortner y Neimeyer, 1999), además los datos del presente estudio no confirman esta tendencia demostrando que esta relación con la edad no se presenta en la muestra aquí estudiada. Los datos no confirman lo que afirma Rodríguez (1996) de que la persona joven vive la ilusión del tiempo indefinido a través de ciertos mecanismos de autoengaño ve a la muerte lejana y fuera de la propia perspectiva; si piensa en ella, la piensa como la muerte de otros, no de sí mismo.

La actitud ante la muerte es negativa en los tres grupos clasificados por la edad, los datos obtenidos difieren con lo que afirma Hernández (2000) acerca de que el concepto “muerte” adquiere en las personas mayores un sentido diferente al que pudiera tener en una persona más joven; para aquellos, es un concepto muy apegado al contexto religioso. Un porcentaje considerable de las personas mayores considera a la muerte como algo natural, como obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir; es más, dejan el momento de ésta al arbitrio de Dios, aseveraciones que de ninguna manera suponen la idea de un deseo de morir o de que ya nada se tenga por hacer, sino más bien a que han llegado a una etapa en que se ve a la muerte como un proceso natural.

La actitud ante la muerte es negativa y muy similar en los dos grupos categorizados por el **género** de los participantes. Sin embargo, aunque la diferencia es pequeña al analizar los datos con una prueba T de Student de las puntuaciones en actitud ante la muerte del género femenino y masculino; se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo anterior quizá se deba a que el cuerpo de la mujeres genera múltiples sensaciones displacenteras que se traducen en angustia; esta puede ser manifiesta o estar latente; la cual está vinculada a la defensa del yo, esa gran sede de angustia (Freud, 1926, citado en Alizade, 1992). Dattel y Neimeyer (1990, citados en, Neimeyer, 1997) explican que es más probable que las mujeres revelen sus sentimientos personales a que lo hagan los hombres. Dattel y Neimeyer administraron a un grupo de adultos racialmente heterogéneo la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM), el índice de Amenaza (IA), el Cuestionario de Autorrevelación de Jourard (CADJ), y una medida de deseabilidad social. Las mujeres mostraron una ansiedad ante la muerte mayor que los hombres en la EAM pero no en el IA. Sus puntuaciones más altas en ansiedad ante la muerte permanecían en la EAM incluso cuando se controlaron estadísticamente los efectos de la autorrevelación y de la deseabilidad social.

Los datos obtenidos concuerdan con la revisión que hizo Pollak (1980, citado en, Neimeyer, 1997) de la literatura existente sobre la ansiedad ante la muerte a finales de los años setenta, observó que la mayoría de los trabajos indicaban que las mujeres presentaban más miedo a la muerte que los hombres. También concuerdan con la revisión selectiva que realizaron Fortner y Neimeyer (1995), la cual indica que la ansiedad ante la muerte es más alta en mujeres mayores que varones mayores. Holcomb y otros (1993, citados en, Neimeyer, 1997) observaron diferencias más sutiles entre el género en sus conceptualizaciones de la muerte. En el análisis de contenidos de descripciones de respuesta libre sobre la muerte escritos por hombres y mujeres, descubrieron que era más probable que las mujeres recurrieran a referencias a estados emocionales negativos a que lo hicieran los hombres, pero también lo era que describieran la muerte en términos evaluadores, tanto positivos como negativos. Había más probabilidad de que las mujeres vieran la muerte en

términos que sugerían alta certidumbre, pero también alguna forma de existencia continuada en el más allá. En comparación, los hombres veían la muerte en términos más abstractos y generales, y les producía menos impacto personal.

La actitud ante la muerte de los participantes con creencias religiosas evangélica, creyente y ninguna es negativa; la actitud ante la muerte sólo es positiva en los participantes que profesan la **religión** católica, sin embargo, al realizar un análisis de varianza de las puntuaciones en actitud ante la muerte de los participantes con respecto a las creencias religiosas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se realizaron análisis estadísticos de las subescalas que incluían las categorías de percepción de la propia muerte, percepción de la muerte de los demás y religión. Los análisis de varianza para la edad y la religión, y la prueba T de Student para el género, con respecto a las categorías de la escala no mostraron diferencias estadísticamente significativas para las categorías percepción de la propia muerte y percepción de la muerte de los demás, sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la categoría religión. Tal vez, por ello, Hernández (2000) en el estudio que realizó, encontró que cuando las personas se acercan a la vejez experimentan un gran apego hacia la religión, quizá porque se sienten próximas a la muerte y esperan verse favorecidas de alguna manera a la hora de morir; en su investigación, un porcentaje considerable de los participantes ve a la muerte como algo natural, como una obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir; es más, dejan el momento de ésta al arbitrio de Dios; se encontraron casos especiales de sujetos que deseaban morir para no seguir sufriendo, o bien para no seguir estorbando, por lo general asociados a la presencia de algún trastorno de tipo depresivo causado por el entorno familiar o social y no precisamente de origen orgánico.

La actitud ante la muerte es negativa en cuatro de los seis grupos formados por el **nivel de estudios** (primaria, preparatoria, licenciatura y maestría), y positiva en dos de los seis grupos (ninguna y secundaria). Las puntuaciones en actitud ante la muerte de los participantes con respecto al nivel de estudios fueron analizadas por



medio de un análisis de varianza. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de nivel de estudios con respecto a la actitud ante la muerte. Se hizo un análisis de varianza entre las categorías de la escala y el nivel de estudios de los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las categorías percepción de la propia muerte, percepción de la muerte de los demás, y religión. Los resultados obtenidos, son consistente con el estudio que realizaron Thorson y Powell (1997) utilizando la Escala Revisada de Ansiedad Ante la Muerte (EAMR) con una muestra de estudiantes de medicina, respondieron a la escala tres clases de estudiantes de primer años de la Creighton University School of Medicine (N = 277 varones, edad media = 23.7), un total de 233 la completaron de nuevo el año de su licenciatura. Sus promedios en las puntuaciones de EAMR no fueron significativamente diferentes (promedios de los estudiantes de primer año y de los licenciados de 43.47 y 44.44;  $t = 1.51$ ). Sin embargo, comparados con los promedios en EAMR (47.49) que puntuaron 599 sujetos en una muestra anterior, los estudiantes de medicina, tanto los novatos como los licenciados, puntuaron significativamente más bajo en ansiedad ante la muerte que la muestra de la población general  $t = 4.02$ ,  $p < .001$ .

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alizade, A. M. (1998). Clínica con la muerte. Argentina: Amorrortu. Pp. 13 – 15, 19 – 20, 26 – 27, 30- 31, 39, 45 –55, 59, 61 – 63, 67, 69 – 70, 111, 114 – 115, 120 – 121, 125, 160 –161, 179, 183, 185 – 188.

Andonaegui, López, M. (2000). El duelo en las familias. Psicología iberoamericana, 8 (2), 25 – 31.

Barco Soria, N. y Solís, Colin, A. (2003). Duelo: la importancia de un apoyo psicológico a los enfermos terminales y a sus familiares (propuesta de intervención). Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM. Pp. 35 – 36.

Bauab de Dreizzen, A. (2001). Los tiempos del duelo. Argentina: Homo Sapiens. Pp. 13, 22 – 24, 53, 109, 212, 215.

Bazo, Ma. Teresa. (1999). Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. España: Panamericana. Pp. 86.

Bendassolli, P. (2000). Do lugar do corpo ao não - lugar da doação de órgãos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 13 (1), 104 – 127.

Black – Cerejido, F. (2000). La muerte y sus ventajas. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 93 – 123.

Black – Cerejido. F y Cerejido, M. (1998). La vida, el tiempo y la muerte. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 76 – 77, 135, 138 – 139, 141 – 144, 150 – 151, 161.

Bowker, John, W. (1996). Los significados de la muerte. Cambridge: Cambridge University. Pp. 15 – 27.

Bronfman, Mario. (2001). Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil. Argentina: Lugar. Pp. 228.

Bustos, Gutierrez, J. (2001). Actitud ante la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM. Pp. 40 – 41.

Capra, Fritjof. (2000). Pertenecer al universo: encuentros entre ciencia y espiritualidad. Madrid: EDAF. Pp. 28 – 94.

Cardoso, Nunes, D; Carrazo, Luciano; Inchausti de Jou, G. y Mara, Sperb, T. (1998). As crianças e o conceito de morte. Psicologia: Reflexão e Crítica, 11 (3), 94 - 102.

Carominas, J. (2003). La realidad de la muerte. [En red], Disponible en: <http://www.uca.edu.ni/koinonia/relat/#inicio>.

Cerezo, Resendiz, S. (2001). La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UNAM. Pp. 62 – 68, y 89.

Cloves, Amorim, A. (1999). La muerte íntima: los que van a morir nos enseñan a vivir. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12 (1), 56 – 63.

Cruz de Amenabar, I. (1998). La muerte: transfiguración de la vida. Chile: Universidad Católica de Chile. Pp. 20 y 21, 25 – 39.

Deleuman, Jean. (2002). El miedo en Occidente, siglos XIV – XVIII: una ciudad sitiada. Madrid: Santillana. Pp. 21 – 23, 341 – 351, 600 – 609.

Delgado, Patiño, G. (1998). Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte, en pacientes terminales. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM. Pp. 45.

Dossey, Larry. (1989). Tiempo, espacio y medicina. Barcelona: Kairos. Pp. 215 – 277.

Espinosa, Salcido. R. (2000 Mayo). La cercanía de la Muerte en la Etapa de la Vejez. Conflictos y Reflexiones. Revista Electrónica de Psicología Clínica Iztacala, 3 (1). [En red], Disponible en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Evans, Jonathan W. y Walters, Andrew S. (1999). Deathbed scene narratives: a construct and linguistic analysis. Death Studies, 23 (8), 17 – 28.

Font, Rodon, J. (1999). Religión, psicopatología y salud mental: introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias. México: Paidós. Pp. 31 – 32, 36 – 37, y 38.

Fortner, Barry V. y Neimeyer, Robert A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. Death Studies, 23 (5), 34 – 49.

Gómez, López, M. (2001). Tanatología: apoyo del equipo de salud a pacientes terminales en un hospital de tercer nivel. Tesis de maestría en investigación de servicios de salud. México: UNAM. Pp. 14, 21, 23.

Hernández Zamora, Z. (2000). El concepto de muerte en el adulto mayor. Revista de Psicología y Salud, 10. (2), 249 – 256.

Hodge, Limonta. I. (1999). La muerte. Su significación a partir de la concepción espiritista cubana. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. [En red] Disponible en: <http://www.clacso.org>

James, L. y Werth, Jr. (1999). The role of the mental health professional in helping significant others of persons who are assisted in death. Death Studies, 23 (3), 43 – 54.

Jamie, Stump. E. y Jon, Ellis. B. (2000). Parents' perceptions of their children's death concept. Death Studies, 24 (1), 71 – 75.

Jankélévitch Vladimir. (2002). La Muerte. España: Pre - textos. Pp. 34 - 38.

Kellehear, A. (1998). La biología, la cultura y las experiencias de la muerte. Una revaloración. Salud Mental, 16 (4), 32.

Kraus, A. y A. Álvarez. (1998). La eutanasia. México: Tercer milenio. pp. 5,6 - 7,14 - 20, 30, 32 - 33, 38 - 39, 46 - 47, 50 - 51, 54.

Kübler – Ross, E. (2000). La rueda de la vida. España: Punto de lectura. Pp. 190, 231, 261 – 263.

Kübler – Ross, E. (2000). Conferencias: morir es de vital importancia. Barcelona: Luciérnaga. Pp. 9 – 96.

Lara y Mateos, Rosa (1999). Tanatología: cultura de la vida, cultura de la muerte. Revista de Psicología y Salud. [En red], Disponible en <http://148.226.120.2/~cancer/revistas/rev0715.htm>

León, Azcarate. J.L. (2000). La muerte y su imaginario en la historia de las religiones. España: Artes Gráficas Rontegui. Pp. 351, 378, 381 – 382.

López, M. Fernández, M. y Díaz, R. (1996). Investigación en cuidados paliativos de aspectos clínicos y psicológicos. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo con Cáncer. España: Medica Panamericana. Pp. 413 – 421.

Louis – Vincent Thomas (1992). La muerte: una lectura cultural. España: Paidós. Pp. 13, 15, 18, 19, 22, 50 – 51, 55 – 57, 87, 123.

Lozano, Razo, G. (2002). Factores psicosociales de la donación de órganos. Psicología y Salud, 12 (1), 65 – 70.

Lukas, E. (2002). En la tristeza pervive el amor. España: Paidós. Pp. 83

Mannoni, Maud. (1992). Lo nombrado y lo innombrable: la última palabra de la vida. Argentina: Nueva Visión. Pp 36, 50.

Marín, Ruiz, S. (2000). Un acercamiento educativo a la muerte (Tanatología). La labor del psicólogo. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UNAM. Pp. 17 – 18.

Markham, U. (1997). Cómo afrontar la muerte de un ser querido. España: Martínez Roca. Pp.11, 30, 40-42, 57-58, 60, 85.

Martínez – Bouquet, M. C. (2003). La Nueva Tanatología. [En red] Disponible en: <http://cuadernos.bioetica.org/resenas2.htm>

Miranda, Valenzuela, L. (1998). Las fantasías de muerte en el anciano. Psicología Iberoamericana, 5 (2), 33 – 38.

Moreno, Díaz, M, J. y Lillo Roldán. (1999). Estructura constructiva y duelo patológico en la vejez. Psiquis, 20 (6), 44.

Neimeyer, Robert. A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. España: Paidós. Pp. 19, 95 – 96, 140 – 141.

Neugarten, L. Berenice. (1999). Los significados de la edad. España: Herder. Pp. 40, 44, 63, 75 – 78, 81, 203, 335.

Pérez Valera, Víctor. (1998). El hombre y su muerte: preparación para la vida. México: Jus. Pp. 36, 69, 72, 74 - 75, 97 - 98, 102, 108, 110, 168 - 169.

Quintana, Octavi. (1997). Por una muerte sin lágrimas: problemas éticos al final de la vida. España: Flor del Viento. Pp. 41 –42, 45, 104 –105, 111- 113, 157, 173 – 174.

Rodríguez García, R. et al. (2000). Geriatría. México: Mc Graw – Hill Interamericana. Pp. 286 y 289.

Rodríguez, Kauth, A. (2000). Donación de órganos: una lectura psicosocial. Psicología y Salud, 10 (1), 48 – 53.

Romanoff, Bronna. D. y Terenzio, Marion. (1998). Rituals and the grieving process. Death Studies, 22 (8), 1 - 10

Rowe, Dorothy. (1998). Vivir la vida: cómo desvelar el secreto de la vida para ser feliz con uno mismo y con los demás. España: Paidós. Pp 83 - 91.

Shopenhauer, Arthur. (1999). El amor, las mujeres y la muerte. México: Coyoacan. Pp. 66, 68, y 71.

Savage, J. A. (2000). Duelo por las vidas no vividas: estudio psicológico sobre las pérdidas durante la gestación y el parto. España: Luciérnaga. Pp. 17 y 91.

Thorson, James. A. y Powell, F. C. Escala revisada de ansiedad ante la muerte. En Neimeyer, Robert. A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. España: Paidós. Capítulo 2.

Trujano, R. (2002). Violencia hacia el varón. En psiquis, 23 (4), 133 – 147.

Varela, Julio. (1998). Ancianidad y Desarrollo: ¿Antítesis? Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 41 – 54.

Vences, Espinoza. L. (2001). La representación social de la muerte. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UNAM. Pp. 2 – 27.

Villalobos, A. M. (1997). Sensibilidad al temor a la muerte en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales.

Weber, Joseph A. y Waldrop, Deborah. (1999). The enigma of bereavement. Death Studies, 23 (7), 29 – 33.

Wolman, Benjamin, B. (1993). Diccionario de Ciencias de la Conducta. México: Trillas. p. 80.

Wong, T. P. (1997). Perfil revisado de las actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida multidimensional. En Neimeyer, A. R. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. (pp. 131-158). México: Paidós.



ANEXO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES.**

**CAMPUS IZTACALA.**

El objetivo del presente cuestionario es conocer tu opinión acerca de la muerte. Los datos que generen tus respuestas serán manejados de forma confidencial y serán utilizados sólo con fines estadísticos. Por tu colaboración **GRACIAS.**

**INSTRUCCIONES:** contesta todas las preguntas colocando el número que describa mejor tu opinión de acuerdo al código de respuestas que se te presenta a continuación; si tienes dudas por favor pregunta ahora.

- (1) Me describe totalmente. (2) Me describe bastante. (3) Me describe poco.  
(4) No me describe.

1. \_\_\_\_ Al pensar en una muerte con dolor siento miedo.
2. \_\_\_\_ Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.
3. \_\_\_\_ No me importa pensar en morir joven.
4. \_\_\_\_ Me hace sentir triste pensar en lo que perderé después de morir.
5. \_\_\_\_ Acepto la muerte de los otros como fin de su vida en la tierra.
6. \_\_\_\_ Me pone triste la idea de morir antes de cumplir mis metas.
7. \_\_\_\_ Me gustaría donar mi cuerpo a la ciencia.
8. \_\_\_\_ No debo ponerme muy triste cuando mis amigos mueran.
9. \_\_\_\_ Me es desagradable platicar del tema de la muerte.
10. \_\_\_\_ Me aterroriza la idea de ser enterrado vivo.
11. \_\_\_\_ Tengo miedo de que no exista un ser supremo.
12. \_\_\_\_ Con la muerte encontraré la paz.

13. \_\_\_\_\_ La muerte es un acontecimiento natural, por lo tanto no se debe temer.
14. \_\_\_\_\_ Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.
15. \_\_\_\_\_ Me agrada la idea de que al morir me reuniré con mis seres queridos.
16. \_\_\_\_\_ Me disgusta hablar de mi muerte.
17. \_\_\_\_\_ Me agrada la idea de que existe vida después de la muerte.
18. \_\_\_\_\_ Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.
19. \_\_\_\_\_ Me asusta no tener tiempo de experimentar todo lo que quiero.
20. \_\_\_\_\_ Espero que me vea más de un médico antes de que me declaren muerto.

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_