

Educación para la vida, educación para la muerte. Reflexiones y propuestas sobre la muerte y la vejez

María R. Belando Montoro

Universidad de Murcia

RESUMEN: Ante la muerte inevitable, el hombre, especialmente en la vejez, se plantea siempre su porqué, y pasa por una serie de estados psicológicos que, en ocasiones, le impiden disfrutar de la vida. Para afrontar estos miedos, preocupaciones, etc., es necesario conocer mejor la muerte, y en este objetivo, el educador puede ejercer una labor fundamental, ofreciendo ideas y propuestas que pueden ayudar a las personas mayores a conocer, comprender y afrontar muchos de los aspectos negativos de la muerte. También se incluye un apartado sobre el suicidio en el anciano.

ABSTRACT: Faced with the unavoidable death, man, specially at old age, asks himself about its reasons; and he passes through different psychological states which hinder him from enjoying his life. For dealing with these fears and anxieties, it is necessary to know much more about death, for achieving this objective the teacher may have an essential role, offering ideas and solutions that may help older people to know, understand and to face with many of the negative aspects of death. It is also included a section about suicide at elderly.

PALABRAS CLAVE: Educación-Vejez-Muerte-Suicidio

KEY WORDS: Education-Old age-Death-Suicide

1. CONCEPTO DE MUERTE.

El interés por la muerte como objeto de conocimiento se dice que empieza con Metchnikoff, que en 1903 (hay quien lo sitúa en 1901) propuso el término *tanatología* (del griego *thanatos*, muerte) como una nueva rama científica; sería, pues, la ciencia o

el estudio de la muerte. Pero no es hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando van apareciendo obras e investigaciones de la tanatología como ámbito de la gerontología (Moragas Moragas, 1991). Desde entonces han surgido multitud de obras y estudios sobre la muerte, experiencias de muerte cercana o personas que “han muerto” y “han vuelto a la vida”. Sobre las experiencias de vuelta a la vida el libro de Raymond A. Moody, Jr. *Life after life (Vida después de la vida)*¹ es uno de los más representativos. Este texto está prologado por la doctora suiza E. Kübler-Ross (de la que hablaremos ampliamente más adelante), y en él se relatan conversaciones con cincuenta personas a las que se les había declarado clínicamente muertas o habían estado muy cerca de la muerte. Moody señala que, aunque existen variaciones individuales, se pueden encontrar rasgos comunes entre los que observa: el paso por un túnel, la sensación de estar fuera del propio cuerpo observando la escena física, el encuentro (o al menos se vislumbran) con parientes y amigos que ya habían muerto, la evaluación de su propia vida y una sensación de paz, amor y gozo, por lo que se les hace difícil volver a la vida terrenal². Se ha criticado que muchas de estas obras ofrecen visiones subjetivas (como las obras de la doctora suiza Kübler-Ross) o parciales, y se reclama la necesidad de un estudio de carácter interdisciplinar. *El hombre y la muerte* de E. Morin³ representa una respuesta a esta demanda, y constituye uno de los textos de obligada referencia en la aproximación al estudio de la problemática de la muerte.

En lo referente a las dimensiones de la muerte, Mishara y Riedel (1986) distinguen las tres siguientes: A) *Muerte psicológica*. Ésta se manifiesta de diversas formas. Una de ellas hace referencia a los que han tenido una vivencia próxima de muerte, en los que existe como un sentimiento de culpabilidad por haber sobrevivido, se dice que llevan la muerte en sí, y es el caso de los supervivientes de Hiroshima, de seísmos, incendios, guerras, etc. La segunda forma es la que engloba a los seres que se hallan «psicológicamente ausentes»; a este respecto se comenta que la demencia y la psicosis es más frecuente en las personas mayores que en los jóvenes. Y, la tercera forma de muerte psicológica alude a las personas que presentan la alienación completa del Sí; es el caso de muchos individuos que se encuentran internados en residencias o viven solas, y están solos porque sus familiares y amigos han fallecido. B) *Muerte social*. Según Mishara y Riedel (1986) ésta es «la permutación o la forma final de la muerte psicológica»; también Guillemard⁴

1 Editado por Edaf, Madrid, 1980.

2 Estas experiencias de vida después de la vida son analizadas y criticadas por Robert Kastenbaum (1984).

Una perspectiva histórica de las creencias en la vida después de la muerte, y también, sobre la comunicación con la muerte (fenómenos paranormales), la encontramos en B. Ross (1984).

3 Publicado por la Editorial Kairós, Barcelona, en 1974.

4 En su libro *La retraite, une mort sociale*, de la editorial Mouton, Paris, 1971.

ofrece una visión similar. Según esta autora, la «muerte social» es «una existencia que se reduce a actos reflejos destinados al mantenimiento del cuerpo, al inmovilismo, al aislamiento; donde el porvenir equivale, al revés de lo que sucede en toda existencia social, a la presencia de la muerte»⁵, se puede producir con la jubilación⁶ o la pérdida del rol activo, económico y social pasando a un rol pasivo; también acontece en las personas internadas en instituciones quedando limitados sus contactos sociales con el exterior, y es el caso de los que ingresan en prisión o los que cambian de vivienda o de barrio, rompiendo los lazos sociales habituales (es por ello por lo que se recomienda que las personas mayores deben permanecer en su medio usual, para evitar el peligro de la muerte social que es mayor en estas edades por su menor adaptabilidad, consecuencia, en muchos casos, de limitaciones físicas o falta de recursos). C) *Muerte física*. En la actualidad es la muerte cerebral. Su definición jurídica se basa en la curva de las ondas cerebrales (electroencefalograma).

El concepto científico de muerte, como observan San Martín y Pastor y Aldeguer (1990), ha evolucionado en gran medida: de pensar que la muerte era la detención del proceso respiratorio se pasó, con la introducción de los métodos de respiración artificial, a considerarse la detención del proceso cardiovascular por paralización del corazón, y de ahí, debido al desarrollo de los métodos de reanimación y de mantenimiento de las funciones vitales, a la concepción actual de muerte cerebral. Consecuentemente a esta visión de la muerte, desde la ciencia biológica cabe hacer una distinción entre «muerte natural» y «muerte accidental» o «prematura». La primera es consecuencia del proceso de envejecimiento que lleva a la decadencia total de las funciones básicas del organismo: sistema nervioso central, cardiovascular y respiratorio. La muerte «accidental» o prematura, ocurrida antes de los 85 años según estos autores, es el resultado de enfermedades, accidentes, etc. que suceden antes de vivir la longevidad máxima. Según esto, ya que ni las enfermedades ni los accidentes son hechos naturales sino sociales, son, por ello, prevenibles. Por ello, estos autores opinan que la gran mayoría de muertes actuales son patológicas (relacionadas con enfermedades o accidentes) debido a los múltiples factores de riesgo presentes en la vida de las sociedades desarrolladas.

Sin embargo, es necesario conocer la concepción de la muerte desde otras ciencias o puntos de vista para llegar a una comprensión más global y objetiva de este acontecimiento; y, aunque, al considerar diversas perspectivas, en muchos aspectos de ella se puede crear controversia, hay otros que son indiscutibles, como el que la muerte es ine-

5 Definición recogida por Moreno Lara, 1988, pp. 78-79.

6 Según Moreno Lara (1988), en diferentes estudios y análisis sociológicos se ha visto que “para determinadas personas la tasa de mortalidad es muy elevada en los dos años siguientes a la jubilación” (p.25).

ludible y el momento de su llegada es inescrutable (en condiciones normales, ya que en algunos procesos patológicos el médico establece un pronóstico sobre ello), de ahí lo de *mors certa, ora incerta*. Pero, nuestra intención en este texto no es sólo ofrecer una visión general de las diferentes concepciones de la muerte, sino conocer, asimismo, sus elementos o aspectos más relevantes en relación a un adecuado enfrentamiento con ella, pues, como declara Nuland (1995, p.17):

Solamente tras una franca discusión de los pormenores de la muerte podemos afrontar mejor los aspectos que más nos asustan. El conocimiento de la verdad, el estar preparados para ello, será el medio de liberarnos de ese miedo a la terra incognita de la muerte, que lleva al autoengaño y a las decepciones.

Entre las numerosas definiciones e interpretaciones que se han desarrollado sobre la muerte y su sentido, queremos exponer las que, en nuestra opinión, son más representativas o pueden ser más interesantes en nuestro propósito de una mayor comprensión de la muerte, de su origen, sus causas y su significación, para que las personas mayores puedan afrontarla con serenidad y aceptación, sin temor ni angustia. Y, entre ellas vamos a finalizar este apartado haciendo alusión a la que propone Marías (1979), para quién la vejez es la última forma de instalación en la vida, y constituye una etapa en la que se realiza un balance de la vida, –un balance con perspectiva, pues el hombre aún en esta época de la vida sigue siendo intrínsecamente futurizo–. En opinión de este autor, la muerte debe ser el horizonte configurador de la vida y que le da sentido, y no como se la suele convertir actualmente: la simple extinción de cada uno de nosotros. Esta percepción de la muerte resulta de la tendencia al desentendimiento de la muerte, a eludirla, a no pensarla, y se pone el acento en un afán de seguridad, reduciendo la muerte a un accidente, lo que, al final, vacía la vida íntegra.

2. PREOCUPACIÓN Y MIEDO POR LA MUERTE.

La muerte, como hecho ineluctable para todos, provoca en el hombre miedo, preocupación, ansiedad, etc. Este miedo puede variar en intensidad, de modo que se puede considerar como normal un cierto miedo, pero se puede dar, también, un miedo patológico, caracterizado, según Ramos, Sánchez-Caro y Sánchez-Caro (1985), por su agudeza y su permanencia; es lo que denominan *tanatofobia*⁷, y se observa en los individuos a los que les aterroriza el simple hecho de pronunciar la palabra «muerte» o hablar de los muertos. Para sobrellevar ese momento crítico y decisivo en la vida de toda persona es necesario conocer lo mejor posible qué es la muerte, con el fin de llegar a una mayor

7 Fericgla i González (1992) habla de una ansiedad tanatofóbica originada por el carácter impredecible y misterioso de la muerte.

comprensión de ésta. Pero, especialmente necesario es para los que más contacto tienen con las personas mayores, y sobre todo, con los moribundos (enfermeras, asistentes de hospital, geriatras, etc.). Por ello, todo educador que trabaje con ancianos debe tener una sólida formación tanatológica⁸, como aspecto fundamental en la preparación para la última etapa de la vida que es la vejez; disipar el temor o miedo a la muerte⁹, al igual que hacia la vejez, es una medida necesaria para lograr una vejez satisfactoria, pues la angustia que dichos temas suscita suele crear perturbación en el ánimo del individuo, lo que le imposibilita el disfrute pleno de la vida. Friedan (1994) opina que el miedo a la muerte puede estar relacionado con “el no vivir de verdad, con escapar de la vida” (p. 559).

Se ha escrito mucho sobre el temor a la muerte, pero, sin duda, la doctora Kübler-Ross¹⁰ es una de las autoras más reconocidas a nivel mundial en esta materia, por ello comenzaremos por señalar lo que ella argumenta sobre este tema. En primer lugar, para Kübler-Ross (1994) la muerte es el abandono del cuerpo físico, pasando a un nuevo estado de conciencia en el que se sigue “experimentando, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo, y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo” (p. 57), con ella sólo se pierde el cuerpo físico. Así, afirma que la muerte no existe, y declara que para no volver a tener miedo es importante saber que la muerte no existe y que todo lo que nos ocurre en esta vida sirve para un fin positivo. Además, recomienda librarse de la negatividad y tomar la vida como un reto en el que poner a prueba las capacidades internas y la fuerza. Y añade que sólo existen dos miedos: a caerse y al ruido, los demás han sido impuestos progresivamente en nuestra infancia por los adultos, que proyectan sobre los niños sus propios miedos, y se transmiten así de generación en generación.

8 Fericgla i González (1992) propone que los cursos, seminarios, películas, etc. de tanatología se basen en: experiencias de personas que tras ser declaradas clínicamente muertas han vuelto a la vida; experiencias del personal sanitario que han visto morir a muchos pacientes; y, textos religiosos. Y también deberían incluir métodos de regulación y control mental del dolor que ayuden a disminuir el temor al sufrimiento físico.

9 A los profesionales que tratan directamente a ancianos en trance de muerte se les recomienda, para paliar los temores de éstos, que les den seguridad sobre los siguientes aspectos:

- No le faltará en ningún momento la clase y cantidad de medicación que precise.
- En el acto final no experimentará sufrimiento.
- Tendrá la compañía que desee en cada momento.
- Seguirá contando con apoyo y comprensión aunque dé muestras de enfado y hostilidad.
- En todo momento, será tratado con el respeto que merece una persona.

Obviamente, tratándose de este tipo de objetivos, el lenguaje, los términos, el tono de voz, el momento y tantas otras circunstancias que hacen o no inteligible un mensaje, deben ser tenidos en cuenta y utilizados (Servicio Andaluz de Salud, 1992, p.229).

10 La doctora E. Kübler-Ross nació en Suiza, pero se trasladó, en 1959, a Estados Unidos donde ha desarrollado su actividad como profesora de psiquiatría en la Universidad de Chicago. Es doctora honoris causa de varias universidades, y es reconocida a nivel mundial como una autoridad en materia de tanatología.

Pero otros autores reconocen tres miedos principales: a lo desconocido (es el más absurdo de todos los miedos, ¿por qué lo que no conocemos ha de ser negativo o perjudicial para nosotros?), a la pérdida (no se da en las personas autónomas, ya que este miedo se basa en el apego y conduce a que no se pueda disfrutar de las cosas), y a la muerte, y paralelamente a la vejez, por asociación de ésta con aquélla.

El miedo a la muerte ha sido ampliamente analizado por el antropólogo francés Thomas (en su obra *Anthropologie de la mort*¹¹), que diferencia tres tipos de miedo a la muerte: miedo a morir, miedo a lo que ocurre tras la muerte, y miedo a los muertos. Y, según comenta este autor, el miedo a morir es el que se considera más importante.

Alba (1992) habla del miedo prematuro a la muerte, y explica que al ir aumentando la longevidad, se ha ido desarrollando una nueva actitud respecto a la muerte. En la actualidad (si la vida no es interrumpida por un accidente de tráfico o por las drogas), se suele ver morir, principalmente, a los viejos; por ello, para los jóvenes y los adultos que se sienten lejos de la vejez, “la muerte se aleja no sólo cronológicamente sino también mentalmente” (Alba, 1992, p.164). Además, el adulto de hoy siente que le queda mucho por hacer y manifiesta grandes deseos de vivir (a diferencia del campesino medieval de 40 años que consideraba la muerte casi como un alivio, por otro lado, ya lo había visto todo y, con la muerte, pasaría a una vida mejor), por lo que la cercanía de la muerte “le hiere, le descorazona y, por consiguiente, la aleja, la borra de su mente” (Alba, 1992, p.165). Paralelamente a estos cambios, la sociedad produce, asimismo, situaciones en que la muerte se manifiesta más cercana, probable e inevitable, y ello no sólo por acontecimientos que, de alguna forma, han existido siempre, como accidentes en los medios de transporte, agresiones en la calle o violencia política, sino también por una nueva amenaza que, según Alba (1992), forma parte del subconsciente individual y colectivo: “la aniquilación de la vida y la especie humana por las armas nucleares y la degradación ecológica” (p.165). Por ello, Alba declara que el miedo a la muerte es mayor en la actualidad, de ahí que el hombre quiera alejarse de ella, no saber ni oír nada acerca de ella y, consecuentemente, tampoco quiera saber nada de los viejos.

En relación a la discusión sobre si el miedo a la muerte aumenta con los años o es independiente de la edad, Lehr (1980) cuenta que Stanley Hall (1844-1924), a través de investigaciones empíricas, llegó a la conclusión de que no es cierto que con el envejecimiento aumente el miedo a la muerte y, por ello, haya una más sólida relación con la religión; en realidad los jóvenes tienen más miedo a la muerte, y hay una mínima correlación «miedo a la muerte-actividad religiosa». También Kalish (1983) opina que el miedo a la muerte es menor en los viejos que en los jóvenes, aunque los primeros suelen pen-

11 Editado por Payot, París, en 1976.

sar más frecuentemente en ella. Kalish explica que quizá este menor temor puede ser debido a que en la edad avanzada se es más consciente de ello, además la persona que se encuentra en esta etapa de la vida ya se ha enfrentado a otras pérdidas y, por otro lado, su presente y su futuro no es tan atractivo como, por ejemplo, el de las personas jóvenes. Otro autor que apoya esta idea de que el miedo a la muerte no es consecuencia propia del envejecimiento, es Cohen (1991). Para éste el miedo o angustia por la "amenaza" de la muerte debiera considerarse como «indicio de una depresión subyacente», y critica que la noción de tiempo (en relación a la proximidad de la muerte) en los ancianos no ha sido tratada adecuadamente (ya que la esperanza de vida es todavía considerable, o sea, no se puede pensar que la muerte está cerca cuando, según los promedios, al anciano le quedan alrededor de unos quince-veinte años de vida), lo que ha originado la ausencia o elusión de algunos tratamientos importantes.

Prosiguiendo con el análisis de este polémico tema, encontramos a Kübler-Ross (1994), quién ve positivo el preocuparse de la muerte. Para esta ínclita doctora, este hecho no implica una evasión ante la vida, sino todo lo contrario:

La integración de la idea de la muerte en el pensamiento de los hombres les permite erigir sus vidas de acuerdo con propuestas más conscientes, más meditadas, alertándolos sobre el uso que hacen de ellas, no derrochando «demasiado tiempo en cosas sin importancia» (pp.18-19).

Por otro lado, la muerte se explica, adquiere su significado, a través de la vida; la muerte no existe por sí misma, sólo ocurre en los organismos vivos (San Martín y Pastor y Aldeguer, 1990). Siguiendo esta idea, Roca Roca (1989) expresa como necesario para una buena salud mental la reinserción de la muerte, en forma natural, para facilitar la formación de todos, ya que debemos afrontarla, tanto la nuestra propia como la de los demás. Y, en el caso de trabajar con personas cercanas a la muerte, se podrá, de esta forma, ayudarles a morir.

También Friedan (1994) señala que hay que aceptar la muerte como parte de la vida para vivir una buena vejez, lo que ayudará, asimismo, a superar la obsesión de tener a alguien que nos cuide en los últimos momentos y a echar fuera de nosotros la rechazante idea de las residencias de ancianos. Sin embargo, el hombre no se puede acostumbrar a la idea de su propia muerte, ésta se va retrasando siempre, es como si pensáramos que son los otros los que se mueren y que a nosotros nos queda mucha vida por delante. Esto ocurre porque el hombre no es un ser para la muerte, aunque ésta es un carácter esencial de la existencia, como afirmaba Heidegger. Según Kübler-Ross (1993), para nuestro inconsciente es inconcebible morir por una causa natural o por vejez, sólo podemos ser matados, de ahí que la idea de la muerte se asocie a un acto de maldad, que provoca terror y que exige pena y castigo. Y, para San Martín y Pastor y Aldeguer (1990), la muerte provoca el respeto al misterio, al temor, por ello, se respeta a todos los muer-

tos, aún cuando en vida no merecían respeto; en opinión de estos autores, este falso respeto es la expresión del temor a la muerte propia.

La preocupación por la muerte y su sentido ha originado que, desde los pueblos más primitivos y en todas las razas, el hombre se haya planteado el porqué del origen de ella y sus causas. Roca Roca (1989) cuenta que en los pueblos más primitivos, que creen en la hechicería, buscan al culpable para castigarle. Estos pueblos explican a través de alegorías (como la referente al crecimiento y mengua de la luna, o la serpiente y el cambio de su piel, entre otras)¹² el origen de la muerte en el mundo.

López Aranguren (1992) explica que existe una diferencia entre “saber –preocupación– y sentir –angustia– por que se ha de morir” y la apropiación de la muerte, esto último lo considera imposible, y afirma que no se llega conscientemente al “instante de la muerte”; morir no es ya un acto personal, sino el final de un proceso fisiológico, «no nos morimos sino que somos muertos».

De la aversión a la muerte que encontramos en la sociedad actual podemos deducir dos situaciones principales: a) mientras que en la Edad Media la muerte era un hecho social relevante, donde el que muere lo hace rodeado de familiares y amigos, se ha pasado en la sociedad urbana industrial a un alejamiento de la muerte, a no querer saber nada de ella, y como consecuencia han ido desapareciendo los duelos, las ceremonias fúnebres son más discretas, y los moribundos mueren lejos de su hogar y de su familia; sin embargo, como observa Roca Roca (1989), en la actualidad se señala la necesidad de una «muerte digna», sin «encarnizamiento terapéutico», y de humanizar la muerte en las Instituciones; y, b) el desarrollo de la criobiología¹³, por la que se detiene la vida inmediatamente antes de la muerte por el frío, conservando el cuerpo en helio líquido a -320° Fahrenheit, con el objetivo de mantenerlo así hasta que se descubra la curación a su enfermedad y hasta que la ciencia encuentre la forma de devolver a la vida el cuerpo congelado.

Por lo que respecta al afrontamiento del temor a la muerte, Skinner y Vaughan (1986) proponen una serie de ideas o estrategias. Entre ellas recomiendan hacer testamento, lo que da al anciano la seguridad de saber que todo lo que tiene será para las personas que él mismo haya decidido; también aconsejan la donación de órganos como una forma de alargar la vida de una parte del cuerpo, además de ser una actitud altruista y la satisfacción que de ello puede derivar. Por otro lado, estos autores aclaran que lo que produce temor no es la muerte en sí, sino hablar y pensar en ella, y esto se puede evitar, por

12 Remitimos a Roca Roca (1989, p.16) para una mayor profundización sobre el tema. También se encuentra información sobre este tema en Ramos, Sánchez-Caro y Sánchez Caro (1985, pp. 42-43).

13 Ver Flórez Tascón y López-Ibor (1994) donde se explica y comenta ampliamente esta técnica.

ejemplo, con todas las acciones que se realizan para tener una vejez feliz, ya que el tiempo y la atención que se dedique a la vida y al bienestar no se ocupa de la muerte.

3. ACTITUDES DEL ANCIANO ANTE LA MUERTE.

En principio, y a modo esquemático, podemos señalar que existen tres actitudes básicas ante la muerte, no sólo en el anciano sino, también, en los otros grupos de edad, éstas son: miedo o temor (del que ya hemos hablado antes), negación y ansiedad. No creemos necesario profundizar ahora en ellas, porque es un hecho aceptado generalmente el rechazo que, en un primer momento, suele despertar la idea de la muerte en todas las personas (obviamente hay excepciones). En cuanto a las actitudes del anciano, en particular, varios autores han estudiado estas reacciones, y con ellos vamos a introducirnos en este campo que, sin duda, es necesario para ayudar a los ancianos a aceptar su muerte y que vivan sin obsesión por ésta, para que puedan disfrutar plenamente de su vejez.

López Aranguren (1992) explica que para el anciano valetudinario, decrépito (que no sólo se sabe, sino que también se siente viejo), la muerte constituye su última renuncia, tras perder a sus familiares y amigos, y sus facultades físicas y psíquicas, produciéndose una muerte “sin causa”.

Pero en los viejos que sufren una enfermedad terminal, y saben que les queda poco tiempo de vida, cabe la posibilidad de estas tres actitudes:

1. La que viene marcada por la cultura de la religión; en ésta, al afirmar la existencia de otra vida, la muerte es negada, ya que se considera como un paso de ésta a la otra vida.

2. No enfrentamiento con la muerte, solicitando una “mentira piadosa” o buscando el autoengaño. L. Aranguren dice que esta actitud es difícil de mantener hasta el final.

3. Aceptación o resignación. Este es uno de los estadios analizados por Kübler-Ross.

Éstas son, en opinión de López Aranguren (1992), “actitudes fieles a la vida” ante la cercanía de la muerte, pero también se producen actitudes de adelantamiento voluntario de la muerte, en el que distingue una voluntad negativa de dejarse morir o de que les dejen morir –*eutanasia pasiva*–, “*semidecisión*” que puede ser tomada por las personas más mayores, o sea, de la cuarta edad¹⁴ o ancianidad valetudinaria, y la voluntad activa de morir –*eutanasia activa*–, que según L. Aranguren sería más comprensible y está más al alcance de los que pertenecen a la tercera edad¹⁵.

14 Para Aranguren pertenecen a esta etapa las personas mayores que ya no pueden valerse física y/o mentalmente por sí mismas.

15 Para Aranguren la tercera edad hace referencia a la vejez activa y en buen estado de salud. Así,

Y, por último, Aranguren sostiene que la actitud predominante en nuestra sociedad es otra distinta a todas las anteriores. Siendo las principales causas de muerte, en la actualidad, los accidentes de tráfico, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, Aranguren explica que todas ellas constituyen un *accidente*, en una u otra manera. La primera, lo es en sí. La segunda se puede interpretar como tal, pues es consecuencia del «fallo de la víscera más “mecánica”» del cuerpo del hombre. Y, el cáncer, a juicio de Aranguren, “cabe que sea considerado como un desarrollo hipertrófico de ciertos tejidos, accidente también en este sentido lato” (p. 75). Por todo ello, hay una tendencia a considerar la muerte como un fallo y, también, como fracaso técnico, en definitiva, se tiende a negarla. Ello implica el que no existe otra vida tras ella, pero tampoco existe la muerte como realidad última, ya que si se considera ésta como un accidente, puede o podrá ser vencida; además, siguiendo las palabras de este autor, se ofrece una *neo-resuscitación* -como compensación de la resurrección que promete la fé- a través de la criobiología.

Por otro lado, Moragas Moragas (1991) comenta que la actitud frente a la muerte está condicionada por la situación personal, pero, en general, las personas mayores la aceptan mejor que los jóvenes, y las mujeres mejor que los hombres, y, obviamente, las personas religiosas o creyentes mejor que los no practicantes; no obstante, el autor señala que esto es variable dependiendo de las culturas¹⁶ y naciones. En opinión de Blanco Picabia (1992), existen determinados factores que influyen sobre las actitudes y las reacciones ante una muerte concreta. Dichos factores no dependen de la propia persona, ya que existe un gran acervo de condicionantes externos, y son:

- a) La noxa letal: su tipo y duración, el tipo de síntomas que produce, la existencia o no de dolor, etc.
- b) La personalidad del sujeto: su historia de aprendizajes y experiencias, sus estilos de vida, aspiraciones, etc.
- c) La asistencia dispensada: tanto técnica, como social, afectiva, hostelera, humana en resumidas cuentas (p.445).

según este autor, lo que diferencia la tercera de la cuarta edad no es tanto los años cumplidos como el estado de salud física y mental.

¹⁶ Es interesante, a este respecto, la lectura del artículo de Garoz Moreno (1992), donde se compara las actitudes ante la muerte del anciano en la cultura occidental y del anciano del medio africano tradicional. Éstos últimos conciben su muerte como un elemento más del orden natural de su mundo, además no dudan que existe un más allá, por lo que la muerte no es nunca la muerte total, la destrucción *del todo*, simplemente, y en el caso de *buena muerte* (morir en el poblado, con numerosa descendencia y con la sensación de haber cumplido la misión encargada por sus antepasados), entiende que ya ha realizado su misión aquí, y ahora se reunirá con los antepasados del clan para seguir velando por el grupo, por ello más que temer el momento de su desaparición física, lo espera con una cierta esperanza.

Sobre este último aspecto, y sin ánimo de caer en divagaciones, no podemos dejar de hacer alusión a la Carta de Derechos de los Moribundos¹⁷, la cual debe ser siempre considerada por las personas que están con el anciano moribundo, pues en ella se enumeran los objetivos que se deben intentar lograr. Por otro lado, Blanco Picabia (1992), expone una serie de propósitos que pueden ayudar al mayor en trance de morir a eludir sus temores. Se trata, especialmente, de procurar dar seguridad:

- En que no le faltará en ningún momento la clase y cantidad de medicación que precise.
- En que en el acto final no experimentará sufrimiento.
- En que tendrá la compañía que desee en cada momento.
- En que seguirá contando con apoyo y comprensión aunque dé muestras de enfado y hostilidad.
- En que en todo momento será tratado con todo el respeto que merece una persona (p.447).

Para todos ellos son imprescindibles unos determinados términos, tono de voz, momentos, etc.

Moragas Moragas (1991) distingue, asimismo, actitudes positivas y negativas ante la muerte. Se puede reaccionar positivamente cuando se considera la muerte como la

-
- 17 1 Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
 - 2 Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una situación de optimismo por cambiantes que sean mis circunstancias.
 - 3 Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.
 - 4 Tengo derecho a participar en las decisiones que incumban a mis cuidados.
 - 5 Tengo derecho a esperar una atención sanitaria y humana continuada aun cuando los objetivos de “curación” tengan que transformarse en objetivos de “bienestar”.
 - 6 Tengo derecho a no morir solo.
 - 7 Tengo derecho a no experimentar dolor, sin medida del costo de ningún tipo.
 - 8 Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
 - 9 Tengo derecho a no ser engañado si yo no quiero.
 - 10 Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
 - 11 Tengo derecho a morir con paz y con dignidad.
 - 12 Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que puedan ser contrarias a las creencias de otros.
 - 13 Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.
 - 14 Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte, según mi voluntad.
 - 15 Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas, que intenten comprender mis necesidades y que sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

(Recogido por Blanco Picabia, 1992, p.444).

liberación de una situación negativa¹⁸, como puede ser una enfermedad, pero, también se la percibe positivamente cuando la persona cree que le llevará a una existencia espiritual, superior o mejor que su vida terrenal. En cuanto a las actitudes negativas¹⁹, parece que están ocasionadas por la asociación del proceso de morir a dolor y sufrimiento, porque se piensa que sucede demasiado pronto y porque quedarán sin terminar o resolver trabajos o actividades que estaban realizando o que tenían que hacer²⁰, además es también valorado como negativo por el dolor que provoca en los demás.

Según Brantner (citado por Mishara y Riedel, 1986, p.203), el miedo a morir se presenta a través de tres temores fundamentales: el miedo a morir solo, el miedo a morir en la oscuridad, y el miedo a sufrir. Fericgla i González (1992), en su investigación sobre la Cultura de la Ancianidad, realizó una encuesta a personas mayores en la que se trató, entre otros, el tema de la muerte. A la pregunta «¿Le da miedo hablar de la muerte?» es interesante subrayar que un 50,3% de la muestra respondió negativamente; en realidad, lo que los ancianos encuestados dicen temer no es tanto la muerte en sí, como el dolor que puede originar la enfermedad mortal y el estar solos en el momento de morir. Estos resultados coinciden, como vemos, con dos de los miedos expuestos por Brantner.

Mishara y Riedel (1986) consideran que las actitudes hacia la muerte son variables dependiendo de las culturas y de la edad. Y, parece ser que la religión no influye en los sentimientos provocados por la muerte (en esto difiere de Moragas Moragas, 1991). En cuanto a los factores culturales, estos autores señalan que inciden en la experiencia de la muerte los siguientes:

1. La urbanización. Ésta distancia a las personas de esta experiencia por el desarrollo de las técnicas fúnebres²¹.
2. El declive de la religión, y con ella el debilitamiento de las relaciones sagradas

18 En el estudio realizado por Fericgla i González (1992) sobre la Cultura de la Ancianidad, este autor señala que en los individuos que sienten próxima la muerte, que les cuesta sobrellevar su declinación física, que han visto morir a sus familiares y amigos, etc., la reacción ante la muerte es positiva, hablan de ella con tranquilidad y la empiezan a aceptar.

19 También se distinguen actitudes negativas ante el tema de la muerte en la investigación llevada a cabo por Fericgla i González (1992) sobre la Cultura de la Ancianidad. Estas reacciones pertenecen a las personas mayores con buena salud física.

20 Nuland (1995) también hace referencia a este aspecto. Este médico considera que probablemente una de las cargas más pesadas cuando se aproxima la muerte es el remordimiento por los “conflictos sin resolver, heridas sin cicatrizar, potenciales no realizados, promesas incumplidas y años que nunca se vivirán. A casi todos nos quedarán asuntos inacabados. Sólo los muy ancianos escapan a esta regla, y no siempre” (p.243).

21 Fericgla i González (1992) señala que en las zonas urbanas hay un mayor miedo a morir, originado probablemente por este aislamiento y, consecuentemente, desconocimiento, de la muerte y de los muertos.

y racionales que el hombre mantenía con la muerte. También afecta al modo y la duración del proceso de duelo.

3. La evolución de la técnica médica. Por una parte, con ésta parece que existe curación para todas las enfermedades, y, por otra, se han reducido las visitas a domicilio, por lo que las personas suelen morir en los hospitales²², y en éstos se suele ocultar la muerte tanto al moribundo como a sus familiares, e incluso, en ocasiones, al personal²³.

4. El paso de la familia numerosa a la familia nuclear. Ello ha conducido a una disminución de la relación entre los familiares y los moribundos, no sólo por la distancia física o geográfica, sino también porque ello provoca una reducción en las relaciones personales²⁴.

5. Las modificaciones epidemiológicas. Al producirse una disminución en la mortalidad infantil y un aumento en la esperanza de vida, en la actualidad, se asocia la muerte con la vejez.

6. El advenimiento de la era atómica. Se ha creado la sensación general de que podemos morir todos en cualquier momento y en cuestión de un segundo.

7. La evolución de las prácticas y de las costumbres fúnebres. Antes la familia se encargaba de todo, pero ahora hay empresas que se dedican a ello, como ejemplo podemos apuntar el auge de los tanatorios.

22 Kübler-Ross (1993) dice que, en nuestra sociedad, el proceso de morir se ha convertido en algo impersonal y solitario, ya que, generalmente, “el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia” (p.21). Por otro lado, Nuland (1995, p.15) apunta que “la muerte moderna se produce en el hospital moderno, donde es posible ocultarla”, y donde se intenta esterilizarla e impedirle, lo que dificulta el *ars moriendi* (muerte bella o modo correcto de morir).

Remitimos, asimismo, a Blanco Picabia (1992), quien realiza un interesante análisis sobre la muerte del anciano en el hospital y en su hogar, exponiendo las ventajas e inconvenientes de cada opción.

23 Ramos, Sánchez-Caro y Sánchez-Caro (1985) explican que esto ocurre porque el paciente moribundo supone un fracaso para el hospital y para el personal sanitario, ya que este hecho se contradice con su objetivo que es curar al enfermo y mantenerlo con vida. Por ello, se suele aislar al moribundo para que pase inadvertido, con lo que muere solo. Y, tras su muerte, se le saca rápidamente de su habitación y se le traslada a unas salas especiales, los mortuorios.

24 Sobre este tema queremos añadir también el hecho de que en la actualidad se aleja a los niños de las experiencias de muerte, y, según Kübler-Ross (1993), es aconsejable que los niños permanezcan en la casa donde haya acontecido una desgracia y se les incluya en las conversaciones, discusiones y temores, porque ello, en opinión de esta doctora, “les da la sensación de que no están solos con su dolor y les da el consuelo de la responsabilidad compartida y del duelo compartido. Les prepara gradualmente y les ayuda a ver la muerte como parte de la vida. Es una experiencia que puede ayudarles a crecer y a madurar” (p.20).

4. FASES-REACCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD MORTAL.

A) EN EL MORIBUNDO. MODELO DE KÜBLER-ROSS.

En primer lugar, y en cuanto al papel del médico en este tema, éste no debe plantearse si decirles o no a sus pacientes que van a morir²⁵, que su enfermedad es mortal; lo que debe preguntarse es cómo decírselo, y para ello, primeramente, el médico debe analizar su propia actitud y su capacidad para afrontar la enfermedad mortal y la muerte²⁶, porque si para él es un tema que le provoca terror, no podrá ayudar a su paciente a afrontar la muerte con tranquilidad; además, y según Kübler-Ross (1993), “la necesidad de negación del paciente es directamente proporcional a la del médico” (p.52). El médico también debe averiguar hasta qué punto el paciente quiere afrontar la realidad, ya que la reacción de éstos depende de su personalidad y su estilo de vida; generalmente los que han afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara, lo volverán a hacer ante este hecho. En esto es, asimismo, importante la sensación de comprensión por parte del paciente, y el tener la certeza de que se va a hacer todo lo posible, de que hay alguna esperanza y no se le da como un caso ya perdido.

Kübler-Ross publicó en 1969 el ya famoso libro titulado *Sobre la muerte y los moribundos*, de gran difusión e influencia, en el que daba a conocer su teoría, basada en la información obtenida a través de entrevistas con unos doscientos pacientes terminales; el análisis de los datos obtenidos le llevó a identificar y describir los mecanismos de reacción, que se desarrollan durante una enfermedad mortal, a través de sus conocidas fases:

1ª. Negación y aislamiento.

Cuando se comunica al paciente el diagnóstico su primera reacción es de rechazo,

25 Nuland (1995) opina, a este respecto, que el ocultar la muerte produce una de las formas más desoladoras de muerte solitaria: “Si el individuo no sabe que su muerte es inminente y, en la medida de lo posible, las condiciones en que tendrá lugar, no podrá participar en esta comunión final con sus seres queridos. Sin esta consumación, poco importa quién esté presente a la hora de la muerte, permanecerá aislado y abandonado; porque es la promesa de compañía espiritual cuando se acerca el final lo que nos da esperanza, mucho más que el mero hecho de no estar físicamente solos” (p.228).

26 Parece ser que la medicina es una de las profesiones que atrae a las personas más angustiadas por la muerte: “Nos hacemos médicos porque nuestra capacidad de curar nos da poder sobre esa muerte que tanto nos asusta, y la pérdida de ese poder supone tal amenaza que hemos de apartarnos de ella y, al mismo tiempo, del paciente que personifica nuestra debilidad” (Nuland, 1995, p.240). Obviamente esta información debe ser contrastada con otros autores y estudios, pero aún así, pensamos que es un hecho de tal gravedad que nos reafirma en nuestra propuesta, de páginas atrás, sobre la necesidad de una sólida formación tanatológica en los miembros de esta profesión, especialmente, en los que tienen un mayor contacto con los enfermos terminales.

no puede creer que sea cierto. Ello lleva, en muchos casos, a visitar a otros médicos en busca de otro diagnóstico.

Se suele dar una negación angustiosa cuando se le ha informado prematura o bruscamente, sin tener en cuenta la disposición del paciente. Pero, en condiciones normales, lo que suele aparecer es una negación parcial, no sólo al enterarse del diagnóstico sino, también, más adelante, de vez en cuando.

La negación, en opinión de Kübler-Ross (1993), es una defensa provisional, actúa como amortiguador tras la noticia inesperada que le conmociona, y permite que el paciente se recobre de la impresión y pueda, más tarde, utilizar otras defensas; esto último dependerá de cómo se le diga, del tiempo que tenga para reconocer gradualmente que se va a morir, y de la preparación que el paciente haya tenido en su vida para afrontar situaciones de tensión.

2ª. Ira.

La negación es sustituida por «sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento», surgiendo la siguiente pregunta: «¿Por qué yo?». Esta fase suele ser difícil de afrontar por parte de la familia y el personal que se ocupa del enfermo, ya que el sentimiento de ira se dirige a todas las direcciones, proyectándose contra todo lo que les rodea. El paciente que se encuentra en esta fase se queja a menudo -con la intención de que el personal no se olvide de él-, grita y pide cosas. Si se le respeta y se le presta atención, pronto bajará la voz y disminuirá sus peticiones.

3ª. Pacto.

Esta fase suele durar breves períodos de tiempo, pero es útil para el paciente. El pacto o negociación es, según Kübler-Ross, un intento de retrasar la muerte: el paciente promete algo a cambio de la prolongación de su vida, y fija un plazo de “vencimiento”; existe, además, otra promesa, y es que no solicitará más cosas si se le otorga este deseo (pero ninguno de los pacientes observados por esta doctora cumplió esta promesa). La mayoría de las negociaciones se hacen con Dios, y se suelen mantener en secreto o se cuentan a un sacerdote.

4ª. Depresión.

Una vez que el paciente no puede seguir negando su enfermedad, se va debilitando, tiene más síntomas... su ira se sustituye por una sensación de pérdida, que puede manifestarse de diversas formas. Kübler-Ross (1993) habla de dos tipos de depresión: depresión reactiva y depresión preparatoria. La primera es consecuencia de la pérdida de algo pasado (su trabajo, sus hijos, etc.), y la segunda es causada por pérdidas inminentes, es el dolor preparatorio por el que pasa el paciente para disponerse a morir. Al ser de diferen-

te naturaleza, deben ser tratadas, por tanto, de forma distinta; así, por ejemplo, la tendencia a animarles y a que vean lo positivo de la vida puede ser útil en el primer tipo de depresión, pero no en la depresión preparatoria, en ésta es conveniente permitir que el moribundo exprese su dolor para que se le haga más fácil la aceptación. Este tipo de depresión es, normalmente, silenciosa, apenas se necesitan palabras, y la persona agradecerá que alguien se siente al lado de la cama, en silencio, o cogiéndole de una mano, etc. Sin embargo, en la depresión reactiva la persona tiene mucho que comunicar, necesita hablar, y muchas veces requiere la intervención de diferentes profesionales. Volviendo a la depresión preparatoria, Kübler-Ross (1993) afirma que ésta es necesaria y beneficiosa para que el paciente pueda morir en una fase de aceptación y paz, y para éllo han de superar sus angustias y ansiedades. Es necesario que los profesionales que atienden a estos pacientes sean conscientes de esta necesidad, y de la discrepancia que puede surgir como consecuencia por parte de la familia que trata de animar al enfermo terminal para luchar por seguir con vida, lo que dificulta la preparación psicológica de éste.

5ª. Aceptación.

Ésta no es una fase feliz, según Kübler-Ross (1993), en ella apenas hay sentimientos, «es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado». Por ello, la ayuda y la comprensión son más necesarias para la familia.

Por otro lado, en esta etapa se reduce la capacidad de interés, el paciente se resigna con su suerte; y, una vez aquí, se necesitan cada vez más horas de sueño. Pero, hay que decir que no todos alcanzan la fase de aceptación, hay quien lucha y conserva la esperanza de sobrevivir.

Comenta Kübler-Ross (1993) que cuando sus pacientes alcanzaban la etapa de aceptación y de decaetaxis²⁷ final, constituía una molestia cualquier interferencia del exterior impidiéndole morir en paz.

Estas fases no se presentan siempre en este orden, además pueden coexistir y superponerse en ocasiones.

B) EN LA FAMILIA. MODELO DE KÜBLER-ROSS.

Kübler-Ross (1993) opina que la familia también pasa por varias fases de adaptación parecidas a las de los pacientes. Empiezan muchas veces por no poder creer que sea

²⁷ Decatetis es «la señal de muerte inminente», por lo que permite predecir la muerte próxima. Kübler-Ross (1993) afirma que el paciente sabe que se va a morir por unas señales interiores, y si se le pregunta, lo comunica. Esta autora dice que esto se manifiesta cuando el moribundo le pedía que se sentara junto a él *ahora*, pues sabía que mañana ya sería tarde.

cierto, y acuden a otros médicos esperando que les digan que el diagnóstico era equivocado. También pasan por un período de ira, en la que se enfadan con el médico e incluso con el personal del hospital por no ocuparse lo bastante del paciente. Tras superar la ira, el resentimiento y la culpabilidad, llegará el dolor preparatorio y, como ocurre en el moribundo, es conveniente que se exprese el dolor, así se hará menos insoportable tras la muerte. Se recomienda, asimismo, que los miembros de la familia compartan sus emociones, de esta forma irán afrontando poco a poco la realidad y llegarán a aceptarla juntos. Probablemente, la etapa más dolorosa para la familia es, como ya hemos dicho, la de aceptación, en la que el paciente se desliga progresivamente de su mundo, en el que se incluye su familia.

Una vez que se ha producido la muerte del paciente, debe permitirse que la familia exprese sus sentimientos de furia, enojo, desesperación, etc. Generalmente, los primeros días se suele estar bastante ocupado con las gestiones, y atendiendo a los parientes y amigos que van a verles. Pero después llega el vacío, y es entonces cuando agradecen más el tener a alguien con quien hablar, sobre todo, con las personas que conocían al difunto. Según Kübler-Ross (1993), esto ayuda a la familia para superar el dolor inicial y le prepara para la aceptación gradual de la muerte de su pariente.

C) CRÍTICAS AL MODELO DE KÜBLER-ROSS.

Aunque esta doctora ha sido bastante criticada, sigue siendo bastante popular. Se ha dicho que el proceso que describe no puede aplicarse a todas las edades ni a todas las culturas, también se ha dicho que es subjetiva y tiene una falta de rigor científico, y, además, en las fases terminales de larga duración se repiten varias de estas etapas. Igualmente se dice que el proceso de morir no es una secuencia lineal, por lo que no siempre se da esta prefijada secuencia de cinco fases. Sin embargo, la teoría de la doctora Kübler-Ross es interesante en cuanto que presenta orientaciones para el personal sanitario que se ocupa de los moribundos y no entiende las reacciones de los enfermos, pudiendo responder inadecuadamente a éstos; así por ejemplo, en las etapas de ira o de depresión, el personal puede tender a sancionar al paciente, lo que perjudica su relación con él, y no le ayuda a enfrentarse y superar estos difíciles momentos de su vida. También fue positiva su investigación porque logró llamar la atención popular sobre este tema, lo que desencadenó un mayor interés en él, y, consecuentemente, se desplegaron y ampliaron los estudios sobre este tema, conduciendo a un mayor conocimiento de los pacientes terminales y sus necesidades.

Otra de las críticas hacia el modelo de Kübler-Ross es que no existe un modo más deseable para morir, sino que, como apunta García Prada (1989), se debe ayudar a cada moribundo a encontrar el patrón de su muerte. Además, y siguiendo a Moragas Moragas

(1991), en general, se muere según se ha vivido. Concluyendo, se puede afirmar que la muerte es un proceso individual que requiere el conocer la personalidad del paciente y los aspectos de su biografía relacionados con las reacciones que ha tenido frente a las enfermedades padecidas.

D) OTRA PROPUESTA: EL MODELO DE E.M. PATTISON.

E.M. Pattison (citada por García Prada, 1989) ofrece otro modelo que engloba tres etapas: *fase aguda*, en la que domina la angustia; *fase crónica* (es un estar entre la vida y la muerte), las emociones que dominan en esta etapa son la consternación y la aflicción; y, *fase terminal*, caracterizada por un alejamiento y retirada afectiva. Aunque hay emociones dominantes en cada etapa, se afirma que «las corrientes emocionales» atraviesan todos los períodos.

5. ETAPAS DEL MOMENTO DE LA MUERTE. LA MUERTE NO EXISTE.

La vida terrestre sólo representa una pequeña parte de la existencia global de la persona, pero aquélla es de vital importancia en el marco de la existencia entera, ya que se está aquí por una razón precisa que es propia de cada persona. Kübler-Ross (1994) afirma que cada uno debe aprender y practicar el amor incondicional antes de poder volver al lugar de donde se vino.

Kübler-Ross habla en su último libro, *La muerte: un amanecer*, publicado en 1987, de su convicción acerca de la existencia de una vida después de la muerte²⁸ basada en el estudio de veinte mil casos, en todo el mundo, de personas que, tras ser declaradas clínicamente muertas, volvieron a la vida, algunas después de una reanimación y otras de forma natural. Esta experiencia, a juicio de la autora, es general, ya que se cuenta con testimonios de todo el mundo, de personas creyentes y ateas, de diferentes edades y niveles socioeconómicos.

En consecuencia, según Kübler-Ross (1994), en el momento de la muerte se observan tres etapas que, esta doctora suiza, presenta utilizando una metáfora: explica que la muerte física del hombre es como el abandono del capullo de seda por la mariposa.

²⁸ Kastenbaum (1984) hace una crítica de los relatos acerca de la muerte, de la «vida después de la vida» que cuentan personas que “han muerto” y “han vuelto a la vida”. Señala que la popularidad de estos relatos de supervivencia ha originado una «imagen gratificadora de una muerte sin sufrimiento», lo que supone una invitación al suicidio, aunque, por otro lado, también puede constituir un elemento confortador para los moribundos.

Morir significa, entonces, mudarse a una nueva casa que es más bella. Cuando el capullo de seda se deteriora irreversiblemente (a causa de un suicidio, un infarto o enfermedades crónicas), la conciencia dejará de estar alerta, apagándose, y el capullo libera a la mariposa, o sea, el alma (también llamada *entidad*). Esto no significa que ya se esté muerto, sino que el capullo de seda ya ha cumplido sus funciones. En esta segunda etapa la persona está provista de energía psíquica (en la primera se tiene energía física), y se necesita una conciencia despierta para poder comunicar con los demás. Esta autora señala que la energía física y la energía psíquica son las únicas energías que el hombre puede manipular, y añade que el hombre tiene la posibilidad de elegir la forma de utilizar estas energías, positiva o negativamente.

Desde el momento en que el alma abandona el cuerpo, la persona se dará cuenta de que tiene capacidad para ver todo lo que sucede en el lugar de la muerte²⁹, pero esto no se percibe con la conciencia mortal sino con una nueva percepción. Por otro lado, en esta etapa la persona se encuentra intacta, es una entidad integral, o sea, si era sordo ahora oye, si era ciego puede ver, etc., y no siente dolor. También aquí la persona, o el cuerpo etérico, se da cuenta de que nadie puede morir solo, ya no sólo porque el muerto puede visitar a cualquiera (ya que al abandonar el cuerpo se encuentra en una existencia en la que no hay tiempo ni espacio tal como lo entendemos³⁰), sino, asimismo, porque las personas que han muerto antes y a las que se amaron esperan siempre³¹, parece ser que normalmente el que muere es esperado por la persona a la que más se ama, que siempre se encontrará en primer lugar. Es aquí, igualmente importante, la figura del

²⁹ S. Ruderman (1984), en sus experiencias extracorporales, sintió que ya no estaba en su cuerpo, y se encontró en un estado de libertad en el que se movía rápidamente hacia arriba y abajo, e incluso se sintió que penetraba en la pared, además presenciaba la escena de su operación, aunque no veía dentro de su cuerpo, –quizá reprimió esta visión porque sabía que de hacerlo podía “desfallecer”–. En este capítulo el autor describe detalladamente sus experiencias extracorporales y las consecuencias que de ellas han derivado para su vida. Por otra parte, R. Noyes, Jr. (1984) analizó 215 relatos de 205 individuos que se habían encontrado en peligro de muerte, y algunos de ellos también se sintieron como «un observador despegado de sí mismo». El autor interpreta desde diferentes puntos de vista estas experiencias de muerte, especialmente la «despersonalización» característica de estos casos. También habla de las experiencias místicas que relatan algunos; Noyes afirma que ello no debe sorprendernos, porque estas experiencias pueden estar influidas por las creencias individuales relativas a la transición de esta vida a la otra y, por otra parte, la experiencia de la cercanía de la muerte provoca una respuesta emocional intensa y, también, muchas veces, alteraciones fisiológicas del cerebro.

³⁰ Se pone el ejemplo de un joven norteamericano que muere en Vietnam, y piensa en su madre que vive en Washington. La fuerza de su pensamiento atraviesa esos miles de kilómetros y se encuentra instantáneamente junto a su madre.

³¹ En este sentido, Kübler-Ross (1994) señala que para saber a quién se ve en una muerte aparente, hay dos condiciones que siempre se dan: que la persona percibida ha muerto antes –aunque sólo sea unos minutos–, y que había existido un lazo de amor real entre ellos.

ángel guardián³². Está probado que cada persona viene acompañada por seres espirituales desde su nacimiento hasta su muerte, independientemente de las creencias; se trata de un amor incondicional. Y son ellos los que nos ayudan y están con nosotros en el momento de la transformación.

Así, tras realizar la integridad del cuerpo y reencontrar a los que más se ama, se toma conciencia de que «la muerte no es más que un pasaje hacia otra forma de vida», y antes de dejar el propio cuerpo, para adoptar la forma que se tendrá en la eternidad, existe una fase de transición distinguida por factores culturales terrestres: puede ser un pasaje de un túnel o de un pórtico, o la travesía de un puente, según los valores simbólicos respectivos; tras realizar este pasaje –en el que nunca se está sólo, los ángeles de la guarda o guías espirituales siempre están al lado de la persona y la ayudan, así como los seres queridos que murieron antes–, aparece una luz que brilla al final, y que es cada vez más blanca, es de una *claridad absoluta*, y al acercarse a ella la persona se siente llena de un amor, el más grande, indescriptible e incondicional que se pueda imaginar, según las palabras de Kübler-Ross –es lo que se ha denominado “conciencia cósmica”–. Y, añade que cuando alguien tiene una experiencia del umbral de la muerte³³ sólo puede mirar esa luz brevemente³⁴. En esa luz, “en presencia de Dios, de Cristo, o cualquiera que sea el nombre con que se le denomine”, se debe hacer una revisión³⁵ de la propia vida, y es aquí donde se sitúa la tercera etapa. En ésta ya no se tiene ni la conciencia de la primera etapa, ni la percepción de la segunda, sino que se posee el conocimiento (se conoce exactamente los pensamientos, los actos y todas las palabras que se pronunciaron en la vida terrestre, además se interpretarán todos los efectos de aquéllos). Y, la persona se

32 Kübler-Ross (1994) dice que en los momentos de gran dolor, sufrimiento o soledad, la percepción de la persona aumenta de forma que se puede reconocer la presencia de los ángeles de la guarda. Esta autora anima a hablar con ellos, por la noche antes de dormir, y pedirles que se muestren; también se les puede hacer preguntas para que respondan en los sueños.

33 La experiencia de muerte aparente o del umbral de la muerte es lo que viven las personas que están clínicamente muertas en el momento en que su cuerpo físico deja de funcionar.

34 Esa luz tiene su origen en la fuente de la energía espiritual pura, y no tiene nada que ver con la energía física o psíquica. La espiritual no puede ser usada ni manipulada por el hombre, y en ella la negatividad no es posible, o sea, ante esta luz es imposible tener sentimientos negativos. En presencia de esta energía la persona se separa del cuerpo etérico y vuelve a tomar la forma que se tenía antes de nacer sobre la tierra y la que se tendrá en la eternidad.

35 Esta revisión aparece también en los casos analizados por R. Noyes, Jr. (1984) de experiencias de muerte cercana. Esta memoria panorámica es parecida al repaso de los recuerdos de su vida que suelen hacer las personas mayores como terapia o estrategia para dar un mayor sentido y disfrutar de los años que le quedan de vida. Noyes explica que esta revisión de la propia vida es igual que lo que se experimenta cuando se pierde a alguien que se quiere y la persona se «agarra» a representaciones simbólicas del que se ha ido; así, el individuo que se encuentra en trance de morir puede presentar “un cierto apego a sus recuerdos, como símbolos de la propia existencia” (p.114).

dará cuenta de que el responsable de su destino ha sido ella misma, no era Dios el responsable. Así, es la propia persona la que se juzga; por ello, es en la vida terrenal donde la persona crea su infierno o su cielo en el más allá. Por último, esta autora observó en los enfermos con los que trabajaba que, tras su fallecimiento, su rostro manifestaba paz, equilibrio, y serenidad.

Kübler-Ross (1994) afirma que todos tenemos la capacidad de abandonar nuestro cuerpo, no sólo en el momento de la muerte, sino, también, en momentos de crisis (como un agotamiento), en circunstancias extraordinarias, y en diferentes fases del sueño. Esta autora argumenta que toda persona que esté dispuesta a abrirse a lo que ella expone –basándose en sus experiencias con moribundos–, sin prejuicios, podrá tener sus propias experiencias en este tema. Cuando éstas se motivan, se consiguen fácilmente.

Sobre las fases del morir (cólera, desesperación...), Kübler-Ross (1994) sostiene que muchas personas viven fases similares ante la pérdida de un amigo o de un empleo; o cuando tienen que abandonar su casa para ir a vivir a una residencia. Y opina, sobre ello, que todo sufrimiento genera crecimiento.

Por otra parte, dicha autora defiende que cada ser tiene un cuadrante físico, emocional, intelectual y espiritual; el yo verdadero está compuesto de ellos, que deberían equilibrarse y dar un *todo armonioso*. Pero este estado interior sólo puede lograrse cuando se ha aprendido a aceptar el propio cuerpo-físico, siendo tal como debemos ser, liberando los sentimientos desnaturalizados, y expresando nuestros sentimientos libremente.

6. SUICIDIO.

No son muy frecuentes en España las publicaciones sobre la muerte en la vejez, y mucho menos aún, las que tratan concretamente el tema del suicidio. No tratando de suplir este vacío, lo cual sería una pretensión demasiado ambiciosa para este texto, hemos creído pertinente incluir un apartado sobre el suicidio, no sólo porque con ello completamos y facilitamos una mayor comprensión de la muerte en la vejez, sino también porque en esta etapa el suicidio adquiere unas características peculiares y, sobre todo, porque en los ancianos el suicidio se da con mayor frecuencia de lo que se cree.

a) Características del suicidio en los ancianos.

– El suicidio puede ser tanto una voluntad de acabar con la vida como una solicitud de socorro (se quiere llamar la atención) –es lo que se ha denominado tentativa de suicidio–, y suele ser muy difícil distinguir unos de otros, pero hay que tomarlos todos en serio porque ambos pueden conducir a la muerte.

– Según Arbelo Curbelo, Hernández Rodríguez y Arbelo López de Letona (1989), Friedan (1994), Kalish (1983), Lehr (1980), Mesa (1994), y Mishara y Riedel (1986), entre otros, generalmente, las personas mayores llevan con éxito su suicidio más que los

jóvenes, de lo que se puede deducir que quieren terminar realmente con su vida. Por otro lado, en los ancianos, en opinión de Nuland (1995) y Soto Loza (1989), los suicidios consumados son más frecuentes entre los varones que entre las mujeres³⁶, de hecho, y como apuntan los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística sobre el Suicidio en España, entre las personas de sesenta y más años, el porcentaje de varones muertos por suicidio (un 72,17%) casi triplica al de mujeres (un 27,82%) (INE, 1995). Y, en este grupo de edad los que tienen un mayor riesgo de suicidio suelen ser los casados y viudos con hijos, en este orden (INE, 1995).

– Friedan (1994) dice que la tasa de proporción de suicidios es más alta entre los varones en todos los grupos de edad. También los datos españoles muestran esta tendencia (INE, 1996).

– Arbelo Curbelo, Hernández Rodríguez y Arbelo López de Letona (1989), Beauvoir (1983), Kalish (1983), Lehr (1980) y Mesa (1994) afirman que las tasas de suicidio se incrementan con la edad³⁷. Friedan (1994; citando a R. Butler) y Mishara y Riedel (1986) señalan que, entre los ancianos, el suicidio es más frecuente que lo que aparece en las estadísticas, lo que sucede es que como se considera su muerte como un fenómeno natural no siempre se investigan las causas del fallecimiento.

– Existen otras formas de suicidio, indirectas o encubiertas (denominadas también, según Soto Loza –1989– los «equivalentes suicidas», «suicidios pasivos» según Mesa –1994–, o «suicidio por erosión» como lo denomina Villasana Cunchillos –1991b–), que es cuando el anciano no sigue los consejos del médico, no sigue los tratamientos, cuando se niega a comer, etc., o sea, se deja morir de una forma pasiva y lenta. Pero estos comportamientos podrían paliarse con intervenciones individuales y también a través de cambios en el entorno (Friedan, 1994; Mishara y Riedel, 1986). Esta forma de suicidio apenas se da entre los jóvenes.

– Las personas mayores suelen utilizar métodos, o técnicas, duros y violentos. Los últimos datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística, pertenecientes al año 1994, sobre los medios empleados por las personas de sesenta y más años para el suicidio indican que éstos son, por este orden, los siguientes: asfixia, precipitación desde alturas –defenestración–, sumersión, arma de fuego, precipitación al paso de vehículos,

36 Quizá debido a que, como apunta Villasana Cunchillos (1991b), los varones, en general, utilizan métodos más violentos.

37 Beauvoir (1983) señala que “Durkheim fue el primero en establecer cuadros estadísticos mostrando que el porcentaje de suicidios aumenta de los 40 a los 80 años” (p.332).

En nuestro país, y según datos del Instituto Nacional de Estadística (1996) en su informe sobre “Defunciones según la Causa de Muerte. 1993”, las tasas más altas de mortalidad a causa de suicidio y lesiones autoinfligidas se dan en la década de los 60-69 años, siendo significativamente mayor en los varones.

envenenamiento con sustancias sólidas o líquidas, y arma blanca. Apenas existen diferencias entre los medios utilizados por los varones y las mujeres, salvo en el caso del arma de fuego y el arma blanca que son elegidos frecuentemente, –en especial, el primero–, por los varones, y son los menos utilizados por las mujeres (INE, 1995).

– Y, principalmente, son suicidios premeditados y reflexivos, y no suelen hablar con nadie de sus intenciones (Mesa, 1994 y Soto Loza, 1989).

b) Causas del suicidio en las personas mayores.

Varios autores, como Intxausti Zugarramurdi y Caballero García (1996), Mesa (1994), Soto Loza (1989) y Villasana Cunchillos (1991b), han realizado un análisis de los factores que, según ellos, suelen estar presentes en la decisión de suicidio de los ancianos, y los han agrupado en relación a las siguientes áreas:

– Factores psicológicos³⁸. Éstos son muy numerosos, destacan el sentimiento de soledad, la ociosidad y el aburrimiento, psicosis, sentimiento de inutilidad e improductividad, sentimientos de abandono, falta de proyectos, tendencia melancólica a refugiarse en el pasado, duelo, miedo a la enfermedad, etc.

– Factores patológicos o médicos: enfermedad crónica, -grave y dolorosa-, demencias, alcoholismo, pérdida de facultades intelectuales o físicas, insomnio pertinaz, depresión, etc.

– Factores socio-familiares: muerte de un ser querido, ingreso en residencias o asilos, aislamiento, vivencias de abandono, situaciones de desarraigo, maltrato, etc.

– Factores socioeconómicos o sociolaborales: la pérdida del rol laboral, problemas económicos, pérdida del estatus social, percepción de rechazo social frente a la vejez, etc.

Pero, aunque es importante conocer la relación que guardan todos estos factores como posibles motivos de suicidio, hemos de hacer, asimismo, alusión a las causas conocidas en base a las últimas cifras presentadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 1995). Según estos datos, el mayor porcentaje (un 42,85%) de suicidios de las personas de sesenta y más años es debido a estados psicopáticos. A dicho motivo le sigue los padecimientos físicos (un 28,03%), o sea, enfermedades o problemas de salud. Y, ocupando el tercer lugar, aunque con proporciones menos significativas, se sitúa los disgustos de la vida (un 12,39%). Es preciso mencionar que en todas estas causas se observa una gran diferencia entre varones y hembras, o sea, la proporción de hombres en todas

38 En este apartado cabe añadir la influencia de ciertos rasgos o anomalías de la personalidad que, acentuados por el envejecimiento, pueden favorecer el pensamiento y las conductas suicidas. Estos rasgos son, según Intxausti Zugarramurdi y Caballero García (1996, p.27), los siguientes: rasgos de ansiedad, personalidad depresiva, anómala tolerancia a la frustración, rigidez, dependencia, egocentrismo, inmadurez, impulsividad, inestabilidad y hostilidad.

éllas es muy superior al de mujeres³⁹. Pero las causas principales de suicidio son las mismas para hombres y mujeres. Sin embargo, y pese a la validez de estos datos, hemos de interpretar con cautela estas cifras pues, en realidad, no reflejan más que una parte (menos de la mitad) de las causas conocidas de suicidio, pues en gran número de casos no consta la causa. Volviendo, de nuevo, a las tres causas principales de suicidio en las personas mayores indicadas anteriormente, queremos añadir un dato, y es el hecho de que estos tres motivos son los mismos desde hace ya bastantes años⁴⁰. Ello puede ayudar a que las estrategias y medidas preventivas del suicidio sean más eficaces, ya que se conocen las áreas de actuación donde se debe intensificar el trabajo.

Para terminar, hemos de mencionar que, aunque tanto la suicidología en general, como, particularmente, el desarrollo de programas para la prevención de las tentativas de suicidio en los ancianos, se encuentran todavía en sus fases iniciales, podemos encontrar actualmente algunas iniciativas y estudios que tratan el tema y proponen sugerencias⁴¹. Además la IASP (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio) y la OMS han desarrollado estrategias nacionales preventivas que se estructuran en cuatro dimensiones básicas en relación al fomento de la investigación, al diseño y puesta en marcha de programas y servicios de atención clínica, información y, formulación de estrategias para intervenir en los grupos de alto riesgo.

Creemos que desde el ámbito educativo se puede contribuir en los programas de prevención de tentativas de suicidio en los ancianos, especialmente a través de estrategias formativas que ofrezcan al anciano alternativas y que le motiven a afrontar sus problemas, a participar en actividades socioculturales, a potenciar sus relaciones sociofamiliares, etc.

39 Nuland (1995, p.155) justifica esta mayor tasa de suicidios en los varones ancianos diciendo que éstos "sucumben a la angustia de la enfermedad y la soledad, y son particularmente proclives a la depresión".

40 Cfrs. Arbelo Curbelo, Hernández Rodríguez y Arbelo López de Letona (1989) realizaron un análisis de las causas conocidas de los suicidios de los ancianos en base a cifras del período comprendido entre 1976 y 1985. En dichos años los porcentajes más altos se dieron en los siguientes factores: padecimientos físicos (41,37%), estado psicopatológico (41,25%) y disgustos de la vida (9,89%). Como vemos, sólo se observa un descenso significativo en relación a los padecimientos físicos, aunque sigue manifestándose como causa importante de suicidio en este grupo de edad.

41 Ver Intxausti Zugarramurdi y Caballero García (1996) y Villasana Cunchillos (1991b).

7. BIBLIOGRAFÍA.

- ALBA, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- ANDRACA, F. (1998). Suicidio en adultos mayores: generalidades. *Geriátrika*, 14(1), 17-24.
- ARBELO CURBELO, A. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. y ARBELO LÓPEZ DE LETONA, A. (1989). *Demografía sanitaria de la ancianidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- BEAUVOIR, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- BLANCO PICABIA, A. (1992). La muerte en el anciano. *Geriátrika*, 8 (10), 443-450.
- BLANCO, A. y ANTEQUERA, R. (1997). Duelo y muerte en la vejez. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales* (pp.183-196) . Madrid: Biblioteca Nueva.
- COHEN, G.D. (1991). *Envejecimiento cerebral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- DE LAS HERAS, F.J., DUEÑAS, J.M., GAONA, J.M. y ELEGIDO, T. (1988). Etiopatogenia e incidencia del suicidio en los ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 23(1), 23-30.
- FERICGLA I GONZÁLEZ, J.M. (1992). *Envejecer: Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- FLÓREZ TASCÓN, F.J. y LÓPEZ-IBOR, J.M. (1994). *Saber envejecer. Cómo vivir más y mejor*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- FRIEDAN, B. (1994). *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.
- GARCÍA PRADA, J.M. (1989). El envejecimiento en el proceso de morir. En AA.VV. *Hacia una vejez nueva. I Simposio de Gerontología de Castilla-León* (pp.167-177). Salamanca: San Esteban.
- GARCÍA SABELL, D. (1984). La vejez como correlato de la muerte. En AA.VV. *La ancianidad, nueva etapa creadora* (pp.21-39). Barcelona: Edimurtra.
- GARCÍA VELASCO, J., ORTIZ-VILLAJOS, L. y DANVILA CARBONELL, J. (1988). El paciente, la familia, y el médico, ante la hora final. *Geriátrika*, IV (6), 290-293.
- GAROS MORENO, R. (1992). Antropología de la muerte. (Actitudes del anciano ante la muerte en Occidente y en el medio tradicional africano). *Geriátrika*, 8 (8), 382-388.
- GONZÁLEZ LÓPEZ, G. (1993). Suicidio en la vejez. *Psiquiatría Pública*, 5(2), 109-115.
- GUILLEMARD, A.M. (1971). *La retraite, une mort sociale*. París: Mouton.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1995). *Estadística del Suicidio en España. 1994*. Madrid: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1996). *Defunciones según la Causa de*

- Muerte. Tomo I. Resultados básicos.* Madrid: INE.
- INTXAUSTI ZUGARRAMURDI, A. y CABALLERO GARCÍA, J.C. (1996). Suicidio en el anciano. *Geriatría*, 12(1), 24-30.
- KALISH, R. A. (1983). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano.* Madrid: Pirámide.
- KASTENBAUM, R. (1984). Felices para siempre. En R. Kastenbaum, *Entre la vida y la muerte* (pp.31-49). Barcelona: Herder.
- KÜBLER-ROSS, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Grijalbo. (1ª ed. 1975).
- KÜBLER-ROSS, E. (1994). *La muerte: un amanecer.* Barcelona: Luciérnaga. (1ª ed. 1989).
- LEHR, U. (1980). *Psicología de la senectud.* Barcelona: Herder.
- LÓPEZ ARANGUREN, J.L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social.* Madrid: INSERSO.
- MARÍAS, J. (1979). La última forma de instalación en la vida. En J. Marías y otros. *Higiene preventiva de la tercera edad* (pp.15-35). Madrid: Karpos.
- MÉNDEZ, J.A., LÓPEZ, I., JATO, A. y PAZOS, M. (1991). Estudio evolutivo de la mortalidad por suicidio en los ancianos. *Geriatría*, 7(5), 43-50.
- MESA, P.J. (1994). El suicidio en la vejez. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.299-311). Madrid: Siglo XXI de España.
- MISHARA, B.L. y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento.* Madrid: Morata.
- MOODY, R.A. (1980). *Vida después de la vida.* Madrid: Edaf.
- MORAGAS MORAGAS, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida.* Barcelona: Herder.
- Moreno Lara, X. (1988). *Triunfar en la 3ª Edad.* Bilbao: Mensajero.
- MORIN, E. (1974). *El hombre y la muerte.* Barcelona: Kairós.
- NOYES, R., Jr. (1984). Experiencias de muerte cercana. Su interpretación y significado. En R. Kastenbaum, *Entre la vida y la muerte* (pp.105-123). Barcelona: Herder.
- NULAND, S.B. (1995). *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida.* Madrid: Alianza Editorial.
- PÉREZ CÁRCELES, M.D. y otros (1997). Influencia del sexo en el suicidio consumado del anciano. *Revista de Gerontología*, 7(4), 224-228.
- RAMOS, F. (1997). Psicología de la muerte y la vejez. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales* (pp.169-182). Madrid: Biblioteca Nueva.
- RAMOS, F., SÁNCHEZ-CARO, J.M. y SÁNCHEZ-CARO, J. (1985). *La muerte: realidad y misterio.* Barcelona: Salvat.
- ROCA ROCA, F. (1989). El hombre y la sociedad ante la muerte. *Geriatría*, 5 (5), 252-257.

- RODRÍGUEZ DE VERA, B.C. (1998). Perspectiva de la muerte en la ancianidad. *Geriatrka*, 14(1), 55-57.
- ROSS, B. (1984). ¿La historia de siempre?. Perspectiva histórica. En R. Kastenbaum, *Entre la vida y la muerte* (pp.51-68). Barcelona: Herder.
- RUDERMAN, S. (1984). Encuentro personal con la muerte y algunas consecuencias. En R. Kastenbaum, *Entre la vida y la muerte* (pp.13-30). Barcelona: Herder.
- SAN MARTÍN, H. y PASTOR y ALDEGUER, V. (1990). *Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (1992). *Guía de atención a la salud del anciano*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- SKINNER, B.F. y VAUGHAN, M.E. (1986). *Disfrutar la vejez*. Barcelona: Martínez Roca. (Ed. original en inglés, 1983).
- SOTO LOZA, A. (1989). Aspectos psicopatológicos de la vejez. En AA.VV. *Hacia una vejez nueva. I Simposio de Gerontología de Castilla-León* (pp.179-198). Salamanca: San Esteban.
- THOMAS, L.-V. (1976). *Anthropologie de la mort*. París: Payot.
- VILLASANA CUNCHILLOS, A. (1991a). Conductas suicidarias en el anciano (I parte). *Gerokomos*, II (2), 20-22.
- VILLASANA CUNCHILLOS, A. (1991b). Conductas suicidarias en el anciano (II parte). *Gerokomos*, II (3), 20-23.