

APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA EPES 061 DEL S.P. DE GRANADA

Rodríguez Camero, M^a Luisa¹ – Azañón Hernández, Rodrigo² - Rodríguez Salvador, M^a del Mar³

Rodríguez Camero, Noelia⁴ – Torres López, Ana¹ – Palma García, Javier²

(1) Enfermera. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía. Servicio Provincial de Granada
Licenciada en Antropología Social y Cultural

(2) Enfermero. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía. Servicio Provincial de Granada

(3) Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Torrecárdenas, Almería. Profesora Colaboradora, Escuela Andaluza de Salud Pública

(4) Enfermera. Empresa Pública Hospital de Poniente, Almería

RESUMEN

Este trabajo pretende explorar las percepciones, comportamientos y actitudes de los profesionales de emergencias extrahospitalaria EPES 061 del S.P. de Granada. A través de un estudio de corte cualitativo, desarrollado durante 3 meses en la provincia de Granada, se pretende explorar los factores que condicionan la percepción de la muerte en aquellos profesionales que por las características específicas del medio donde trabajan, se enfrentan a diario con la presencia de muertes traumáticas. La enfermedad, la cercanía de la muerte y el morir, son hechos sociales donde se cristalizan procesos culturales complejos. La muerte es un hecho biológico pero también tiene una dimensión cultural y social que configura la especificidad de su gestión. La actitud ante la muerte, es el resultado de un proceso de cambio cultural mediatizado por las transformaciones tecnológicas e ideológicas de la sociedad, además de las experiencias vitales relacionadas con la muerte¹. La muerte representa y condensa los valores de cada sociedad, resume la explicación de la vida, su sentido y la del grupo. ¿Cómo puede el individuo y el grupo asumir el vacío y el horror de la nada? La medicina ha convertido a la muerte en un hecho inaceptable al que hay que combatir con todos los medios; la muerte es vista como un fracaso de la empresa médica, la negación del envejecimiento y como signos que muestran las reticencias del hombre occidental a aceptar su condición de ser carnal.

Palabras Clave: Muerte, Percepción de Muerte, Emergencias Extrahospitalarias

ABSTRACT

The aim of this study is to explore perceptions, behaviors and attitudes of the extra-hospital emergencies health professionals of emergencies at EPES 061 in Granada (Spain), using a qualitative profile and developed along three. The project intends to explore the conditioning about the perception of death in those professionals that face daily in traumatic conditions. The illness, the proximity of death and the dying act, are social facts where complex cultural processes are crystallized. Death is a biological fact but also has a social and cultural dimension that configures the specificity of its management. Attitudes around death are the result of a process of cultural change determined by technological and ideological transformations in society, in addition to vital experiences related to death. Death represents and condenses the values of each society, summarizes the explanation of life, its sense for individuals and human groups. ¿How the human being is able to assume horror of emptiness? Medicine has turned death into an unacceptable fact we must fight with all our efforts, being seen as a defeat for medical enterprise, the avoidance of aging and reluctances on accepting the carnal condition of the western man.

Keywords: Death, Death Perception, Extra-hospital Emergencies

Los autores desean expresar su agradecimiento al profesor **Ángel Acuña Delgado**, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Granada, por su apoyo y estímulo constantes.

¹Templer, 1.976.

“El discurso de la muerte en las diferentes culturas se construye sobre la conceptualización que realizan sobre el cuerpo como eje central de la existencia.

“El significado de la muerte vendrá determinado por la valoración cultural del cuerpo”.²

La muerte es una idea compleja y una realidad confusa. Entre el qué es vivir y qué es morir construye el hombre el armazón de su realidad social, el espesor de su existir. Partimos de la complejidad de la idea de muerte y de la dificultad de definirla como experiencia³. La muerte siempre ha sido objeto de profundas reflexiones filosóficas, religiosas y, actualmente, científicas; sin embargo en las sociedades postindustriales es difícil aceptar su mera idea, de modo que las actitudes hacia ella han sufrido una evolución desadaptativa, retrocediendo de la mano del "progreso" de las actitudes saludables del afrontamiento y la aceptación, a las prefóbicas del sin vivir por su temor y a las fóbicas de su negación.

Las actitudes de las personas frente a la muerte han ido cambiando a lo largo de los siglos. Philippe Aries describe en su obra “la muerte en Occidente” las distintas actitudes del mundo occidental frente a ella, desde la actitud de resignación y naturalidad de la Edad Media hasta la consideración en la muerte como tema tabú o prohibido en nuestros días. Podemos diferenciar en Occidente dos momentos en la vivencia de la muerte: uno previo a su Institucionalización Hospitalaria, en el que es aceptada como parte natural de la existencia y otro, desde que el Hospital pasa a ser la Institución reservada para morir, traduciéndose en un cambio radical en la conciencia e información sobre la propia muerte. Durante una larga etapa que duró casi doce siglos, la actitud fundamental de la sociedad era de resignación y espera de la muerte en la cama. La habitación del enfermo se convertía en un lugar donde todos podían entrar libremente. Era importante que familiares, amigos, vecinos e incluso niños estuvieran presentes. Los ritos de la muerte eran aceptados y cumplidos de manera ceremoniosa, pero sin carácter excesivo ni dramático. A partir del siglo XII aparece una actitud en la que se considera que la muerte da al individuo su sentido definitivo, su conclusión. Poco a poco va adquiriendo un carácter dramático. En el siglo XVIII el hombre occidental tiende a dar a la muerte otro sentido. La exalta, dramatiza, la ve impresionante y acaparadora. Se produce un fenómeno nuevo: preocuparse menos de la propia muerte que la de los otros. Los supervivientes aceptan con dificultad la muerte del otro. Desde el siglo XVIII, en la sociedad occidental se inicia el proceso de medicalización, por el cual áreas de la vida social antes reguladas por otro tipo de poderes, cayeron bajo el control de la medicina. De este modo, el proceso de morir de las personas, antes regulado por la familia y las comunidades religiosas, fue progresivamente desplazándose bajo el dominio del sistema médico. En el siglo XIX se producen grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El progreso científico y los reclamos de una sociedad ansiosa por sobrevivir, estimulan la rebelión contra la muerte, que parece ahora una amenaza mucho más lejana y evitable. Esta rebelión contra la muerte del siglo XIX pasa a convertirse en la época actual en la negación de la muerte. Los avances tecnológicos hacen que la muerte se vea como un accidente, como un fallo en la calidad de los servicios de salud.

Poco a poco, tal como señala Kübler-Ross, la muerte se convierte en un tema tabú. El entorno del moribundo tiende a difuminar la gravedad de su estado, porque su muerte recuerda la vulnerabilidad humana, a pesar de los progresos científicos. Estos cambios, como era de esperar,

² Aullé Martínez, Marta “La antropología de la muerte” en: Revista ROL de Enfermería, nº 179 – 180, julio-agosto 1.993.

³ F. Rodríguez Rioboo. “La vejez y la muerte”. Universidad Complutense de Madrid

también han alcanzado al personal sanitario, generándole muchas veces actitudes distorsionadas tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías "que las atraen", no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y la no verbal y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, con el riesgo del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte⁴. Aparece el miedo a morir, incluso de los profesionales, que día a día, se enfrentan a ella, inmersos en su cultura⁵ y desprovistos de mecanismos que ayuden a afrontarla. Los profesionales consideran la muerte como un tema del que mejor no hablar, admitiendo su enmascaramiento. Resolver esto es bastante complejo ya que nuestra sociedad continúa obsesionada por una revalorización del cuerpo como máquina controlable y cosechadora de éxitos, significando entonces, la muerte el fracaso más estrepitoso de esa ideología; de ahí su evitación eliminándola del discurso, tolerando únicamente la muerte cuando es fruto de "poner la máquina a toda marcha"⁶. Hoy en día, se enfatiza la vida y se oculta lo que hoy certificamos como la sinrazón o el absurdo de la muerte, olvidando que una no se puede entender sin la otra⁷. Esta actitud es el resultado de un proceso de cambio cultural mediatizado por las transformaciones tecnológicas e ideológicas de la sociedad. Han influido en este cambio el proceso de descristianización y la nueva valoración del cuerpo⁸.

⁹La mayoría de estudios realizados para dilucidar la relación que pueda existir entre la *ansiedad ante la muerte* y otros factores se muestran casi siempre poco consistentes. La actitud que cada ser humano va a adoptar ante la muerte está determinada por unas numerosas variables difíciles de cuantificar¹⁰. La muerte es percibida con miedo, con temor, algo de lo que es mejor no hablar, algo ajeno, que no va con nosotros. A tenor de lo expuesto, parece ser que existen dos determinantes genéricos de la severidad de la ansiedad experimentada ante la muerte. Uno de ellos es la salud mental o psicológica general y el otro quedaría representado por las experiencias vitales relacionadas con la muerte¹¹.

Según L.V. Thomas¹², *"el miedo a la muerte termina por hacernos descuidar a los muertos mismos. Y el recrudecimiento de las neurosis y las psicosis quizás no tenga otro origen que este negarse a poner a los muertos en su lugar. O si se prefiere, a mirar de frente el problema de nuestro origen y nuestro destino"*. Según Lonetto y Templer, (1.992) existen cuatro factores más relevantes inherentes a la ansiedad ante la muerte:

1. El factor I agruparía a las reacciones cognitivas y emocionales ante la muerte.
2. El factor II sería el correspondiente a los cambios físicos (reales o imaginarios) que acontecen en la muerte o en las enfermedades graves.

⁴F.J. Gala León et al." Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual".

⁵ RAJA, R. "Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte". Tesis Doctoral. Univ. de Cádiz, 2001

⁶ Alario Bataller, 2006

⁷ CATEDRA, M. Declaraciones en el País Dominical. 06/05/1990

⁸ Lonetto y Templer, 1.992

⁹ F Poveda Monge et al." Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes"

¹⁰ Blanco Picabia A, Antequera Jurado R, Torrico Linares E "Mesa redonda: actitudes y creencias en el anciano. Ponencia: Actitudes ante la muerte y creencias religiosas en los ancianos". INTUS. Revista de las Unidades Docentes de Psicología Médica 1994; 5 (1-2): 157-174.

¹¹Templer, 1.976.

¹² Thomas LV "Antropología de la muerte" (1.ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica, 1993

3. El factor III aludiría a la noción del paso del tiempo, como hecho vital indefectible.
4. El factor IV concitaría el estrés y el dolor (anticipados o reales) propios de los miedos personales y de la enfermedad crónica o terminal.

Además, ¹³entre los obstáculos para avanzar en ello, encontramos dificultad de promoción de técnicas de aprendizaje, "el personal no ha sido contratado para estas tareas".

A finales de la década de los sesenta surge en América del Norte un movimiento que se denominó *Death Awareness Movement*¹⁴, cuyo paradigma fueron los primeros trabajos de Elisabeth Kübler-Ross¹⁵. Se produce la incorporación de la tanatología a las ciencias de la salud, colaborando en la consolidación del modelo *biopsicosocial* de asistencia sanitaria propuesto por Engel¹⁶ y que la Conferencia Internacional de Alma Ata ratificó en 1978. Mallet et al¹⁷, en una comparación entre enfermeras de cuidados paliativos y de cuidados intensivos, encuentra que las enfermeras de cuidados intensivos presentan grados significativos mayores tanto de ansiedad ante la muerte como de estrés laboral y burn-out y estrés laboral, que debería tenerse en cuenta a la hora de diseñar programas formativos y educacionales.

Con todo lo expuesto, el proyecto pretende explorar los valores y creencias así como la percepción de un hecho tan comúnmente aparecido en el entorno de los profesionales que trabajan en el terreno de la emergencia extrahospitalaria. Pretende analizar los comportamientos y mecanismos de defensas que usan así como las estrategias y recursos de los que disponen para convivir a diario con el dolor y el sufrimiento de los pacientes y familia a quien asisten. Encontrar los mecanismos simbólicos que utilizan los actores ante la muerte de alguien desconocido. Además pretende, encontrar estrategias que pueden mejorar la forma de aceptar y manejar situaciones en la que la muerte se presenta como algo cotidiano. A tenor de lo expuesto, se nos plantea ¿cómo perciben los profesionales de EPES-061 la muerte? ¿Qué mecanismos de defensa utilizan? ¿Cómo manejan situaciones de dolor y sufrimiento?, ¿qué universo simbólico aparece?, ¿afectan a su vida diaria? ¿Se perciben todas las muertes de la misma manera?, ¿de qué factores depende?

Según Hegel, morir es el hecho antropológico por excelencia. La muerte, a través de este estudio, es contemplada como un hecho antropológico, mediatizado por las experiencias previas de los profesionales que trabajan en emergencias y para dar respuesta a todos los interrogantes surgidos hasta ahora.

UN DIA DE GUARDIA EN UN EQUIPO DE EMERGENCIA

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, fue creada en 1994 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para prestar asistencia a las emergencias sanitarias en toda la Comunidad Autónoma andaluza a través del servicio 061. EPES tiene una sede central en el Parque tecnológico de Andalucía en Málaga, y cuenta con ocho servicios provinciales en cada una

¹³ Lonetto y Templer, 1.992:

¹⁴ Aracil Bonet LL "La mort humana" (1.ª ed.). Barcelona: Empúries, 1998.

¹⁵ Kübler-Ross E "Sobre la muerte y los moribundos". Barcelona: Grijalbo, 1975.

¹⁶ Borrell Carrió F, Cebrià Andreu J "Relación asistencial y modelo biopsicosocial". En: Martín Zurro A, Cano Pérez J, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Doyma, 1994.

¹⁷ Mallet K. Price J.H. Jurs SG. Slenker S. "Relationship among burn-out, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses". *Psychol Rep* 1992; 68 (3): 1347-1349.

de las capitales andaluzas. En su flota cuenta con 622 profesionales, de los cuales 574 son sanitarios. Cuenta con 28 Equipos de Emergencias, 5 Helicópteros, 8 Centros Coordinadores, 1 Equipo de Coordinación Avanzada, 1 Equipo de Soporte Vital Básico y 10 Equipos de Traslado de Críticos. El Servicio Provincial de Granada está formado por 64 profesionales, 2 equipos móviles terrestres diurno y uno nocturno en Granada capital, un equipo de 24 horas en Motril y un equipo formado por médico y enfermero en Baza, base del helicóptero. Los equipos de emergencias están compuestos por tres profesionales, un médico/a, normalmente con la especialidad de medicina de familia o experiencia en el campo de las emergencias y urgencias, un enfermero/a con experiencia también en el mismo campo y/o experiencia previa hospitalaria en cuidados críticos y un técnico de emergencias sanitarias, normalmente celador-conductor con conocimientos sanitarios. Realizan turnos de doce horas, diurno o nocturno, y normalmente en la misma base.

Para entender mejor la dinámica de trabajo, haremos un recorrido por el discurrir de las horas de un día cualquiera de un enfermero cualquiera.

8.00H. Comienza el turno, el enfermero saliente de noche nos cuenta que está todo repuesto, no falta nada que se haya gastado durante la noche y los aparatos electro-médicos funcionan correctamente. Han tenido una noche mala, 6 avisos, de los cuales se han trasladado 3 pacientes en estado grave. (Normalmente, el equipo de emergencias se desplaza a aquellas asistencias que tras realizar la llamada al teléfono de emergencias 061, el coordinador que recepciona la llamada, entiende que no es posible demorar la asistencia, por lo que envía al equipo de emergencia. Esto es el caso de pacientes en estado grave, por ejemplo, patologías cardíacas severas, inconsciencia, accidente de tráfico, politraumatizados, etc... Una vez desplazados al lugar, el médico valora al paciente y si la patología no requiere traslado en UVI móvil, se transfiere al hospital en otros medios o se queda en domicilio. Así, el equipo tan solo traslada los pacientes que son susceptibles de beneficiarse de los recursos de una UVI móvil, que tan solo se diferencia de la UVI del hospital en la posibilidad de desplazarse.)

8.05H. Comprobación de medios de comunicación. Nos llaman de coordinación para verificar el buen funcionamiento de los walkys y el teléfono.

8.15H. Revisión de la UVI, todo el material funciona correctamente, monitor desfibrilador, respirador automático, cantidad de oxígeno, material fungible, etc... Todo está en orden y preparado para ser usado.

8.30H. Hora del café, si el coordinador lo permite, nos dirigimos a tomar un café. Mejor venirse desayunado por lo que pueda pasar, pero parece que hoy, al ser festivo, "la cosa está tranquila"....

8.45H. Primer aviso de la mañana, el café no ha dado tiempo a enfriarse y se queda a medio tomar sobre la mesa. Nos avisan que tenemos aviso en la nacional.....un coche ha volcado y está al lado derecho de la calzada. Ha salido de la autovía y está bocabajo. El acceso es muy complicado. Llegamos por la autovía pero la ambulancia no puede acercarse hasta el herido. Un revuelo de gente alrededor, la guardia civil ha cortado el tráfico en un sentido y el médico y yo tenemos que bajar por la cuneta para llegar al paciente. Los bomberos vienen de camino. La gente que está por allí nos ayuda con el material que es muy pesado mientras el conductor trata de buscar un acceso más cercano. Cuando me acerco, veo un herido con la cara ensangrentada y hablando, nada grave, paso de largo. Al lado del coche, hay otro herido, ha salido despedido y está inconsciente. Respira con dificultad y está pálido. Confirmamos el estado grave, ha tenido traumatismo craneoencefálico y traumatismo pélvico. Tiene una herida abierta en la cabeza y sangra por una pierna. Procedemos a aislar la vía aérea con ventilación mecánica. Se le cogen dos vías venosas y comenzamos a pasar líquido en gran cantidad. Ha perdido mucha sangre y

está en shock hipovolémico. El otro ocupante del vehículo no hace más que dar vueltas alrededor nuestra preguntando por el estado de su compañero. Huele a alcohol y parece que vienen de regreso de una fiesta. Por fin llega el técnico con la UVI. Inmovilizamos al paciente con el material y lo trasladamos hasta el hospital. El personal ya está avisado de que vamos con un paciente de esas características y nos esperan con todo preparado. Si la asistencia ha sido dura, lo que queda no los es menos, limpieza y puesta en marcha de la UVI, que por las características del espacio, parece que ha pasado un ciclón, sangre y material por todos lados. Al finalizar la asistencia, comentamos la dinámica, cosas a mejorar, anécdotas, algunas risas, algún chascarrillo, etc... En realidad, todos sabemos que el chico va a morir en breve, todo el trabajo realizado en vista a un futuro receptor de trasplante de órgano. Desde lo que podemos saber, sin pruebas complementarias, la lesión craneal es muy severa y probablemente no tenga buen final. Más tarde preguntaremos a los compañeros de puerta. El olor a alcohol y sangre, es difícil de olvidar.

13.00H. Llegamos al estar, tengo pendiente las tareas de revisión de caducidades y stockaje (algo que hacemos de forma reglada, además de las revisiones rutinarias).

14.00H. Hora de comer, vamos los tres al comedor. Siempre juntos, siempre conocemos dónde se encuentra cada miembro del equipo aunque estamos localizados por walky. La comida, cruzamos los dedos para que no salga un aviso durante como ocurrió en el desayuno.

15.00H. Parece que no, no está mal la cosa, al menos hemos comido. Nos dirigimos al estar. Cada uno con sus tareas, el médico se pone hablar por teléfono con su familia, el técnico ve las noticias del telediario y yo me pongo a buscar bibliografía para mi trabajo de campo en Internet. Somos privilegiados, disponemos de Internet, correo electrónico, televisión, un gimnasio, etc... Trabajo duro, pero muchas comodidades que lo compensan.

16.15H. Aviso en un domicilio. Se trata de un paciente de 72 años que lleva media hora con dolor torácico. Nos desplazamos al lugar, sirenas, luces, no hay mucho tráfico, es fiesta. Al llegar al domicilio, la mujer nos espera en la puerta, el paciente es conocido. Hemos ido muchas veces. Se trata de una paciente con una insuficiencia cardiaca que sufre angina de pecho frecuentemente. Tras la administración de la medicación, desaparece el dolor. Pedimos una ambulancia convencional para su traslado. La mujer lo acompaña. Es la quinta vez en el último mes.

17.20H. No da tiempo a regresar cuando nos llaman para otro aviso, se trata de un chico joven que está inconsciente en el cuarto de baño de su casa, es diabético. A nuestra llegada, la puerta del baño está encajada con el cuerpo del paciente, nos cuesta mucho trabajo acceder a él. Efectivamente se trata de una hipoglucemia, canalización de vía venosa y administración de glucosa. En 1 minuto el chico empieza hablar. Ha estado toda la noche de marcha, se ha levantado a las 15h. y ha tomado un yogurt. Le informo sobre lo importante de tener regulada el azúcar en sangre, que el alcohol baja la glucosa y que si se pone la insulina sin comer pasa lo que ha ocurrido, una hipoglucemia. Su juventud y el desconocimiento de su régimen terapéutico le han hecho cometer un error que le podía haber costado la vida. Se queda en su casa con recomendaciones, vigilancia por parte de los padres y tras asegurarnos que ha comprendido toda la educación sanitaria dada. Se deja registro para continuidad de cuidados enfermeros por parte de atención primaria.

19.00H. Una vez repuesto el material, vamos a comprar unos dulces que necesita comprar el médico. De camino, otro aviso ¡Vaya día! Paciente que se está ahogando, tiene dificultad respiratoria desde hace una hora. Llegamos al domicilio, efectivamente, el paciente está muy grave, a penas puede respirar, está agotado, su color es azul y apenas puede mantener la postura. Está en insuficiencia cardiaca y tiene un edema agudo de pulmón. Administramos medicación y colocamos CPAP. Ventilación mecánica no invasiva que introduce aire a alto flujo y realmente "le salva la vida al paciente". Trasludamos al hospital y el paciente mejora

notablemente. Ya nos pasamos media hora de nuestro turno, prolongamos hoy algo más. Al llegar al hospital preguntamos por el chaval de esta mañana. Triste noticia, ha fallecido.

20.45H. Fin del turno. Por fin me voy a casa, pensando en muchas cosas pero sobre todo en cómo estará la familia del chico fallecido.

METODOLOGIA

El objetivo general del estudio es analizar desde el punto antropológico los valores, creencias, percepciones y temores para planificar una estrategia de mejora de afrontamiento ante situaciones en la que se presencia la muerte como algo cercano. Los objetivos específicos son:

1. Explorar cómo perciben la muerte los profesionales de 061.
2. Explorar cómo manejan situaciones en la que está presente la muerte.
3. Explorar valores, creencias, sensaciones, implicaciones culturales, etc.
4. Explorar los mecanismos simbólicos que utilizan los profesionales ante la muerte.

La población de estudio está constituida por el total de profesionales pertenecientes a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias del servicio provincial 061 de Granada: 27 médicos, 21 enfermeros y 18 técnicos de emergencias sanitarias. Esto es, un total de 64 profesionales.

Para la recogida de información se utilizaron los siguientes instrumentos (ver anexos):

1. Cuestionario: Escala de ansiedad ante la muerte¹⁸ validada en español.
2. Entrevista semiestructurada: Dos entrevistas de una hora aproximadamente.
3. Observación participante: realizada en aquellas situaciones donde hemos podido adoptar, además de nuestro papel como enfermeras, una visión antropológica y hemos tenido acceso a la observación del comportamiento, manejo de la situación, etc, valiéndonos para ello de la observación participante y del diario de campo.

RESULTADOS

1. Escala de la Ansiedad de la muerte (DAS). (Death Anxiety Scale)

El DAS (Templer 1970) es un cuestionario de 15 ítems derivados del conjunto original de 40 ítems. Nueve de los 15 ítems puntúan verdadero y seis falso. Según Lonetto y Templer¹⁹, las medias de normalidad tienden a situarse entre 4,5 y 7, con desviaciones típicas ligeramente superiores a 3. A mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte. Las mujeres puntúan, por lo general, más alto que los varones. Templer (1970) informó que la escala superó ambas, validez y consistencia. Los pacientes psiquiátricos que expresan con palabras espontáneamente la ansiedad de la muerte, tienen resultados más altos en DAS que otros pacientes psiquiátricos.²⁰ Esta escala, desde su aparición en 1970, constituye el instrumento más popular y usado en este

¹⁸Templer DI "The construction and validation of a death anxiety scale". J Gen Psychol 1970; 82: 165-177.

¹⁹ Templer, D.I.: "La ansiedad ante la muerte", Barcelona, Ediciones Temis. (1.992).

²⁰ Jeffrey W. Braunstein. "An Investigation of Irrational Beliefs and Death Anxiety as a Function of HIV Status". California School of Professional Psychology, Fresno Campus

campo en el ámbito anglosajón, de tal manera que, en los últimos 15 años, aproximadamente el 60% de los estudios publicados sobre la ansiedad ante la muerte han utilizado la DAS como instrumento de medida.²¹ El cuestionario se distribuyó a través del correo electrónico, informando sobre la finalidad del trabajo a una muestra elegida por muestreo aleatorio simple con reemplazo, sobre el total de los profesionales.

El tamaño muestral obtenido = 44: $z = 1,96$ ($\alpha=0,05$) $2,58$ ($\alpha=0,01$); $p= 0,1$, $i=0,05$; población = 64. De los 44 cuestionarios entregados, fueron recogidos un total de 29 cuestionarios. Los resultados fueron tratados con sistema SPSS-10. El tratamiento de los datos fue totalmente anónimo, tan solo se diferenció en clave de género, obteniendo así un resultado para mujeres DAS=6 para mujeres y DAS=5 para hombres con DT= 3,5. La escala DAS se halla diseñada para ser autoadministrada, aunque varios de los encuestados respondieron al correo haciendo referencia a la dificultad de cumplimentación por la posible variedad en su interpretación.

2. Entrevista semiestructurada

- Estructura familiar: casado, soltero, número de hijos, ascendentes vivos, familiares cercanos fallecidos, etc.

- Características profesionales: profesión (médico, enfermero, técnico), años trabajando, formación sobre estrategias de afrontamiento, apoyo psicológico en situaciones de crisis, situaciones que recuerda como muy dolorosas, situaciones que por las características de la muerte recuerde, etc.

- Perfil intrínseco: valores y creencias sobre la muerte, percepción de cercanía de la muerte, miedos, inquietudes, percepción del sufrimiento ajeno, manejo de situaciones en las que está presente la muerte, factores que influyen en las distintas percepciones de la muerte, (factores culturales, edad del fallecido, establecimiento de correlaciones con personas allegadas, percepción de la vida, del cuerpo, conceptos religiosos, etc.) estrategias de afrontamiento (mentales, culturales, espirituales y religiosas), necesidades a ese respecto, cómo actúa el profesional ante la muerte súbita.

Se seleccionaron dos informantes atendiendo a los datos obtenidos en el cuestionario realizado previamente y a características tales como accesibilidad, experiencia, inquietud por el tema, etc. Las entrevistas fueron realizadas durante la guardia. En un clima óptimo de intimidad y seguridad, se estableció una buena relación de confianza entre el informante y la entrevistadora. A destacar que a raíz de que el personal conoció el hecho de que estaba investigando el tema, muchos fueron los que me contaron experiencias traumáticas en cuanto a la muerte fuera del simple deseo de contribuir en la realización de mi trabajo, quizás también por la necesidad de desahogo y escucha activa.

²¹ Neimeyer RA, Van Brunt D. "Death Anxiety". En: Wass H. Neimeyer RA editors. Dying: Facing the Facts. 3ª Ed. Washington: Taylor & Francis, 1995.

DISCUSION

1. ¿Cómo perciben los profesionales de EPES-061 la muerte?

ALGO A LA ORDEN DEL DÍA: La muerte es percibida como algo cercano, algo que les rodea a lo largo de la vida profesional, que determina la forma en la que cada uno decide vivir ²².

“La muerte está presente en mi proyecto de vida, es lo que me hace vivir con intensidad”.

Para los profesionales que trabajan en emergencia, la muerte es algo cotidiano, algo presente, que no por ser cotidiano deja de tener importancia. La presencia de ésta inmuniza, crea una barrera que tan solo da seguridad ante la muerte, no significa por ello que ayude a aceptarla de mejor manera, tan solo a acostumbrarse a su presencia. *“con el tiempo, aprendes a manejar la situaciones, a amortiguar, el enfrentamiento de la muerte.”* *“Vivo con la muerte pero no la veo como algo que me condiciona, es una situación laboral, cuando vuelvo a mi entorno familiar ya no tengo ningún contacto con la muerte, la tengo distanciada.”*

VIVIR CADA SEGUNDO COMO SI FUERA EL ÚLTIMO: *“CARPE DIEM”*. Los proyectos de futuro tienen presente la muerte y la forma de vida en el aprovechamiento diario. Después de una asistencia donde aparece la muerte, es la segunda idea que aparece en la mente, la primera la veremos a continuación, es *“hay que vivir intensamente, que esto son dos días.”*

EL TIEMPO LO CURA TODO: El tiempo parece ser la clave para manejar situaciones donde aparece la muerte, ni siquiera la formación, *“Antes era mucho mas traumática, ahora lo veo como más cercano, parecía que les pasaba a otros, es un proceso del que todo el mundo huye, pero nosotros no podemos, porque tenemos que trabajar en eso”.* *“Las primeras veces que vi una persona muerta eran mucho peor”* *“El tiempo ayuda a plantear el tema con más serenidad”.*

LA MUERTE NO ES UN FRACASO, SE HACE LO QUE SE PUEDE: La muerte como fracaso, tan solo es entendida cuando no se han puesto todos los medios al alcance del enfermo *“Si no has puesto los medios de los que tienes actitud por supuesto, pero casi siempre desarrollo todos mis conocimientos para evitarla y eso hace que después no tenga sentimiento de culpa.”*

LO PEOR, EL SUFRIMIENTO: Los profesionales que trabajan en emergencias, tienen que enfrentarse continuamente al sufrimiento de los demás, quizás esta sea la parte más recordada en cuanto a las experiencias traumáticas. Más que la muerte, parece existir un miedo atroz al sufrimiento, a la pérdida de la autonomía. *“Antes de verme en una silla de rueda o sin poder moverme de cabeza para abajo, mejor morirme”.* En una sociedad que aparta la muerte de su vista y aparta el sufrimiento ajeno para no sufrir al divisarlo, se hace muy complejo mirar para otro lado cuando lo tienes delante *“de las narices”.*

²² Alrededor de 1.525, Fray Antonio de Guevara, el que fuera obispo primero en Guadix y luego en Mondoñedo, consejero de Carlos V refirió *“.....morimos cada año, cada mes, cada día, cada hora y cada momento, por manera que, pensando traer vida segura, anda con nosotros la muerte revuelta. No sé yo por qué los hombres se espantan tanto de morir, pues desde el punto que nacen alguna otra cosa no andan a buscar; porque jamás faltó a alguno tiempo para se morir, ni jamás supo alguno este camino errar.”* (p.946).”

LA VIDA ES EL CONJUNTO DE FUNCIONES QUE SE RESISTEN A LA MUERTE:
Aries: *"los hombres o bien intentan ponerse al abrigo de la muerte, como se ponen al abrigo de una bestia salvaje en libertad, o bien le hacen frente, pero están reducidos únicamente a su fuerza y a su coraje, en un enfrentamiento silencioso, sin el auxilio de una sociedad que ha decidido de una vez por todas, que la muerte no es su asunto"*. Este hecho es contemplado por los profesionales, saben de la muerte, la mayoría ha leído sobre el tema, y son conscientes de que la sociedad oculta la muerte y ellos son los que tienen que hacer frente a esa realidad, a sabiendas que no es un tema del que se pueda hablar abiertamente. Vivimos en una "sociedad olímpica", en la que los medios de comunicación nos bombardean una y otra vez con el paradigma y modelo de gente a imitar: jóvenes y guapos (pese a que demográficamente la población envejece), en este marco pocas ganas quedan para pensar en algo de "tan mal gusto" como es la muerte.

JUGAR A SER DIOS: ¿Cuándo decidir abandonar las maniobras de resucitación?, factores como la calidad de vida pueden influir a la hora de decidir si comenzar o no maniobras de resucitación? Parece que es una de las cuestiones que mas se plantean, en este caso el personal médico entrevistado, los parámetros que determinan la calidad de vida de un paciente, están sustentados en lo que nosotros entendemos por calidad de vida, pero y si al paciente le gusta vivir así?. Parece asumido en nuestra sociedad, que todos queremos una forma digna de vida y una forma digna de morir, pero de qué factores depende? Queda abierto el debate así de la eutanasia y de todo lo que rodea a esta. Es un tema de actualidad, pero nunca dejó de serlo, el hombre se cuestiona cada día de su vida el día de su muerte, aún más, aquellos que conviven cada día de su vida con la presencia de la muerte. (*"es muy duro llegar a un domicilio y valorar si actuar o no....a lo mejor para mi no es calidad de vida pero para él si...."*).

2. ¿Qué mecanismos de defensa utilizan?

A MI NO ME PASARÍA: El primer pensamiento que viene a la cabeza, o al menos las primeras palabras tras la asistencia de una muerte, es *"Yo llevaría el cinturón puesto...yo no correría tanto....yo no bebería conduciendo...., yo no tomaría coca,...., yo no echaría gasolina directamente al fuego.....yo hubiera ido antes al médico....."*. Lo primero es buscar una justificación al por qué ha ocurrido el accidente. Parece que lo que más angustia es la idea de no encontrar algo que justifique, o al menos aisle de lo que ha pasado o de la posibilidad de que le pase. Es necesario alejarse de lo acontecido, crear una barrera que distancie, que evite ponerse en el pellejo del muerto. Así como para establecer unos cuidados de forma holística es necesario empatizar con el paciente, cuando ya nada hay que hacer, lo mejor es alejarse, y la forma mejor de hacerlo es establecer una distancia entre el muerto y el sanitario, para así seguir trabajando. *"Lo justifico porque me siento más tranquilo, es un mecanismo que te sirve para afrontar el momento. Lo que se dice.... "Se lo estaba buscando", "se lo estaba buscando..."*.

LA SOLUCIÓN A TODO EN EL CONOCIMIENTO, COMTE Y EL ESTADO POSITIVO:
Una necesidad constatada es el hecho de que no están formados específicamente para afrontar situaciones de muerte traumática. (*Pocos cursos, formación autodidacta, técnicas de Debriefing*). En este sentido, muchos son los estudios que evidencian los múltiples factores que influyen en la percepción de la muerte, así como que la formación, siendo una herramienta que ayuda de forma importante a afrontar situaciones de ansiedad ante la muerte²³, no es la solución

²³ Tomás Sábado J., Guix Llistuella. "Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería". Enfermería clínica, Vol. 11, Núm. 3.

exclusiva. El perfil de los entrevistados conlleva una cierta percepción de la realidad que se acerca al positivismo. Algo que hemos constatado a lo largo de la observación participante (*La razón, el conocimiento*).

RELIGIÓN, MECANISMO O REALIDAD: La religión es contemplada desde dos puntos de vista, desde la fe, desde la ayuda a la vida por la respuesta a las cuestiones últimas, y como subterfugio o mecanismo de defensa. (*Al creer en la resurrección creo en la muerte como un punto y seguido de un mismo libro, no como un final*). Lo que parece cierto, tal como se recoge en un estudio realizado en Cádiz, es que los profesionales sanitarios creyentes y practicantes tienen menos ansiedad ante la muerte, algo lógico si observamos cómo las creencias religiosas influyen en la percepción de la muerte. "*Si pierdes todo y no te mueres, te permite ver lo efímero de la vida y pensar en el después*". Cuando la muerte es percibida como un punto y seguido, el consuelo ante la pérdida es mayor.

EL HUMOR COMO DEFENSA: "*Siempre contamos los mismos chascarrillos*". El humor, las bromas, los chistes, algo que no está bien visto y tan solo es constatable desde la observación participante. Solo se hacen bromas entre compañeros capaces de entender esas bromas, en el inconsciente colectivo planea la idea del cinismo, la frialdad o la poca empatía, desde la percepción ética de la antropología, la necesidad de que exista una vía de escape que ayude a asumir lo presenciado.

3. ¿Cómo manejan situaciones de dolor y sufrimiento?

LA COMUNICACIÓN, EL MEJOR ALIADO: "*Hablo con los compañeros primero, y si no me he quedado sosegado, hablo luego al llegar a casa, pero intento evitar que cuando llegue a casa no tenga que hablar*". La experiencia, la formación, las creencias, los mecanismos de defensa, todo puesto en acción para manejar las situaciones. Pero ahí no acaba, lo difícil es manejar las recurrencias mentales de muertes cruentas. "...mira que me acuerdo veces del aviso..."

4. ¿Se perciben todas las muertes de la misma manera?, ¿de qué factores depende?

FACTORES INTRINSECOS: Existe gran diferencia en el relato de muertes traumáticas entre los que no tienen hijos y están implicados niños menores y los que si los tienen. El personal con hijos es más sensible a las muertes de niños que los que no los tienen. Factores que entran dentro del ámbito familiar influyen en la percepción de la muerte.

MUERTE BUENA/MUERTA MALA: A priori, pensaríamos que no existe una muerte buena, a quién lo parecería bueno perder la vida? En principio, si no existe patología, a nadie. Todos valoramos la vida como el mejor de nuestros tesoros, es por ello por lo que, si ha de perderse, al menos que sea cuando "a uno le toque" y "de la mejor forma". Estas y otras reflexiones están presentes en los entrevistados. Muerte no violenta/muerte violenta, muerte rápida/muerte lenta con sufrimiento. La mejor muerte es la rápida y no cruenta. La mayoría de los informantes temen tener una muerte lenta y con sufrimiento más que a la muerte misma.

LEY DE VIDA: O mejor dicho, **LEY DE MUERTE**, es un refrán muy presente. La edad y las circunstancias que rodean a la muerte, son los factores que más influyen a la hora de percibirla. Morirse cuando a uno le toca, ayuda a que los demás afronten mejor la muerte. Es por

ello que los informantes recuerdan las situaciones de muerte más estresantes, las que se producen en niños y fruto de accidentes traumáticos. Morir de viejo, en su cama y rodeado de su familia, es percibido como algo natural, algo positivo, algo envidiado. Expresiones “Yo lo firmo, firmo morir así” reflejan como tenemos una idea predefinida de cómo nos gustaría morir.

5. Ansiedad ante la muerte

La ansiedad ante la muerte está íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades)²⁴. D.J.Roy ha sintetizado las condiciones esenciales del MORIR CON DIGNIDAD de la siguiente manera:

- 1) Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar algunas horas suplementarias de vida biológica.
- 2) Morir sin dolores atroces que monopolizan toda la energía y la conciencia.
- 3) Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser un momento hermoso.
- 4) Morir manteniendo con las personas cercanas y queridas contactos humanos sencillos y enriquecedores, etc....

Por todo ello, el personal que trabaja en emergencias, muestra niveles normales en la escala de ansiedad ante la muerte, pero es un hecho constatado, las múltiples referencias acerca del miedo a una muerte que no sea “digna”, cuya antesala sea el sufrimiento, tanto físico como espiritual. Un hecho que va aceptándose paulatinamente por su repetición es la presencia de una mayor ansiedad ante la muerte en las mujeres, que aparece incluso en culturas diferentes o alejadas de la nuestra^{25,26}. Hay autores que sugieren que es el propio test de Templer el que tiende a ofrecer este resultado y no otros cuestionarios multidimensionales, por ejemplo el Threat Index²⁷. Tampoco sabemos si a nivel vital o incluso humano tener una mayor ansiedad ante la muerte es *bueno o malo* (no hay que olvidar que la ansiedad cumple funciones de adaptación y sólo su exceso o su desbordamiento es patológico^{28,29}).

CONCLUSIONES

Es de suma importancia comparar la percepción ante la muerte de otros sujetos para así establecer las diferencias que condicionan exactamente la visión del fenómeno “muerte”. No quedarnos solo en el análisis y la reflexión. También es necesario realizar antropología aplicada, en este sentido, averiguar los parámetros que condicionan la percepción de la muerte vivida desde la ansiedad y la angustia, haría poder encontrar mecanismos de mejora de afrontamiento de la muerte. Hacer hincapié en la necesidad de explorar aún más, las influencias culturales de

²⁴ GALA, F.J., LUPIANI, M; DÍAZ, M. Op. cit. 1991. “Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual.”

²⁵ Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G “Death anxiety in Japan and Australia”. J Soc Psychol 1991; 131 (4): 511-518.

²⁶ Templer DI “Comment on large gender difference on death anxiety in Arab countries”. Psychol Rep 1991; 69: 1186.

²⁷ Wong PT, Reker GT, Gesser G “Death attitude profile-revised: a multidimensional measure of attitudes toward death”. En: Neimeyer RA, editor. Death anxiety handbook. Londres: Taylor and Francis, 1994.

²⁸ Álava MV, Fernández LJ, Bernad “Ansiedad: aspectos generales”. En: Fernández Rodríguez LJ, editor. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria. Valladolid: Trotta, 1999.

²⁹ Pichot P, López-Ibor JJ, Valdés Miyar DSM IV-Aten Primaria. Barcelona: Masson, 1997.

manera comparativa, haciendo uso del método por excelencia en antropología, estudiando lo local y comparándolo con otros entornos. Para concluir, apuntar el hecho de que a pesar de la distancia metodológica, de la necesidad de “alejarse” que apuntó Coulanges, para realizar estudios antropológicos, he de reconocer, que el análisis de la muerte, no pasa con inocuidad por la mente de la investigadora. Es difícil analizar la realidad y describirla estableciendo una distancia que permita no contagiarse de las emociones de los informantes y del sufrimiento ajeno.

ANEXOS

Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)

Nº	PREGUNTA	SI	NO	NS/NC
1	¿Recuerdas alguna situación que te produjera estrés donde la muerte ha estado presente?			
2	¿Piensas en la muerte a menudo?			
2.1	Define qué entiendes por “a menudo”			
3	¿Qué factores influyen sobre cómo te sientes cuando estás ante un paciente que ha fallecido?			
4	¿Recuerdas alguna situación en que la presencia de un cadáver te desbordara?			
5	¿Crees que tienes mecanismos para controlar situaciones donde aparece la muerte?			
6	¿Piensas en alguien cercano cuando ves la muerte de un paciente?			
7	Influye para algo la forma de la muerte (súbita o esperada) en tu percepción sobre ésta?			
7.1	De qué manera?			
8	¿Percibes la muerte como algo cercano?			
9	¿Influye la edad de la persona muerta?			
10	¿Justificas en base a la edad la muerte?			
11	¿Utilizas la religión (cualquiera que sea) como ayuda para la muerte?			
12	¿Sientes miedo a la muerte?			
12.1	En caso afirmativo, define en qué términos			
13	Tu percepción ante la muerte ha cambiado desde que trabajas en la emergencia?			
13.1	De qué manera?			
14	Percibes la muerte como algo cercano?			
15	En tu concepción de la vida aparece la muerte como algo que determina tu comportamiento?			
15.1	De qué manera?			
16	Te impresiona la imagen de un cuerpo sin vida?			
17	Crees que en la muerte del cuerpo acaba todo?			
18	Piensas en la persona que has visto muerta durante tu guardia cuando llegas a casa?			
19	¿Qué mecanismos utilizas para que el hecho no te angustie?			
20	Hablas sobre el tema con tu familia, amigos, compañeros?			
21	Crees que deberías saber como afrontar el hecho?			
22	De qué forma crees que te ayudaría afrontarlo?			
23	Piensas con frecuencia en la agonía previa a la muerte?			
24	¿Cómo te gustaría morir?			
25	Preferirías una muerte súbita o lenta?			
26	Por qué de forma súbita?			
27	Por qué de forma lenta?			
28	Has pensado en ello?			
29	¿Querías morir en el hospital?			
30	Concibes la muerte como el final?			
31	Concibes la muerte como un cambio?			
32	Concibes la muerte como un fracaso?			
33	¿Cómo actúas ante la muerte?			
34	¿Qué mecanismos utilizas?			

Categorías Analíticas del Diario de Campo

CATEGORIA	RESULTADO
Experiencias muerte cercana	<ul style="list-style-type: none"> • Preferible estar muerto antes que malvivir****³⁰ • Muerte esperada es asumida mejor ** • Experiencias cercanas vividas no dramáticas* • Prefiero morir rápido*
Experiencias muerte ajena	<ul style="list-style-type: none"> • Si a mi pasara haría....***** • La primera vez fue peor** • Dudas sobre realidad de la muerte* • Pensamientos en la familia*** • El tiempo ayuda* • Difícil tomar decisiones sobre vida o muerte* • Calidad de vida no es buen parámetro a medir* • Recuerdo muertes traumáticas**** • Recurrencia imágenes desagradables*** • El tiempo logra mantenerse algo más ajeno*** • Relatos densos sobre muertes traumáticas**** • Recurrencia la agresividad de las imágenes vividas*** • Todos los detalles de las imágenes se recuerdan*** • Referencias varias a estar afectados* • Identificación con seres queridos***. • "Ha sido una escena dantesca...., horror en la imagen". • Capacidad del que relata el la escena de hacer sentir al otro las mismas percepciones que vivió.***** • "Qué fuerte, morirme viendo la Virgen"* ETIC: Percepción de que existe una cierta protección durante la Romería. • ETIC: Todo lujo de detalles en cuanto a lo percibido por los sentidos*** • ETIC: Los informantes realiza una descripción densa de todas y cada una de las asistencias de muertes violentas, los detalles no pasan por alto. (Pág. 6 DDC). La expresión de sus caras es de horror al recordar las imágenes. Sobre todo hay referencias sobre cómo lo ve la familia, cómo responden los familiares ante la muerte por el impacto emocional que ello conlleva. • ETIC: A pesar de pasar el tiempo, los informantes relacionan lugares con acontecimientos graves, muerte de alguien joven o en circunstancias cruentas. • ETIC: Consternación acusada cuando aparecen escena la familia***
Situación vivida estresante	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los informantes recuerdan alguna situación de muerte vivida como estresante***. • Recuerdos sobre todo del olor y el sonido.** • Varias referencia a niños muertos como situación vivida estresante**** • No reconocimiento de situaciones estresantes pero si recurrentes*. • Lo peor es la sensación de no poder nada ante el sufrimiento, el dolor del paciente, ver morir quemado a alguien.***** • ETIC: A pesar de referir que las situaciones no son muy estresantes, por el lenguaje no verbal y por la recurrencia de lo contado, verdaderamente si es vivido como estresante determinadas situaciones. En su cara se refleja estar impresionado/a al relatar la escena
Recurrencias pensamientos sobre muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples recurrencias de imágenes de muertes traumáticas sobre todo de niños.*** • Recurrencia de las imágenes de la familia.** • ETIC: No es algo que se quiera reconocer fácilmente, la primera contestación es que no, que no recurren pensamientos, pero al explorar más en profundidad, si se reconoce.
Factores influyen en percepción	<ul style="list-style-type: none"> • La edad **** • Valoración personal en la que incluyen otros parámetros, joven antes que bebé, bebé antes de anciano.*** • Muerte traumática o no ***. • Recordar algún familiar con quien hacer cierta correlación.****. • El contexto.*
Mecanismos formativos	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos cursos*** • Formación autodidacta.* • Técnicas de Debriefing.* • ETIC: Poca creencia en que sean útiles los psicólogos de emergencias.*
Recursos mentales	<ul style="list-style-type: none"> • La religión**

³⁰ Cada * corresponde a la importancia, el peso de la frase recogida en el diario de campo, tanto las veces que se repiten como lo influyente en el contexto.

	<ul style="list-style-type: none"> • La razón, el conocimiento.* • La religión como subterfugio para responder a las cuestiones últimas.*
Correlaciones muerte ajena/muerte cercana	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre todo en los padres/madres.*** • ETIC: Existe gran diferencia en el relato de muertes traumáticas entre los que no tienen hijos y están implicados niños menores y los que si los tienen. El personal con hijos es más sensible a las muertes de niños que los que no los tienen.
Muerte buena/muerte mala	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte violenta/muerte no violenta** • Muerte rápida/muerte lenta con sufrimiento**. • Referencias a la capacidad de valerse por sí mismo o no. **** • ETIC: La mejor muerte es la rápida y no cruenta. La mayoría de los informantes temen tener una muerte lenta y con sufrimiento.
Justificaciones sobre la muerte	<ul style="list-style-type: none"> • "A mí no me pasaría.***** • Yo no haría eso***** • Son conductas no generadoras de salud** • La edad, "Ya le toca".****. • "Yo llevaría el cinturón puesto...yo no correría tanto...yo no bebería conduciendo..., yo no tomaría coca,...., yo no echaría gasolina directamente al fuego.....yo hubiera ido antes al médico....."***** • ETIC: Es el primer pensamiento o al menos, es el primer comentario que los informantes hacen al enfrentarse a la muerte. Lo primero es buscar una justificación al por qué ha ocurrido el accidente. Parece que lo que más angustia es la idea de no encontrar algo que justifique, o al menos aísle de lo que ha pasado o de la posibilidad de que le pase. • ETIC: El hecho de que los informantes sepan sobre la realización de mi trabajo de campo, da pie para que salga el tema de forma automática, si tener que forzar la conversación, como si sirviera de ayuda al contarme sus experiencias, desahogo o confesiones deseosas de salir a la luz.
Creencias religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de ayuda a la aceptación** • No sirve para nada, no da respuesta a la muerte** • Probablemente tras una muerte violenta y más en la peregrinación a la Romería, la familia deje de creer*. • ETIC: Percepción del riesgo menor cuando se está en evento religioso.
Creencias no religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • La filosofía* • El conocimiento.* • ETIC: Parece que la clave está en la formación. La creencia fundamental es en el método científico, el conocimiento como solución a los problemas, positivismo en su máximo exponente.
Sentimientos sobre la muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia***, pero pocos sentimientos expresados*****
Presencia de la muerte en proyectos	<ul style="list-style-type: none"> • Muy presente en el día a día*** • Sensación de Carpe diem**** • Vivir cada segundo como si fuera el último.
Cercanía de la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy cercana, todos susceptibles** • ETIC: A pesar de verlo como algo cercano y cotidiano, continuamente se hacen reflexiones para alejar del pensamiento la muerte que rodea a los informantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Templer, D.I.: "La ansiedad ante la muerte", Barcelona, Ediciones Temis. (1.992).
2. Aullé Martínez, Marta. "La Antropología de la muerte". Revista ROL de Enfermería, nº 179 – 180, julio-agosto 1.993.
3. Ramos, F., Jiménez, P.: "Escala de ansiedad ante la muerte de Templer". P: 279. Salud y Envejecimiento. Fundación Universidad Empresa, Madrid, 1999.ç
4. Alario Bataller, "La ansiedad ante la muerte como acontecimiento vital último". Valencia. Promolibro 2006.
5. Tomás Sábado J., Guix Llistuella. "Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería". Enfermería clínica, Vol. 11, Núm. 3.
6. Sherman, Deborah UIT. "Nurses' Willingness to Care for AIDS Patients and Spirituality, Social Support, and Death Anxiety". Image--the journal of nursing scholarship. 1999.

7. F. Rodríguez Rioboo. "La vejez y la muerte". Universidad Complutense de Madrid. Anales de psicología 1998, Vol. . 14, nº 1, 127-135.
8. Raja Hernández, et all. "Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal de enfermería ante la muerte" Enfermería Científica.
9. Aries, P. "El hombre ante la muerte". Ed. Taurus. Madrid, 1987.
10. Gala, F.J., Lupiani, M; Diaz, M. "Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual."50 Cuadernos de Medicina Forense Nº 30 - Octubre 2002
11. Aries, Philippe. "Historia de la muerte en occidente desde la Edad Media hasta nuestros días". Barcelona. Ed. El acantilado. 2000
12. Grebe, María Esther "Algunos aportes antropológicos a la comprensión del contexto sociocultural y concepciones de la muerte". 1998.
13. Kübler-Ross, Elizabeth. "Conferencias". Barcelona. Luciérnaga 1996

María Luisa Rodríguez Camero
mirodriguez@gr.epes.es