



Incluye
**CONTENIDO
DIGITAL**



2.^a edición

BIOÉTICA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Miguel Ángel Sánchez González



Capítulo 24

Actitudes ante la muerte

Índice del capítulo

Las actitudes ante la muerte
El proceso de morir en la sociedad actual
Influencia de la historia y de la cultura
Miedo biológico y ansiedad humana ante la muerte
Creencias y concepciones sobre la muerte
Las fases del morir
Modelos ideales
El afrontamiento de la muerte

Objetivos de aprendizaje

- Conocer los factores que condicionan las actitudes ante la muerte.
- Comprender cómo ha cambiado la forma de morir y por qué se ha hecho más larga y difícil.
- Estudiar comparativamente los condicionamientos culturales e históricos, y exponer la situación cultural actual.
- Analizar los elementos que determinan el nivel de ansiedad frente a la muerte.
- Tener una idea de cómo influyen las creencias y cuáles son las respuestas personales posibles.
- Describir las fases que se experimentan en el proceso previo a la muerte.
- Exponer las aspiraciones ideales que actualmente se tienen sobre la forma de morir.
- Presentar el problema de la relación con los moribundos y el afrontamiento de la muerte.

Las actitudes ante la muerte

Cada cultura —y cada individuo— tiene su propio sistema de actitudes ante la muerte. Y este sistema condiciona a su vez la forma de vivir. En nuestra sociedad, el sistema de actitudes ha cambiado mucho recientemente.

En general, las actitudes y las reacciones ante la muerte dependen de los siguientes factores, que analizaremos sucesivamente:

1. Las características que suele tener el proceso del morir en una sociedad determinada.

2. El contexto histórico y cultural.
3. La constitución biológica y las peculiaridades psicológicas individuales.
4. Las creencias y las concepciones sobre la muerte.

El proceso de morir en la sociedad actual

La forma de morir ha cambiado radicalmente en las últimas décadas.

Cambios debidos al progreso de la medicina y la salud pública

La medicina actual ha conseguido modificar las causas, las circunstancias y el momento de la muerte.

Antes se moría más joven, generalmente de enfermedades infecciosas agudas. Ahora se muere más viejo, de enfermedades crónicas y degenerativas. Recordemos que en 1900 las tres primeras causas de muerte eran neumonía-gripe, tuberculosis y diarrea-enteritis. En la actualidad, las tres principales causas son las enfermedades cardíacas, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares. Y así, las enfermedades crónicas son causa de cerca del 90% de las muertes.

Además, ahora el proceso del morir es mucho más largo y difícil. Hasta hace poco, cuando los enfermos comenzaban a disminuir su nivel de consciencia como resultado de un proceso febril agudo, dejaban de beber. Y la falta de ingesta líquida, unida generalmente a vómitos, diarreas y sudoración, provocaba rápidamente la muerte del enfermo por deshidratación. De modo que la deshidratación ha sido, seguramente, la causa inmediata de muerte más frecuente durante toda la historia del género humano. Y es sabido que la

muerte por deshidratación es la menos angustiosa para los enfermos.

Sin embargo, en el siglo XX se generalizó la práctica de mantener a todos los enfermos con suero hidrosalino intravenoso, que es tal vez el tratamiento que más ha prolongado la vida de los enfermos. También se han puesto a punto en las últimas décadas una multitud de tratamientos capaces de prolongar la vida, así como las técnicas de soporte vital (respiradores, dializadores, marcapasos, desfibriladores, etc.). De manera que la muerte suele ocurrir después de un periodo largo durante el que se han producido múltiples intervenciones médicas.

Cambios en la forma de asistir a los moribundos

Hoy en día más del 80% de las personas mueren en los hospitales. Y los hospitales son entornos extraños para el moribundo, que no facilitan la compañía asidua de personas conocidas. Propician, por el contrario, la llamada *medicalización* de la muerte, es decir, una circunstancia en que la muerte se convierte en cuestión profesional exclusiva de los médicos, que son quienes protagonizan el proceso, interpretándolo y dictando normas técnicas sobre cómo debe ocurrir. Una situación en que la muerte es el enemigo absoluto contra el que los médicos deben luchar a toda costa, pudiendo llegar a veces al «encarnizamiento o obstinación terapéutica».

Los enfermos hospitalizados suelen morir rodeados de tubos y aparatos, sin la compañía de personas conocidas, y lo que es peor, sin solemnidad ni ceremonias capaces de dar dignidad y sentido.

Influencia de la historia y de la cultura

Las actitudes ante la muerte también están muy condicionadas por la cultura vigente y por el momento de evolución histórica. El historiador de las mentalidades Philippe Ariès ha distinguido

las siguientes etapas en la evolución de las actitudes de la sociedad occidental ante la muerte.

Primera etapa: la muerte amaestrada (que duró hasta el siglo XII)

Se caracteriza por una *familiaridad* con la muerte que le quitaba parte de su «fiereza». Las personas solían saber cuándo se acercaba su muerte. Y cuando llegaba ese momento se preparaban para ello en medio de un ritual social multitudinario. Esperaban la muerte en su cama, constituyéndose en el centro de una ceremonia pública en la que participaban parientes, vecinos, amigos y carnosos, y en la que no faltaban los niños. Pero la ceremonia era simple, sin dramatismo ni gestión excesiva.

Un curioso fenómeno que se produjo en la sociedad occidental desde el siglo VI, y que duró hasta el final del siglo VIII, fue la coexistencia próxima de los vivos con los muertos. Se enterraba a los muertos en iglesias y cementerios dentro de las propias ciudades. Lo cual resulta extraño, teniendo en cuenta que en otras culturas se aleja a los muertos lo más posible.

Para los *pueblos primitivos*, el muerto suele ser un tabú. Y son frecuentes las creencias en la impureza intocable del cadáver, así como los ritos para apaciguar a los difuntos y conseguir que no «regresen».

La *Antigüedad Clásica* también procuró apartar a los muertos. Y los enterramientos se realizaban en sitios alejados de los lugares habitados.

El *cristianismo*, sin embargo, acabó introduciendo una coexistencia con los muertos. En primer lugar, el culto a los mártires hizo ver el cadáver del santo como fuente de beneficios. Y se comenzó enterrando a los mártires en basílicas que luego se convertían en centros de peregrinación. Algo más tarde se enterró a los «santos» en las iglesias de dentro de las ciudades. Una anécdota significativa fue la del milagroso aumento de peso del cadáver de San Vaast, que hacía imposible su traslado y que no disminuyó hasta que se decidió enterrarlo en la propia iglesia, en el año 540 d. C. Finalmente se acabó enterrando a todo

el mundo en los jardines de las iglesias. Y estos recintos eran lugares de reunión, cercanos a los mercados y a las ferias.

Segunda etapa: la muerte propia (durante los siglos XII al XVII)

Antes de esta época, la muerte se había percibido como un problema colectivo, dictado por el destino y que afectaba a todos de igual manera. Existía una concepción más colectiva del destino humano y una mayor aceptación del orden natural. Pero a partir del siglo XII la muerte se contempló como un problema más individual, que afecta de forma muy diferente a cada uno, según los méritos de su vida anterior. Esta nueva concepción está en relación con el *afán de individualidad* que empezó a desarrollarse en la Baja Edad Media. El nuevo afán de individualidad puede detectarse en todos los aspectos de la vida, pero especialmente en los dos siguientes:

- **El individualismo en las sepulturas:** en la Antigüedad, las tumbas tenían inscripciones con el nombre, y a veces el retrato del difunto. Pero desde el siglo V comenzaron a ser anónimas. Es en el siglo XII cuando reaparecen en los sepulcros los signos identificadores del difunto.
- **El individualismo en la representación del Juicio Final:** antes del siglo XII predominaba la idea de una resurrección universal de la carne y de un juicio colectivo al final de los tiempos. Y en ese Juicio todos los integrantes del pueblo de Dios serían salvados. Pero a partir del siglo XII, el Juicio Final tiende a imaginarse de una forma más individualizada. Los que se salvan pasan a ocupar distintas moradas celestiales según sus méritos individuales, y muchos son los condenados. Después del siglo XV se habló incluso de un juicio particular en el momento mismo de la muerte de cada uno, que iría acompañado de una última prueba y de un examen retrospectivo de toda la vida anterior.

Con todo ello, la muerte dejó de ser un rito colectivo y un destino igual para todos. Y se transformó en un interrogante individual angustioso y totalmente dependiente de los méritos propios. La muerte de cada uno adquirió así un dramatismo que anteriormente no tenía.

Tercera etapa: la muerte ajena (desde el siglo XVIII hasta comienzos del XX)

Esta etapa se llama así porque en ella se piensa comparativamente menos en la muerte propia, pero mucho más en la muerte de los seres queridos. Las ideas de la separación y la soledad que provoca la muerte se convierten en tópicos recurrentes. Las señales de duelo y de luto por los familiares muertos se hacen ostentosas. Y en los cementerios se acumulan los signos que muestran el recuerdo de los vivos.

Un fenómeno curioso y significativo es la asociación de las ideas de *amor y muerte*. Esta asociación comenzó a aparecer a finales de la Edad Media. Y se manifestó en la literatura trovadoresca y las leyendas de amantes que mueren por su amor. Así, el *Romeo* de Shakespeare exclama finalmente: «¡Olabios!, pueras del aliento, sellad con un beso el pacto en fin con la acaparadora muerte».

El romanticismo del siglo XIX acentuó esta asociación. Y elaboró la idea de una muerte romántica, heroica, idealista y enaltecedora. La muerte era la prueba suprema de amor, y simbolizaba la ruptura con el orden social opresivo. Por eso el arte romántico se complace en la idea de la muerte.

Desde esta misma época se produce también una *dramatización* de la muerte. Frente a ella se gesticula exageradamente, con abundantes llantos y aparatosas manifestaciones de dolor. Y la idea de la muerte provoca una gran turbulencia afectiva. En este ambiente se procura engañar al moribundo sobre su situación, para no trastornarlo emocionalmente. Y se aleja a los niños del contacto con la muerte.

Cuarta etapa: la muerte prohibida (que alcanzó su máximo en los años 60)

La muerte se convirtió en un tema *tabú*, del que no resultaba conveniente hablar. La muerte adquirió así el carácter prohibido que en otras épocas había tenido el sexo. De manera que a los niños se les daba información completa y sin mitos sobre la sexualidad, pero se evitaba hablarles de la muerte. La muerte llegó a desaparecer de la escena social,

como si fuera algo que no existe. O como si todo lo relacionado con ella fuera algo vergonzoso que debe ocultarse. La idea de la muerte parecía demostrar lo absurdo de la vida. Entre los profesionales sanitarios solo suscitaba sentimientos de fracaso. Y se ocultaba sistemáticamente la verdad a todos los moribundos, precisamente para que no se deprimieran.

Como resultado de todo lo anterior, la muerte se ha hecho más íntima y ya no forma parte de la vida social. Suscita menos dramatismo exterior, menos señales de duelo y de luto, y menos visitas a los cementerios.

En los espectáculos y en los medios informativos aparece frecuentemente la muerte. Pero siempre es una muerte accidental y explicable, que afecta solo a personas extrañas. No es una experiencia personalizada ni misteriosa. Y más bien produce el efecto de insensibilizar al espectador y reforzar sus estereotipos interpretativos.

Nuestra sociedad había procurado ocultar todo lo que tiene relación con la muerte. Y esta negación de la muerte ha tenido consecuencias prácticas sobre la forma de atender a los moribundos.

Situación cultural actual

En las últimas décadas, la muerte ha vuelto a ser un tema de reflexión colectiva, aunque la anterior actitud de negación persiste bajo otras formas.

En los años 60 del pasado siglo comenzó a generalizarse la preocupación por las penosas formas de morir que estaban teniendo lugar en los hospitales. Para hacer frente a ello surgieron ideas y movimientos que han transformado la asistencia al moribundo y el proceso del morir. Y se quiere reconocer el derecho a una muerte digna e indolora.

Todos estos cambios se implantaron en una cultura que mantiene una característica relación con la muerte. En nuestra cultura, la muerte ha llegado a ser un acontecimiento absolutamente insoportable, extraordinariamente angustioso, tecnificado, solitario, absurdo y negador de la vida.

La forma de morir, con frecuencia larga y difícil, que nos trajo la medicina moderna, llegó a una sociedad que había disminuido la tolerancia al dolor y la capacidad de dar sentido al sufrimiento.

En otras épocas, los valores tradicionales de nuestra cultura fortalecían a las personas y las hacían más resistentes al dolor. En todas las culturas se ha ensalzado siempre la valentía y se ha menospreciado la cobardía. Todas las religiones se han ocupado de dar un sentido ennoblecedor o redentor al sufrimiento. Sin embargo, nuestra cultura actual carece de rituales comunitarios y de interpretaciones espirituales. Opina que el bienestar es el valor supremo, y el dolor, la negatividad absoluta. Así, se han debilitado nuestras defensas interiores contra el sufrimiento y ha disminuido notablemente el umbral del dolor que se considera insoportable.

Por otra parte, la nueva consciencia de la muerte ha intensificado la preocupación por el sentido de la vida y por la forma en que la vivimos.

La cultura actual invita a considerar la vida como un recurso económico que hay que aprovechar al máximo. Así, vivir tiene que ser disfrutar y sacarle a la vida tanto partido como se pueda, preferentemente en forma de experiencias intensas, placenteras o inolvidables.

En otras épocas se valoraban la gloria, la fama y la entrega a la sociedad o a la Iglesia, y se tenía un sentido de pertenencia a una cadena de generaciones. Hoy se aspira más a vivir una vida individualmente rica, libre, original y creativa. La muerte suele ser contemplada como el gran agujero negro que finalmente todo lo absorbe.

Es muy revelador de los nuevos terrores que suscita la muerte comprobar que la mayoría de las personas elegirían tener una muerte súbita y en estado de sueño o inconsciencia. Tengamos en cuenta que en todas las culturas anteriores la muerte súbita e inesperada ha sido considerada como una desgracia o un castigo. En la cultura griega antigua, por ejemplo, Zeus, como Dios supremo, poseía el *fulmen*, o haz de rayos con el que fulminaba a los grandes transgresores. Y en la cultura cristiana tradicional, hasta hace poco, en la letanía del rosario se rogaba: «*A subitanea et improvisa morte, libera nos Domine*» (de la muerte súbita e imprevista, libranos Señor). Debemos, pues, pensar que todo lo relacionado con la muerte ha cambiado tanto que ha llegado a ser un ideal lo que hasta hace poco había sido considerado una desgracia.

Miedo biológico y ansiedad humana ante la muerte

Todas las especies animales poseen un instinto de huida ante el peligro de muerte. Ese instinto consiste en un conjunto de reacciones fisiológicas ante las amenazas. Es natural, por tanto, que el ser humano reaccione visceralmente ante los riesgos.

Pero el ser humano, además, sabe que va a morir alguna vez, y sus reacciones se pueden desencadenar ante el mero pensamiento de la muerte. De hecho, la idea de la muerte suele mantener un cierto nivel de ansiedad inconsciente en las personas, que puede hacerse consciente por múltiples desencadenantes.

La ansiedad ante la muerte es tal vez la ansiedad más básica y está relacionada con muchas otras formas de la ansiedad humana. Puede contribuir a explicar, por ejemplo, algunas tendencias en la toma de decisiones de las personas, así como sus gustos artísticos o sus preferencias políticas.

El nivel de ansiedad ante la muerte puede ser medido con diversas encuestas y test psicológicos. Uno de los más utilizados es el test de Templer, que consta de 15 ítems cuya respuesta permite cuantificar de 1 a 15 el nivel de ansiedad frente a la muerte.

Se ha comprobado que el nivel de ansiedad ante la muerte varía bastante de una persona a otra. Tiene indudablemente una base biológica, pero depende de los acontecimientos biográficos y de las relaciones íntimas con otras personas. También depende del posicionamiento profundo filosófico y espiritual, aunque no le influye la mera afiliación religiosa convencional.

El nivel de ansiedad ante la muerte no es un resultado directo de factores psicológicos o sociales. Es bastante peculiar y característico de cada persona, y se correlaciona poco con otras variables. No obstante, distintos estudios han encontrado correlaciones positivas entre esta ansiedad y tener un menor nivel educativo y de ingresos, ser soltero, pertenecer al sexo femenino, padecer depresión o patología psiquiátrica, y haber sido criado por un solo progenitor. Sobre todo, el nivel de ansiedad ante la muerte se correlaciona con el que tiene el progenitor del mismo sexo y con el del cónyuge. Por el contrario, todo parece indicar que esta ansiedad no se correlaciona apenas con la

edad, el número de hijos, la pérdida de personas significativas (excepto si ocurren en la niñez o en la adolescencia), ni con las creencias religiosas (salvo si generan un fuerte compromiso).

Por otra parte, la ansiedad ante la muerte es multidimensional, y es alimentada por una serie de factores, entre ellos:

1. Inquietud por la debilidad y las limitaciones físicas o psíquicas que acompañan a las últimas etapas de la vida.
2. Temor al dolor y al sufrimiento de la enfermedad terminal.
3. Reacciones emocionales ante la simple idea de perder la vida.
4. Preocupación por la brevedad y fugacidad del tiempo.
5. Desolación por la pérdida de seres queridos.
6. Interrogantes sobre el sentido de la vida.
7. Dudas sobre el futuro más allá de la muerte.

Algunos de estos componentes son más refractarios que otros y pueden aliviarse más o menos.

Pueden sobrevenir estados de ansiedad excesiva como resultado de la mala salud psicológica o de experiencias biográficas mal asimiladas. Y esta ansiedad ocasional es bastante sensible al tratamiento.

Sin embargo, la ansiedad que es excesiva de modo habitual es más refractaria a los tratamientos médicos o psicológicos. A veces puede ser apaciguada por experiencias vitales extraordinarias, como las conversiones religiosas, las situaciones vitales límite o las vivencias cercanas a la muerte que suceden en situaciones accidentales de pérdida de consciencia. Otras veces puede ser reorientada en cursos de autoayuda o elaborada individualmente por la meditación o la reflexión.

Creencias y concepciones sobre la muerte

Las actitudes ante la muerte tienen mucho que ver con las ideas y las creencias que se mantengan al respecto.

La *psicología cognitiva* enseña que todo comportamiento humano está mediado e influido por representaciones y significados mentales; en otras palabras, por los llamados «factores cognitivos» del comportamiento.

Según los supuestos del cognitivismo, la persona no es un mero rector al ambiente, como ha afirmado el *conductismo*, ni las fuerzas inconscientes permiten explicarlo todo, como diría el *psicoanálisis*, ni los procesos bioquímicos determinan sin más la conducta humana como podría afirmar el *biologismo*. Más bien hay que pensar que el ser humano es un constructor activo de su experiencia, que tiene intenciones y propósitos. Y, si esto es así, resulta imprescindible desvelar las ideas, las creencias y las representaciones mentales de la muerte con el fin de entender y mejorar nuestras actitudes.

Por otra parte, ha surgido recientemente una rama de la psicología que sus creadores han llamado *psicología existencial experimental*, y que se dedica a estudiar empíricamente cómo afecta al pensamiento y a la conducta la confrontación con cuestiones existenciales profundas como son la muerte, la soledad, la identidad, la libertad y el sentido. Estos estudios han comenzado a demostrar la extensa influencia que estas preocupaciones existenciales tienen en los más diversos aspectos de la vida humana.

Y también se ha desarrollado la llamada *teoría de la gestión del terror*, que estudia los mecanismos de defensa que las personas utilizan generalmente para manejar los sentimientos de terror que les despierta la idea de su propia muerte. Estos mecanismos de defensa ante la ansiedad pueden ser los siguientes:

- *Represión y negación*: mientras se puede.
- *Respuesta individual*: demostrar que somos valiosos y aumentar la autoestima por los más variados medios (sobresalir en el deporte, mejorar la apariencia física mediante la dieta y la cosmética, o adquirir poder social).
- *Respuesta social*: establecer relaciones humanas íntimas y estrechas.
- *Respuesta integradora*: verse a uno mismo como miembro de un grupo selecto étnico, nacional o religioso; como eslabón de una cadena generacional; o como parte de un universo pleno de significado y trascendencia.

Las fases del morir

Hasta hace unas décadas ni siquiera se conocía el proceso interior que suelen atravesar los moribundos. Y este llamativo desconocimiento era resulta-

do de una actitud generalizada de ocultamiento y negación de la muerte.

Correspondió a la psiquiatra Elisabeth Kübler Ross el mérito de iniciar los estudios sobre el proceso del morir un libro titulado *On Death and Dying* y publicado en 1969. En este libro, basado en sus observaciones sobre pacientes que habían sido informados de su situación, quedaban descritas las siguientes fases.

Negación y aislamiento

Lo primero que suele pensar el paciente, después de recibir la mala noticia, es que no puede ser cierta, que no le puede pasar eso a él. Y busca otros médicos o recurre a curanderos. Esta negación tiene un efecto amortiguador y concede un tiempo para que se movilicen otras defensas psicológicas.

Ira

Cuando al paciente le resulta imposible seguir negando la evidencia, reacciona con sentimientos de rabia, queja, envidia de los sanos y resentimiento. Frecuentemente se transforma en un paciente difícil, quejumbroso y exigente, que necesita mucha comprensión.

Los cuidadores no deben tomar esta ira como algo personal que va contra ellos. Deben, por el contrario, comprenderla y aceptarla. Puede ser la única manera que tiene el enfermo en esta fase de luchar, asegurar que todavía está vivo, e intentar controlar la situación.

Pacto

En este periodo el paciente cambia de táctica. Intenta pactar, generalmente con Dios, para conseguir una mejoría o un aplazamiento. Para ello formula promesas y ofrece algo a cambio. Y suele pedir que le sea posible realizar algo por última vez, con la idea de no volver a pedir nada más.

Las promesas solo se comunican a las personas más allegadas. Pero es conveniente que el médico las conozca porque pueden estar relacionadas con sentimientos de culpa que sería bueno aliviar, y que pueden aumentar cuando el paciente no cumple sus promesas.

Depresión

A medida que progresan los síntomas predomina en el enfermo una sensación de pérdida, que produce dolor y depresión. Pero hay que distinguir dos tipos de depresión que tienen distinta naturaleza y tratamiento.

Existe una depresión *reactiva*, por la pérdida de cosas que se tenían en el pasado. Esta primera forma de depresión necesita mucha comunicación verbal. Es bueno que el paciente reciba palabras de ánimo, y que sepa que alguien se ocupa de suplir sus responsabilidades.

Pero existe otra depresión que tiene su causa en las pérdidas que se avecinan. Esta depresión es *preparatoria*, y es preciso pasar por ella para morir con aceptación y paz. El paciente emplea pocas palabras. No es bueno incitarle a estar más alegre y a ver el lado bueno de la vida. Se le debe permitir expresar su dolor. Es preciso acompañarle, hablando solo si él quiere, tal vez agarrando su mano o simplemente sentándose a su lado.

Aceptación

Cuando el paciente ha tenido suficiente tiempo y ha sido ayudado a pasar por las etapas descritas, puede llegar a contemplar su fin con una relativa tranquilidad, sin desasosiego ni enfado. Alberga pocos sentimientos. Suele estar cansado y débil, y dormita con frecuencia. Pierde interés por las noticias del mundo exterior. No suele tener ganas de hablar. Prefiere las visitas cortas y que haya poca gente alrededor. La comunicación con él es más bien no verbal. Las personas que le visitan deben prestarse a ese tipo de comunicación silenciosa, pero sumamente significativa, en la que el visitante puede recibir aún más de lo que da. La aceptación final no es un mero abandono desesperanzado. Tiene algo de recapitulación de toda una vida y de eliminación de lo superfluo. Y puede ir acompañada de serenidad y de dignidad.

Los cuidadores deben saber distinguir esta aceptación del abandono prematuro de la lucha. Si no se reconoce esta diferencia, se puede seguir incitando al paciente a que luche de espaldas a su propia realidad, cuando lo que este desea es descansar y morir en paz.

No obstante, otros investigadores han manifestado desacuerdos con el modelo anterior. Edwin Shneidman, por ejemplo, ha dicho que el final de la vida no es una sucesión de estadios sucesivos, sino un enjambre de emociones que constantemente vienen y van. De modo que cualquier estadio que se describa es muy variable de una persona a otra, puede retornar cuando parecía superado, y está mezclado con innumerables elementos intelectuales y afectivos.

Por otra parte, las fases del modelo de Kübler Ross se producían en pacientes que están adecuadamente informados sobre su propia situación. Paul Sporken, en su libro *Ayudando a morir*, describe el proceso del morir en pacientes que no han sido informados. Este proceso abarca las siguientes fases:

1. **Ignorancia:** comienza la llamada «conspiración del silencio» entre todos los que rodean al enfermo. Surgen ciertas dificultades y barreras a la comunicación con la familia, que es la única que conoce el diagnóstico.
2. **Inseguridad:** se mezcla la esperanza con un miedo intenso. El paciente quiere salir de la incertidumbre, y hace preguntas con el deseo de que le aseguren que la enfermedad no es grave.
3. **Negación implícita:** el paciente percibe, más o menos conscientemente, la situación real, pero a la vez la niega y actúa como si el peligro no existiese. Incluso realiza grandes planes nuevos o comienza una actividad distinta.
4. **Comunicación de la verdad:** Sporken opinaba que no siempre hay que comunicar la verdad. Lo que no significa que haya que ocultarla sistemáticamente. La comunicación de la verdad implica un compromiso con el moribundo, y no puede ser solo una información desnuda sobre el diagnóstico y el pronóstico. El momento adecuado lo marca el propio paciente. La persona indicada para hacerlo es el médico. Si se afronta la verdad, se debe estar pendiente de las necesidades de atención que ello suscitará en el moribundo. En todo caso, la información, según Sporken, debe realizarse en fases algo tardías y ha de cuidarse el momento y la forma.
5. **Fases posteriores a la información:** en caso de que esta se produzca, son similares a las de Kübler Ross.

Modelos ideales

La forma de morir siempre se ha pretendido que ocurra de acuerdo con ciertos modelos ideales.

En otras épocas se exaltaba lo que se llamó «*ars moriendi*» o arte de morir. Según ese arte, la muerte debía ser un acontecimiento solemne y ritualizado, en el que el enfermo se arrepentía de sus errores y daba las últimas despedidas. El enfermo, con su forma de morir, debía realizar una hazaña espiritual ejemplar, que contribuía a la salvación de su alma y a la edificación de familiares y amigos.

En las últimas décadas ha surgido el ideal de la muerte digna. Y la aspiración a una muerte digna ha transformado la asistencia a los moribundos. Se han desarrollado los cuidados paliativos. Se ha impuesto la necesidad de disminuir el dolor y el sufrimiento asociados a la muerte. Se ha generalizado la sedación de los enfermos terminales. Se han replanteado la eutanasia y el acortamiento de la vida. Y se ha reconocido un derecho de los enfermos a controlar las circunstancias de su muerte, por medio del consentimiento informado, las instrucciones previas y la planificación anticipada de tratamientos.

La idea de muerte digna encierra aspiraciones, más o menos vagas, a una muerte soportable, asumible y ennoblecida. En general, designa un proceso suficientemente libre de dolor y angustia, que permita vivir y realizar algo que todavía tenga valor y sentido humano. Pero la forma de imaginarla varía mucho:

- Para algunos sería imprescindible conservar una lucidez que permita recapitular y despedirse de la vida.
- Otros prefieren un salto brusco, sin agonía, sufrimiento insoportable, ni degradación humana, que no suscite repugnancia en los demás.
- Para otros es fundamental conservar el control del proceso. Así, por ejemplo, para la Asociación Española Pro Derecho a Morir Dignamente significa «*morir racionalmente y en pleno uso de la libertad personal, dueño de las circunstancias que rodean el acontecimiento y con el respeto de los demás hacia la propia voluntad*».
- Finalmente hay quienes intentan no solo hacer soportable la muerte, sino convertirla en una

experiencia de realización o crecimiento espiritual para el paciente y los acompañantes.

Según un estudio sobre las aspiraciones de la población española con respecto a la forma de morir (Klose y De Miguel, *El canon de la muerte*, Política y Sociedad, 2000), las pautas más deseadas son:

- Morir sin dolor y sin sufrimiento.
- Morir durmiendo o inconsciente.
- De forma rápida.
- Rodeado de familiares y amistades íntimas.
- En edad avanzada.
- En casa y no hospitalizado.

También se detectaron pautas ideales minoritarias:

- Sin anestesia completa, soportando algún dolor, si es preciso, para mantener conocimiento y control.
- Consciente, dándose cuenta de la propia muerte y asumiendo el acto de afrontarla.
- Poco a poco, con tiempo para reflexiones, despedidas, rectificaciones y transformaciones interiores.
- Solo o con pocas personas, para reducir aflicciones, dramatismos y perturbaciones.
- Sin haber llegado a una ancianidad decrepita, porque lo importante es vivir intensamente, sin padecer las humillaciones de la vejez.
- En alguna institución piadosa, digna o profesionalizada, donde no se perturbe la vida familiar ni se produzcan escenas personales indeseables.
- O en algún lugar especial, generalmente mirando al mar o al cielo.

Y no faltaron las preferencias excepcionales: morir en un momento elegido, por suicidio o eutanasia; o simultáneamente con un ser querido; o tras una gran transgresión (orgasmos, orgías, drogas); o como resultado de un acto heroico.

El afrontamiento de la muerte

Es muy conveniente controlar la ansiedad ante la muerte y elaborar de manera adecuada nuestras ideas, tanto para acompañar a los moribundos como para vivir más auténticamente la propia vida.

La relación con los moribundos

Hasta hace unas pocas décadas, cuando existía la costumbre de engañar a los enfermos terminales, nadie les acompañaba en su intimidad. Los médicos no solían involucrarse en la muerte de los enfermos. Al llegar a cierto punto los desahuciaban y se desentendían de su tratamiento. Sin embargo, ahora los profesionales tienen que asumir una nueva función de acompañamiento y cuidado permanente, para la que no todos están preparados.

Solo pueden ser buenos cuidadores las personas que mantienen su ansiedad bajo control. Porque cuando no se domina la angustia se adoptan posturas de distanciamiento e impermeabilidad afectiva, y se propaga la propia angustia a los demás.

Para ser capaces de acompañar a los enfermos terminales, sería conveniente:

- Ser capaz de contemplar la muerte con alguna serenidad, reconociendo las propias actitudes y reacciones.
- Aceptar que la vida humana puede tener valor y sentido incluso durante sus últimos días. Y que siempre puede llenarse de cualidades y pensamientos o sentimientos estimables (tales como querer y ser querido, o comprender y celebrar la vida). Por lo que no habra que ver el proceso de morir como una negatividad absoluta, sino más bien, siguiendo el consejo de Kübler Ross, como «una parte irrenunciable de la vida personal» o incluso «como la fase final del crecimiento humano».
- Considerar al moribundo como alguien que tiene algo importante que enseñar. Puesto que todo ser humano que va a morir puede transformarse en un maestro para el que quiera atenderle.

De esta forma, la proximidad con la muerte puede ser buena también para el profesional. Acercarse con serenidad a los enfermos terminales puede ser también un proceso liberador para el sanitario. Citando de nuevo a Kübler-Ross: «Estar sentado junto a la cabecera de la cama de los moribundos es un regalo. Se pueden vivir cosas maravillosas y encontrar mucha ternura. [...] Los mayores maestros de este mundo son los moribundos».

La relación con la idea de la muerte

Elaborar adecuadamente la idea de la muerte puede servir para mejorar la actitud ante la vida. Y ello con independencia de que se imagine o no alguna otra vida después de la muerte.

En primer lugar, se puede aprovechar la idea de la muerte como consejera en las decisiones y las prioridades vitales. Porque la perspectiva de la muerte ayuda a distinguir lo que merece de lo que no merece ser vivido o realizado. Y concede a las cosas su verdadero valor.

También podemos pensar en la muerte para intensificar la vida y darle más valor. Podemos adquirir así un sentido más pleno del tiempo y de las cosas que nos pasan. Porque cualquier acontecimiento que vive en ser humano cobra una importancia suprema cuando comprendemos que constituye una oportunidad única e irrepetible.

La idea de la muerte no se opone necesariamente a la paz interior, a la satisfacción por las realizaciones o a la simple alegría de la vida. Más bien al contrario, una relación adecuada con la idea de la muerte parece una condición indispensable para todo lo anterior.

Desde luego, hay que evitar la obsesión y la angustia. Solo conviene pensar en la muerte cuando se pueda hacer con serenidad y cuando su contemplación nos permita generar actitudes positivas hacia la vida.

Naturalmente, la idea de la muerte nunca dejará de espantar instintivamente. Pero podemos encontrar formas de relacionarnos con la muerte a otro nivel, que confieran más belleza, intensidad y autenticidad a nuestra vida.

Idealmente, hay quien encuentra inspiración en contemplar el conjunto de la vida como si se fuera a vivir siempre, pero viéndose a uno mismo como si se tuviese que morir mañana. También se podría dar más universalidad a nuestra vida, sabiéndonos incluidos en una totalidad que está más allá de las vicisitudes individuales. O aspirar a la eternidad que se da en ciertos momentos, aun cuando no se vislumbre una inmortalidad personal.

Así, aunque no podamos dar más tiempo a nuestra vida, siempre podemos dar más vida a nuestro tiempo.