

**ACTITUDES HACIA LA MUERTE ASOCIADAS AL TEMOR Y MIEDO  
EN LOS PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE SANTANDER .**

**LUZ MARINA ECHEVERRY LEAL  
JORGE ENRIQUE CHACÓN AFANADOR**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESCUELA DE HISTORIA  
ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN  
SOCIAL.  
BUCARAMANGA.  
2006**

**ACTITUDES HACIA LA MUERTE ASOCIADAS AL TEMOR Y MIEDO  
EN LOS PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE SANTANDER .**

**LUZ MARINA ECHEVERRY LEAL  
JORGE ENRIQUE CHACÓN AFANADOR**

**Trabajo de grado presentado para optar al título de  
Especialista en Teoría, Métodos y Técnicas de  
Investigación Social**

**Director de proyecto  
JAIRO GUTIÉRREZ RAMOS  
Coordinador Especialización en Teoría, Métodos  
y Técnicas de Investigación Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESCUELA DE HISTORIA  
ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN  
SOCIAL.  
BUCARAMANGA.  
2006**

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1 UNA VISIÓN EXISTENCIAL DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE.	
3.1.1 Miedo a la muerte	
3.1.2 La Relación entre el miedo a la muerte y el significado personal	17
3.2 ENFOQUES FILOSÓFICOS	18
3.2.1 La visión de Heidegger	19
3.2.2 La Visión De Sastre	
3.2.3 El Punto De Vista (Las Metaforas) De Hofstadter	
3.3 TEORÍAS PSICOLÓGICAS	20
3.3.1 Teorías de la Autorrealización	
3.3.2 Teoría de Búsqueda de Significado	21
3.3.3 Teorías de los Constructos Personales	22
3.3.4 Teorías de la Negación y de las Ilusiones Positivas	23
3.3.5 La Teoría Psicosocial De Ericsson	
3.4 LA ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES HACIA MUERTE	24
3.4.1 Naturaleza de las Actitudes y sus Componentes	
3.4.2 Objetivo, Integración Y Complejidad De Las Actitudes	26
3.5 SIGNIFICADO DE MUERTE	
3.6 DEFENSAS PSICOLÓGICAS FRENTE A LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	27
3.6.1 Tendencias Recientes En El Pensamiento Existencial	
3.6.2 Patrones Culturales De La Negación	28
3.6.3 Ansiedad Ante La Muerte E Individuación	
3.6.4 Orígenes De Las Defensas	
3.6.5 Relación Entre La Ansiedad De Separación Y El Miedo A La Muerte	29
3.6.6 Defensas Frente A La Ansiedad De La Muerte	
3.7 CAMBIAR LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN.	30
3.7.1 Visión General De La Educación Sobre La Muerte	
4. METODOLOGÍA	31
4.1 DISEÑO	
4.2 HIPÓTESIS	
4.3 SUJETOS	

4.3.1 Muestra	
4.4 INSTRUMENTOS	32
4.5 PROCEDIMIENTO	34
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
5.1.1 Género.	
5.1.2 Edad	36
5.1.3 Profesión	37
5.1.4 Estado civil.	
5.1.5 Estrato.	38
5.1.6 Especialización	
5.1.7 Área de Servicio	39
5.2 RESULTADOS DEL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE	
5.3 RESULTADO DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLET - LESTER	42
5.4 CORRELACIÓN ENTRE LAS PUNTUACIONES DEL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE Y LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE	44
6. CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48

## LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Distribución de la población respecto al género.	36
Gráfico 2. Distribución de la población respecto la edad.	36
Gráfico 3. Distribución de la población respecto la profesión	37
Gráfico 4. Distribución de la población respecto al Estado Civil	37
Gráfico 5. Distribución de la población respecto al Estrato	38
Gráfico 6. Distribución de la población respecto a la Especialización	38
Gráfico 7. Distribución de la población respecto al Servicio	39
Gráfico 8. Media de las Actitudes Hacia la Muerte.	41
Gráfico 9. Desviación estándar de las Actitudes hacia la Muerte.	41
Gráfico 10. Media respecto a las Dimensiones del Collet Lester.	43
Gráfico 11. Desviación estándar respecto a las dimensiones del Collet-Lester.	44

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Puntajes del Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte	39
Tabla 2. Puntajes del la Escala de Miedo a la Muerte de Collet – Lester	42
Tabla 3. Asociación entre el Perfil de Actitudes Hacia la Muerte y la Escala de Miedo y Temor Frente a la Muerte de Collet-Lester.	45

## RESUMEN

**TÍTULO: ACTITUDES HACIA LA MUERTE ASOCIADAS AL TEMOR Y MIEDO EN LOS PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER\***

**AUTORES: LUZ MARINA ECHEVERRY LEAL  
JORGE ENRIQUE CHACÓN AFANADOR\*\***

**PALABRAS CLAVES:** Muerte, tanatología, actitudes.

**DESCRIPCIÓN:** Actitudes y miedo hacia la muerte en el personal asistencial consiste en un proyecto de investigación en el cual se desarrolló una recopilación de diferentes teorías filosóficas y psicológicas que enriquecen la tanatología, a partir del cual se diseñó y ejecutó un estudio cuyo objetivo fue el Identificar la asociación entre las actitudes hacia a la muerte y el temor y miedo en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander

Para el cumplimiento de dicho objetivo, se seleccionó por conveniencia una muestra de 34 personas (médicos y enfermeras) de dicha institución a la cual le fueron aplicados dos instrumentos de medición: Perfil revisado de actitudes hacia la muerte y la escala de miedo hacia la muerte de Collet-Lester, los datos arrojados por esta aplicación fueron analizados a través del programa estadístico SPSS, con una media de 5.3 la actitud que más se presenta con mayor prevalencia es la Aceptación Neutral, es decir, los médicos y enfermeras aceptan la muerte como un suceso biológico en el cual se terminan las funciones vitales y con ellas finaliza la existencia

Por otro lado la población estudiada manifiesta sentir principalmente algo de inquietud y/o ansiedad frente al propio proceso de morir (promedio de 3,39) es decir, aquella que implica la degeneración física y/o el dolor unido al proceso de morir.

Teniendo en cuenta la naturaleza de las variables (intervalo), con base en el coeficiente de correlación  $r$  de Perrazo, se observó que el nivel de asociación entre las variables estudiadas es débil por cuanto las puntuaciones de dichas asociaciones oscilan entre  $-0,64$  y  $0,28$ . Sin embargo es de anotar que los niveles de significancia de dichas asociaciones son bajos, lo cual aumenta la probabilidad de error en cuanto al resultado de las asociaciones.

A partir de lo anterior se aprobó la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) la cual establece que no existe asociación entre las actitudes hacia la muerte y el miedo y temor frente a la muerte en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander.

---

\* Trabajo de Investigación

\*\* Escuela de Historia. Especialización Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Jairo Gutiérrez Ramos

## ABSTRACT

**TITLE: THE ATTITUDES TOWARDS TO THE DEATH AND THE DREAD AND FEAR IN THE PROFESSIONALS OF MEDICINE AND NURSING OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTANDER\***

**AUTHORS: LUZ MARINA ECHEVERRY LEAL  
JORGE ENRIQUE CHACÓN AFANADOR\*\***

**WORDS KEY:** Death, tanatology, attitudes

**DESCRIPTION:** Attitudes and fear towards the death in the welfare personnel consists of a project of investigation in which there developed a summary of different philosophical and psychological theories that enrich the tanatology from which (whom) one designed and executed a study which aim(lens) was To identify the association between (among) the attitudes towards to the death and the dread and fear in the professionals of medicine and infirmary (nursing) of the University Hospital of Santander

For the fulfillment of the above mentioned aim(lens), there was selected by convenience a sample of 34 persons (doctors and nurses) of the above mentioned institution to which two instruments of measurement were applied to him(her): Profile checked of attitudes towards the death and the scale of fear towards Collet-Lester's death, the information thrown by this application was analyzed across the statistical program SPSS, with an average of 5.3 the attitude that more one presents with major prevalency is the Neutral Acceptance, that is to say, the doctors and nurses accept the death as a biological event in which the vital functions finish and with them it (he, she) finishes the existence

On the other hand the studied manifest population to feel principally something of worry(restlessness) and / or anxiety opposite to the own(proper) process of dying (I mediate of 3,39) is to say, that one that implies the physical degeneracy and / or the pain joined the process of dying. Having in it(he,she) counts(tells) the nature of the variables (interval), with base in the coefficient of correlation  $r$  of Perrazo, was observed that the level of association between(among) the studied variables is weak since the punctuations of the above mentioned associations range between(among) - 0,64 and 0,28. Nevertheless it (he, she) is of annotating that the levels of significancy of the above mentioned associations are low, which increases the probability of mistake as for the result of the associations.

From the previous thing there was approved the Void Hypothesis ( $H_0$ ) which establishes that association does not exist between(among) the attitudes towards the death and the fear and dread opposite to the death in the professionals of medicine and nursing of the University Hospital of Santander.

---

\* Work of Investigation

\*\* History School. Specialization Theory, Methods and Technical of Investigation Partnerl. Jairo Gutiérrez Ramos

## INTRODUCCIÓN

Hablar de la muerte en nuestro país constituye un tabú para una sociedad que como muchas otras se percibe la muerte como trágica, puesto que el hombre que es un ser viviente se topa con la muerte, que es la contradicción de todo lo que un ser humano anhela: proyectos, futuro, esperanzas, ilusiones, perspectivas y magníficas realidades.

Las enfermedades crónicas constituyen hoy un de las causas representativas de muerte en nuestro país; existen varias entidades que pueden conducir a un estadio terminal más o menos prolongado: el cáncer, la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas y otras enfermedades degenerativas, pero es el cáncer el que nos aporta mayor número de pacientes terminales a nuestras áreas de salud. En estos pacientes, el tratamiento curativo debe inexorablemente ser sustituido por el enfoque paliativo, que tiene entre sus objetivos, fundamentalmente, preparar para la muerte del paciente, tanto al enfermo mismo, como a sus familiares. Lamentablemente no siempre se logra este reenfoque de la atención médica, debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con un paciente de este tipo, y también, por el profundo impacto que causa sobre el personal de salud la proximidad de la muerte.

La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, no únicamente biológico, sino también psicosocial, en que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa generalmente a la simple observación. Los profesionales de la salud que atienden pacientes moribundos pueden influir con intervenciones apropiadas en 2 procesos: en el proceso de morir, y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio (Olive, 1995).

El propósito de esta investigación es describir y analizar las actitudes frente a la muerte en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander en relación con el miedo que ésta les genera.

De esta forma, esta investigación contribuye al conocimiento científico en el campo de tanatología clínica por cuanto permite ampliar los conocimientos en dicha área.

De otra parte, los resultados obtenidos permitirán señalar un impacto sobre la orientación de programas y el mejoramiento de las políticas asistenciales al interior del Hospital Universitario de Santander. En este sentido los beneficios de la presente investigación son relevantes desde el punto de vista poblacional y de los

usuarios de los servicios del HUS por cuanto servirá de base para la transformación de políticas relacionadas con la asistencia a los pacientes.

A manera de resumen, la presente investigación busca brindar una visión general de las actitudes que asumen los profesionales de medicina y enfermería frente a la muerte resaltando qué tanto relacionadas con el miedo que ésta les genera.

## 1. PROBLEMA

El tema de la muerte es uno de los más difíciles de abordar en la vida, como tema interdisciplinario rebasa el modelo médico e implica para su cabal comprensión abordajes filosóficos, antropológicos, psicológicos, tanatológicos, sociológicos, entre otros. Sin embargo y pese a dichas reflexiones resulta para las sociedades avanzadas cada vez más difícil aceptar y/o convivir con la mera idea de la muerte.

La muerte puede darse de múltiples maneras y por un sin número de situaciones; esta investigación se concentra en el concepto de “muerte natural” delimitada en el padecimiento de una enfermedad, la cual no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, no sólo biológico, sino también psicosocial, en que un gran número de funciones vitales se van extinguiendo de manera gradual y silente, la gran mayoría de las veces fuera de la simple observación.

Al hablar de muerte en el ámbito de la salud, es necesario hablar entonces del paciente moribundo o paciente terminal; en su trayectoria hacia la muerte inevitable, los enfermos terminales enfrentan múltiples temores (a la muerte en sí, a lo desconocido, al dolor, a perder su familia, su identidad, etc), pero en muchos casos experimentan precisamente temores a compartir sus temores con sus familias y personal que le brinda cuidados, lo que representa algo así como una condena a permanecer en silencio con la consiguiente reducción de la comunicación y aislamiento.

Es un hecho que en la sociedad moderna no hay tiempo ni ganas de pensar en la muerte. Existe una tendencia al ocultamiento mediante censura social rígida, que lleva incluso a engañar al moribundo, y lo convierte en un ente solitario lleno de desesperación y con atención insuficiente y deshumanizada. La capacidad para aliviar con la palabra (comunicación verbal), con los gestos y con el trato humano han disminuido sin lugar a dudas en los profesionales encargados de brindar cuidados al enfermo Terminal.

Es así como, en nuestro medio, hasta una enfermedad que sea comúnmente considerada como sinónimo de muerte hay que ocultarla y negarla, recurriendo al engaño, en la complicidad (incluso) de que a los moribundos es mejor ahorrarles la noticia de que se están muriendo, llegando a concebirse la buena muerte como una muerte repentina.

Todo esto ha llevado y/o traído a que nuestra sociedad sea considerada una sociedad tanatofóbica, en la que, paradójicamente, hasta los profesionales de la salud, presos de su propio entorno cultural, tengan también miedo a la muerte,

muchas veces más que los propios enfermos. Con todo ello solo se ha conseguido una burda fantasía de negación.

Con este intento de ocultamiento y de negación nos ajustamos a un retroproceso evolutivo que nos aboca a estadios menos maduros e inferiores del proceso paulatino de las actitudes hacia la muerte, puesto que tal como lo explica Aranguren<sup>1</sup> (1987) en las perspectivas hacia la muerte habrían dos estadios antagónicos: la TANATOFOBIA (con el temor y la negación de la muerte) y la TANATOFILIA (con el deseo enfermizo de morir), junto con dos niveles intermedios: uno que afronta la realidad de la muerte de forma racional y juiciosa, sin incurrir en negaciones absurdas (opción más saludable) y otra que incurre por derroteros prefóbicos de verdadera angustia hacia la muerte, evitando incluso su mera evocación, puesto que ya no es la muerte sino la propia consciencia de la muerte lo que constituye un verdadero problema no pudiéndose mirar ya cara a cara a la muerte, olvidando que esta es una parte natural de la vida. De esta manera hemos retrocedido, de actitudes más saludables a las actitudes prefóbicas del “dejar de vivir” por temor a la muerte y a la fóbica de su negación.

Se hace necesario entonces, entender dentro de nuestra cultura cómo estamos asumiendo, dimensionando y significando la muerte, es decir, el significado, así como la forma en que actuamos frente a ella. Las actitudes hacia la muerte han venido sufriendo una evolución en los últimos siglos y, sobre todo, en las últimas décadas de modo que su mismo espectro semántico se ha visto falseado y alienado de forma reductiva.

Las actitudes hacia la muerte en la cultura occidental tal como lo plantea Philippe Aries (1975) han seguido un devenir preceloso y cambiante. Según este autor, podemos diferenciar dos momentos bien distintos en la forma de vivencia de la muerte: uno previo a su institucionalización (hospitalaria), en el que la muerte no infunde miedo porque ésta es aceptada como parte del proceso natural de la existencia, y otro, cuando debido al desarrollo y extensión de las primeras estructuras hospitalarias comienza a ser una institución (el hospital) el lugar reservado para morir.

Este cambio actitudinal ha impregnado los esquemas biomédicos. Como lo dice Cifran (1984) antes en la ciencia sanitaria se definía la vida como el “conjunto de funciones que nos arrastran a la muerte”...hoy en día esta sentencia ha sido reformulada de la siguiente manera: “la vida es el conjunto de funciones que se resisten a la muerte”.

Los profesionales de medicina y enfermería son quizás quienes de manera continua se encuentran enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Es por esto que es importante realizar investigaciones en donde se estudie el

---

<sup>1</sup> ARANGUREN, J.L. La muerte en Ética. Alianza univ. (textos). Madrid, 1987.

tema de las actitudes frente a la muerte y el proceso de morir, por lo que es necesario indagar por el significado de la muerte y la ansiedad que ésta genera en esta población.

De todo lo planteado, es posible deducir claramente que la actitud del personal asistencial y de la salud 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 proximidad de su muerte.

Desde este ejercicio de investigación se considera importante indagar acerca de las actitudes frente a la muerte y el morir presentes en el personal asistencial, así mismo, con el fin de realizar un análisis completo de dichas actitudes se hace necesario indagar por el miedo y la ansiedad que esta genera al momento de confrontarla. Frente a lo aquí planteado se establece el siguiente interrogante de investigación:

¿Existe asociación entre las actitudes hacia la muerte y el temor y miedo en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander?

Por lo anterior, el conocimiento de las actitudes hacia la muerte será una contribución a la investigación por cuanto facilitará la tarea de preparación para la muerte en el manejo adecuado de los aspectos concernientes a ella, puesto que los profesionales de la salud, deben ser formados no solo desde un modelo médico curativo, sino también, con la finalidad de brindar atención a los pacientes moribundos; en este sentido pueden influir con intervenciones apropiadas tanto en el proceso de morir, como en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Identificar la asociación entre las actitudes hacia a la muerte y el temor y miedo en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la población objeto de estudio de acuerdo a las variables demográficas de interés en el presente estudio.
- Determinar las actitudes de miedo, evitación, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape hacia a la muerte presente en la población objeto de estudio, a través del perfil revisado de actitudes hacia la muerte de Gesser (1987)
- Describir las actitudes de temor y miedo frente a la muerte y al proceso de morir (propia y de los otros) en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander a través de la Escala de Muerte de Collet Lester (1969).

### 3. MARCO TEÓRICO

De acuerdo a lo planteado por R. Neimeyer (1997)<sup>2</sup>, a mitad de los años sesenta, cuando Temple empezó a investigar sobre el concepto de ansiedad ante la muerte, ésta era un tema tabú para los científicos del comportamiento y los profesionales de la salud mental. Desde ese entonces son muchas las cosas que han cambiado.

Elizabeth Kübler-Ross es, quizás, quien ha marcado el camino del cambio en cuanto a las investigaciones entorno a la muerte y los procesos que la acompañan. Su libro "Sobre la Muerte y los Moribundos" (1969) desempeñó un papel fundamental en el aumento de la popularidad de la conciencia de la muerte. A partir de entonces el estudio de la muerte es ahora un campo de investigación fértil.

Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar las actitudes hacia la muerte (por ejemplo, Collett y Lester, 1969; Gesser, Wong y Reker, 1987-1988; Hooper y Spilka, 1970; Marshall, 1981; Neimeyer, Dingemans y Epting, 1977. En términos de aplicaciones, se ha puesto el énfasis en la educación sobre la muerte para profesionales de la salud y de "hospices".

La ansiedad ha sido el tema dominante en los estudios empíricos sobre la muerte. La investigación sobre otros tipos de actitudes hacia la muerte queda claro que es insuficiente cuando se contrasta dicha investigación con el número de instrumentos y estudios centrados en la ansiedad (Marshall, 1981) citado por Neimeyer (1997).

#### 3.1 UNA VISIÓN EXISTENCIAL DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE.

**3.1.1. Miedo a la muerte.** Los términos *miedo a la muerte* y *ansiedad ante la muerte* se usan de manera intercambiable en la diversa bibliografía sobre el tema, pero puede ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás inaccesible a la consciencia.

Generalmente se cree que el miedo a la muerte es universal y que su ausencia puede reflejar negación de la misma (Bakan, 1997; Becker, 1973, citado por Neimeyer (1997)<sup>3</sup>. Sin embargo, este miedo no es un constructo unitario y los

---

<sup>2</sup> NEIMEYER, R. Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. Barcelona. Paidós. 1997

<sup>3</sup> Ibid

asuntos relacionados con la muerte y el proceso de morir son complejos (Kastenbaum y Costa, 1977).

Se teme a la muerte por diferentes razones. La pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la oportunidad perdida para la expiación y la salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia son sólo algunas de las fuentes de miedo a la muerte (Feifel, 1990). Además, al crecer se nos inculca la importancia del logro y la valía personal; al envejecer nos damos cuenta de nuestra impotencia ante la muerte, que amenaza con terminar con todas las cosas queridas que tenemos en la vida (Neimeyer 1988). Otra fuente generalizada de miedo a la muerte no es tanto la conciencia de nuestra finitud como el fracaso para llevar vidas significativas (Erikson, 1963).

**3.1.2. La Relación entre el miedo a la muerte y el significado personal.** Otra investigación sobre las actitudes hacia la muerte deriva de una perspectiva existencial, que postula que los individuos se sienten motivados a buscar significado personal (Frankl, 1965; Reker, Peacock y Wong, 1987). Como corolario de esta propuesta es que el miedo a la muerte procede del fracaso a la hora de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte. En este sentido, éste énfasis existencial es consistente con la visión de Erikson (1963) de que los sujetos, en su última fase de desarrollo, tienen que aceptar la muerte resolviendo la crisis de integridad *versus* desesperanza. La integridad es un estado de la mente: la convicción de que la vida ha valido la pena y ha tenido sentido y la resolución de la realidad y el ideal. Los sujetos que son capaces de alcanzar la integridad pueden afrontar la muerte sin miedo. Los sujetos que sienten que han malgastado su vida y que es demasiado tarde para empezar de nuevo es probable que experimenten desesperanza y miedo a la muerte. Por tanto, el hecho de aceptar o temer a la muerte depende en gran parte de si ha aprendido a aceptar el ciclo vital.

Butler (1963, 1975) defendió una visión similar. Este autor propuso que las personas tienen más miedo a una existencia sin sentido que a la muerte. Los sujetos que ven sus vidas como plenas y significativas deberían mostrar menos ansiedad ante la muerte y mas aceptación de la misma (Lewis y Butler, 1974).

Los estudios sobre la relación entre revisión vital y actitudes ante la muerte tienden a apoyar esta visión de Butler. Por ejemplo, Wong y Watt (1991) informaron que los sujetos de más edad que revelaron integridad en su reminiscencia tenían más probabilidad de ser más sanos y felices que aquellos que no. Varios investigadores han encontrado, además, relación entre la ansiedad ante la muerte y la falta de significado en la vida. Durlak (1972) informó que los sujetos para los que la vida tenía propósito y significado tendían también a tener menos miedo y actitudes más positivas y de aceptación hacia la misma. Por su parte, Quinn y Reznikoff (1985) encontraron que los sujetos a los que les faltaba

una sensación de propósito y dirección en su vida informaron de niveles altos de ansiedad ante la muerte.

En resumen, existe una evidencia suficiente que apoya la visión existencial de que temer o aceptar la muerte depende de si se ha encontrado significado en la vida.

La muerte es un aspecto de la vida de una significación profunda y en todas las épocas su existencia ha desconcertado tanto al hombre de Oriente como al de Occidente. Es posible aproximarse a ella desde diferentes ángulos, sin embargo, hacerlo obliga realizar un recorrido por varios enfoques teóricos, considerados relevantes por cuanto permiten un acercamiento al estudio de las actitudes y ansiedad ante la muerte. De acuerdo a lo planteado por Adrian Tomer (citado por Neimeyer, 1998)<sup>4</sup> en la bibliografía se han usado muchos términos para referirse a las actitudes (negativas) hacia la muerte. Los más comunes, además de la ansiedad, son miedo, amenaza, preocupación y aceptación de la muerte. (pág 19). Con base en la revisión realizada, los términos mencionados se pueden usar (y se han usado), algunas veces, de manera intercambiable, en otros casos reflejan distinciones conceptuales importantes, y con frecuencia van acompañados de intentos de desarrollar escalas centradas en un concepto o en otro.

La revisión realizada, permite dividir los enfoques teóricos en varias categorías, empezando por las perspectivas filosóficas. Luego se abordan algunas teorías psicológicas que incluyen: teorías de autorrealización, de búsqueda de significado, la teoría de los constructos personales, teoría de negación, y enfoques evolutivos como la teoría social de Ericsson.

Como ejercicio de aproximación a cada uno de estos enfoques y teorías, consideramos relevante hacer un acercamiento a los mismos, de tal forma que sea posible lograr una contextualización entorno al tema que nos interesa.

### **3.2. ENFOQUES FILOSÓFICOS.**

Los enfoques filosóficos normalmente no sirven como teorías psicológicas. Sin embargo, consideramos la existencia de al menos tres razones para incluir una breve revisión de las perspectivas filosóficas en una revisión orientada hacia lo psicológico. En primer lugar, los enfoques existenciales y fenomenológicos, en psicología, tienen su origen en firmes bases filosóficas. En segundo lugar, se han producido intentos ocasionales interesantes de usar descripciones filosóficas de la muerte como modelos psicológicos. Finalmente, tanto la perspectiva filosófica como la psicológica enfatizan la necesidad de integrar o dar sentido a la muerte.

---

<sup>4</sup> Ibid

Por las razones aquí expuestas, consideramos importante examinar algunos enfoques de la muerte.

**3.2.1. La visión de Heidegger.** Este filósofo (1927-1962) es bien conocido por su afirmación contenida en *“EL SER Y EL TIEMPO”* de que el *SER* (Dasein) es la libertad hacia la muerte. De acuerdo a este autor, lo característico de nuestro ser en el mundo es nuestro ser como todavía no, como no cosa. El hecho de darse cuenta de la incapacidad de convertirse en un ser pleno provoca el estado mental llamado ansiedad. En este sentido, la muerte muestra que no hay la esperanza de ser lo que somos. De otra parte, Carse (1980) citado por Tomer, en Neimeyer, señala que la muerte contiene también una promesa positiva: “la promesa de ser que estará siempre en la manera de ser hacia un fin. Uno puede elegirse a sí mismo auténticamente sólo eligiéndose como ser hacia el fin de sí mismo. Sólo entonces se puede alcanzar la libertad, incluso liberarnos del miedo a la muerte”<sup>5</sup>.

A partir de la posición de Heidegger, es posible plantear que la muerte es, por una parte, una amenaza, en cuanto amenaza de la no existencia. Por otra parte, darnos cuenta de nuestra futura no existencia es una condición previa para liberarnos de la ansiedad.

**3.2.2. La Visión De Sartre.** En oposición a Heidegger, en cuanto la muerte es la base de la propia libertad, para Sartre (1943, 1966)<sup>6</sup> la muerte impide que una persona realice sus propias posibilidades. La muerte está en el futuro, pero mi muerte no está en mi futuro. La muerte es el “en sí mismo” que no se puede experimentar porque no es para experimentarla “en sí mismo”. En este sentido, en el fondo la muerte reduce la propia existencia a lo que es realmente: una “pasión inútil”, nada. Así las cosas, la reflexión sobre la muerte es la reflexión sobre la falta de significado de la existencia; por lo tanto, parece que deberíamos predecir una ansiedad ante la muerte más alta cuanto más tiempo empleemos en pensar en ella.

Neimeyer y Chapman (1980) ofrecen una interpretación más positiva del pensamiento de Sartre al usar la teoría existencial para conectar la ansiedad ante la muerte con la autorrealización. Estos autores ampliaron la afirmación de Sartre, en *El ser y la nada*, en el sentido de que la muerte reduce a cada uno a su propia esencia, que es su pasado, lo que uno ha sido. En este sentido, una persona que ha realizado en gran medida sus proyectos vitales centrales es menos probable que esté ansiosa ante la muerte que una cuyos proyectos permanecen incompletos.

**3.2.3. El Punto De Vista (Las Metaforas) De Hofstadter.** Hofstadter (1979) contrasta dos niveles en los que se podría considerar la no existencia personal.

---

<sup>5</sup> Ibid, pág. 21

<sup>6</sup> Ibid

Uno de ellos, gira entorno a que uno se considera a sí mismo como “otro ser humano”. En este sentido es claro entonces, que la no existencia personal es, a la larga, inevitable. El otro nivel, establece que uno intenta considerar la no existencia como un atributo del sí mismo. Sin embargo, un “sí mismo inexistente” es inconcebible.

Esta formulación filosófica de Hofstadter, es posible relacionarla con la teoría psicológica de Kelly (1955) la cual se relaciona con la teoría de los constructos personales; sin embargo es necesario establecer la diferencia de que en la visión de Hofstadter no es posible una “integración de la muerte” o más correctamente “la integración de la no existencia”. Por supuesto, la idea de que la muerte es inimaginable no resulta novedosa. Ya Freud (1915-1959) había afirmado que “ en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra propia inmortalidad”<sup>7</sup>. (pág. 313)

Como forma de resumir lo que hasta aquí se ha expuesto, quizá no resulte sorprendente que los enfoques filosóficos difieran en sus conclusiones en cuanto a la posibilidad de que la reflexión sobre la muerte puede conferir significado a la vida. El enfoque de Heidegger, al igual que muchos otros enfoques fenomenológicos, hacen de la meditación sobre la muerte personal una condición previa para alcanzar significado y liberarse del miedo en la vida diaria. Por el contrario, para Hofstadter la comprensión y asimilación final de la muerte es una imposibilidad. La pregunta de hasta qué punto, en qué circunstancias, etc., puede una persona alcanzar la integración, es una pregunta empírica. Corresponde a las teorías psicológicas impulsar la investigación que finalmente proporcione respuestas satisfactorias.

### **3.3. TEORÍAS PSICOLÓGICAS**

Dentro de los diferentes enfoques de la psicología se encuentran innumerables teorías acerca de las actitudes, a continuación se citan los que se consideran pertinentes en esta investigación.

**3.3.1. Teorías de la Autorrealización.** Dentro de los teóricos de la personalidad, particularmente Maslow (1968, 1970) y Rogers (1950) realizaron postulaciones según las cuales los individuos están motivados a realizar sus potenciales internos. La persona autoactualizadora de Maslow tiene, entre otras características teóricas, una mayor aceptación de sí misma, una ansiedad más baja y un miedo a la muerte más bajo. Entre tanto Rogers plantea que la autorrealización es un aspecto importante de la “tendencia actualizadora”. La

---

<sup>7</sup> FREUD, Sigmund. Obras completas. Buenos Aires: Editorial Amorroutur. 1987

actualización es una tendencia inherente al mantenimiento y desarrollo del organismo. La teoría de la personalidad de Rogers presenta el sí mismo y el correspondiente deseo de autorrealización como un resultado del proceso de diferenciación. De acuerdo con este autor, el mismo proceso de diferenciación genera, además del sí mismo (una representación simbólica de lo que uno es) el sí mismo ideal, que constituye una representación de lo que uno desea ser. (A. Tomer. Pág. 23. Citado por Neimeyer)<sup>8</sup>. En este mismo sentido, las nociones de amenaza, ansiedad, y defensa se basan, en el sistema rogeriano, en los conceptos de consideración positiva, congruencia y condiciones de valía. El individuo tiene necesidad de afecto y apoyo de otros seres humanos.

La ansiedad ante la muerte se debería examinar a la luz de los conceptos de defensa de Rogers y de su teoría sobre la persona que funciona plenamente. Estar vivo se puede considerar una condición de valía fundamental para las personas que están lejos del ideal teórico. De la misma manera, la conciencia de cercanía de la muerte amenaza a estos sujetos, que se protegen mediante las distorsiones y la negación. Sin embargo, la noción de Rogers de apertura completa a la experiencia en los sujetos ideales cambia el estatus de la muerte como amenaza fundamental. En efecto, para una persona que funciona plenamente, la muerte puede ser una experiencia interesante. (Rogers, 1980. Citado por Neimeyer).

Tal como lo establece Neimeyer, la teoría de Rogers presenta varias nociones que pueden ser fructíferas al analizar las actitudes frente a la muerte. Un sujeto puede flexibilizar su condición de valía construyéndose a sí mismo como una persona valiosa a pesar de que la muerte es inevitable. Según este autor, otro concepto útil definido por Rogers es el de "*sí mismo ideal*": la representación de los propios deseos. La muerte puede amenazar con concluir una discrepancia entre el *sí mismo* y el *sí mismo ideal*.

**3.3.2. Teoría de Búsqueda de Significado.** Robert Neimeyer (1997) plantea que las teorías que enfatizan la búsqueda de significado (Antonowski, 1979; Frankl, 1963; Maddi, 1970; Taylor, 1983) describen con frecuencia procesos de reformulación de percepciones, esquemas vitales y actitudes que se producen en circunstancias adversas y que nos ayudan a recuperar una sensación de propósito en la vida. Una cuestión importante que tiene que ver con la búsqueda de significado se refiere a la relación de cada uno con su pasado. En este sentido, Neimeyer plantea que las teorías de búsqueda de significado se pueden ver como complementarias a las de autorrealización. Soporta lo anterior al retomar de V Frankl la afirmación según la cual "en el pasado nada está perdido irrecuperablemente, sino que todo está almacenado irrevocablemente" y "haber sido es la manera más segura de ser". Como puede desprenderse de lo anterior, dicha posición se puede contrastar con la de Sastre, para quien el pasado, como

---

<sup>8</sup> Neimeyer, op cit.

la esencia o el “ser en sí mismo”, es la ausencia de posibilidades, la ausencia de libertad y significado.

Por otra parte, Thompson y Janigian (1988) proporcionan una descripción sistemática de la “búsqueda de significado” utilizando el esquema vital como principal concepto teórico y metodológico. Según estos autores, el significado consiste en orden (del mundo y del lugar que cada uno ocupa en él) y en propósito (de la propia vida). Los acontecimientos negativos se pueden afrontar cambiando el esquema vital de manera que se acomode a los acontecimientos negativos, por ejemplo, el cáncer o cambiando la percepción que se tiene de ellos.

En este contexto es posible interpretar la primera alternativa como un intento de validar la vida a pesar de la muerte. Un cambio de actitud respecto al propio pasado, que se puede considerar como la “manera mas segura de ser” (Frankl, 1963), en vez de cómo “algo que ya no existe”, parece ser de este tipo. Por otra parte, la percepción de la muerte en sí misma puede pasar de ser algo absolutamente horrible a ser un acontecimiento significativo que finalmente da sentido a la vida.

**3.3.3 Teorías de los Constructos Personales.** De acuerdo con la teoría de los constructos personales de Kelly (1955) citado por Neimeyer<sup>9</sup>, una persona construye los acontecimientos para poder anticipar a nivel temático acontecimientos similares en el futuro. Para formular los constructos, un sujeto abstrae algunos aspectos destacados en que los elementos (personas, cosas, acontecimientos, etc.) son similares y diferentes, desarrollando gradualmente un sistema de creencias jerárquicamente organizado. Algunos constructos están a un nivel relativamente bajo (periférico) y se pueden revisar fácilmente sin necesidad de revisar todo el sistema. Otros (constructos nucleares) están mucho más arriba en la jerarquía y su revisión implica cambios radicales en el punto de vista de la persona.

De acuerdo a Neimeyer (1997) Kelly usa varias veces la muerte como ejemplo paradigmático de amenaza, definida como “la consciencia de un cambio inminente en las propias estructuras nucleares” (pág. 25)<sup>10</sup>. La muerte se considera como una estructura nuclear alternativa que es incompatible con la estructura actual. En función de las propias creencias se puede anticipar un cambio más o menos radical y, por tanto, sentir una amenaza más o menos seria. De la misma manera Neimeyer plantea que aunque Kelly usa la muerte sólo en el contexto de la amenaza, su teoría proporciona también una definición de ansiedad que permite de la ansiedad ante la muerte distinta a la de la amenaza frente a la misma. Define la ansiedad como “el reconocimiento de que los acontecimientos a los que

---

<sup>9</sup> Ibid

<sup>10</sup> Ibid

uno se enfrenta están fuera de la gama de conveniencia del sistema de constructos del sujeto”.

**3.3.4 Teorías de la Negación y de las Ilusiones Positivas.** Un concepto importante en los enfoques freudianos y neofreudianos es el de los mecanismos de defensa que usa el yo para evitar la ansiedad que provocan los estímulos internos y externos (Freud, 1946). Un paso adelante natural sería invocar estas defensas como protección contra la inaceptabilidad de la muerte personal. Tal y como lo describió Becker (1973) citado por Neimeyer, este paso no lo dio el propio Freud, sino pensadores psicoanalíticos como Rank y Brown. Desde este punto de vista, los niveles altos de ansiedad ante la muerte (consciente) se pueden interpretar como un fracaso de los mecanismos protectores y principalmente en el mecanismo de la negación. A la inversa, la habilidad para negar la muerte sin sentirse demasiado molesto por las propias “mentiras” se puede considerar “la esencia de la normalidad”<sup>11</sup>.

**3.3.5 La Teoría Psicosocial De Erikson.** Esta teoría del desarrollo propuesta por Erikson proporciona una amplia visión del desarrollo humano con importantes implicaciones respecto al papel de la ansiedad ante la muerte en la vida adulta y al destino final de la lucha contra la amenaza de la muerte. De esta teoría, la parte que hace referencia dentro de este contexto es la última fase, la cual gira entorno a la integridad versus desesperanza. La persona que ve su vida en esta fase como un todo significativo resolverá positivamente la crisis. La solución negativa sería aquella en que una persona ve su vida entera como vivida equivocadamente o malgastada. Dicha persona mostrará un miedo a la muerte alto. Se puede interpretar a Erikson manteniendo que la resolución positiva de una fase depende de la resolución positiva de las fases previas. (Neimeyer, 1973). De la misma manera, el desarrollo de la integración del yo tiene antecedentes, el más importante de los cuales es la resolución de la fase generatividad versus estancamiento. En este contexto son de especial interés dos aspectos de esta fase. El primero de ellos refiere que la consciencia de la mortalidad y la cercanía de la muerte son las que precipitan la crisis de esta fase. (Gould, 1978; Jacques, 1965) citados por Neimeyer. El desarrollo de la generatividad en forma de cuidado de los hijos, de los nietos, de la sociedad, etc., es una respuesta a este cuestionamiento. Segundo, esta forma de muerte trascendente es de naturaleza impersonal; implica construir o extender el sí mismo para incluir a otros seres significativos y posiblemente a todo el sistema social y cultural.

En términos generales, la teoría psicosocial de Erikson constituye un sistema conceptual muy rico para el estudio de la ansiedad ante la muerte. Según lo establecido por Neimeyer, esta teoría es coherente con los recientes descubrimientos sobre el concepto del sí mismo y sus motivaciones básicas. La teoría psicosocial, en conjunción con otros conceptos y modelos teóricos, se

---

<sup>11</sup> Ibid

puede convertir en una fuente inagotable de ideas y, finalmente, en hipótesis que se pueden poner a prueba en esta área de investigación.

### **3.4. LA ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES HACIA MUERTE**

Por muy central que pueda ser la experiencia de ansiedad o de amenaza en el encuentro humano con la muerte, ésta representa claramente sólo parte de la orientación que tienen los seres humanos respecto a la misma. Robert Neimeyer (1994) plantea que las instituciones culturales, filosóficas y religiosas encarnan sistemas de creencias de alguna manera coherentes que dan significado a la muerte, y nuestras propias experiencias con la muerte a lo largo de la vida nos llevan a construir puntos de vista idiosincrásicos de diferentes maneras de morir<sup>12</sup>.

Para poder entender el contexto cultural del sistema de creencias en el ambiente hospitalario, puede que tengamos que acudir a la psicología, ya que desde esta disciplina es posible entender la riqueza y la complejidad de dichos sistemas de creencias a nivel individual y grupal.

Las actitudes son definidas por Allport (1989) como un estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que se relaciona.

Desde este punto de vista, las actitudes hacen referencia a las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las actitudes están integradas por las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se pueden o no interrelacionar. De acuerdo a esto, las opiniones son ideas que el ser humano posee sobre un tema, el cual no tiene que sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, situación, un sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportamientos según opiniones o sentimientos propios. En este sentido, las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen incidencia.

**3.4.1. Naturaleza de las Actitudes y sus Componentes.** De acuerdo a los planteamientos hechos por Durlak (citado por Neimeyer, 1997) a demás de la complejidad que implica el estudio de las diferentes funciones de las actitudes, hay otros aspectos de las mismas que deben ser consideradas. McGuire (1985), señala que los primeros teóricos veían las actitudes como si poseyeran tres componentes relacionados: Cognición, afecto y conducta. Es decir, se pensó que

---

<sup>12</sup> Ibid, pág. 85

las actitudes consistían en ideas y creencias (cogniciones) que estaban relacionadas con ciertas emociones (afecto) y se creía que ambos componentes estaban relacionados con la acción que se realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual).

Actualmente se establece que estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto puede sentir algo como positivo pero no necesariamente actuar de acuerdo con esos sentimientos. En este sentido, el hecho de que los tres componentes de las actitudes no estén siempre relacionadas tiene implicaciones respecto a la medición de las mismas.

Dicho en otras palabras, es posible que en una actitud haya más de un componente que de otro. Determinadas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. De la misma manera, los tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores que con frecuencia son contradictorios.

Por su parte, Maribel Rodríguez (2001) plantea que las actitudes frente a la muerte son producto de la educación que varía en función del contexto y que pueden estar relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que cada sujeto considera que ocupan en él, así como con las experiencias asociadas con la muerte, con la esperanza de vida y con las creencias de lo que es el ser humano. A partir de esto se establece que las principales actitudes ante la muerte son: ansiedad, temor, preocupación, aceptación y negación.

Desde el punto de vista teórico se pueden establecer tres tipos de teorías que versan sobre la formación de las actitudes:

- **Teoría del Aprendizaje:** esta teoría se basa en el hecho de que al aprender se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intenta desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de actitudes es reforzado por medio de experiencias agradables.
- **Teoría de la Consistencia Cognitiva:** esta teoría plantea que el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información ya conocida, así se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.
- **Teoría de la Disonancia Cognitiva:** Planteada por Leon Festinger (1962), consiste en hacer creer a una persona y a su conocimiento que algo no le perjudica pero sabiendo en realidad lo que le puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto puede provocar un conflicto, porque se toman dos actitudes incompatibles entre sí que se intentan evitar de manera refleja. Esto impulsa

al sujeto a construir nuevas actitudes o a cambiar las ya establecidas o existentes.

**3.4.2. Objetivo, Integración Y Complejidad De Las Actitudes.** Las actitudes se mantienen respecto a un objetivo u objeto específico y es importante ser preciso a la hora de identificarlos. Durlak, plantea que aunque generalmente se supone que los individuos luchan por conseguir algún tipo de coherencia, conexión y consistencia en sus creencias, no se sabe exactamente cómo integran sus actitudes hacia temas similares o diferentes. Por lo tanto, las actitudes sobre el proceso de morir, la eutanasia, la muerte de los otros y la propia muerte pueden estar relacionadas o no y se deberían medir teniendo en cuenta esto.

### **3.5. SIGNIFICADO DE MUERTE.**

Desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, el significado de muerte es aprendido mediante la experiencia y la elaboración de modelos ya que la muerte no es un fenómeno ajeno a la vida, pues se entra en contacto con ella con frecuencia, a partir de situaciones diversas (muerte de animales, funerales, muerte de familiares, muerte en la televisión, en el cine, en el arte, etc).

Phillip Ariés (1990) plantea que en la cultura occidental actual, la muerte ocupa un plano ajeno y alejado de la conciencia habitual y se vive como algo accidental, ajeno por tanto al proceso natural de la vida. Por este motivo es normal encontrar la tendencia a evitar cualquier tipo de explicación sobre el tema así como a evitar presenciar situaciones consideradas como desagradables debido a que los mismos sujetos se sienten angustiados al pensar en un tema que no han sido capaces de afrontar y resolver.

De acuerdo con este autor, “muchos sujetos plantean que es mejor no pensar en la muerte; resultado de esto se relaciona entonces con el hecho de encontrar una cultura tanatofóbica, negadora total de la muerte”<sup>13</sup>.

Por otra parte, desde el punto de vista de la psicología, el significado obedece a un factor cognoscitivo fundamental de la dinámica psíquica y comportamental del ser humano. John Lyons (1983) distingue las siguientes teorías que dan cuenta del concepto de significado:

- **Teoría Referencial:** según este postulado el significado de una expresión es aquello a lo que se refiere o representa.

---

<sup>13</sup> ARIES, P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus. Madrid, 1987.

- **Teoría Ideacional o Mentalista:** bajo esta perspectiva el significado de una expresión es la idea o concepto asociados con ella en la mente de cualquiera que la conozca.
- **Teoría Conductista:** se refiere a que el significado de una expresión es tanto el estímulo que lo evoca como la respuesta evocada o la combinación de ambos en ocasiones de expresión particulares.
- **Teoría Verificacionista:** Desde esta teoría el significado de una expresión viene determinado por la verificabilidad de las oraciones o proposiciones que lo contienen. Ayer filósofo inglés, introduce una de las hipótesis relacionadas con el verificacionismo. Según este filósofo, una oración es auténticamente significativa para determinada persona, si y solo si, sabe cómo verificar la proposición que dicha oración puede expresar. (Lyons 1983).

### **3.6. DEFENSAS PSICOLÓGICAS FRENTE A LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.**

**3.6.1. Tendencias Recientes En El Pensamiento Existencial.** De acuerdo a lo planteado por Altarriba, F (1995) “los filósofos y psicoterapeutas existenciales han escrito extensamente sobre los intentos que ha hecho la gente por trascender su naturaleza dualista y la mortalidad. Sin embargo, hasta ahora el miedo a la muerte (la transformación o terminación de la propia existencia tal como se conoce) ha estado excluido casi por completo de la teoría psicoanalítica o se ha equiparado de manera reduccionista con la castración y otros miedos”<sup>14</sup>.

Frente a lo anterior, Stern (1972) escribió: “Es sorprendente que la psicología psicoanalítica, a pesar de su característica tendencia a dejar al descubierto la verdad oculta detrás de todas las negaciones y represiones, en los estudios que ha realizado hasta la fecha ha descuidado bastante el miedo a la muerte, nuestro amigo constante”

Desde el punto de vista psicoanalítico, la mayoría de los temas clásicos sobre la respuesta humana, con pocas excepciones, derivan de la bien conocida sentencia de Freud (1915-1917) : **“Nuestro inconsciente.... no conoce su propia muerte”**<sup>15</sup>

En contraste, Becker (1973), Meyer (1975), y Stern (1972) citados por Neimeyer (1997) sostienen que las reacciones al miedo realista a la muerte son de suprema importancia en el desarrollo y continuación del neuroticismo. Meyer enfatizó que “apenas se había considerado hasta ahora el papel de la muerte y el proceso de

<sup>14</sup> ALTARRIBA, F. La muerte en la cultura post-moderna. Una perspectiva sociológica, Quadern Caps (XXIII). Barcelona, 1995.

<sup>15</sup> FREUD, op cit. pág. 296

morir en la neurosis. Stern sostenía que trabajar el miedo a la muerte es una parte importante de todo tratamiento, y que el fracaso a la hora de adaptarse a este miedo es una importante causa de neurosis.

**3.6.2. Patrones Culturales De La Negación.** Autores como Zilboorg (1943), Choron (1964) y otros han señalado la función vital de las normas culturales, los rituales y las instituciones que sirven para anestesiar a las personas de sus realidades existenciales. Los humanos crearon un orden social que les ayudara a evitar su mortalidad. Sin embargo, Levin (1951) enfatizó que el miedo a la muerte se convierte en terror a través de formas de control social que amenazan con “la completa aniquilación de aquellos que no estén de acuerdo” .

**3.6.3. Ansiedad Ante La Muerte E Individuación.** Unos cuantos teóricos suscriben el punto de vista de que el proceso de individuación intensifica el miedo a la muerte. Rank (1941-1958) conceptualizó que las personas neuróticas habían transformado el miedo a la muerte en miedo a la vida. Al referirse sobre los estados de ansiedad provocados por la individuación, establece que el sujeto no sólo está luchando por la supervivencia sino que está aspirando a algún tipo de “mas allá”, ya sea otra persona, un grupo, una causa, porque de este modo expande su sí mismo.

Por su parte Maslow (1967-1976) estaba de acuerdo con las formulaciones de Rank relacionadas con la estrecha relación que existe entre el miedo a la muerte y el miedo a estar solo, como individuo, fuera de la multitud. Maslow creía que este miedo se manifiesta durante los momentos más plenos o las experiencias más exitosas de una persona, cuando tiene una sensación profunda de estar separado del grupo.

**3.6.4. Orígenes De Las Defensas.** Las defensas psicológicas se originan antes de que el niño desarrolle un concepto de muerte, es decir, antes de la experiencia de la ansiedad ante ésta. Sin embargo, la manera en que se trata a un niño en una cultura que niega la muerte y la manera en que los padres se defienden de sus hijos desempeña un papel significativo en el desarrollo del niño. Muchos padres, para intentar protegerse a sí mismos de los sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad delante de la muerte, se distancian sin darse cuenta de sus hijos. Fireston, 1990 (citado por Neimeyer, 1997) entorno a lo anterior plantea que la resistencia de los padres, que están ala defensiva, a permitir que las emociones reprimidas vuelvan a emerger en momentos tiernos con sus hijos, es una de las razones principales por las que dichos padres encuentran difícil mantener relaciones tiernas y afectivas con sus hijos<sup>16</sup>.

La frustración temprana y la privación emocional llevan a la formación de la fantasía de un vínculo, una conexión imaginaria con la madre, que se convierte en

---

<sup>16</sup> Neimeyer, op cit.

la defensa nuclear. Más tarde, cuando el niño descubre la mortalidad, primero la de sus padres y luego la propia, destroza su ilusión de autosuficiencia y omnipotencia. Esta nueva consciencia provoca una tendencia general a rechazar la libido, o los sentimientos genuinos hacia sí mismo y hacia los demás, en favor de las defensas y las conductas de autoparentalidad que les protegen de la consciencia de estar solos y expuestos a la muerte.

### **3.6.5 Relación Entre La Ansiedad De Separación Y El Miedo A La Muerte.**

Existen varios sentimientos comunes a la ansiedad de separación y al miedo a la muerte y también ciertas diferencias. Un sentimiento inherente en ambas reacciones es el miedo a estar aislado de los demás, a estar solo y lejos de sus prójimos, los humanos. Este miedo a la pérdida del objeto resume la ansiedad del niño al ser separado de la madre. Sin embargo, el terror más profundo del sujeto lo causa la contemplación de la destrucción del yo y la pérdida total del sí mismo. Este pánico va más allá de la ansiedad de separación. El cese de la existencia del yo, en cualquier forma cognoscible o reconocible, es aterrador. Al nivel más profundo, cualquier promesa de una vida después de la muerte, reencarnación o unión con una consciencia universal, es inaceptable. La anticipación de la muerte del yo es particularmente angustiada para una persona que tiene una vida feliz y plena, que posee un fuerte sentido de identidad personal y para la que está implicada una relación amorosa mutuamente gratificante.

**3.6.6 Defensas Frente A La Ansiedad De La Muerte.** En cierto sentido, el neuroticismo se puede conceptualizar como la reacción a un miedo real basado en la negación y el terror a la muerte y la evolución de este proceso defensivo en un marco cultural. La sociedad se puede ver como un proceso social que representa una reunión de las defensas individuales de sus miembros. Desde el punto de vista asistencial, a los clínicos les puede resultar difícil identificar las defensas relacionadas específicamente con la ansiedad ante la muerte, porque éstas se establecen antes de que el paciente se entere de la ansiedad a un nivel consciente. Las tendencias regresivas se activan a medida que los individuos suprimen la ansiedad ante la muerte. Hay un retroceso a una fase más temprana del desarrollo, a un nivel en el que el sujeto no es totalmente consciente de la muerte. (Firestone, 1990).

El despertar de la ansiedad ante la muerte generalmente lleva una confianza cada vez mayor en las conductas defensivas y en los estilos de vida autoprotectores. Cualquier acontecimiento negativo o que recuerda la muerte, como una enfermedad, un rechazo, un accidente o una tragedia puede producir sentimientos de ansiedad ante la muerte que, a su vez, pueden llevar a una retirada de las defensas específicas e idiosincrásicas que se usan normalmente en momentos de estrés.

### **3.7. CAMBIAR LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN.**

Teniendo en cuenta que dentro de las principales aportaciones que se pretenden señalar con esta investigación además de concentrarse en la medición de las actitudes frente a la muerte, es también importante señalar la importancia que tiene la modificación de las actitudes frente a la muerte a través de la educación. En este sentido es necesario en primer lugar presentar una visión general de la educación sobre la muerte, seguida de una discusión sobre el impacto de los programas de educación en varias actitudes hacia la muerte.

**3.7.1 Visión General De La Educación Sobre La Muerte.** Concepció Poch y Olga Guerrero (2003) plantean que hay dos razones generales para ofrecer programas de educación sobre la muerte. La primera es de naturaleza académica o pedagógica y se basa en el desarrollo de la tanatología como una iniciativa científica legítima<sup>17</sup>. Al respecto se han desarrollado teorías, conceptos e información relacionados como se ha dicho al inicio, con la muerte en muchas disciplinas, incluida la medicina, psicología, filosofía y religión, y estos programas de educación muchas veces hacen un estudio de estas disciplinas intentando transmitir lo que se sabe actualmente sobre los fenómenos relacionados con la muerte.

Joseph A. Durlak (citado por Neimeyer, 1997) comenta sobre la existencia de un objetivo individualizado o personal en muchos de estos programas que se basan en la premisa de que la sociedad norteamericana actual no asume muy bien la muerte. Señala este autor como ejemplo el hecho que muchos valores culturales destacados como la juventud, los logros, la salud, el individualismo y el control personal no ayudan a las personas a afrontarla. Como consecuencia de lo anterior, rara vez se la trata como un acontecimiento natural y, en su lugar, su aparición y su eventualidad se tratan de manera sensacionalista o se distorsiona. Por esta razón generalmente se cree que muchos sujetos poseen una información inexacta o errónea sobre cuestiones relacionadas con la muerte que podrían dar lugar algunas inseguridades. De igual modo, muchos de ellos no tienen suficientes oportunidades para examinar sus sentimientos sobre la muerte de manera que les permita adaptarse a cualquier malestar o preocupación que puedan tener. Por otro lado, a nivel profesional se cree que el tratamiento de enfermos terminales y personas en proceso de duelo no es tan humano y confortante como debería ser. Por distintas razones, muchos cuidadores no están preparados adecuadamente para tratar estos asuntos.

---

<sup>17</sup> POCH, CONCEPCIÓ. La Muerte y el Duelo en el contexto educativo. Paidós. 2003.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 DISEÑO

La presente investigación es concebida desde un diseño no experimental de tipo transaccional correlacional, el cual permite describir la relación entre dos o más variables en un momento determinado. Esta descripción se basa principalmente de la relación entre las variables objeto de estudio. Hernández Sampieri (2003).

### 4.2 HIPÓTESIS.

**Hi:** Existe asociación entre las actitudes hacia la muerte y el temor y miedo a la muerte en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander.

**Ho:** No existe asociación entre las actitudes hacia la muerte y el temor y miedo a la muerte en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander.

### 4.3 SUJETOS.

El universo de estudio está conformado por profesionales de Medicina y Enfermería que han tenido como experiencia profesional la de brindar asistencia a población hospitalizada y con diagnóstico de enfermedad Terminal y en proceso de morir. La población objeto de estudio para esta investigación está conformada por profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander los cuales prestan sus servicios en las unidades de Oncología, Quemados, Medicina Interna, Urgencias.

**4.3.1 Muestra.** Dadas las características de la población objeto de estudio, la muestra con la cual se llevó a cabo la investigación fue tomada bajo los parámetros del muestreo por conveniencia, es decir, a cada uno de los profesionales que prestan sus servicios en las unidades respectivas (quemados, oncología, urgencia, cirugía) se les dio cada uno de los instrumentos con el fin de obtener la información respectiva.

#### 4.4 INSTRUMENTOS<sup>18</sup>.

Los instrumentos utilizados para la obtención de la información fueron los siguientes:

- Escala Collet-Lester del Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir la cual se ideó para proporcionar una medida de la ansiedad ante la muerte que distinguiera entre el miedo a la muerte y el miedo al proceso de morir y entre los miedos respecto a uno mismo y respecto a los otros. La Fiabilidad de esta Escala está dada a partir de diversos estudios realizados por su autor David Lester, quien administró la Escala Revisada a 27 estudiantes universitarios matriculados en cursos de Psicología para determinar la Fiabilidad test-retest en dos días. Las correlaciones de Persons test-retest fueron de .85 para el miedo a la propia muerte, .79 para el miedo al propio proceso de morir, .86 para el miedo a la muerte de los otros y .83 para el miedo al proceso de morir de los otros. Las correlaciones de Sperman-Brown fueron .91, .90, .72 y .88 respectivamente. Respecto a estos resultados el autor refiere la importancia de realizar más estudios test-retest, especialmente para intervalos temporales de más de dos (2) días. Respecto a la validez, David Lester (citado por Neimeyer, 1997) establece que en cuanto a la validez recurrente con otras escalas sobre el miedo a la muerte, muchos investigadores han presentado correlaciones positivas entre las subescalas de Collet-Lester y otras escalas de miedo a la muerte (Bailis y Kennedy, 1977; Dickstein, 1977-78; Durlak, Neimeyer, 1985. En algunos ejemplos, la correlación con la escala Collet-Lester permite que se saquen algunas conclusiones sobre una escala. Por ejemplo, cuatro estudios han correlacionado las puntuaciones de la Escala de Actitudes hacia la Muerte con las puntuaciones de la escala Collet-Lester. La mediana de correlaciones de los 12 grupos presentados fue de .57 para el miedo a la propia muerte, .05 para el miedo a la muerte de los otros, .29 para el miedo al propio proceso de morir y .17 para el miedo al proceso de morir de los otros. De acuerdo con el autor, estas medias sugieren que la escala de Actitudes Hacia la Muerte es principalmente una medida del miedo a la propia muerte.
- Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte. La Fiabilidad de este instrumento está dada a partir de estudios test-retest, los cuales señalan que los coeficientes alfa de consistencia interna oscilaban entre uno bajo de .65 (aceptación neutral) a uno alto de .97 (aceptación de acercamiento); los coeficientes de estabilidad oscilaban entre uno bajo de .61 (evitación de la muerte) a uno alto de .95 (aceptación de acercamiento). De acuerdo con Paul T Wong, Gary T Reker, y Gina Gesser, tomadas conjuntamente, las escalas del PAM-R tienen una fiabilidad que va de buena muy buena. (Neimeyer, 1997) Respecto a la validez, el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte está

---

<sup>18</sup> Neimeyer, op cit. pág 145

dada a partir de estudios de correlación con la Escala de Ansiedad ante la Muerte. En dichos estudios se establece que la aceptación neutral correlacionaba positivamente con la escala de indiferencia hacia la muerte. Finalmente la aceptación de escape correlacionaba positivamente con las estimaciones de muerte.

Basándose en el análisis conceptual de las actitudes ante la muerte, Neimeyer (1997) establece que el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte se agrupa en cinco dimensiones a saber: Miedo a la muerte, Evitación de la Muerte, Aceptación Neutral, Aceptación de Acercamiento, Aceptación de Escape. Respecto a la dimensión Miedo a la muerte, en páginas anteriores de este documento se hicieron los comentarios respectivos a la misma; en este sentido se describirán a continuación las dimensiones referentes a los tres tipos de aceptación de la muerte establecidos en este instrumento.

- **Aceptación Neutral.** De acuerdo a lo planteado por autores como Kübler-Ross, 1981; Saunders y Baines, 1983; Morison, 1971, entre otros, la muerte es una parte integral de la vida. Estar vivo es vivir con la muerte y con el proceso de morir. Ni se teme la muerte ni se le da la bienvenida; simplemente se le acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a una vida finita. Por tanto, implica una actitud ambivalente o indiferente.
- **Aceptación de Acercamiento.** La aceptación de acercamiento implica la creencia en una vida feliz después de la muerte. Existe suficiente documentación alrededor del hecho de que la creencia en una vida después de la muerte está relacionada con creencias y prácticas religiosas. En este sentido Jeffers, Nichols y Eisdorfer (1961) citados por Neimeyer (1997), encontraron que era más probable que los sujetos con fuertes compromisos religiosos creyeran en una vida después de la muerte y que mostraran menos miedo a la misma.
- **Aceptación de Escape.** Cuando la vida está llena de dolor y meseria, la muerte puede ser una alternativa bienvenida. Vernon (1972) sugirió que el miedo a vivir bajo ciertas condiciones puede ser más fuerte que el miedo a la muerte. Cuando el sufrimiento y el dolor aplastan a la gente, y hay pocas posibilidades de alivio, la muerte parece ofrecer el único escape. Por lo tanto, en la aceptación de escape la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la “bondad” inherente de la muerte, sino en la “maldad” de la vida. Normalmente, las personas muestran aceptación de escape porque no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de la existencia.

## 4.5 PROCEDIMIENTO

La primera parte de la investigación fue concebida y estructurada a manera de anteproyecto. Esta etapa se realizó bajo un esquema general de lo que sería el curso de la investigación, esquema que facilitó la visualización y alcance del proyecto, focalizando la problemática a estudiar, para luego realizar la revisión bibliográfica pertinente. Así mismo, se realizó una búsqueda continua de antecedentes investigativos y de instrumentos de medición de las variables, encontrando pertinentes la utilización de la Escala Mollet-Lester del miedo a la muerte y al proceso de morir y el Perfil revisado de Actitudes hacia la Muerte.

Todo este proceso siempre estuvo realizado con el rigor metodológico suficiente de tal forma que permitiera la validez y confiabilidad de la investigación.

Una vez elaborado el proyecto de investigación se procedió a la búsqueda de la población en el Hospital Universitario de Santander. Establecida la población se procedió a la aplicación de los instrumentos mencionados. Esta etapa de aplicación y recolección de información se hizo de manera individual en varios momentos para abarcar el total de la población.

Terminado el proceso de recolección y aplicación de los instrumentos se procedió a la tabulación y análisis de los resultados con ayuda del programa SPSS el cual permitió el análisis estadístico de los mismos. Finalmente, con base es estos análisis y con los antecedentes investigativos pertinentes, se planteó la discusión y conclusiones relevantes que se señalan.

## 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se describe los resultados obtenidos durante el desarrollo del Proyecto de Investigación con la población que conforman los médicos y enfermeras del Hospital Universitario de Santander.

Para llevar a cabo la recolección de la información se exploraron aspectos socio-demográficos relacionados con la experiencia de los participantes de la investigación. A su vez se le aplicó a dicha población el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM) y la Escala de Miedo a la Muerte de Collet Lester; con el fin de evaluar las actitudes hacia la muerte y el miedo que ésta les genera respectivamente, teniendo en cuenta que son las variables prioritarias del presente estudio.

A continuación se presenta la información recopilada según el orden en el cual se nombró anteriormente; es decir, en primera instancia se hará una descripción estadística de la población estudiada. Posteriormente se presenta cómo fue el comportamiento estadístico de la población frente a las variables: actitudes hacia la muerte y miedo a la muerte, para luego determinar la correlación existente entre dichas variables socio-demográficas con las variables prioritarias de la investigación.

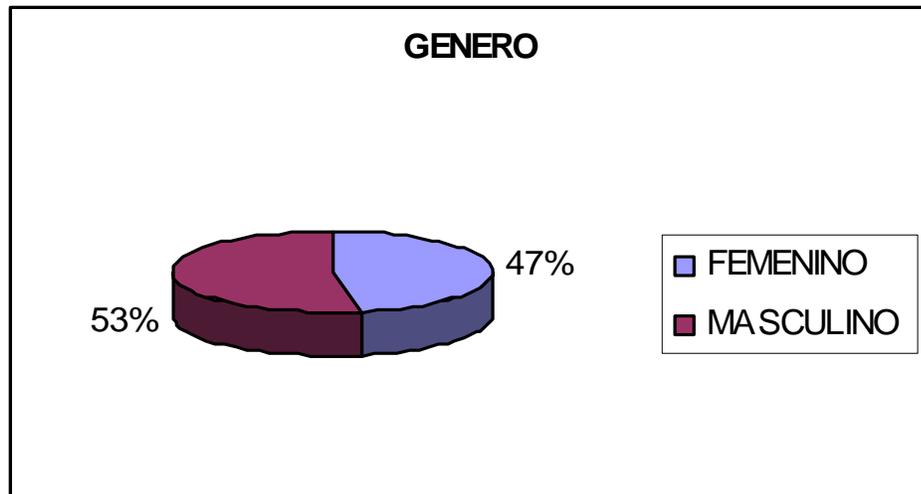
### 5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La población que participó en este estudio estuvo conformada por una muestra seleccionada por conveniencia de médicos y enfermeras del Hospital Universitario de Santander, correspondiente a 34 personas, cuyo criterio principal consistió en la relación cercana con el paciente Terminal o crítico de esta institución.

Las variables socio-demográficas sobre las que se recolectó la información a través de la entrevista estructurada fueron: Género, edad, estado civil, profesión, unidad de servicio, estrato y tiempo de experiencia.

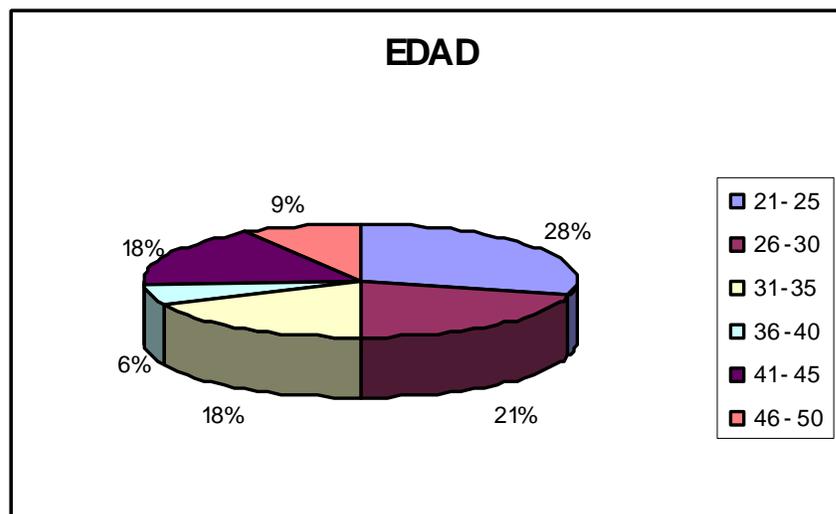
**5.1.1 Género.** Respecto a ésta variable socio- demográfica los participantes se distribuyeron así: 16 personas pertenecen al género femenina representando un 47%, mientras que al género masculino se pertenecen 18 personas representando el 53% de la población.

Gráfico 1. Distribución de la población respecto al género.



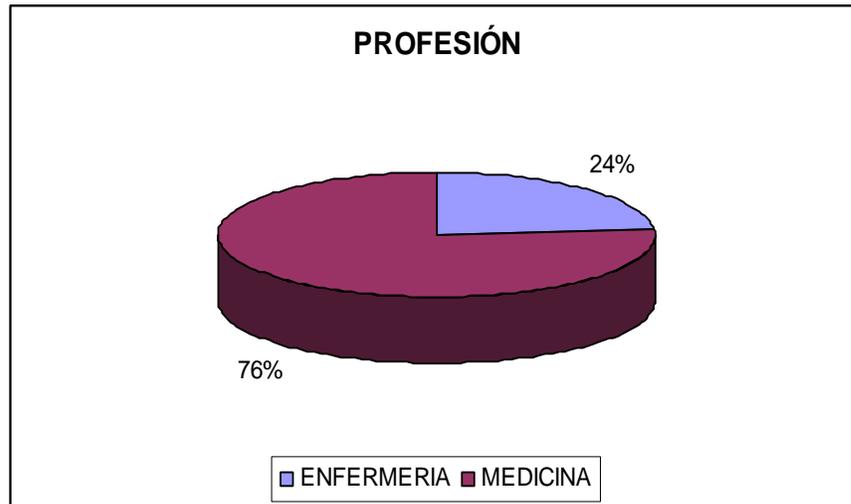
**5.1.2. Edad.** Respecto a ésta variable la población se distribuyó en rangos de edad de la siguiente forma: el 28% de la población se encuentra dentro del rango de edad de 21 a 25 años, seguido por un 21% ubicado en el rango correspondiente a 26 a 30 años; de la misma manera se observa que un 18% de los encuestados se ubica en los rangos correspondientes a 41-45 y 31 a 35 años respectivamente; finalmente se observa que el 9% de la población se encuentra en el rango 46 a 50 años y el 6% se ubica en el rango 36 a 40 años de edad.

Gráfico 2. Distribución de la población respecto a la edad.



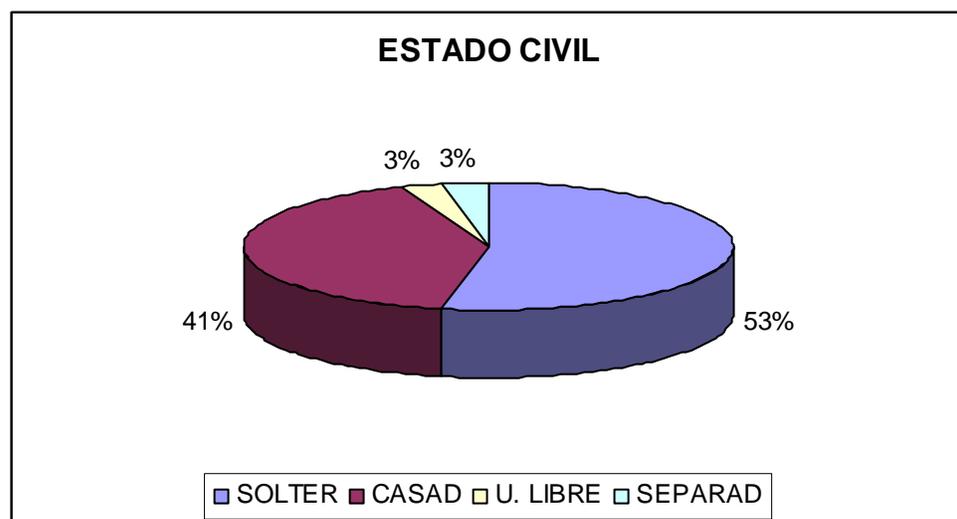
**5.1.3 Profesión.** Respecto a ésta variable socio- demográfica la gráfica 3 muestra que el 76% de la población objeto de estudio son profesionales de la medicina, mientras que el 24% restante pertenecen al área de enfermería.

Gráfico 3. Distribución de la población respecto la profesión



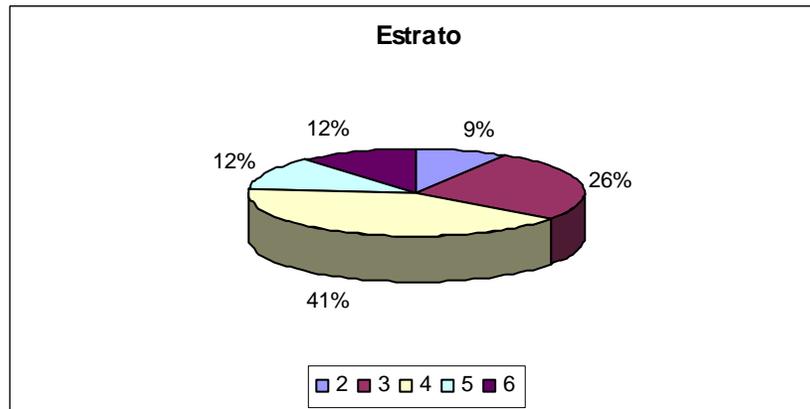
**5.1.4 Estado civil.** Respecto a ésta variable, se observa que el 53% de los encuestados son solteros, mientras que el 41% son casados. Finalmente se observa que un 6% de los encuestados viven en unión libre y/o son separados.

Gráfico 4. Distribución de la población respecto al Estado Civil



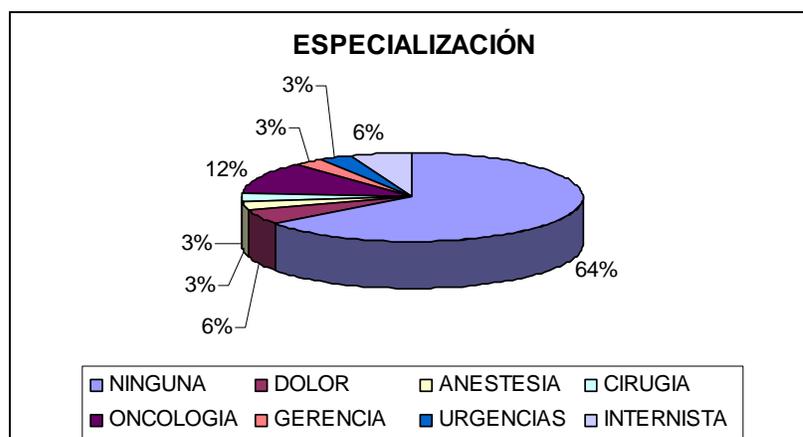
**5.1.5 Estrato.** De acuerdo a los resultados obtenidos, la Gráfico 5 muestra que el 41% de la población manifiesta pertenecer al estrato cuatro, seguido por un 26% que se ubica en estrato tres, 12% en los estratos cinco y seis y finalmente encontramos que el 9% manifiesta pertenecer al estrato dos.

Gráfico 5. Distribución de la población respecto al Estrato



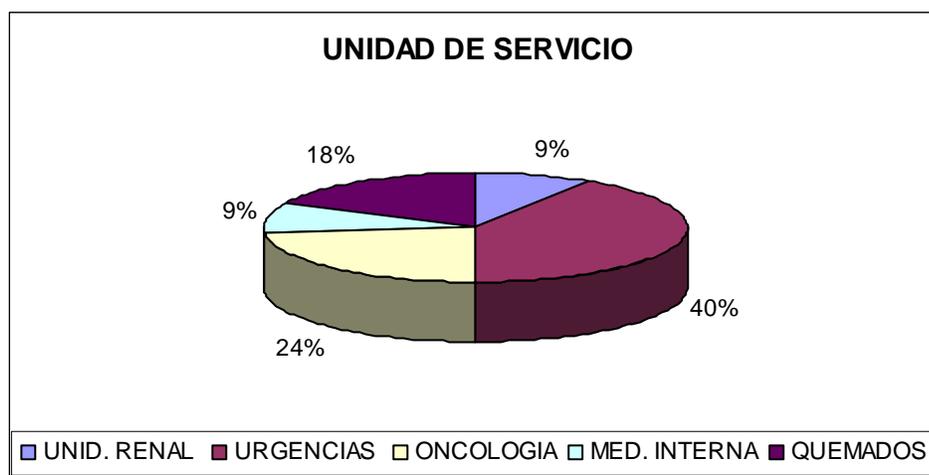
**5.1.6 Especialización.** Definida como los estudios correspondientes a postgrado del personal objeto de estudio, la gráfica 6 representa la distribución de la población entorno a esta variable. Se observa que el 64% manifiesta no tener estudios de postgrado, mientras que el 12% de los encuestados han realizado estudios de especialización en áreas como oncología y dolor correspondiente a un 6% de la población. Finalmente se observa que la población estudiada cuenta con estudios relacionados con áreas como cirugía, medicina interna, urgencias, anestesia y gerencia.

Gráfico 6. Distribución de la población respecto a la Especialización



**5.1.7 Área de Servicio.** al como se mencionó anteriormente la muestra se obtuvo de acuerdo a aquellos servicios en los que se presentan mayores casos de pacientes terminales o en estado crítico. La gráfica 7 señala que el 40% de los encuestados presta sus servicios en el área de urgencias, seguido por un 24% que labora en el área de oncología. De igual manera se observa que un 18% de la población labora en la unidad de quemados, mientras que un 9% lo hace en servicios como la unidad renal y medicina interna respectivamente.

Gráfico 7. Distribución de la población respecto al Servicio



## 5.2 RESULTADOS DEL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE

Para llevar a cabo la calificación del PAM se inició con la calificación de los puntajes brutos obtenidos de cada ítem de la prueba, por cada participante seleccionado. Luego se procedió a agrupar los ítems en las dimensiones correspondientes y a partir de esto se procedió a obtener el puntaje promedio (media) por cada sujeto en cada una de las dimensiones.

Tabla 1. Puntajes del Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte

	D1	D2	D3	D4	D5
	MIEDO	EVITACIÓN	ACEPTACIÓN NEUTRAL	ACEPTACIÓN ACERCAMIENTO	ACEPTACIÓN ESCAPE
<b>S1</b>	3,4	3,0	5,6	4,9	5
<b>S2</b>	3,1	3,2	5,6	4,1	2,8
<b>S3</b>	3,7	3,2	5,6	4,8	4,2

Continúa

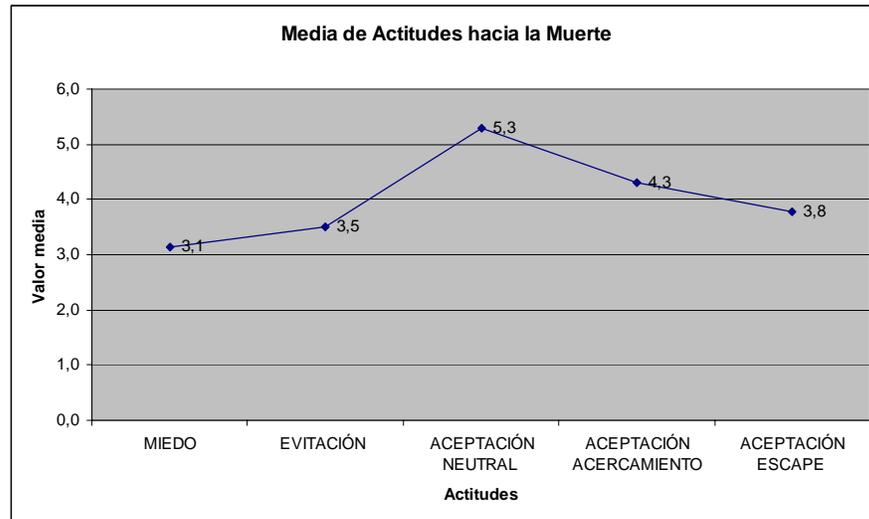
	D1	D2	D3	D4	D5
	MIEDO	EVITACIÓN	ACEPTACIÓN NEUTRAL	ACEPTACIÓN ACERCAMIENTO	ACEPTACIÓN ESCAPE
<b>S4</b>	2,3	3,2	5,6	4,9	1,6
<b>S5</b>	3,3	4,2	3,6	4,7	4
<b>S6</b>	2,6	5,0	4,8	5,3	5,8
<b>S7</b>	1,1	1,6	5,8	4,4	2,8
<b>S8</b>	2,1	1,2	5,4	2,5	1,4
<b>S9</b>	4,3	4,4	5,8	4,9	4,4
<b>S10</b>	4,3	5,8	4,6	5,3	3,2
<b>S11</b>	2,4	1,4	4,6	2,3	2,4
<b>S12</b>	3,3	1,6	6	5,1	5,4
<b>S13</b>	4,1	2,2	6,4	4,1	2,6
<b>S14</b>	1,9	1,4	7	3,2	3,2
<b>S15</b>	1,0	1,0	7	4,4	2,4
<b>S16</b>	1,6	6,8	4,6	6,9	2,2
<b>S17</b>	3,4	3,8	4,6	4,1	4,8
<b>S18</b>	5,3	5,8	4,4	4,5	4,4
<b>S19</b>	1,8	3,6	6	2,7	3,5
<b>S20</b>	3,8	3,4	4,8	3,3	3,8
<b>S21</b>	3,2	4,4	5,8	5,8	5,2
<b>S22</b>	2,1	6	2,2	4,1	3,6
<b>S23</b>	6	6,8	5,8	1	4,9
<b>S24</b>	1	1	4,6	1,2	2,0
<b>S25</b>	3,1	3,6	3,4	3,4	3,4
<b>S26</b>	4,1	3,8	5,2	5,8	4,7
<b>S27</b>	3,8	5,2	5,8	5,4	5,1
<b>S28</b>	4,7	2,6	4,6	5,2	4,3
<b>S29</b>	4,1	4	5,6	6,4	5,0
<b>S30</b>	2,5	4,4	6,8	4,6	4,6
<b>S31</b>	2,2	1,8	6	4,1	3,5
<b>S32</b>	5	5	5,2	4,6	5,0
<b>S33</b>	2,7	1,4	5	2,9	3,0
<b>S34</b>	3,2	3,0	5,8	5,6	4,4

Fuente: Aplicación de la tabulación de los instrumentos.

Es necesario mencionar que, como se dijo anteriormente, cada uno de los factores es una variable cuantitativa, ya que sus valores son numéricos. Después de obtener las puntuaciones de cada sujeto, se obtuvo la media ( $\bar{x}$ ), y la desviación estándar ( $S$ ) para cada dimensión, las cuales se presentan a continuación, ya que

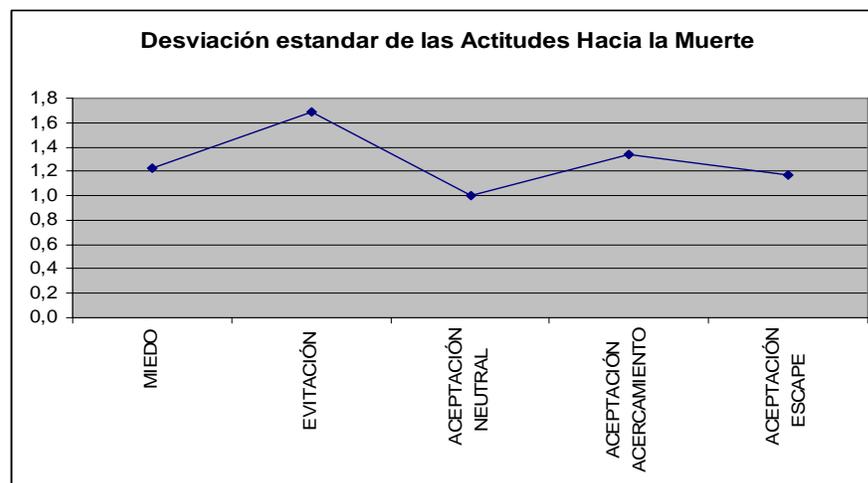
servirán de referencia para realizar los diferentes niveles de interpretación de resultados.

Gráfico 8. Media de las Actitudes Hacia la Muerte.



Como se desprende de la gráfica 8, la actitud que se presenta con mayor prevalencia es la Aceptación Neutral con una media de 5.3, es decir, los médicos y enfermeras aceptan la muerte como un suceso biológico en el cual se terminan las funciones vitales y con ellas finaliza la existencia; la actitud con menor puntuación es el miedo con una media de 3.1. Por otro lado, la actitud que presenta mayor dispersión de los datos es la evitación, lo cual indica que se presentaron datos muy altos y muy bajos.

Gráfico 9. Desviación estándar de las Actitudes hacia la Muerte.



### 5.3 RESULTADO DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLET - LESTER

Para llevar acabo la calificación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester al igual que el PAM se inició con la calificación de los puntajes brutos obtenidos de cada ítem de la prueba por cada participante seleccionado. Luego se procedió a agrupar los ítems de acuerdo a las dimensiones correspondientes, para finalmente proceder a la obtención de la media.

Tabla 2. Puntajes del la Escala de Miedo a la Muerte de Collet – Lester

	<b>TU PROPIA MUERTE</b>	<b>TU PROCESO DE MORIR</b>	<b>MUERTE DE OTROS</b>	<b>PROCESO DE OTROS</b>
<b>s1</b>	2,25	4,75	4,38	3,25
<b>s2</b>	4,75	4,00	3,38	3,75
<b>s3</b>	3,13	3,50	3,38	3,00
<b>s4</b>	3,75	2,75	2,75	3,50
<b>s5</b>	2,88	3,13	3,25	3,38
<b>s6</b>	2,75	4,13	3,38	3,75
<b>s7</b>	2,50	3,00	3,00	4,50
<b>s8</b>	2,75	4,25	3,75	1,50
<b>s9</b>	2,38	3,88	2,63	3,50
<b>s10</b>	1,75	2,38	2,88	3,25
<b>s11</b>	3,13	4,38	3,50	3,38
<b>s12</b>	2,63	3,75	3,88	3,88
<b>s13</b>	1,63	1,50	1,13	1,13
<b>s14</b>	2,63	3,63	4,00	4,13
<b>s15</b>	2,25	2,75	2,00	2,25
<b>s16</b>	1,63	3,50	2,75	3,00
<b>s17</b>	2,00	2,50	2,75	1,50
<b>s18</b>	2,13	2,13	1,75	1,50
<b>s19</b>	2,25	3,00	2,13	1,75
<b>s20</b>	3,75	4,00	3,75	3,88
<b>s21</b>	3,75	4,63	2,63	4,38
<b>s22</b>	2,88	3,75	3,38	3,38
<b>s23</b>	2,13	1,25	1,63	1,88
<b>s24</b>	2,00	2,88	4,63	4,38
<b>s25</b>	2,50	2,50	2,38	3,13

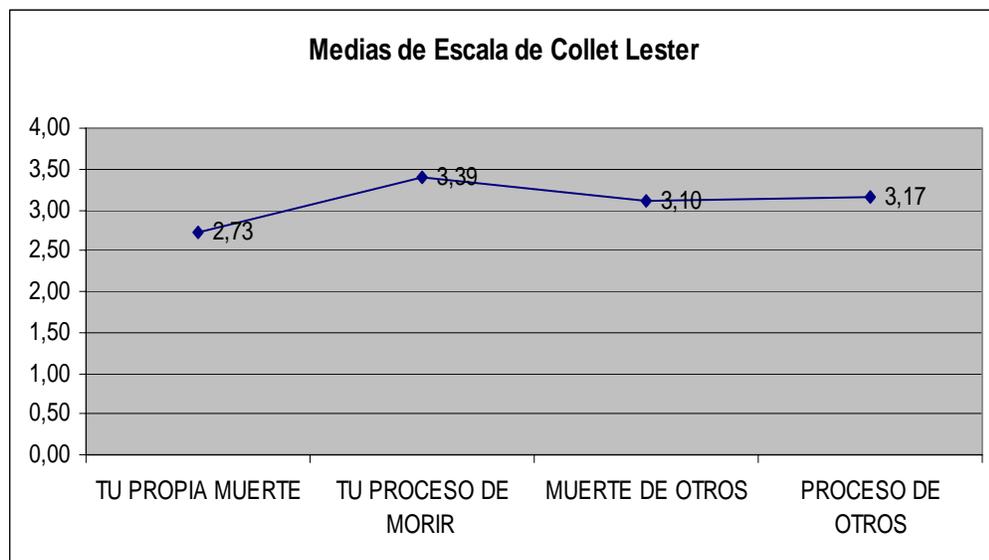
continúa

	TU PROPIA MUERTE	TU PROCESO DE MORIR	MUERTE DE OTROS	PROCESO DE OTROS
<b>s26</b>	4,25	5,00	4,25	4,63
<b>s27</b>	3,75	4,25	4,38	3,88
<b>s28</b>	2,63	4,88	4,25	4,75
<b>s29</b>	1,63	2,38	2,25	2,75
<b>s30</b>	3,00	4,13	3,13	3,50
<b>s31</b>	2,25	2,50	2,38	1,50
<b>s32</b>	3,13	3,13	3,38	3,25
<b>s33</b>	3,25	3,75	2,63	3,88
<b>s34</b>	2,88	3,25	3,75	2,63

Fuente: Aplicación de la tabulación de los instrumentos.

Después de obtener las puntuaciones de cada sujeto, se calculó la media ( $\bar{x}$ ), y la desviación estándar (S) de los puntajes respecto a cada dimensión, las cuales se representan a continuación, ya que servirán de referencia para realizar los diferentes niveles de interpretación de resultados.

Gráfico 10. Media respecto a las Dimensiones del Collet Lester.

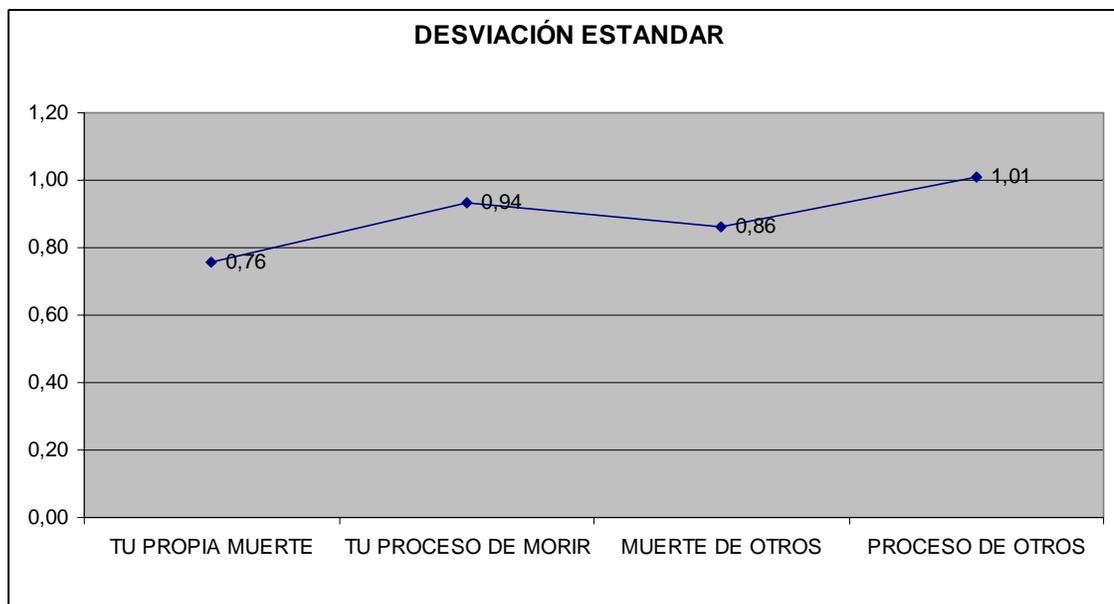


De acuerdo a la gráfica 9, la población estudiada manifiesta sentir principalmente algo de inquietud y/o ansiedad frente al propio proceso de morir (promedio de 3,39) es decir, aquella que implica la degeneración física y/o el dolor unido al proceso de morir.

Contradictoriamente, se observa que esta población manifiesta no sentir inquietud y/o ansiedad frente a su propia muerte (promedio de 2,73); es decir, de acuerdo a los resultados, la población estudiada manifiesta mayor preocupación frente al como sería su proceso de morir, mas no tanto como al hecho de su muerte en si.

Por otro lado, y en relación a lo mencionado en el párrafo anterior, se muestra que los datos más dispersos en la aplicación de esta muestra se ubican en las dimensiones correspondientes a tu proceso de morir y proceso de morir de otros.

Gráfico 11. Desviación estándar respecto a las dimensiones del Collet-Lester.



#### 5.4 CORRELACIÓN ENTRE LAS PUNTUACIONES DEL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE Y LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE

A partir del análisis estadístico realizado a través del programa SPSS y teniendo en cuenta la naturaleza de las variables (intervalo), con base en el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 3. Asociación entre el Perfil de Actitudes Hacia la Muerte y la Escala de Miedo y Temor Frente a la Muerte de Collet-Lester.

<b>Actitudes</b>	<b>Miedo</b>	<b>Correlación</b>	<b>Significancia</b>
Miedo	Tu propia muerte	0.28	.873
	Tu proceso de morir	-0.157	.376
	Muerte de otros	-0.161	.363
	Proceso de otros	-0.25	.482
Evitación	Tu propia muerte	-0.64	.721
	Tu proceso de morir	-0.47	.406
	Muerte de otros	-0.228	.194
	Proceso de otros	-0.090	.614
Aceptación neutral	Tu propia muerte	-0.008	.966
	Tu proceso de morir	-0.033	.834
	Muerte de otros	-0.128	.469
	Proceso de otros	-0.114	.519
Aceptación acercamiento	Tu propia muerte	-0.008	.966
	Tu proceso de morir	-0.33	.854
	Muerte de otros	-0.128	.469
	Proceso de otros	-0.114	.519
Aceptación escape	Tu propia muerte	0.058	.746
	Tu proceso de morir	0.168	.343
	Muerte de otros	0.117	.509
	Proceso de otros	0.126	.479

Fuente: Aplicación de la tabulación de los instrumentos.

De acuerdo con los datos presentados en la tabla anterior, se puede observar que el nivel de asociación entre las variables estudiadas es débil por cuanto las puntuaciones de dichas asociaciones oscilan entre  $-0,64$  y  $0,28$ . Sin embargo es de anotar que los niveles de significancia de dichas asociaciones son bajos, lo cual aumenta la probabilidad de error en cuanto al resultado de las asociaciones.

A partir de lo anterior se aprueba la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) la cual establece que no existe asociación entre las actitudes hacia la muerte y el miedo y temor frente a la muerte en los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Universitario de Santander.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten en primer lugar concluir que se alcanzaron los objetivos planteados en esta investigación, por cuanto a través de ellos se describen las actitudes hacia la muerte en la población estudiada. De la misma manera, a partir de los resultados aquí presentados es posible acercarnos a los siguientes análisis, mismos que deben ser tenidos en cuenta para futuras investigaciones en este campo.

Es importante señalar la importancia de trabajar la hipótesis según la cual la manera como los sujetos ven la vida influye en sus actitudes hacia la muerte. En este sentido debe tenerse en cuenta el hecho que la población estudiada tiene como una de sus características principales, la de llevar un tiempo de experiencia en el abordaje de paciente Terminal o crítico, lo cual puede permitir plantear a su vez la hipótesis relacionada con la relación entre el tiempo de experiencia y las actitudes frente a la muerte, y a su vez también a la inversa, en el sentido que la manera como las personas ven la muerte influye en cómo dirigen su vida.

El análisis de los resultados permite igualmente señalar como factor de importancia, el hecho que población puede estar considerando la muerte como un acontecimiento puramente biológico y esto hace entonces que se presenten actitudes como el miedo al proceso de morir por considerarlo un proceso rodeado de un progresivo deterioro físico, acompañado en su mayoría de casos de síntomas no solamente físicos como dolor, náuseas, pérdida de apetito, sino también psicológicos como angustia, ansiedad, depresión, miedo, etc.

Por otro lado y en estrecha relación con lo que se viene aquí planteando, debido a que la aceptación neutral, dimensión en la cual se encuentra el % de la población, refleja un punto de vista maduro sobre la vida y puede motivar a los sujetos a llevar una vida plena, sería interesante realizar estudios en los cuales se correlacione esto con el bienestar físico percibido.

De otra parte y respecto a la dimensión Evitación del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte, de los resultados obtenidos se desprende que evitar pensar la muerte refleja una actitud negativa hacia ésta, pero los sujetos pueden mantener una actitud positiva hacia la vida no pensando en la muerte. Esto puede corroborarse al observar y analizar los resultados que se muestran en la gráfica 8.

Respecto a la variable ocupación es importante señalar la importancia de ampliar la población estudiada en cuanto a esta variable, con el fin de poder realizar un análisis más profundo. Lo anterior se plantea por cuanto a partir de los resultados

aquí presentados no es posible establecer hallazgos significativos respecto a las asociaciones que se plantean.

Finalmente y con base en los resultados obtenidos es importante hacer la observación que las actitudes de las personas hacia la muerte tienden a ser una mezcla de todo, en la que hay actitudes conflictivas que contrabalancean las otras para adaptarse. Por lo tanto, en la educación sobre la muerte y el asesoramiento psicológico, es importante ayudar a los sujetos a que tomen conciencia de las actitudes diversas que pueden tener y cómo determinan esas actitudes la manera que dirigen su vida y por sobre todo la manera como brindan asistencia a los pacientes que se encuentran en proceso de morir o en estado crítico, así como a su familia.

A su vez, es importante llevar a cabo estudios de corte cualitativa en donde se profundice alrededor del significado de muerte presente en los sujetos, ya que una de las observaciones hechas por los investigadores de este estudio y que fue manifestada por los participantes del estudio giró en torno a la necesidad de contar con espacios en los cuales fuera posible hablar de estos temas, como forma de “descargarse” emocionalmente.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALTARRIBA, F. La muerte en la cultura post-moderna. Una perspectiva sociológica, Quadern Caps (XXIII). Barcelona, 1995.
- ARANGUREN, J.L. La muerte en Ética. Alianza univ. (textos). Madrid, 1987.
- ARIES, P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus. Madrid, 1987.
- BERGER, M y HORTALA, F. Morir en el hospital. Ed. Rol. Barcelona, 1982.
- BORREL, F. El pacto de silencio. El médico 12/05/1989.
- BOWLBY, J. La pérdida afectiva, tristeza y depresión. Ed. Herder. Barcelona, 1980.
- CABELLO, FCO; GARCÍA, JM y VIQUEIRA, A. Entre los límites personales y penales de la Eutanasia. Servicio de publicaciones de la Univ. de Cádiz, 1995.
- CARACUEL, M. Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en los estudiantes de Enfermería de la Escuela Universitaria de Córdoba. 1983.
- CIORAN, E. Variaciones sobre la muerte, en Adiós a la filosofía y otros textos. Ed. Cátedra. Madrid, 1984.
- FREUD, Sigmund. Obras completas. Buenos Aires: Editorial Amorroutur. 1987
- GALA, F.J.; LUPIANI, M; y DÍAZ, M. Sobre las concepciones de la muerte. 1991.
- GÓMEZ, M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Ed Arán. Madrid, 1998.
- HILTON, J. Experiencias sobre el morir. Ed. Seix Barral. Barcelona, 1996.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.
- LONETTO, R y TEMPLER, D. La ansiedad ante la muerte. Ed. especial para Zambeletti España, S.A. (Ed, Temis). Barcelona, 1988.
- MC VAN, B (Editora). Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma. Barcelona, 1987.

- NEIMEYER, R. Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. Barcelona. Paidós. 1997
- PACHECO, R. Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos 1987.
- PANIKER, S . Psicología, sociedad y calidad de vida. 1er Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Publicaciones del C.O.P., Madrid, 1984
- POCH, CONCEPCIÓ. La Muerte y el Duelo en el contexto educativo. Paidós. 2003.
- RAMOS, F y GARCÍA, I. Miedo y ansiedad ante la muerte. En J. Buendía, Psicopatología Clínica y salud. 1991.
- SAMPIERI, R. & Fernández, C. & Baptista P. (2003). Metodología de la Investigación. 3ª ed. Mc Graw Hill México.
- SONTAG, S. La enfermedad y sus metáforas. Ed Taurus. Buenos Aires, 1996.
- TOLSTOI, L. La muerte de Ivan Illich. Ed. Aguilar. Madrid, 1956
- URRACA, S. Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad. Madrid, 1912.
- URRACA, S. Estudio evolutivo de la muerte. Jano, 1985.
- URRACA, S. La muerte en la sociedad contemporánea.. Madrid, 1986
- VICO, J. Dolor y muerte humana digna. Ed. San Pablo. Madrid, 1995.