

## Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos

Jorge Grau Abalo,<sup>1</sup> María del Carmen Llantá Abreu, Coralia Massip Pérez, Margarita Chacón Roger, María Cristina Reyes Méndez, Olga Infante Pedreira\*, Teresa Romero Pérez, Irene Barroso Fernández\* y Deborah Morales Arisso\*

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Universidad Médica de la Habana (Cuba)

\* Policlínico "Plaza de la Revolución" (Cuba)

Recibido: 15/02/08    Aceptado: 15/05/08

### Resumen

La sociedad actual refuerza la actitud evasiva ante la muerte. Los profesionales de la salud, por diversas causas, presentan ansiedad y actitudes que no siempre ayudan a los enfermos (y familiares) al final de la vida. Se hace una revisión del tema y se subraya la necesidad de desarrollar intervenciones para modificar actitudes negativas ante la muerte en estos profesionales, lo cual permitirá mejorar la calidad de la atención que brindan. Trabajos precedentes han logrado una caracterización preliminar en pequeños grupos, homogéneos en perfil profesional. El presente estudio describe los componentes actitudinales ante la muerte en 141 profesionales cubanos, de diverso perfil, quienes se capacitan en cuidados paliativos, a través sus respuestas a un cuestionario (CAM-2), validado previamente en el país. En el momento del estudio estos profesionales reciben cursos de Cuidados Paliativos, pero no una intervención especialmente diseñada para modificar componentes afectivo-actitudinales. Los resultados de este estudio se presentan y comparan con los de investigaciones previas.

Palabras clave: cuidados paliativos, ansiedad ante la muerte, actitudes ante la muerte.

---

<sup>1</sup> Dirección de correspondencia:  
E-mail: psico@infomed.sld.cu

### Abstract

Nowadays society reinforces an evasive attitude towards death. Health professionals, for different reasons, show anxiety and attitudes that do not always help sick people (and their relatives) when life is coming to an end. A review of the topic is presented, highlighting the need to develop a style of intervention which will change negative attitudes towards death on the part of these professionals, resulting in an improvement of the quality of attention they give. Previous work has achieved a preliminary characterization in small and homogeneous groups, according to professional profile. This study describes the attitude-related components regarding death in 141 Cuban professionals, from different profiles who are being trained in palliative care, through their answers to a questionnaire (Attitudes Towards Death Questionnaire-ATDQ-2), previously validated in the country. At the time of the study, these professionals receive Palliative Care Courses, but not a specially-designed intervention to alter affective attitude-related components. The results of this study are presented and compared with previous research.

Key words: palliative care, anxiety towards death, attitudes towards death

### Resumo

A sociedade atual reforça a atitude evasiva ante a morte. Os profissionais da saúde, por diversas causas, apresentam ansiedade e atitudes que nem sempre ajudam a doentes (e familiares) no final da vida. Se há uma revisão do tema e se sublinha a necessidade de desenvolver intervenções para modificar atitudes negativas ante a morte nestes profissionais, o qual permitirá melhorar a qualidade da atenção que brindam. Trabalhos precedentes alcançaram uma caracterização preliminar em pequenos grupos, homogêneos em perfil profissional. O presente estudo descreve os componentes actitudinaes ante a morte em 141 profissionais cubanos, de diverso perfil, que se capacitam em cuidados paliativos, através suas respostas a um questionário (CAM-2), validado previamente no país (Colombia). No momento do estudo estes profissionais recebem cursos de Cuidados Paliativos, mas não uma intervenção especialmente desenhada para modificar componentes afetivo-actitudinais. Os resultados deste estudo se apresentam e comparam com os de pesquisas prévias.

Palavras chave: cuidados paliativos, ansiedade no sentido morte, as atitudes morte

### Introducción

Muchas enfermedades crónicas degenerativas llevan a un estadio terminal que inexorablemente avanza hacia la muerte.

El cáncer es una de ellas, como también lo son el SIDA, las enfermedades neurológicas degenerativas, la cirrosis hepática, procesos demenciales, afecciones cardiovasculares

crónicas, etc. El enfoque paliativo adquiere entonces toda su vigencia: uno de sus objetivos fundamentales es preparar para la muerte al paciente, así como a sus familiares (Bayés, 2006; Bejarano y De Jaramillo, 1992; Gómez Sancho, 1998). Lamentablemente, no siempre se logra este enfoque de los servicios de salud, debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con estos pacientes, y también, al profundo impacto que causa en el personal de salud la proximidad de la muerte; se requiere preparar a los equipos que les atienden, modificando sus actitudes ante la muerte.

La muerte no es un fenómeno instantáneo, es un verdadero proceso biológico, psicosocial y cultural. En los tiempos modernos hay una tendencia a la ocultación, a la evasión en el tema de la muerte, mediante censura social rígida, que, incluso, involucra el engaño al moribundo, convirtiéndolo en un ente aislado, lleno de desesperación y con atención insuficiente. La falta de tiempo, la carencia de formación curricular en técnicas de comunicación, la susceptibilidad propia hacia la representación de la muerte y la inseguridad, son factores que proceden del personal de salud y que afectan al moribundo, haciéndolo, a su vez, más vulnerable. El tema de la muerte sigue siendo un tabú, con sus características específicas.

En este trabajo se examinan algunos conceptos acerca de la muerte y su condicionamiento sociopsicológico y cultural, antes de abordar las dos direcciones principales en su investigación: la ansiedad y las actitudes ante la muerte en los profesionales de la salud. El propósito final de este trabajo es promover la investigación sobre estos temas en el campo de la Psicología de la Salud para ganar en la modificación de actitudes en miembros

de los equipos de atención, logrando mayor competencia humana y profesional en la atención a enfermos al término de sus vidas. Para ello, se intenta describir los componentes actitudinales ante la muerte en profesionales de diverso perfil a través de un instrumento validado previamente y aplicado a este grupo.

### *1. La muerte y su condicionamiento socio-cultural*

Todo ser humano es, por esencia, mortal. Podemos morir de forma súbita, por un ataque al corazón, por un accidente o por causas violentas, pero de lo que debemos estar seguros es que vamos a morir. Una gran cantidad de seres humanos mueren al final de un penoso período de una enfermedad crónica, que lleva al deterioro funcional del organismo: el cáncer, la insuficiencia renal crónica, la cirrosis hepática, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, ciertas enfermedades neurológicas, el propio SIDA, son algunas de estas enfermedades. En estos pacientes, el tratamiento curativo debe ser inexorablemente sustituido por el enfoque paliativo, que tiene entre sus objetivos fundamentales prepararse para la muerte del paciente, tanto al enfermo mismo, como a sus familiares (Bayés, 2006; Bejarano y De Jaramillo, 1992; Gómez Sancho, 1998). Sin embargo, la preocupación y el dolor de atender a un niño, a un joven, a una mujer o a un hombre con cáncer u otra enfermedad terminal, afectan incuestionablemente al médico y a la enfermera, entre otros profesionales sanitarios, conscientes de la tragedia a la cual habrán de enfrentarse (Marinello, 1993); el temor y la inseguridad que esto genera con frecuencia dificultan la correcta aplicación de este enfoque (Coates, Temoshock y Mendel, 1984; Sanz, 1992). El profundo impacto sobre el personal de la

salud que causa la proximidad de la muerte, hace que pensemos seriamente en la mejor forma de preparar a los profesionales de los equipos que atienden a estos pacientes y a su familia (Grau y Chacón, 2002).

A pesar de que la enfermedad y la muerte constituyen reales posibilidades de la existencia humana, con frecuencia se elude hablar del tema. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud evasiva; pero no siempre ha sido así, la actitud del hombre ante la muerte ha ido cambiando a lo largo de la historia (Gómez Sancho, 1999). Es imposible explicar la situación actual de los enfermos terminales y sus familias y las actitudes ante la muerte, que abundan en los profesionales de la salud, sin analizar desde un ángulo cultural, social, psicológico, político y económico la postura ante la muerte en la sociedad moderna.

La enfermedad y la muerte eran muy visibles en épocas más antiguas: los enfermos andaban por las calles, estaban sentados al borde de los caminos, los leprosos anunciaban su presencia con notorios ruidos, sus procesiones eran advertencias visibles de otras procesiones más silenciosas que acompañaban enfermedades como la peste y el cólera. La muerte tenía así una representación que atañía a cada cual de forma inmediata. Cuando fallecía alguien, la familia rodeaba al moribundo, le acompañaba hasta sus últimos momentos, la población entera participaba en su entierro convocado por el doblar de campanas, se le conducía al cementerio, que antes se encontraba dentro de las ciudades. La muerte, al igual que la enfermedad, estaban constantemente presentes en la vida del hombre (Gómez Sancho, 1999). Hoy se tiende a ingresar a los enfermos en hospitales y sanatorios, retirándolos de la vida pública. Inclusive en estos lugares se trata de que la enfermedad y la muerte permanezcan en

secreto. En caso de que fallezca alguien, los demás enfermos por lo general no se enteran directamente, más bien se susurra; a la muerte no le está permitido mostrarse. Con frecuencia se trata de que el enfermo, poco antes de su fallecimiento, abandone el hospital; incluyendo al propio moribundo, a quien se le enmascara la muerte. En acto quizás piadoso, pero ya inútil, el médico con frecuencia le administra por primera vez morfina, no sólo para aliviar su dolor, sino para sedar al paciente y que no sea consciente de su propia muerte (Gómez Sancho, 2006). Estos proceder y actitudes pueden ser psicológicamente peligrosos, pues pretenden desterrar de manera manifiesta la enfermedad y la muerte de la existencia cotidiana del ser humano, se convierten en eventos que pueden ocurrir sin que las personas estén preparadas para ello. Se pierde la posibilidad de la elaboración y resignificación de la experiencia vivida, de redimensionar el pasado y relativizar la existencia, de experimentar –incluso– profundos cambios enriquecedores (Bayés, 2006; Gómez Sancho, 1999).

En uno de sus últimos libros, Elizabeth Kubler-Ross preguntaba: “¿si no fuera por la muerte, valoraríamos acaso la vida?” (Kübler-Ross, 1997, p. 39). En efecto, de acuerdo con Yalom, el hecho físico de la muerte nos puede destruir, pero “la idea de la muerte” nos puede ayudar a vivir de una forma más plena; la conciencia de muerte debe catalizar nuestras vivencias, en vez de paralizarlas (Yalom, 1984). Es éste, en esencia, el mensaje del fascinante relato que nos hace llegar Mitch Albom sobre los últimos meses de vida de Morrie Schwartz, su antiguo profesor que padecía de una esclerosis lateral amiotrófica (ELA), en su conocido libro: “Martes con mi viejo profesor” (Albom, 2000).

No hay dudas acerca de que la

sociedad actual niega la muerte. La conciencia de muerte es una característica fundamentalmente humana, las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos del hombre ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos y reforzados a lo largo de su vida. Los distintos ritos y costumbres, el lugar que la cultura ha concedido a la muerte y el mantenimiento de una relación entre los vivos y los muertos, ponen de manifiesto cómo el fenómeno de la muerte ha propiciado, desde épocas tempranas, los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas mágico-religiosas que le han servido a los seres humanos, a lo largo de la historia, para explicar, entender y manejar el hecho mismo de la muerte (Gómez Sancho, 1999; Rebolledo, 1999; López, López, Arechiga, Reyes y Alcalá, 2001). Durante muchos siglos, los hombres morían de forma bastante similar, sin grandes cambios, hasta que todo comenzó a transformarse, hace cuatro o cinco décadas. El hombre antes moría en su casa, rodeado de su familia (incluso niños), amigos y vecinos. El enfermo era el primero en saber que iba a morir (sintiendo que “su final se acercaba”), se comunicaba abierta y espontáneamente con los suyos en los últimos momentos, momentos de grandes amores, de perdones y despedidas, de reparto de bienes, de últimos consejos a sus hijos, recibían la compañía de un sacerdote... la muerte era vivenciada como un acontecimiento público, morir era una “ceremonia ritual” en la que el agonizante se convertía en protagonista principal. La “buena muerte” era aquella avisada, advertida, que permitía preparar los últimos asuntos. La familia se reunía y hasta acompañaba al cadáver expuesto en su última jornada (Gómez Sancho, 1999).

Actualmente, por el contrario, las condiciones médicas en que ocurre la muerte han hecho de ella algo clandestino. Al

enfermo moribundo se le exige dependencia y sumisión a las prescripciones, sus derechos son “no saber que va a morir, y si lo sabe, comportarse como si no lo supiese” (Urraca, 1986, p. 48). El estilo de muerte que desea el hombre que vive en la sociedad tecnológica de hoy está en armonía con esa atmósfera de secreto y discreción que rodea al último acto de la vida: es, como señala justamente Gómez Sancho: la “muerte de puntillas” (Gómez Sancho, 1999). Esto se ha traducido en un cambio radical en las costumbres y actitudes de las personas y también de los profesionales, en los ritos funerarios, en el proceso de duelo. La idea de dejar de existir es rechazada y la muerte se convierte en un acto no propio, temido. Incluso, la actitud que una persona tiene ante la muerte puede tener influencia en su conducta y relacionarse con los demás problemas de esa persona (Gómez Sancho, 1999; Rebolledo, 1999). La muerte se ha ido convirtiendo así en una expresión de miedo, de fracaso en la búsqueda de la felicidad y el éxito. Paradójicamente, la sociedad, que sigue siendo mortal, rechaza la muerte. De hecho esencial a la existencia humana, la muerte ha pasado a ser un absurdo, padecido en la ignorancia y en la pasividad, en una falta de solidaridad y abandono con respecto a los moribundos, los difuntos y también los supervivientes. La muerte familiar de antaño se ha ido convirtiendo en una muerte ocultada. Ya no se muere en casa, sino en el hospital, a solas. La vida obligadamente feliz pretende alejar toda idea de la muerte y las apariencias de “siempre estar vivo” predominan. Se esconde el tema, se le habla de ella a los niños a través de eufemismos, el luto se hace cada vez más en la intimidad y se comparte poco el dolor (Gómez Sancho, 1999).

Los profesionales en hospitales tienden a concebir la muerte como un fracaso, en

vez de admitirla como un fenómeno natural necesario. Cada día más es deseable morir sin darse cuenta, pero también conviene morir sin que los demás se den cuenta. Aunque hay diferencias en varios países, e incluso, dentro de un mismo país entre diversas regiones, la mayoría de las personas que enferman crónicamente van a morir al hospital. Ya casi no se muere en el domicilio, rodeado por sus seres queridos. El hombre moderno ha ido perdiendo su derecho a ser el protagonista del acto de morir, que se convierte en un proceso cada vez más “técnico”, en algo que hay que olvidar rápidamente; se afecta así no sólo la calidad de muerte, sino la calidad de vida de los últimos momentos. No es casual que hoy en día la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueva la idea de que el enfermo debe morir en casa, rodeado de objetos queridos, en una atmósfera tranquila y al lado de sus familiares y allegados, respetando sus derechos y voluntades, después de haber recibido durante cierto tiempo los beneficios de los programas de cuidados paliativos (OMS, 1990, 1995; Saunders, 1998).

## 2. *Algunos problemas conceptuales entorno a la muerte y al sufrimiento de morir*

La muerte es un verdadero proceso, que se ha enfocado desde diferentes perspectivas: filosófica, biomédica, psicológica, religiosa, etc. Es una experiencia universal, pero cada cual la concibe y enfrenta de forma individual y en un contexto familiar, de acuerdo a las experiencias vívidas previamente, a sus creencias religiosas, a la filosofía con que se ha regido su vida, a su origen étnico-cultural, y a su personalidad particular (Grau y Chacón, 2002; Olivé, 1995).

La muerte como problema filosófico tiene una serie de atributos: es inevitable,

invivible, impredecible, incomprensible, intransferible, inefable y trascendente. No se puede experimentar la propia muerte a través de la ajena, es un fenómeno que no se puede sufrir por otros, aunque lo que frecuentemente se hace es sufrir los temores de la representación de nuestra propia muerte. En el plano individual, la muerte es la “pérdida de la identidad personal” (Olivé, 1995). Esto es algo que diferencia a la muerte biológica (que también sufren los animales) de la muerte que sufren las personas. Si bien, la terminación biológica implica la muerte, en el caso de los seres humanos lo inverso no es absolutamente cierto: se puede “morir”, en el sentido de pérdida de la identidad personal, estando –incluso– vivos. Uno también puede elaborar pérdidas de personas en vida. En otras palabras, la muerte es una ausencia, y ella presupone, naturalmente, la existencia. No se puede ser ausente sin haber sido (Rebolledo, 1999). Las corrientes existenciales han abordado este tema y pretendido analizar su relación con el sufrimiento. Un magnífico ejemplo de que la muerte es la pérdida de la identidad personal se presenta en la novela “Danza con lobos” de M. Blake (Grau y Chacón, 2002), llevada al cine con el conocido actor norteamericano Kevin Costner. Cuando el protagonista de la película, adoptado por los indios como uno más de la tribu, lucha contra los soldados que pretenden exterminar a los indios, ante los conflictos de identidad que estas acciones le generan, el anciano jefe indio le explica que no fue el antiguo soldado el que mató, sino el indio que ya es, en el cual se ha convertido. Muchas de estas obras nos enseñan que al hablar de la muerte, tenemos que saber con exactitud de qué estamos hablando. Si la muerte fuera tan sólo un conjunto de signos bien caracterizados biológicamente, no preocuparía tanto a la persona.

Muchos autores han recogido en la literatura las principales manifestaciones o síntomas en el proceso de morir: sequedad en la boca, anorexia intensa, astenia y reducción del espacio físico, caquexia o consunción intensa, hipersensibilidad al tacto de cuidadores, escaras, respiración ruidosa (estertores por secreciones), mioclonias faciales o de otros grupos musculares, hipo, pérdida general de la esperanza, hipersomnia, desasosiego posicional con dolor “sin dolor”, molestias difusas mal definidas, necesidades de contacto físico, miedo a la soledad, disminución de comunicación verbal, ansiedad y depresión, celos hacia quienes le rodean por estar sanos, agresividad y resentimiento con el entorno, rebelión contra su religión, creencias o ideales, etc. (Sanz, 1995). Muchas de estas manifestaciones escapan del orden estrictamente biológico. Se habla de muerte celular, de muerte cerebral, de muerte clínica, se describen los signos de muerte inminente. Se escribe sobre la fisiología de la muerte. Aun así, la más detallada descripción de los signos que rodean a la muerte no podrían dar una caracterización holística, integral de este proceso, de su impacto y relevancia.

Se ha escrito mucho sobre el sentido del morir. Si la muerte no es exclusivamente el fin de la existencia individual, tiene entonces un sentido, una proyección para el que se muere, para sus allegados, para quienes deben atender al moribundo. Este sentido no tiene que ser necesariamente una intención ni un sacrificio, puede ser el resultado de una actitud hacia la vida. En “Los muertos”, el último relato de “Dublineses” de Joyce, Gretta cuenta a su marido Gabriel la triste historia de Michael Furey, quien murió a los 17 años: cuando aquél le pregunta de que murió el joven, ella responde “creo que murió por mí”...El hecho de que la muerte, concebida para el muchacho como una

ofrenda por la persona amada, haga ganar el recuerdo eterno de esta mujer, no significa que debe ser restringida a un sacrificio. Al reformular continuamente sus creencias, deseos, motivaciones y acciones para mantener o transformar su identidad, en una espera en vano por un amor inaccesible, Michael había decidido dejarse morir, en un acto que daba sentido a su muerte. Como bien expresara Gabriel: “mejor pasar audaz al otro mundo en el apogeo de una pasión que marchitarse consumido funestamente por la vida”... (Olivé, 1995).

Es cierto que muchas personas dan un sentido a la muerte, otras no tienen siquiera tiempo o condiciones para hacerlo. Si lográramos comprender a las personas en vida y entender mejor el papel central de sus motivaciones, de su intencionalidad, podríamos tener una mejor comprensión de la muerte, no como el fenómeno objeto de estudio de una sola ciencia (la Tanatología), ni tampoco como el límite invisible e inefable ante el cual sólo podríamos tener una aproximación mística, sino de la muerte como algo que tiene sentido y que puede ayudar al proceso de morir de estas personas. Al replantearnos entonces la pregunta crucial “qué es la muerte?”, deben ser revisados distintas perspectivas y diversos conceptos. Rebolledo afirma que la muerte es la ausencia de funciones orgánicas (vitales), que se acompaña de la ausencia de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, provocando una ausencia que se prolonga en la conciencia colectiva (Rebolledo, 1999). Se distinguen tres conceptos (Sanz, 1995): 1) *La muerte en sí misma*: es una transición entre el estar vivo y el estar muerto, nadie ha podido describirla; 2) *El proceso de morir*: que puede ser largo, doloroso y lleno de sufrimiento, con varias fases clínicas, la última de las cuales es la etapa propiamente

terminal, y, 3) *El duelo*: que puede ser un proceso lleno de sufrimiento para el familiar que ha perdido un ser querido, y también para los profesionales que han atendido a un fallecido. Los especialistas pueden influir con intervenciones apropiadas en los dos últimos de estos procesos.

Analizamos algunos aspectos del proceso de morir y de la percepción de la incidencia de la muerte desde el punto de vista psicológico, como un evento estresante, como una crisis, como “la gran crisis”. En realidad, este evento comparte aspectos propios de cualquier crisis, al tratarse de un estresor que sobrecarga los recursos disponibles hasta ese momento sin vivencias previas que sirvan de referencia exacta, se percibe como amenaza que interrumpe metas vitales y la secuencia de la vida, despierta otros problemas no resueltos (tanto recientes, como del pasado lejano) y ofrece una curva de tensión que alcanza un pico y luego decrece. Pero, además, tiene otras particularidades, el problema es irresoluble, ha de afrontarse y no resolverse, es una experiencia totalmente nueva y desconocida, una pérdida que se hace total y que va cambiando el significado de lo que queda de vida, las relaciones con todos, hasta con los seres más queridos (Fonnegra, 1988). Psicológicamente hablando, es esencial considerar las necesidades del paciente moribundo: todas aquellas de cualquier ser humano, y además, las que son propias de un ser humano que sufre y está muriendo: control adecuado de sus síntomas, sensación de seguridad, no ser una carga para los familiares y el personal, dar y recibir afecto, necesidad de ser aceptado, explicación y discusión de los síntomas, ser incluido en el proceso de toma de decisiones (Bejarano, De Jaramillo, 1992). La esencia psicológica de la atención al final de la

vida radica, precisamente, en el énfasis que pone en el modo particular de atrapar lo que es confortable para cada enfermo, en función de sus características y necesidades (Grau, Lence, Jiménez, Romero y Abascal, 1995).

En su trayectoria hacia la muerte, los enfermos terminales enfrentan múltiples temores (a la muerte en sí, a lo desconocido, al dolor, a perder su familia y su identidad, etc.), pero en muchos casos experimentan temores a compartirlos con su familia, lo que representa algo así como una condena a permanecer en silencio, con la consiguiente reducción de la comunicación y aislamiento. Esto es el resultado, además, del desconocimiento que tienen familiares y profesionales acerca del manejo adecuado de la información (Gómez Sancho, 2006).

Se reconoce que “morir es saber perder” (Fonnegra, 1988). En la vida enfrentamos pérdidas constantemente. Al morir, dejamos o somos dejados, nos separamos, reemplazamos, renunciamos... Las pérdidas pueden ser de otros seres queridos, de asuntos propios (ilusiones y sueños, libertad para algo, determinados roles, riquezas, poder, expectativas, sentidos, seguridad). Se dice que las pérdidas que se van experimentando al final de la vida son “micromuertes”, que van preparando para la pérdida final, definitiva (Grau y Chacón, 2002). En este sentido, morir es un gran acto de desarrollo personal y madurez. Si no se aprenden a enfrentar las pérdidas durante la vida, el proceso de morir será más doloroso. Cada cual muere como ha vivido...

Después de escuchar confesiones de miles de moribundos, este proceso fue descrito por Elizabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1969), en etapas que han sido tan conocidas como polémicas (negación, rabia o ira, regateo, pacto, depresión, aceptación)

y que marcaron una de las mayores premisas del enfoque psicológico acerca de la muerte. Según la autora, estas etapas no tienen que seguir necesariamente una secuencia rígida, pueden yuxtaponerse, repetirse en el curso de enfermedades crónicas largas, aun no darse en ese orden.

Se pone mucho énfasis en el aislamiento social ante la proximidad de la muerte. “Morir –dice Derek Doyle– es la experiencia más solitaria de la vida. Es el momento en que, sobre todo lo demás, anhelamos compañía, no la de una muchedumbre charlatana de solícitos colegas y conocidos, sino la de experimentar intimidad con aquellos que comparten nuestro secreto y están dispuestos a compartirse a sí mismos con nosotros” (Doyle, 1983). Algunas investigaciones señalan que los europeos tratan de colorear el proceso de morir de estas emociones y se preocupan más por los aspectos afectivos que pueden aliviar la duración del proceso de morir, a diferencia de los norteamericanos, quienes ponen el énfasis en que no se les prolongue la vida de forma inapropiada (Singer, Martin y Kelner, 1999).

En realidad, este proceso ha sido abordado de muchas formas desde la óptica del sufrimiento (Bayés, 2000; Gómez Sancho y Grau, 2006). La psicología de orientación existencial ha trabajado mucho la investigación del afrontamiento de la enfermedad y la muerte en relación con el sufrimiento y la presencia o carencia de sentido. Desde los tiempos de Heidegger, los existencialistas consideran que la única forma de una vivencia auténtica, de conciencia de la vida, es manteniendo una plena conciencia de muerte. Feifel (1974) pensaba que sólo podemos vivir una existencia genuina y comprendernos totalmente si conseguimos integrar el concepto de la muerte en nuestra propia vida, por lo que trabajar con el

sufrimiento de muerte es una importante tarea de desarrollo vital. Pincus (1989) alerta sobre la necesidad de preparar a las personas para la tarea más fundamental y universal con la que se puede encontrar uno en cualquier edad: la muerte y la pérdida; según ella, la educación para la muerte es la educación para la vida. Para algunas corrientes existencialistas, la vida no tiene sentido, por lo que es preciso “inventar”, “construir” un sentido para la vida, o sea, encontrar razones por las cuales vivir. Otros, como Frankl, el padre de la “logoterapia”, afirman que hay que descubrir el sentido, que está en el mundo, no hay que inventarlo (Frankl, 1990, 1992). En toda la obra de Frankl es una constante la búsqueda de significado en el sufrimiento que no puede ser evitado. La vida, para él, siempre tiene sentido, incluso en las cercanías de la muerte; él hacía suya esa frase de Nietzsche: “Quien tiene por qué vivir, puede aceptar casi cualquier cómo”. Los caminos, según este autor, que llevan a encontrar el sentido de la vida son los procesos de vivenciación de valores (valores de creación, de vivencia, de actitud, etc.). Para él, el sufrimiento y la muerte, presupuestos de la existencia humana, no quitan el sentido de la vida, sino que agregan nuevas posibilidades de encontrarlo, en la medida en que el individuo se enfrenta con esos hechos, en la actitud que tiene ante ellos. Una discípula alemana de Frankl, Elizabeth Lukas, ha dedicado exclusivamente un libro al tema del sentido del sufrimiento (Lucas, 1989), donde resalta la necesidad del enfermo de concentrarse no en las pérdidas posibles o en aquellas a que tendrá que renunciar en alcanzar, sino en aquellas situaciones o vivencias que aún le ofrecen posibilidades de realización, esto es para ella “el espacio libre aún preservado”; entonces la tarea del

equipo que trabaja con enfermos graves o terminales sería ayudarles a que vean más lejos que la realidad apremiante e inmediata que les aflige.

Otros autores han estudiado el problema del sufrimiento dedicándose en gran medida a conceptualizarlo. Cassell ha definido el sufrimiento como el estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa (Cassell, 1982, 1992). Este concepto es más amplio que el de dolor físico y espiritual, y se acerca al concepto de “dolor total” de Cicely Saunders (Saunders, 1984). El hombre puede sufrir por múltiples causas, pero no únicamente por dolor y otros síntomas orgánicos. No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor (Casell, 1992). Más bien, las personas con dolor sufren cuando su origen es desconocido, cuando creen que no puede ser aliviado, cuando su significado es funesto, cuando lo perciben como una amenaza a la integridad (Cassell, 1982). En otras palabras, cuando temen su prolongación o intensificación en el futuro sin posibilidades de control. Ya Fordyce había defendido la necesidad de distinguir el dolor y el sufrimiento, separando “el dolor como una señal”, de las reacciones y emociones que manifiestan las personas “que padecen dolor” (Fordyce, 1994). Chapman y Gravin lo definen como “un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esa amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permiten afrontarla” (Chapman y Gravin, 1993). De acuerdo con estas nociones muchos autores (Bayés, 1997, 1998; Bayés, Arranz, Barbero, Barreto, 1996) destacan

que el sufrimiento dependerá entonces de la sensación de amenaza y del sentimiento de impotencia para hacerle frente, los cuales son subjetivos. Ya Schroeder, anteriormente, había encontrado en enfermos terminales de cáncer, que la sensación de amenaza y la percepción de control estaban estrechamente relacionadas y que se presentan simultáneamente, y no secuencialmente (Schroeder, 1996). Esto implica que la valoración de amenaza perspectiva y la evaluación de las posibilidades de control no pueden hacerse al margen del sujeto, son individuales, específicas. Un diagnóstico de cáncer, una misma intensidad de dolor, la pérdida de una función corporal, la ausencia pasada o proyectada de un ser querido, el conocimiento mismo de la proximidad de la muerte no producen la misma valoración de amenaza en todas las personas ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerles frente. Este es un postulado paradigmático sobre el cual debe basarse toda acción paliativa, válido no sólo para el paciente, sino para cada miembro de la familia, que sufre anticipadamente el decursar del padecimiento de su paciente.

En los últimos trabajos, Bayés se ha dedicado a reconceptualizar la noción de sufrimiento, especialmente ante el fenómeno de muerte, ofreciendo un modelo que pueda servir como guía para mejorar la eficacia de las intervenciones terapéuticas clínicas y psicosociales e intentando evaluar este sufrimiento con instrumentos que reúnan determinados requisitos (sencillos, que valoren los aspectos subjetivos, comprensibles, no invasivos ni sugerentes de nuevos problemas, fáciles y rápidos de administrar en la clínica, de aplicación repetida, que sean terapéuticos en sí mismos) (Bayés, 1998; Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1996).

### 3. Los profesionales de la salud ante la muerte de sus enfermos

Para los profesionales de la salud, y en particular para los médicos, el tema de la muerte involucra un análisis complejo, porque engloba toda su actitud hacia el paciente; es muy difícil para ellos sostener una actitud serena y madura frente a ella. Cuando sucede, ellos tratan enseguida de sentirse bien, y esto no es más que una forma de ocultamiento, un mecanismo de defensa ante el dolor que produce. Se supone que el profesional de la salud, y el médico en particular es el profesional más íntegramente educado por, para y contra la muerte, vista ésta como una realidad biológica, como un fenómeno humano y como un valor cultural. Sin embargo, no es siempre así, y con frecuencia se refleja en la poca atención a estos enfermos.

Gómez Sancho (1999) enumera algunas razones. En primer lugar, *por un déficit de formación*, ya que no se enseña lo que hay que hacer con enfermos incurables y esto no se compensa con el buen deseo de ayudar, pero da lugar a una situación defensiva del profesional, a que éste responda a su ansiedad con mecanismos de defensa inadecuados: cólera, actitudes negativistas, etc. En segundo lugar, porque en realidad la muerte constituye para los profesionales de la salud, y muy especialmente para los médicos, *una sensación de fracaso profesional*; a ellos se les enseña a salvar vidas, y aunque todos saben que la muerte es inevitable, el médico tiende a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo; la situación terminal es entendida como signo de impotencia, muchas veces a un nivel inconsciente. La muerte se ve como un enemigo, y las Facultades de Medicina y de Enfermería refuerzan involuntariamente esta ilusión.

Para los médicos que consideran su trabajo como la lucha por todos los medios contra la muerte, habría dos maneras de evitarla: una, consistente en intentar retrasarla más o menos obstinadamente (encarnizamiento terapéutico); otra, en resignarse y adelantarla (eutanasia). El encarnizamiento terapéutico y la eutanasia son así las tentativas extremas para evitar la confrontación con la hora de la muerte. Para las enfermeras, sus primeros encuentros con la muerte y la agonía son muy fuertes (Grau, Chacón, 2002), ellas no se pueden escapar tan fácilmente como los médicos. Algunas tienden a dedicarse a alguna labor innecesaria y a ignorar el significado de lo que les está sucediendo; otras, por la razón de ser de su trabajo y de su formación, suelen tener menos sensación de fracaso ante la muerte y se convierten frecuentemente en “defensores” de los enfermos ante los galenos, insistiéndoles en que vayan a visitar al paciente, que les receten algún analgésico más energético, etc. En tercer lugar, *la confrontación con la muerte de su paciente genera en los profesionales angustia ante su propia muerte*, estos profesionales son también seres humanos, y en escenarios como éste afloran prejuicios y creencias, ansiedades y temores ante la muerte y la historia personal de cada uno. Es inevitable que los médicos pongan inconscientemente en juego mecanismos de defensa que pueden ir desde la dimisión y abandono, hasta la hiperactividad terapéutica.

Todo profesional de la salud debería tener interés en analizar y comprender los diferentes componentes de su malestar: una toma de conciencia de las razones ocultas que le empujan a huir ante tales situaciones permitiría muchas veces rectificar su actitud y estar más cómodo en semejantes circunstancias (Gómez Sancho, 2006). De

cualquier manera, el enfermo terminal y su familia, la mayoría de las veces bajo un gran impacto, generan un ambiente con una gran carga emocional, en la que hay que saber estar; debe cada quien prepararse y formarse para ello. El profesional debe aprender que la muerte es algo natural. Cuando es capaz de aceptarla así, se dedicará a cuidar y consolar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso.

Los profesionales, así como los familiares, atraviesan por las mismas etapas psicológicas por las cuales pasa un enfermo al afrontar su muerte y esto contribuye a generar también determinadas actitudes. En determinadas etapas, los profesionales cada vez más hablan menos con los enfermos, y también los escuchan menos. Establecen una excesiva distancia emocional con los pacientes y se centran y ocupan exclusivamente en sus síntomas y aspectos físicos. Esta actitud bloquea la capacidad terapéutica del médico, quien no tiene posibilidades de reconocer y encarar lo más grave del enfermo: su incomunicación, su aislamiento, su enfrentamiento con el derrumbe de su escala de valores familiares. Al aislarse del enfermo, se aísla de la realidad, se empobrece su capacidad para elaborar su propia impotencia ante la muerte, la cual se vuelve abrumadora y dañina para el propio médico (Gómez Sancho, 2006, Grau y Chacón, 2002).

Todo esto, en gran parte, es causado por considerar la intención paliativa en medicina como de “segundo nivel” (Bayés, 2000). Ayudar a los enfermos a morir en paz se reconoce como una tarea ante todo humana y digna de elogio, pero permanece como un objetivo médico de menor categoría que vencer a la muerte, y sólo se admite cuando fallan por completo los medios para evitarla. La muerte, realmente, no es un fracaso del conocimiento y del ejercicio médico, no

puede retrasarse indefinidamente, es el fin natural e inevitable de la existencia que nos afectará a todos. Los grandes avances y descubrimientos médicos como la ingeniería genética y los anticuerpos monoclonales, las técnicas de tomografía axial computarizada y de resonancia magnética nuclear, el genoma humano, los candidatos vacunales para el SIDA, los nuevos antibióticos y retrovirales, la moderna neurocirugía, todos ellos son notables y ayudarán a preservar la salud y alargar la vida del hombre, pero no podrán evitar que las personas sigan muriendo. Los profesionales de la salud deberían sentirse tan inclinados a investigar y tratar el sufrimiento que frecuentemente acompaña al proceso de morir o a la pérdida de un ser querido, como para investigar los factores y mecanismos que pueden ayudar a prolongar la vida (Bayés, 1998). En la dirección de resaltar la relevancia de este serio y urgente problema, razón de ser de la medicina paliativa, Cassell (1991) y Callahan (2000) proponen cambios radicales en un proceso de reestructuración del concepto y fines de la medicina; alertan en que son dos sus metas y ambas tienen la misma categoría y la misma importancia: evitar la muerte cuando se pueda y lograr que los pacientes vivan bien hasta final, que fallezcan en paz, cuando ya lo primero no es posible.

En consecuencia, un elemento cardinal en el enfoque paliativo moderno es no distanciarse del enfermo y su familia (Grau y Chacón, 2002). El paciente percibe, a un nivel inconcebible, la fatalista expresión médica de que “ya no hay nada más que hacer”, y eso lo llena de desesperación y desesperanza. El médico cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal, la enfermera pierde la motivación desafiante de sus habilidades y se muestra descontenta con los inexplicables cambios de humor

del paciente, el psicólogo no encuentra herramientas para enfrentarse a un enfermo que no fantasea con la muerte, sino que se está muriendo de verdad., el psiquiatra recetará inútilmente antidepresivos, los familiares rehuirán estar a solas con esa persona, “a quien ya no hay de qué hablarle”, y siempre estarán dispuestos a mantener la llamada conspiración del silencio: “yo sé que tú sabes que yo sé...pero hagamos de cuenta que ninguno de los dos sabe que el otro sabe” (Grau y Chacón, 2002)...El hospital, como institución, no puede brindarle todas las comodidades que necesita, la sociedad en general se aleja del enfermo...Todos vamos a morir, es una realidad irrefutable, quizás la única “gran verdad”. Y por eso, hay que desarrollar el sentimiento que deriva de encontrar nuestro sentido vital, aprender a saludar lo que nos quede de vida como un dulce regalo diario, controlando en lo que podamos nuestros achaques, pérdidas y limitaciones, y sin conferir a la realidad de nuestro final esa trágica relevancia que solemos imprimirle.

#### 4. Las investigaciones con respecto al tema de la muerte

Aun cuando la muerte forma parte irrenunciable de la condición humana y suscita intensas emociones, hasta hace pocos años han sido escasos los trabajos que la han estudiado desde un punto de vista psicológico (Bayés, Limonero, Buendía, Burón y Enríquez, 1999; Kastembaum y Costa, 1977; Limonero, 1990). Más abundantes han sido los estudios dedicados a precisar cuándo ocurre la muerte desde el punto de vista biológico. En 1956, bajo los auspicios de la American Psychological Association (APA) se organizó un simposio, sobre “el concepto de muerte y su relación con el comportamiento” (Feifel, 1990).

Durante los años 60 y 70, varios autores han tratado de abordarlo desde un punto de vista científico (Kastembaum y Aisenberg, 1972; Kübler-Ross, 1969; Parkes, 1972; Templer, 1970). La aparición de la revista Omega, en 1969, casi simultáneamente con el desarrollo del movimiento Hospice, por C. Saunders, y la posterior y rápida expansión por todo el mundo de los cuidados paliativos, han generalizado el interés por su investigación (Bayés y Limonero, 1999). En los últimos años, se ha subrayado cada vez más la necesidad de profundizar en el papel que juegan los aspectos emocionales en los pacientes con enfermedades en etapas terminales, al tiempo que crece la exigencia de prestar a los mismos una atención terapéutica adecuada (Bayés, 1997, 1998, 2000, 2006; Bayés, Limonero, 1999; Bayés, et al., 1999; Comas, Schröder, 1996; Field, Cassell, 1997; Gómez Sancho y Grau, 2006; Gómez Sancho, 2005, 2006, 2007; Limonero, 1990; Sanz, Gómez-Batiste, Gómez Sancho, Núñez Olarte, 1993; Spiegel, 1994; OMS, 1990).

Exceptuando las primeras descripciones de Kübler-Ross, las investigaciones desde el punto de vista psicológico se han centrado en dos temas, aparentemente distintos, pero que se interpenetran: a) la investigación de la *ansiedad ante la muerte*, y, b) el estudio de las *actitudes en los profesionales de la salud* (Bayés, et al. 1999).

La investigación de la ansiedad *ante la muerte* surge de forma expresa en el campo de la Psicología de la Salud, a partir de los años 70 (Fernández Abascal y Palmero, 1999). Hace casi 20 años, Neimeyer (1988), al revisarlo, encontró algo más de 500 trabajos sobre el tema, y unos años más tarde, presentó en un libro varias de las herramientas metodológicas más utilizadas para investigarlo (Neimeyer, 1994). La ansiedad ante la muerte se podría

conceptualizar como “una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza –reales o imaginadas– a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales” (Limonero, 1997). Esta ansiedad favorece el distanciamiento social del tema e, incluso, su consideración como tabú. Aunque el fenómeno es importante para todos los seres humanos, es especialmente relevante para los médicos de familia y para los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados paliativos, servicios de Oncología, SIDA, o en todas aquellas unidades asistenciales en las que la muerte o su amenaza se encuentran permanentemente presentes. Las razones son elocuentes y han sido referidas en la literatura señalada y en muchos otros materiales bibliográficos (Gómez Sancho y Grau, 2006; Neimeyer, 1997; Sanz, 1995).

Para evaluar la ansiedad ante la muerte, al igual que sucede con la ansiedad en general, posiblemente la mejor forma de hacerlo sea a través del autoinforme. Paradójicamente, la mayoría de las escalas de ansiedad ante la muerte que se conocen no son éticamente aplicables a las personas que se encuentran gravemente enfermas o próximas al fin de su vida, ya que, en la generalidad de los casos, al plantear a los enfermos las preguntas que contienen, éstas podrían sugerirles nuevas amenazas, generarles mayor ansiedad ante la muerte y aumentar el sufrimiento. Por ello, la mayoría de los investigadores optan por administrar sus escalas a colectivos que no se encuentren bajo una amenaza de muerte inminente: estudiantes universitarios y personas sanas extraídas de la población general, profesionales sanitarios, enfermos aquejados de enfermedades crónicas sin peligro inminente, trastornos leves o personas jóvenes que han superado una enfermedad grave (Sanz, 1995). Ante esta

realidad, estamos de acuerdo con Bayés y colaboradores (Bayés, Limonero, Buendía, et al, 1999) en un cuestionamiento esencial: ¿hasta qué punto los datos así obtenidos se pueden generalizar a situaciones reales que suscitan una amenaza mortal, en la medida en que al plantear las preguntas en situaciones emocionalmente neutras, los sujetos pueden tomarlas como componentes de un simple juego intelectual?

En un trabajo conducido por estos investigadores españoles (Bayés, et al, 1999), en estudiantes universitarios, utilizando la escala Colett-Lester (Lester, 1994), tradicionalmente usada en otros países, se hizo un intento de conocer el hipotético nivel de ansiedad ante la muerte, tratando de establecer el mismo en función de su grado de distanciamiento cognitivo ante la muerte y de su experiencia pasada con ella. Para ello, se completó esta escala con 4 escalas análogo-visuales sobre la percepción de la propia muerte y varias preguntas complementarias sobre creencias religiosas y experiencia con la muerte real o su proximidad. Se obtuvo como resultado interesante que de las 4 escalas de la Colett-Lester modificada, la que generaba mayor ansiedad en los estudiantes es la que se refería a “Tu propio proceso de morir”, mientras que “Tu propia muerte” es la que producía menos ansiedad. Las otras dos subescalas: “La muerte de la persona más querida” y “El proceso de morir de otras personas” ocupaban posiciones intermedias. Los resultados avalaron la conclusión, ya anticipada en páginas anteriores, acerca de que la muerte en sí misma preocupa mucho menos que el proceso que conduce a ella. Los datos obtenidos en este trabajo sugirieron que: a) en muchos casos, resultaba posible atenuar el sufrimiento a través de una actuación paliativa, b) con la mayoría de las personas no resultaba necesario abordar

el problema filosófico de la muerte, ante el cual el mismo profesional de la salud podía sentirse inseguro.

La otra línea de investigación frecuente ha sido la de las actitudes ante la muerte (Bayés, 2006; Grau y Chacón, 2002; Hernández, 1997; Marí, 2003), centrándose más bien en la actitud de los profesionales de la salud. Se parte aquí del supuesto de que la actitud del médico de un paciente es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida, condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad terminal y la proximidad de su muerte. Está claro que debemos gestar el desarrollo de actitudes adecuadas ante la muerte o el cambio significativo de actitudes hacia ella, un movimiento de comprensión y respeto hacia las circunstancias de la muerte, donde equipos multidisciplinares aborden a pacientes y familiares.

Una actitud es un fenómeno psicológico complejo, que se va formando y desarrollando a lo largo de la vida, que muestra carácter de tendencia o disposición y que influye en las respuestas conductuales del sujeto (Ministerio de Educación –Mined–, 1974). Para que exista una actitud tiene que haber un objeto frente al cual el sujeto reacciona (por ejemplo: el médico ante la posibilidad de la muerte de su paciente), una dirección o signo positivo o negativo hacia el objeto (digamos, aceptación o rechazo) y una intensidad o magnitud (mínima, media o máxima), que generalmente se reseña en forma de una determinada conducta (por ejemplo, asumir con determinada entereza la respuesta a una pregunta que nos haga un moribundo). Desde el punto de vista de su estructura, toda actitud tiene: a) un componente afectivo, como aspecto central; b) un componente cognoscitivo, derivado de las ideas, la información, las creencias, y, c) un componente conductual,

que puede ser pasivo y no siempre se evidencia (Mined, 1974). De esta forma, las actitudes se relacionan con las creencias, las emociones y sentimientos, las conductas y los motivos y necesidades del ser humano. Componentes cognoscitivos estereotipados pueden ser la base de actitudes prejuiciadas, como suele ocurrir ante el problema que nos ocupa. Cuando las actitudes se vinculan mediante metas comunes, globalizándose, se constituyen los valores, organizados alrededor del núcleo central de la personalidad.

Algunos instrumentos han sido diseñados con el propósito de evaluar las actitudes ante la muerte. Desde la Psicología Existencial, Henrion (1983) establece una línea de base del sentido de la vida con un instrumento: el PIL (Purpose in Life Test), desarrollado en pacientes con cáncer del Veterans Administration Medical Center, en Estados Unidos, a partir de una integración de la logoterapia con los conceptos de Kubler-Ross sobre la muerte y el morir. La autora considera que este instrumento ayuda a identificar pacientes que necesitan de ayuda adicional y terapia individual, además de las sesiones de grupo. Otro instrumento, que a su vez evalúa la ansiedad ante la muerte, es el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), de Wong, Reker y Gesser (Neimeyer, 1997), que contiene una escala de 7 puntos en un continuo que expresa el grado de acuerdo-desacuerdo con 32 proposiciones; los autores diferencian miedo y evitación de la muerte y tres maneras de aceptar la muerte: la aceptación neutral, la de acercamiento y la aceptación de escape.

En Cuba, las actitudes ante la muerte se han estudiado preferentemente en médicos de familia. En una investigación realizada en 1997 con 50 médicos del Policlínico “Plaza”, en la ciudad de La Habana (Hernández, 1997), se utilizó la versión

modificada de un instrumento diseñado para estudiar actitudes: el cuestionario conocido como “Death Attitudes and Self-Reported Health/relevant Behaviors”, de Martin y Salovey (1996). Este instrumento fue sometido a criterios de expertos en la elaboración de la versión cubana, siendo convencionalmente reformulado como “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” (CAM-1) (Hernández, 1997). Esta versión estaba compuesta por 33 proposiciones o reactivos (ítem), distribuidas, a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes aspectos actitudinales ante la muerte: 1) de evitación, 2) de aceptación, 3) de temor, 4) con base en la creencia de que la muerte es un pasaje o tránsito, 5) con fundamento en la concepción de la muerte como una salida o solución, y, 6) involucrando la perspectiva profesional. Cada médico debía completar el instrumento haciendo una marca sobre la línea continua que aparecía en cada proposición, y en cuyos extremos quedaban fijados los polos “Totalmente en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. Aunque era en su registro una escala análogo-visual, para la investigación de referencia se utilizó una magnitud que variaba de 1 a 5, llevada a base de datos para su procesamiento posterior. El instrumento era anónimo, se contestaba sin entrevista focal previa.

Los datos inicialmente obtenidos con la aplicación del CAM-1, a los médicos de familia, fueron procesados con el sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences), en un esquema de análisis que incluía: a) análisis de distribuciones de frecuencia de las respuestas a cada proposición del instrumento, así como de las variables sociodemográficas que caracterizaban la población bajo estudio, b) determinación de las medias para cada dimensión y variable y obtención de la correlación entre las

variables que pertenecían a una dimensión y la media de esa dimensión, para un análisis de consistencia interna ítem-subescala, c) determinación de las medias por rangos para cada variable sociodemográfica, para obtener su correlación con los promedios de las dimensiones del CAM, y, d) análisis de componentes principales para buscar grupos de variables que expliquen la varianza total del problema bajo estudio (análisis factorial) y obtener índices de validez de constructo del CAM. Los resultados más importantes revelaron:

- 1) Que las actitudes en la población estudiada manifestaban cierta ambigüedad (ambivalencia direccional). Junto a algunas actitudes positivas de aceptación (especialmente a nivel cognitivo), predominaban actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (temor).
- 2) La mayoría de los médicos no valoraron a la muerte como un pasaje o tránsito hacia una vida mejor, ni como una salida a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoció que en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento.
- 3) La generalidad de los médicos prefiere vivir sin calidad a morir, denotando un apego irracional a la vida como actitud prejuiciada sobre la base de un estereotipo cognitivo, afectivamente acuñado, que desconoce la relación esencial existente entre salud y calidad de vida.
- 4) Con excepción del temor, que disminuye con la edad, no se dieron relaciones significativas entre las dimensiones del CAM y el resto de las variables sociodemográficas.

- 5) Se obtuvieron indicadores de alta correspondencia de los reactivos del CAM con sus sub-escalas, que revelan buena consistencia interna en la conformación de ítem del instrumento.
- 6) El análisis de componentes principales permitió identificar 11 agrupaciones de ítem que explicaban el 73,4 % de la varianza. Este análisis factorial corrobora sólo parcialmente la validez de constructo del CAM, al coincidir con el fundamento teórico de las subescalas de pasaje y temor, y sugerir la desagregación de otras dimensiones en grupos funcionales más delimitadas, para la reestructuración del instrumento en investigaciones posteriores.

De forma general, la investigación reseñada (Hernández, 1997) apuntó a la necesidad de reelaborar el instrumento, y reveló la insuficiente preparación de los médicos de familia investigados para la aproximación realista a la muerte de sus pacientes; entremezclándose, junto a determinadas actitudes, creencias, valores, emociones y afrontamientos en una doble perspectiva: personal y profesional. Esta investigación recomendó reaplicar el CAM en médicos y enfermeros de familias sometidos a una intervención de modificación de actitudes ante la muerte, con metodologías basadas en elementos cognitivos y manejo de vivencias y estereotipos. Con este fin, se rediseñó la versión 1, efectuándose fundamentalmente los siguientes cambios:

- 1) Ligera modificación de las instrucciones, para evitar tendencias de extrema en las escalas correspondientes a las diferentes proposiciones.
- 2) Revisión en la reformulación de los ítem, especialmente de las subescalas de pasaje y salida, evitando la redacción que

diese lugar a respuestas de deseabilidad social o de puntuación extrema.

- 3) Reconstrucción de las dimensiones o subescalas del instrumento, con base a los resultados del análisis factorial llevado a cabo en la versión 1.

El CAM-2 resultó el instrumento remodelado a partir de los resultados de esta investigación (ver Anexo 1). Considerando esta última fuente de variaciones, quedaron 6 subescalas en esta versión, en las que se mantienen 6 de los principales factores que explicaban la varianza: a) La muerte como tránsito (proposiciones señalizadas como "Tr."), b) Temor (proposiciones señalizadas como Tm.), c) La muerte como salida a la carga de la vida (proposiciones señalizadas como S.), d) Manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte (proposiciones señalizadas como D/S.), e) Manifestaciones de impacto emocional en relación a la atención profesional (proposiciones señalizadas como IE.), d) Defensividad, mecanismos de evitación (proposiciones señalizadas como D.). La nueva versión mantuvo 32 de los reactivos (proposiciones originales), pero remodelados y reubicados en dimensiones. Se eliminó un reactivo que no aportaba. Los reactivos que aparecían en más de un factor se dejaron en aquellas subescalas que cubrían la mayor varianza. Se decidió no eliminar en esta versión otros reactivos que quedaron excluidos de los 11 primeros factores, al no ser definitivo el estudio anterior y seguir por la recomendación de esperar por una muestra mayor de profesionales; estos pocos reactivos "sobrantes" del primer análisis factorial fueron reubicados en diferentes subescalas, con base al criterio de expertos, que analizó el nuevo contenido de acuerdo con el proceso de reformulación (cambio de

redacción). Aunque en la primera versión la pregunta abierta final no fue productiva, se mantuvo en esta versión, con el objetivo de conocer si no había sido contestada por dificultades en la orientación al aplicar el CAM o porque realmente no había interés en expresar algo adicional.

En el momento actual, se realiza una investigación donde se reaplica el CAM-2 en dos momentos en médicos, enfermeras y otros profesionales de hospitales y de atención primaria de salud, luego de una metodología interventiva en forma de taller de 4-5 horas, basada en componentes informacionales, cognitivo/conductuales y reflexivo-vivenciales, con técnicas de imaginación y completamiento de breves cuestionarios para la fijación de las vivencias en cada ejercicio (Grau, et al, 2007). En un primer ensayo, que constituyó la tesis de especialista de un médico de familia (Marí, 2003), se corroboraron antes de la aplicación del taller la mayoría de los resultados del estudio de 1997, ahora en una población de 56 médicos. Los principales componentes actitudinales identificados en esta tesis fueron:

- a) Ambigüedad(ambivalenciadireccional). Junto a ciertas manifestaciones de actitudes positivas de aceptación (especialmente a nivel cognitivo), predominan actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por un componente de temor.
- b) La mayoría de los profesionales no valoran a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor, ni como una salida a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento.
- c) La mayoría de los profesionales prefiere vivir sin calidad a morir, denotando

un apego irracional a la vida, con componente cognitivo fuertemente estereotipado(prejuicio)y afectivamente consolidado con el decursar del tiempo y del ejercicio profesional. Se obvia la relación esencial existente entre salud y calidad de vida.

- d) Manifestaciones de distanciamiento profesional (defensivo) ante el impacto emocional que representa atender al moribundo y a su familia. Ellas ratifican las creencias reportadas en profesionales de la salud acerca de la percepción de la muerte como un fracaso profesional y la presencia de errores de juicio con respecto al máximo deber del médico ante los pacientes moribundos.

Los resultados de esta tesis y la experiencia acumulada en la aplicación de este programa en más de 39,000 profesionales de siete países, a lo largo de más de 12 años, hace suponer que la información y los ejercicios vivenciales y de imaginación, adecuadamente estructurados a lo largo del taller, modifican componentes disposicionales y situacionales de las actitudes ante la muerte, desensibilizando algunos temores hacia el proceso de morir y permitiendo que los participantes asuman, siquiera de forma preliminar, un set de “ficción”, la posibilidad real de la muerte propia y de los seres queridos, sobre la base de que el proceso de morir es parte de la vida misma, y que prepararnos para la muerte, significa en realidad prepararnos para la vida.

Ha sido ésta una línea dirigida por investigadores del Instituto Cubano de Oncología y profesores de la Licenciatura en Psicología (mención salud) del Policlínico “Plaza”. Aprovechando la capacitación en Cuidados Paliativos, que entre 2005 y 2007 se ha realizado en La Habana, de un grupo

numeroso y heterógeno de profesionales de la salud, y como parte de su trabajo científico-estudiantil; dos alumnas de esta licenciatura han recogido y procesado la información procedente de la aplicación del CAM-2 antes del programa de intervención, realizado en estos cursos (taller para modificar actitudes ante la muerte), con el fin de ampliar la caracterización de estas actitudes en profesionales cubanos de la salud. El trabajo fue premiado en la Jornada Científica Estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas “M. Fajardo”, en la cual está insertada la sede docente del Policlínico “Plaza”; sus resultados constituyen el núcleo de este artículo.

## Método

### Objetivo

El objetivo de este trabajo puede formularse como identificar los componentes actitudinales ante la muerte en 141 profesionales de la salud procedentes de diferentes instituciones del país a través del instrumento conocido como Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-versión 2), validado previamente en Cuba y aplicado por vez primera a este grupo de profesionales.

### Tipo de estudio

El estudio realizado es observacional-descriptivo, se espera que sus limitaciones puedan ser superadas en trabajos posteriores con un estudio analítico de los datos en poblaciones mayores.

### Unidad de análisis

Se aplicó el CAM-2 en 141 profesionales, reunidos en cinco subgrupos de trabajo, de acuerdo a la actividad de capacitación que recibían:

a) Un grupo de 61 médicos residentes en

Radioterapia procedentes de todo el país, quienes, como parte de su formación, recibieron en el 2006 un módulo de Cuidados Paliativos,

- b) Tres grupos heterogéneos, con un total de 56 médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, recibieron en el 2007 capacitación básica (40 horas) en Cuidados Paliativos, en el marco de un proyecto que se realiza con la ONG Medicuba Suiza, para implementar, como pilotaje en unidades de salud, los Cuidados Paliativos en el Municipio “Plaza”, y,
- c) Un grupo de 24 psicólogos de todo el país, recibieron capacitación en Psicooncología y Cuidados Paliativos, como parte de la formación de recursos humanos para la Ofensiva Nacional contra el Cáncer del Ministerio de Salud Pública en el 2007.

Estos grupos fueron procesados como un todo; sus integrantes recibieron el taller que –como metodología de intervención– se realizó con fines de modificar actitudes ante la muerte, pero el presente estudio recoge tan sólo la primera aplicación del instrumento, es decir, antes del taller, aunque ya habían recibido conferencias sobre pacientes terminales y sus cuidados.

La población analizada estuvo conformada por 33 profesionales del sexo masculino y 108 del femenino. En relación con las profesiones, la mayoría eran médicos (predominando médicos de familia): 85 profesionales, 29 eran psicólogos, 19 enfermeros y 8 trabajadores sociales. El nivel de escolaridad prevalente, obviamente, era universitario, tan sólo 8 enfermeros y 5 trabajadores sociales tenían nivel de técnico medio. Todos se encontraban en activo, trabajando en unidades de salud.

### Instrumento aplicado

Como se ha descrito, el instrumento aplicado es el CAM-2 (Hernández, 1997; Marí, 2003) (Ver Anexo 1).

#### *Procesamiento de la información, análisis y discusión de los resultados*

En la Tabla 1 se presenta los ítem (reactivos) del CAM-2, las subescalas a que pertenecen, el número de ítem en cada subescala y las medias (promedios) que fueron usadas como medidas de tendencia central para conocer las respuestas del grupo como un todo en cada ítem. Aparece también la formulación del ítem en el cuestionario.

Los resultados del *análisis por subescalas* en esta caracterización preliminar de las actitudes ante la muerte en la muestra de este estudio aparecen a continuación.

Subescala Tr.-La muerte como tránsito: Promedio subescala (7 ítem): 3.97

Las puntuaciones fluctúan entre 2.20 (ítem 30) y 6.35 (ítem 26).

Como puede inferirse, estos profesionales *no valoran a la muerte como*

*pasaje o tránsito hacia una vida mejor*; los ítem de más alta puntuación promedio son el 7 y el 26, que están más relacionados con el proceso de aceptación que la consideración de la muerte como tránsito. Los ítem que se refieren a la vida después de la muerte obtuvieron puntuaciones promedio cercanas a 3 e, incluso, menores, lo cual es de esperar por la formación profesional de los participantes.

Subescala Tm.-temor: promedio subescala (6 ítem): 5.66

Las puntuaciones fluctúan entre 3.70 (ítem 9) y 7.79 (ítem 20).

En general, se manifiesta el *temor a la muerte, a contraer la enfermedad y a enfrentarse con la familia de un paciente moribundo*. Los ítem de más alta puntuación promedio son el 20 y el 27. Aquí hay un predominio de respuestas afectivas; por ejemplo, en el ítem 3 la puntuación promedio del grupo es de 4.94, cercana a la mediana de la escala 0-10, en el ítem 13 la media es de 5.80.

Tabla 1. Ítem y subescalas del CAM-2 y media obtenida en el grupo de profesionales

Ítem CAM-2	Sub-escala	Medias p/ítem	Formulación del ítem
1 D.	D. 1	3.40	Pensar en la muerte es perder el tiempo.
2 D/S.	D/S. 1	6.62	La aceptación de mi muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida de mis pacientes.
3 Tm.	Tm. 1	4.94	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.
4 Tr.	Tr. 1	3.21	Yo pienso que después de la vida puede haber un lugar mejor.
5 S.	S. 1	1.87	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.
6 D.	D. 2	1.74	Experimento la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.
7 Tr.	Tr. 2	5.90	Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.
8 IE.	IE. 1	5.89	No es bueno pensar deliberadamente en la inevitabilidad de mi muerte.

Ítem CAM-2	Sub-escala	Medias p/ítem	Formulación del ítem
9 Tm.	Tm. 2	3.70	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.
10 Tr.	Tr. 3	3.09	Pienso que puede haber vida después de la muerte.
11 D.	D. 3	5.69	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que se va a morir.
12 D/S.	D/S. 2	3.48	No me gustaría atender a un paciente agonizante.
13 Tm.	Tm. 3	5.80	Yo temo morir joven.
14 D/S.	D/S. 3	2.26	Cuando no hay nada más que ver en el mundo, deberíamos aceptar la muerte.
15 S.	S. 2	6.22	Preferiría morir a vivir sin calidad.
16 D.	D. 4	8.02	He pensado en mi muerte como un hecho posible.
17 D/S.	D/S. 4	6.24	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.
18 Tr.	Tr. 4	3.49	Veo a la muerte como un paso a la eternidad.
19 IE.	IE. 2	4.73	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.
20 Tm.	Tm. 4	7.79	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.
21 D/S.	D/S. 5	6.41	No vale la pena seguir viviendo con mala calidad de vida.
22 Tm.	Tm. 5	5.51	Encuentro difícil encarar la muerte.
23 Tr.	Tr. 5	3.68	Espero con placer que haya vida después de la muerte.
24 D/S.	D/S. 6	6.93	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable ayuda a mi crecimiento personal.
25 D.	D. 5	6.96	El más alto sentido de mi trabajo es salvar o alargar la vida de mi paciente, aunque padezca de una enfermedad terminal.
26 Tr.	Tr. 6	6.35	Me siento más libre al aceptar mi muerte.
27 Tm.	Tm. 6	6.23	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte.
28 D/S.	D/S. 7	6.87	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.
29 S.	S. 3	7.22	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.
30 Tr.	Tr. 7	2.20	Después de la muerte encontraré la felicidad.
31 S.	S. 4	2.23	Las personas sólo deberían pensar en la muerte cuando son viejos.
32 IE.	IE. 3	5.92	Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.

Subescala S.-La muerte como salida a la carga de la vida: promedio subescala (4 ítem): 4.38

Las puntuaciones fluctúan entre 1.87 (ítem 5) y 7.22 (ítem 29).

En general, las apreciaciones se mueven en dos polos algo contradictorios o ambiguos: a) la muerte como *salida a la carga de la vida* (ítem 5 con baja puntuación que denota desacuerdo) y, b) la muerte en

ocasiones *como un alivio* (ítem 29, con alta puntuación que aparentemente refleja acuerdo cuando se trata de una enfermedad prolongada, sufriente o incurable). Llama la atención la valoración del grupo en el ítem 31 (promedio 2.23, puntuación relativamente baja), lo cual denota débil actitud evasiva, evitativa y no sólo una conceptualización de la muerte como el fin de una larga vida. Por otra parte, el ítem 15 (promedio: 6.22) puede estar reflejando una actitud más realista al estar recibiendo la mayor parte de los profesionales encuestados una preparación en calidad de vida y cuidados paliativos, que –de alguna manera– puede haber modificado componentes cognitivos en esta actitud.

Subescala D/S. - Manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte: promedio subescala (7 ítem): 5.54.

Las puntuaciones fluctúan entre 2.26 (ítem 14) y 6.93 (ítem 24).

En general, aunque la mayoría de las puntuaciones promedian alto, se inclinan hacia una valoración de acuerdo con la *ambigüedad*, la cual se ha reflejado en resultados de investigaciones anteriores. Por una parte, se observa aceptación sensible del hecho de que asumir su propia muerte les ayuda a tener más responsabilidad ante la vida de sus pacientes (ítem 2), que cuando no hay nada más que ver en el mundo deberíamos aceptar la muerte (ítem 14), que no vale la pena seguir viviendo con mala calidad de vida (ítem 21), que reconocerla ayuda al crecimiento personal (ítem 24) o que el contacto frecuente con ella le permite verla como algo natural (ítem 28). Por otra parte, subsisten respuestas defensivas, de evitación, como la de los ítem 12 y 17. Sin embargo, a diferencia de estudios

anteriores, donde no existía capacitación en cuidados paliativos, la mayoría de las altas puntuaciones que denotan acuerdo se inclinan hacia la sensibilización con el tema, incluso, uno de los ítem que refleja evitación, defensividad (ítem 12) tiene más baja puntuación, señalando preferentemente desacuerdo.

Subescala IE. - Manifestaciones de impacto emocional con relación a la atención profesional

Promedio subescala (3 ítem): 5.51

Puntuaciones fluctúan entre 4.73 (ítem 19) y 5.92 (ítem 32).

A pesar de la modificación de componentes cognitivos que puede implicar la capacitación y la motivación a capacitarse en cuidados paliativos, las puntuaciones promedio cercanas a la mediana manifiestan *impacto emocional asociadas a la atención que deben dar como profesionales*. Los ítem 32 (promedio 5.92) y 8 (media 5.89), e incluso el ítem 19 (promedio 4.73) dejan ver la subsistencia de componentes afectivos remanentes de temor-evasión, que no se modifican con los cambios cognitivos de la capacitación o de la motivación para la tarea de actualización en estos temas de cuidados paliativos.

Subescala D. - Defensividad, mecanismos de evitación: promedio subescala (5 ítem): 5.16.

Puntuaciones fluctúan entre 1.74 (ítem 6) y 8.02 (ítem 16) con gran dispersión.

Las manifestaciones de *defensividad* y *evitación* siguen siendo *suficientemente altas*, lo que demuestra que están más asociadas a componentes afectivos de la actitud ante la muerte que a las cogniciones y conocimientos. Puntuaciones, incluso bajas

que denotan más desacuerdo, en ítem como el 1 (promedio 3.40) y el 6 (promedio 1.74) y altas, como en el 8 (promedio 8.02), hacen pensar en una actitud más realista ante la muerte en este grupo de profesionales, que la encontrada en estudios precedentes. Sin embargo, subsisten respuestas como las de

los ítem 11 (promedio 5.69) y 25 (promedio 6.96), que dejan entrever los componentes de temor y evasión, con relación a lo que debería ser la práctica profesional.

Un resumen de estos resultados descritos por subescala se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Resumen de los resultados por subescalas del CAM-2

Subescala	Media	Punt. mín.	Punt. máx.	Interpretación
Tránsito, Tr.	3.97	2.20 (ít. 30)	6.35 (ít. 26)	No se valora a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor (ítem referidos a vida post-mortem con promedios de 3, lo cual es de esperar por formación).
Temor, Tm.	5.66	3.70 (ít. 9)	7.79 (ít. 20)	Predomina temor a la muerte, a contraer la enfermedad y a enfrentarse con la familia de un moribundo, con alta puntuación en ítem sobre respuestas afectivas.
Salida, S.	4.38	1.87 (ít. 5)	7.22 (ít. 29)	Respuestas contradictorias en ítem que reflejan muerte como salida y muerte como alivio; actitudes evasivas, pero más realistas que otros grupos.
Distanciamiento-aceptación, D/S.	5.54	2.26 (ít. 14)	6.93 (ít. 24)	Persiste cierta ambigüedad (aceptación con defensividad), capacitación previa inclina a mayor sensibilización al asumir la muerte y aceptarla como algo natural y para crecimiento personal.
Impacto emocional, IE.	5.51	4.73 (ít. 19)	5.92 (ít. 32)	Se mantienen en puntuaciones cercanas a la media las manifestaciones de impacto por la atención profesional que deben prestar, subsisten componentes afectivos de temor-evasión a pesar de la capacitación previa.
Defensividad, D.	5.16	1.74 (ít. 6)	8.02 (ít. 16)	Manifestaciones de defensividad y evitación siguen siendo suficientemente altas, asociadas a componentes afectivos: temor y evasión en la práctica profesional

## Discusión

Como puede observarse, el tema de la muerte y la ansiedad y las actitudes ante

ella ha sido realmente poco investigado, especialmente en profesionales de la salud, y son necesarios aún numerosos estudios

que permitan esclarecer aquellos eslabones fundamentales sobre los cuales se pueda intervenir para modificar las “tanatofobias” y las actitudes inadecuadas ante la muerte, que no permiten considerar el proceso de morir como algo natural, como parte del mismo proceso de la vida. Si se quiere lograr avances en cuidados paliativos y mejorar las intervenciones dirigidas a disminuir el sufrimiento en el paciente y sus allegados, hay que modificar previamente las actitudes de temor, evasivas o ambiguas que se han descrito en los profesionales encargados de proveer esta atención, de administrar estos cuidados. Para modificar estas actitudes en grandes contingentes de profesionales de la salud es preciso caracterizar previamente esas actitudes. Algunos trabajos precedentes han logrado una caracterización preliminar en pequeños grupos de trabajo, homogéneos en cuanto a perfil profesional. Sin embargo, nunca se había dispuesto, al menos en Cuba, de un grupo heterogéneo de profesionales en proceso de capacitación en cuidados paliativos.

Al comparar los resultados de este estudio con otros precedentes, como los estudios descritos de Hernández (1997) y Marí (2003), se destaca que los integrantes de este grupo ofrecen respuestas muy indicativas de que no valoran a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor, de temor a la muerte, a contraer la enfermedad y a enfrentarse con la familia de un paciente moribundo, como ocurría en estudios anteriores. Admiten sólo parcialmente que la muerte puede ser una salida a la carga de la vida o un alivio, con cierta ambigüedad entre el distanciamiento profesional y la sensibilización (aceptación) de la inevitabilidad de la muerte y la atención que debe prestarse a los moribundos, esta última cargada de gran impacto emocional, con elementos evasivos y de temor; subsisten

respuestas relativamente defensivas, pero menos que en los estudios anteriores.

Otro elemento distintivo, con relación a estudios precedentes (Hernández, 1997; Marí, 2003), es la capacitación que este grupo está recibiendo en temas afines (cuidados paliativos, muerte, calidad de vida y calidad de muerte, atención a moribundos) o, incluso, la motivación o inclinación a matricular estos cursos, son capaces de mover ciertos componentes cognitivos de las actitudes ante la muerte, por lo que sus resultados se diferencian de los obtenidos anteriormente, que eran más defensivos y evasivos. A pesar de ello, subsisten componentes afectivos de temor y de cierta evasión en las respuestas de este grupo ante determinados ítem, los cuales apuntan a la necesidad de actuar sobre sus componentes vivencial-emocionales, para que ellos puedan brindar una atención de mayor calidad a sus pacientes y familiares.

### Conclusiones

- 1) Los componentes actitudinales ante la muerte en profesionales de grupos heterogéneos que se capacitan en cuidados paliativos difieren, esencialmente, de los profesionales estudiados anteriormente, ya que ofrecen menos respuestas defensivas ante su acercamiento profesional a la atención a estos enfermos, pero manteniendo respuestas relativamente evasivas, cargadas de temor y ambigüedad.
- 2) En estos grupos predominan los componentes afectivo-emocionales en sus actitudes ante la muerte, si bien la capacitación recibida en cuidados paliativos de alguna manera se supone hayan influido favorablemente en sus componentes cognitivos (necesidad de atender estos enfermos, interés en conocer cómo pueden ayudarles, etc.).

## Recomendaciones

Sería deseable que los trabajos futuros se condujeran hacia:

- 1) Análisis complementarios con indicadores sobre las correlaciones entre las dimensiones del CAM-2 y variables sociodemográficas.
- 2) Estudio de la correspondencia de componentes emocionales de temor o defensividad con el resto de los resultados en el CAM-2.
- 3) Análisis de la correspondencia de ítem y subescalas en el instrumento, con vistas a determinar consistencia interna del mismo en muestras mayores, e incluir análisis de componentes principales.
- 4) Contrastación de los resultados en el CAM-2 en grupos heterogéneos como éste antes del taller vivencial y al cabo de cierto tiempo de efectuado el mismo, para conocer la estabilidad de los cambios actitudinales generados por esta metodología de intervención.

## Referencias

- Albom, M. (2000). *Martes con mi viejo profesor*. México, D.F.: Editorial Océano.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29, 4, 5-17.
- Bayés, R. (2000). Los dos objetivos prioritarios de la Medicina del Siglo XXI. *JANO*, LVIII (1,348), 110-11.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-21.
- Bayés, R. (1997). Time for education in palliative care. *Lancet*, 349, 1709.
- Bayés, R. y Limonero, R.T. (1999). Reacciones emocionales en el proceso de morir. En: E. Fernández Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 265-278). Barcelona: Ariel.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E., y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6 (4), 140-43.
- Bejarano, P. y De Jaramillo, I. (1992). *Morir con dignidad. Fundamentos de los cuidados paliativos*. Bogotá: Laboratorios Italmex.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New English Journal of Medicine*, 342, 654-6.
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of Medicine. *New English Journal of Medicine*, 306, 639-45.
- Cassell, E.J. (1991). *The nature of suffering and the goals of Medicine*. Oxford: OUP.
- Cassell, E.J. (1992). The nature of suffering: physical, psychological, social and spiritual aspects. In: P. Stark y J. McGovern (Eds.), *The hidden dimension of illness: human suffering* (pp. 1-10). New York: National League for Nursing Press.
- Coates, T., Temoshock, L. y Mendel, J. (1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDA. *American Psychologist*, 39 (11), 1309-1314.
- Comas, M.D. y Schröder, M. (1996). Procesos de adaptación a la enfermedad avanzada y terminal. En: X. Gómez-Batiste; J. Planas; J. Roca y P. Viladiu (Eds.), *Cuidados paliativos en Oncología* (pp.249-261). Barcelona: JIMS.
- Chapman, C.R., Gravin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *Journal of Palliative Care* 9 (2), 5-13.
- Doyle, D. (1983). *Coping with a dying relative*. Edimburg: MacDonald.
- Feifel, H. (1974). La Muerte – una variable relevante en Psicología. En R. May (Ed.), *Psicología Existencial* (pp. 176-184). Porto Alegre: Globo.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist*, 45 (4), 537-543.
- Fernández Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*: Barcelona: Ariel.
- Field, M.J. y Cassel, C.K. (1997). *Approaching death. Improving care at the end of life*.

- Washington, DC: National Academy Press.
- Fonnegra de Jaramillo, I. (1988). *Un acercamiento vivencial a la realidad de la muerte*. Ponencia al foro sobre la muerte. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Fordyce, W.E. (1994). Pain and suffering. What is the unit? *Quality of Life Research*, 3 (1), S-51-S-56.
- Frankl, V.E. (1990). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (1992). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Gómez Sancho, M. (1998). *Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad*. Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, R. (1999). El médico ante la muerte de su enfermo. En: M. Gómez Sancho (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina* (pp. 57-68). Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. (2007). *La pérdida de un ser querido*. El duelo y el luto. Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. y Grau, J. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid: Arán.
- Grau, J. y Chacón, M. (2002). *La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión*. Poza Rica: impresiones ligeras.
- Grau, J., Lence, J., Jiménez, P.J., Chacón, M., Romero, T. y Abascal, M.E. (1995). Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. *Psicología y Salud*, 5, 111-126.
- Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C., Infante, O., Guerra, M.E., Barbat, I., Reyes, M.C. y Romero, T. (2007). *Validación de una metodología para modificar actitudes ante la muerte en profesionales de la salud*. Protocolo de Proyecto Citma (en curso).
- Henrion, R. (1983). PIL test on cancer patients. *The International Forum for Logotherapy*, 6 (1), 23-7.
- Hernández Cabrera, G. (1997). Actitud ante la muerte en los médicos de familia del Policlínico "Plaza de la Revolución". *Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral*. Ciudad de La Habana.
- Kastembaum, R. y Costa, P.T. (1977). Psychological perspectives of death. *Annual Review Psychology*, 28, 225-249.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Londres: Macmillan.
- Kubler-Ross, E. (1997). *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B, S.A.
- Lester, D. (1994). The Collet-Lester Fear of Death Scale. In: R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 25-60). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Limonero, J.T. (1990). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General Aplicada*, 49, (2), 249-265.
- Limonero, J.T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3 (1), 37-46.
- López, M.A., López, B.M., Aréchiga, G., Reyes, J.R. y Alcalá, P.A. (2001). Cáncer, dolor y paliación. En: G. Aréchiga (Ed.), *Dolor y paliación. Recursos en la medicina actual* (pp. 151-180). Guadalajara: Ediciones Cuéllar.
- Lucas, E. (1989). *Meaning in suffering*. Berkeley: Institute of Logotherapy.
- Mari, M. (2003). *Actitudes ante la muerte en médicos y enfermeras del Policlínico "Plaza"*. Tesis de especialista en Medicina Familiar, tutoría de J. Grau y O. Infante.
- Marinello, Z. (1993). *Nociones y reflexiones sobre el cáncer*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Martin, Ch. y Salovey, P. (1996). Death Attitudes and Self-Reported Health-relevant Behaviors. *Journal of Health Psychology*, Sage Publications, 1 (4), 441-453.
- Ministerio de Educación (Miined). Dpto. de Psicología. (1974). Las actitudes. Folleto No. 3, Serie de Psicología Social.
- Neimeyer, R.A. (1988). Death anxiety. In: H. Wass, F. Berardo y R.A. Neimeyer (Eds.),

- Dying: facing the facts* (pp. 97-136). Washington, DC: Hemisphere.
- Neimeyer, R.A. (1994). *Death anxiety handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R.A. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Olivé, L. (1995). *La muerte: algunos problemas filosóficos*. México, DF: Impresiones ligeras de la UNAM
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). Cancer pain relief and palliative care. Geneva: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. *Directrices sobre política y gestión* (pp. 82-86). Ginebra: OMS.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Pincus, L. (1989). *A familia e a morte*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Rebolledo, F. (1999). *Aprender a morir. Fundamentos de Tanatología Médica. Bases para el manejo del paciente en estado terminal*. México, DF: Imprefin, S.A.
- Sanz, J. (1992). La comunicación en Medicina Paliativa. *Medicina Clínica*, 98, 416-418.
- Sanz, J. (1995). Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. *Medicina Paliativa*, 2 (3), 14-15.
- Sanz, J., Gómez-Batiste, X., Gómez Sancho, M., Nuñez Olarte, J.M. (1993). Cuidados paliativos: recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Saunders, C. (1984). The philosophy of terminal care. In: C. Saunders (Ed.), *The management of terminal malignant disease* (pp. 232-41). London: Arnold.
- Saunders, C. y Baines, M. (1998). *Living with dying: the management of terminal disease*. London: Oxford University Press
- Schroeder, M. (1996). *Evaluación del impacto emocional de los enfermos oncológicos en situación terminal*. Tesis doctoral. Bellaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Singer, P.A., Martin, D.K. y Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care. *Journal of the American Medical Association*, 281, 163-168.
- Spiegel, D. (1994). Health caring: psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Supplement*, 74 (4), 1453-1457.
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Urraca, S. (1986). La muerte en la sociedad contemporánea. En: S. Urraca (Ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual* (pp. 175). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

## ANEXO 1 - Cuestionario de actitudes ante la muerte - CAM - Version 2

(Modificación de 1999, por J. Grau, A. Barreda y O. Infante de la Versión 1, de 1997, elaborada por G. Hernández, O. Infante, L. M. Castillo, J. Grau y M. Chacón).

## Instrucciones

A continuación se le presenta una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y, en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal.

Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte de los profesionales, se ha diseñado este instrumento. Usted debe colocar una marca (una X) en un punto de la escala que aparece en cada proposición; esta marca expresará su grado de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de las proposiciones, por lo que no tiene que marcar, necesariamente en alguno de los extremos o polos de la escala.

Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar el instrumento. No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica. ¡Gracias por su colaboración!

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_

1. D. Pensar en la muerte es perder el tiempo.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

2. D/S. La aceptación de mi muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida de mis pacientes.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

3. Tm. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

4. Tr. Yo pienso que después de la vida puede haber un lugar mejor.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

5. S. La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

6. D. Experimento la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

7. Tr. Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

8. IE. No es bueno pensar deliberadamente en la inevitabilidad de mi muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

9. Tm. Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

10. Tr. Pienso que puede haber vida después de la muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

11. D. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que se va a morir.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

12. D/S. No me gustaría atender a un paciente agonizante.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

13. Tm. Yo temo morir joven.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

14. D/S. Cuando no hay nada más que ver en el mundo, deberíamos aceptar la muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

15. S. Preferiría morir a vivir sin calidad.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

16. D. He pensado en mi muerte como un hecho posible.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

17. D/S. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

18. Tr. Veo a la muerte como un paso a la eternidad.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

19. IE. Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

20. Tm. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

21. D/S. No vale la pena seguir viviendo con mala calidad de vida.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

22. Tm. Encuentro difícil encarar la muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

23. Tr. Espero con placer que haya vida después de la muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

24. D/S. Reconocer mi muerte como un hecho inevitable ayuda a mi crecimiento personal.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

25. D. El más alto sentido de mi trabajo es salvar o alargar la vida de mi paciente, aunque padezca de una enfermedad terminal.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

26. Tr. Me siento más libre al aceptar mi muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

27. Tm. Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediabilmente a la muerte.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

28. D/S. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

29. S. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

30. Tr. Después de la muerte encontraré la felicidad.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

31. S. Las personas sólo deberían pensar en la muerte cuando son viejos.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

32. IE. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.

---

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

Añada cualquier observación adicional que usted desee hacer sobre el tema:

---

---

---

---

---

---