



EL FENOMENO DE LA MUERTE EN LA INVESTIGACION DE LAS EMOCIONES¹

JOAQUIM T. LIMONERO GARCÍA
Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen

El objetivo del presente trabajo ha sido explorar las posibilidades que ofrece el fenómeno de la muerte para el estudio de algunas de las emociones más intensas que es capaz de soportar el ser humano. Para ello se han analizado las reacciones emocionales de los enfermos terminales, sus familias y el equipo asistencial ante dos situaciones diferentes: muerte propia y muerte ajena. La conclusión que se extrae es que la situación de enfermo terminal permite desarrollar un gran campo de estudio de las emociones que posee una gran validez ecológica.

Palabras clave: Muerte, Enfermedad terminal, Emoción

Abstract

The phenomenon of death as an example of research on emotions. The aim of this paper is to explore the possibilities that death offers for the study of some deep emotions that people can experience. In order to that, we have analyzed the emotional reactions of terminally ill patients, their families and the support team care in two different situations: in the face of own death and in the face of other's death. The main conclusion of this paper is that the ecological validity offered by terminally illness provides fruitful possibilities to the psychological research on emotions.

Key words: Death and dying, Terminally ill patient, Emotion

1. Introducción

Con el trabajo pionero de Charles Darwin *The expression of emotions in man and animals* (1872) nace la investigación científica de las emociones. Esta obra ha influido notablemente su estudio no sólo durante el siglo XIX, sino también en el presente siglo (Young, 1980). William James (1884) y Carl Lange (1885) son, posiblemente, quienes formulan la primera teoría psicológica sobre las emociones. Posteriormente, Walter Cannon (1927) realiza una crítica drástica de la misma para promover su propia teoría talámica de las emociones. Años más tarde, el mismo Cannon inicia una nueva línea de investigación muy fecunda --el estrés--, que ha sido continuada por Hans Selye (1946), Harrold Wolff (1950) y Richard Lazarus (1966), entre otros. Desde entonces hasta nuestros días, el estudio de las respuestas emocionales tanto en animales como en humanos, no ha perdido su vigencia dentro de la Psicología (Leventhal y Tomarken, 1986; Mandler, 1979; Mayor, 1988).

¹ Este trabajo ha sido realizado, en parte, gracias a la ayuda PB89-0312 de la Dirección Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

A pesar de que han transcurrido más de 100 años desde los primeros estudios psicológicos sobre las emociones, permanecen aún sin resolver algunos problemas fundamentales, como, por ejemplo: ¿qué se entiende por emoción? (Ekman, 1984; Fehr y Russell, 1984; Fernández Trespalacios, 1989; Frijda, 1988; Izard, 1993; Izard y Blumberg, 1985; Lazarus, 1991a; Mandler, 1979; Reisenzein, 1983, entre otros); ¿existen emociones universales? (Ekman, 1992; Izard, 1992; Mesquita y Frijda, 1992; Orthon y Turner, 1990; Russell, 1991; Stein y Oatley, 1992; Turner y Orthon, 1992); ¿para qué sirven las emociones? (Oatley y Jenkins, 1992); ¿predomina un hemisferio cerebral sobre el otro en la generación de emociones? (Davidson, 1984; Leventhal y Tomarken, 1986); ¿se pueden producir emociones sin cognición? (Lazarus, 1982, Zajonc, 1980); ¿en qué medida afecta el estado emocional a la memoria? (Bower, 1981, 1987).

El análisis de las emociones merece la pena dado que el comportamiento humano está modulado, en parte, por ellas, pudiendo tener efectos positivos o negativos sobre la propia conducta, al ayudar o interferir en los procesos que la regulan. La complejidad del estudio de las emociones radica en el hecho de que éstas están relacionadas con un gran número de procesos psicológicos: atención, percepción, aprendizaje y memoria. Dadas estas características de las emociones, no nos ha de sorprender que la Psicología, y más concretamente la Psicología Básica, otorgue un lugar destacado a su investigación. En definitiva, su estudio nos puede ayudar a mejorar la comprensión de la naturaleza humana.

El campo de las emociones ha sido, y sigue siendo actualmente, amplio y variado. La existencia de un gran número de orientaciones teóricas y metodológicas ha dado lugar a un extenso abanico de datos difícilmente convergentes en una estructura conceptual común, debido, en gran parte, al hecho de que los fenómenos emocionales son complejos y pueden ser abordados desde distintos niveles: fisiológico, cognitivo y conductual. A pesar de ello, podemos circunscribir la investigación en el terreno emocional a dos grandes perspectivas teóricas que engloban la mayoría de las investigaciones realizadas: el enfoque orgánico y el enfoque mentalista (Mandler, 1979). El primero señala que los acontecimientos fisiológicos son los precursores de las emociones. Dentro de esta tradición, se ha investigado, por ejemplo, sobre la inducción artificial de emociones y bloqueo del *feedback* autonómico (Hohmann, 1966; Wynne y Solomon, 1955) y sobre la producción de patrones viscerales de respuesta e identificación de emociones (Averill, 1969; Ax, 1953; Stemmler, 1989; Valins, 1966). Por su parte, la visión mentalista considera que los eventos orgánicos son una consecuencia de los eventos psíquicos. Esta posición teórica surge a partir de los trabajos, ya clásicos, de Schachter y Singer (1962) y ha continuado con las observaciones de la expresión facial de las emociones (Ekman, 1984, 1992, 1993; Ekman, Friesen y Ellsworth, 1972; Ekman y Oster, 1979; Ekman y O'Sullivan, 1988); el estudio de la universalidad de las emociones (Ekman, 1992; Izard, 1990; 1992); y con las investigaciones sobre apreciación de Lazarus y Averill (Averill, 1980; Lazarus, 1982, 1984, 1991a, 1991b, 1993), frustración, a cargo de Amsel (1992); interrupción por parte de Mandler (1979, 1980), e indefensión aprendida, elaborada por Seligman (1975), entre otros.

Desde otro punto de vista, el estudio de las emociones se ha desarrollado en dos contextos bien diferenciados: situaciones de laboratorio y situaciones de campo, tanto en animales como en humanos. La principal objeción que se puede atribuir a la investigación realizada con sujetos humanos en el laboratorio, es la limitada validez ecológica de las emociones en él generadas. En este sentido, por ejemplo, no se pueden provocar intensas emociones por los problemas éticos que de ello se derivaría, ni parece factible estudiar el estrés crónico en el laboratorio. Respecto a los estudios realizados sobre inducción de estados emocionales en animales llevados a cabo en situaciones controladas, surge el problema de la validez de estos modelos y su posible extrapolación al ser humano --el lector interesado puede consultar, al respecto, la excelente obra de Maser y Seligman (1977)--. Nos encontramos, por tanto, frente a un problema, ya que si no podemos crear situaciones que generen emociones intensas, no

podremos estudiarlas ni tener información sobre ellas, a no ser que lo hagamos *in situ*, es decir, tal como acontecen en la realidad. En este sentido, la importancia de los trabajos de campo radica en el hecho de que se pueden estudiar emociones reales y espontáneas, tal como se presentan o manifiestan en la vida misma. Dentro de los estudios de campo, una de las situaciones naturales extremas desencadenante por sí misma de algunas emociones especialmente intensas, es la proximidad o amenaza de la muerte. *El objetivo del presente trabajo será precisamente describir las posibilidades que ofrece la muerte (propia y ajena) para el estudio de las emociones más intensas que puede soportar el ser humano.*

2. Emociones que desencadena la muerte

La muerte es un hecho inherente a la condición humana, constituyendo por sus propias características una de las fuentes de impacto emocional más significativo. La muerte es una situación natural extrema de pérdida, en la cual se pueden analizar las emociones que genera en las personas implicadas en la misma, siempre y cuando, su estudio respete los derechos de las personas y no reporte problemas éticos. Las emociones que provoca la muerte se pueden estudiar de dos maneras diferentes en función de su incidencia sobre la persona: muerte propia y muerte ajena.

En el presente trabajo hemos estructurado las investigaciones realizadas entorno a la muerte del siguiente modo:

2.1. Muerte propia

2.1.1. Situación hipotética.

2.1.2. Situación real: reacciones emocionales del enfermo en situación terminal.

2.2. Muerte ajena

2.2.1. Reacciones emocionales de los familiares o allegados de los enfermos en situación terminal.

2.2.2. Reacciones emocionales de los familiares o allegados después del fallecimiento.

2.2.3. Reacciones emocionales del equipo asistencial que atiende al enfermo moribundo y a su familia.

2.1. Muerte propia

2.1.1. Emociones que desencadena la muerte propia: situaciones hipotéticas

Estos estudios se han basado principalmente en la administración de cuestionarios y escalas que pretenden analizar las actitudes ante la muerte. Entre las escalas más conocidas destacamos: la ansiedad ante la muerte (Collet-Lester, 1969; Templer, 1970), el miedo a la muerte (Lester, 1967; Cfr. Lonetto y Templer, 1988) o la preocupación que genera la muerte (Dickenstein, 1972). Gran parte de la investigación realizada se ha basado en la aplicación de la escala elaborada por Templer (1970) --*Death Anxiety Scale (DAS)*--. Esta escala consta de 15 elementos agrupados en cuatro factores: 1) cognoscitivo y afectivo, 2) alteración física, 3) paso del tiempo, y 4) estrés y dolor. Componentes que reflejan la naturaleza multidimensional de la ansiedad ante la muerte.

En una excelente revisión realizada sobre el tema por Urraca (1982) en su tesis doctoral, este autor informa sobre la utilización de técnicas proyectivas y el registro de respuestas psicogalvánicas como medios para medir las actitudes y reacciones ante la muerte.

Como ejemplos de la aplicación de alguno de los instrumentos anteriormente mencionados, destacamos los trabajos de Cochrane, Levy, Fryer y Oglesby (1990-1991), realizados con

médicos oncólogos, donde los autores ponen de relieve que los médicos que manifiestan menor ansiedad ante la muerte (menor puntuación en la escala DAS) atienden más efectivamente a los enfermos moribundos; y la investigación realizada por Frazier y Foss-Goodman (1988-1989), en la cual los autores utilizan como instrumentos de evaluación la DAS, la escala de Miedo a la Muerte elaborada por Sarnoff y Corwin, el inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y la escala de Jenkins (JAS) que evalúa el estilo de vida. Estos autores concluyen que el tipo de personalidad (neuroticismo y patrón tipo A de conducta) y la ansiedad hacia la muerte están relacionadas positivamente.

En nuestro país, Ramos (1982) analiza la ansiedad ante la muerte de 120 ancianos internados en asilos-residencias, 110 estudiantes universitarios de psicología y 244 diplomados de enfermería utilizando la DAS de Templer. Este autor destaca como factor principal de la ansiedad ante la muerte la personalidad del sujeto, es decir, el componente cognoscitivo-afectivo. Componente que es independiente de la experiencia y del sexo de la persona. Así mismo, Ramos observa que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital. Por su parte, Urraca (1982) estudia la preocupación, el miedo y la ansiedad ante la muerte utilizando para ello las escalas de Dickstein, Collet-Lester y Templer en un grupo de 1280 personas (estudiantes de psicología, medicina y teología, médicos, enfermos, ancianos y trabajadores). Urraca concluye que las actitudes ante la muerte y el morir están vinculadas, además de las dimensiones mencionadas por Templer, a otros factores como, por ejemplo, evitación del contacto con cadáveres, evitación cognitiva del estado terminal, y temor ante la pérdida de un ser querido. Con relación a la religiosidad, Urraca observa diferencias significativas respecto a la preocupación, temor y ansiedad ante la muerte. Así por ejemplo, los sujetos con mayor religiosidad manifiestan mayor preocupación por las consecuencias que producirá la muerte de un ser querido.

2.2. Emociones que desencadena la muerte propia. Reacciones emocionales del enfermo en situación terminal

La mayoría de los enfermos oncológicos en situación terminal llegan a esta etapa después de un cierto período de tiempo --más o menos prolongado según el tipo de neoplasia de que se trate-- en el cual han recibido algún tipo de tratamiento para curar o detener la progresión de la enfermedad. Este período ha permitido, en muchos casos, la adaptación del enfermo, y también la de su familia, a la realidad de su enfermedad y a los cambios futuros que se pudieran producir, y anticipar los cambios y pérdidas que se producirán con su avance, incluyendo la muerte futura, de forma menos agresiva que si ésta fuera repentina e inesperada (Mouren-Mathieu, 1987; Parkes, 1980). A pesar de esta potencial adaptación, cuando el paciente llega a la última fase de la dolencia tanto éste como su familia sufren un gran impacto emocional, el cual también afecta al equipo terapéutico que los atiende.

De las investigaciones realizadas con enfermos en situación terminal (Astudillo, Mendiñeta y Astudillo, 1992; Comas, 1989, 1992; Lichter, 1991; Mouren-Mathieu, 1987; Parkes, 1980; Penson, 1991; Stedeford, 1984; Twycross y Lack, 1987; Cfr. Vachon, 1988) se desprende la existencia de tres grandes grupos de elementos responsables del impacto emocional que sufre el enfermo. El primer grupo de estos factores está relacionado con las características personales del enfermo, es decir, con su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar. En este sentido, la percepción de la muerte a corto plazo, junto con el miedo al sufrimiento (dolor severo, asfixia, parálisis, incapacidades, etc.) o a una prolongada agonía, y el miedo a morir solo, denotan, en cierto modo, una falta de control y predictibilidad sobre los acontecimientos futuros. Además de estos elementos, la pérdida de control tanto de sus capacidades físicas como psicológicas (minusvalías que generan una gran preocupación, ansiedad y disconfort en

el enfermo) y la incertidumbre de no saber que pasará, cómo evolucionará la enfermedad (Robbins, 1989) o que acontecerá después de la muerte (Mouren-Mathieu, 1987), contribuyen a agravar su situación.

Existen otros elementos (el aburrimiento, la religiosidad, las tareas inacabadas) que a pesar de su importancia, algunas veces, pasan desapercibidos. El aburrimiento influye negativamente en el bienestar del enfermo al contribuir al agravamiento de la intensidad de sus síntomas (Twycross y Lack; 1987). A través de medidas distractoras y recreativas, como, por ejemplo, la terapia ocupacional, se intenta no sólo distraer al enfermo, sino, ayudarlo en el mantenimiento de su autoestima y dignidad, siempre y cuando exista un buen control de síntomas (Tigges; 1983; Wynne, 1989). También es importante tener en cuenta las necesidades religiosas o espirituales no satisfechas (Hoy, 1983; Stoter, 1991), y las tareas o proyectos pendientes o inacabados, como, por ejemplo, la boda de una hija (Cole, 1992; Lichter, 1991; Parkes, 1980).

El segundo grupo de elementos está vinculado con la enfermedad y su tratamiento. Con relación a la enfermedad, ésta constituye por sí misma, la principal causa de malestar. El progreso de la dolencia, el aumento de la dependencia o pérdida de autonomía (higiene personal, deambulacion, alimentación, etc.), junto con la dificultad en el control de síntomas y la presencia de síntomas claves o reveladores de deterioro (debilidad, anorexia, pérdida de peso, dolor, náuseas y vómitos) inciden negativamente en el bienestar del moribundo. El significado e impacto de estos problemas aumenta ante la percepción inminente de la muerte. En este sentido, la aparición de un nuevo síntoma o el aumento de la intensidad de uno ya existente, es percibido como amenazante y antesala del grave deterioro que sufre el enfermo, y por lo tanto, de la inminencia de la muerte (Hinton, 1967; MacAdam y Smith, 1987; Robbins, 1989). Con relación al tratamiento terapéutico destacamos los siguientes elementos: el ingreso en el hospital (en esta situación, el enfermo se encuentra, por una parte, en un medio que le es hostil por las connotaciones negativas que tiene asociadas; por otra, se produce la fragmentación de la familia, el enfermo se separa de sus seres estimados, careciendo en la mayoría de los casos, de objetos o elementos de referencia); la falta de apoyo o compromiso por parte del equipo terapéutico o el encarnizamiento terapéutico --actitud obstinada del personal sanitario que pretende curar y alargar la vida del paciente, en vez de aliviar e intentar proporcionar confort al mismo, consiguiendo efectos opuestos a los deseados-- (UCPHSCV, 1992); el exceso o defecto de información sobre su realidad, o la administración de una información inadecuada.

El tercer grupo de factores hace referencia a la relación del enfermo con su familia o allegados. A nuestro entender, los más relevantes son: la pérdida de roles (familiar, social, laboral); las consecuencias que tendrá su desaparición para el resto de la familia que depende directamente de él (situación que se ve agravada si existen hijos menores de edad o que padecen alguna minusvalía como puede ser el síndrome de Down); la soledad (ausencia de compañía) y el aislamiento del paciente por parte de la familia y/o del equipo asistencial que le atiende debido, por ejemplo, a una conspiración de silencio o a un trato indigno como persona, como puede ser la infantilización del paciente. Los miedos y las reacciones del enfermo, así como los de la familia y amigos, generan una barrera física entre ellos que obstaculiza su relación.

La conspiración de silencio, la ignorancia, la evitación, el aislamiento del paciente junto con un mal control de síntomas, contribuyen todos ellos a la pérdida de la esperanza en el enfermo, mientras que una buena comunicación, un adecuado apoyo emocional y un buen control de síntomas, devuelven la esperanza al paciente al favorecer su optimismo y adaptación a su situación (Mouren-Mathieu, 1987).

En síntesis, el impacto emocional que provoca la enfermedad en el moribundo está originado por una gran diversidad de causas, entre ellas, la propia personalidad del enfermo, el tratamiento terapéutico y el apoyo familiar recibido. En esta situación extrema, la *vida* del moribundo gira alrededor de su dolencia. Su atención y percepción están sensibilizadas y focalizadas en la detección de un nuevo síntoma o en el empeoramiento de uno ya existente. En este sentido,

la persona realiza frecuentemente comparaciones de su estado actual con su estado anterior, así por ejemplo, compara su dolor presente con el dolor que padecía ayer por la mañana. El resultado de estas comparaciones se ve reflejado en la aparición de un gran número de reacciones emocionales. Varios son los autores que han descrito el proceso de adaptación del enfermo a su enfermedad terminal y a su muerte (Kübler-Ross, 1969; Parkes, 1980; Stedeford, 1984, entre otros). Quizás el trabajo más conocido sea el de la doctora Kübler-Ross, realizado a finales de los años 60, donde describe las reacciones emocionales del enfermo ante la muerte. Ross señala cinco estadios: 1) negación y aislamiento ante el conocimiento del diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad, 2) ira y agresividad hacia los que le rodean, 3) negociación para prolongar la vida, 4) depresión, comprensión de que no hay nada que hacer, y 5) aceptación de la muerte. Estas fases no son consecutivas, ni tampoco tienen por qué pasar por ellas todas las personas, ya que el proceso de adaptación a la dolencia y a la muerte depende de la personalidad del enfermo y del apoyo familiar-asistencial que recibe. Estas fases se han de entender como estados emocionales fruto de los mecanismos de defensa que utiliza el enfermo para adaptarse a su realidad (Kübler-Ross, 1969).

En un trabajo previo (Limonero, 1993), observamos que las principales manifestaciones del impacto emocional que sufre la persona moribunda se pueden agrupar --a pesar de los riesgos que ello comporta-- en dos categorías: internas y externas, en función de su incidencia sobre el propio enfermo o sobre terceras personas. Con relación al primer grupo destacaríamos: las respuestas típicas de ansiedad y depresión fruto de la propia situación (enfermedad, tratamiento, ambiente) --la ansiedad y la depresión, son entendidas en el enfermo moribundo más como reacciones adaptativas que como trastornos psiquiátricos (Lichter, 1987; Mouren-Mathieu, 1987; Parkes, 1980)--; la autoculpabilidad (el paciente se siente culpable o responsable de su enfermedad); la disminución de la autoestima y autoimagen, sentimientos que van aumentando a medida que progresa la enfermedad y aumenta la dependencia del paciente hacia su familia y hacia el equipo terapéutico (Lichter, 1991), y la incompreensión (el enfermo no comprende que es lo que le pasa realmente). A este tipo de reacciones emocionales las hemos denominado *internas* por su dificultad de reconocimiento y por afectar principalmente al enfermo.

Las manifestaciones emocionales que hemos denominado *externas* --por su mayor facilidad de detección y por ser las que más repercuten en terceras personas--, son a nuestro entender, las siguientes: el llanto (el paciente no sabe como afrontar la situación y llora impotente ante la misma); la aparición de desinterés por las personas o cosas que rodean al enfermo, desinterés que puede estar relacionado, por ejemplo, con la pérdida de esperanza o con la aceptación de la muerte inminente; la manifestación de quejas y demandas desmesuradas o por el contrario mutismo (a pesar de que el paciente está pendiente de todo lo que se le hace o se le dice, no expresa verbalmente como se encuentra realmente), y la labilidad emocional: el paciente puede estar muy triste o por el contrario excesivamente eufórico u optimista. Son respuestas que denotan las dificultades por las que atraviesa la persona para adaptarse a su nueva situación.

Kastenbaun y Aisenber (1972) señalan que el miedo y la ansiedad son las respuestas que se presentan con mayor probabilidad cuando la muerte se hace presente. En este sentido, Wu (1990-1991) ha observado que la percepción de muerte inminente se relaciona positivamente con depresión y temor, mientras que la aceptación de la misma correlaciona negativamente con rabia, depresión y quejas. Por su parte, Prince y Hoffmann (1991) informan sobre la presencia de sueños desagradables en el enfermo, sueños que tratan de su propia enfermedad, muerte, sufrimiento, agonía, etc. a medida que avanza la enfermedad.

Visto el panorama anterior, no nos ha de extrañar la diversidad de comportamientos o manifestaciones que realiza el enfermo al estar sometido a un gran abanico de estímulos elicitadores de tales reacciones.

Para disminuir el impacto emocional en el paciente y su familia, y proporcionar, en la medida de lo posible, confort a los mismos, se han desarrollado los cuidados paliativos. Dichos cuidados

se basan en la prestación de una atención global que abarca la totalidad de los aspectos de la persona (aspectos físicos, psicológico-emocionales, sociales y espirituales). Los cuidados paliativos parten de una *concepción terapéutica activa*, con una actitud rehabilitadora, intentando que el paciente logre y mantenga el mayor tiempo posible sus capacidades físicas, emocionales, espirituales y sociales (Gómez-Batiste y Roca, 1989; Gómez-Batiste, Roca, Pladevall, Gorchs y Guinovart, 1991; Twycross, 1990; Twycross y Lack, 1987; Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Creu de Vic (UCPHSCV), 1992; WHO, 1987, 1990). Se pretende promover la *autonomía y dignidad* del enfermo como persona, aspectos que se tendrán en cuenta en las decisiones terapéuticas. Los instrumentos básicos con los que se cuenta para conseguir una buena calidad de vida o bienestar de los enfermos en situación terminal son: a) *el control de síntomas*; b) *el soporte emocional*, c) *la información y comunicación*, y d) *la resolución de problemas prácticos*, llevados a cabo por medio de un equipo interdisciplinar compuesto por médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, asistentes sociales, religiosos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, y, en algunas ocasiones, voluntarios --todos ellos con formación específica en cuidados paliativos-- para poder, de esta manera, ofrecer un atención integral, humana y digna, tanto al paciente como a su familia.

Más concretamente, el papel del psicólogo en la atención de los enfermos en situación terminal se centra en dos áreas de actuación bien diferenciadas:

1) *Intervención directa sobre el paciente* con un triple objetivo. En primer lugar, fomentar los propios recursos del enfermo, tales como relajación, distracción, imaginación, etc.; en segundo lugar, detectar las necesidades específicas de cada individuo (soledad, ansiedad, miedo, ira, pérdida de interés, depresión, problemas de autoimagen, pérdida de apetito, insomnio, etc.); y en tercer lugar, proporcionar apoyo emocional y esperanza de que va a ser bien atendido, que nunca va a estar solo, que no va a sufrir (Barreto, Martínez y Pascual, 1990; Comas, 1991).

2) *Intervención indirecta sobre el paciente* a través de proporcionar pautas de actuación, tanto a la familia como al equipo que los atiende. En este sentido, el psicólogo informará, orientará y apoyará a la familia y sus allegados, proporcionándoles recursos básicos y entrenamiento en habilidades de comunicación, autocontrol, resolución de problemas, afrontamiento al estrés, etc. Prestará, así mismo, apoyo psicológico a los miembros del equipo interdisciplinar cuando sea necesario (Arranz, 1991; Comas, 1991). Se pretende según Comas (1991) potenciar la colaboración de la familia en la labor asistencial; favorecer que el hospital sea un medio donde la familia se encuentre a gusto, y obtener información del paciente. En este sentido, la presencia de un familiar o amigo íntimo proporciona más paz y tranquilidad al enfermo que cualquier otra medida (Stedeford, 1984).

2.2. Muerte Ajena

Los efectos que genera la muerte o su proximidad --por ejemplo, enfermos en situación de enfermedad terminal-- en terceras personas, se pueden analizar en dos momentos diferentes: durante la enfermedad y después de la muerte del enfermo. Para ello evaluaremos el impacto emocional en los familiares y/o cuidadores de referencia del moribundo durante la última etapa de su existencia, para pasar a continuación a estudiar las emociones que afloran en la familia una vez el miembro de la misma ha fallecido (período de duelo) y, en último lugar, analizar el impacto emocional en el personal sanitario que los atiende.

2.2.1. Reacciones emocionales de los familiares o allegados de los enfermos en situación terminal

Cuando un miembro de una familia padece una enfermedad grave e incurable que se prolonga en el tiempo, como es el caso del cáncer, el resto de la familia va enfermando, la mayoría

de las veces, paralelamente al mismo, llegando al final de la enfermedad agotados. A pesar de que la familia es una unidad, ésta está compuesta por miembros, cada uno de los cuales puede reaccionar individualmente ante un determinado problema, produciéndose, en muchos casos, problemas de comunicación en su seno. En estos casos, tiene lugar la ruptura de la estabilidad familiar, dado que no todos sus miembros pueden llegar a aceptar la pérdida o muerte de uno de ellos. En este sentido, Mouren-Mathieu (1987) señala que las reacciones individuales dependerán del vínculo real que les une con el enfermo. Se puede dar el caso de que uno o varios de los miembros de la unidad familiar no sepan cómo comportarse delante de la persona que se está muriendo y eviten estar en contacto con ella (distanciamiento, apatía), generando dicha acción un gran impacto emocional no sólo sobre ellos, sino también sobre el resto de los miembros de la familia y, claro está, sobre el propio enfermo (Comas, 1991).

Al igual que ocurre con el enfermo su familia está sometida a una gran diversidad de elementos capaces de provocarles un fuerte impacto emocional. Estos factores están relacionados con la propia "personalidad" de la familia, con la enfermedad y su tratamiento, y con las relaciones con el enfermo. Respecto al primer grupo, los elementos más relevantes, a nuestro entender, son: la no aceptación o negación de la muerte de la persona moribunda (Asociación Autrement, 1990); los sentimientos de indefensión e impotencia --no poder hacer nada para evitar la muerte-- (Gomas, 1990), así como sentimientos de culpabilidad que pueden hacer referencia tanto a relaciones pasadas con el enfermo, como a la sensación de que no se ha hecho todo lo posible para atenderlo bien; el cansancio de la familia cuando la fase terminal se prolonga en el tiempo (Cassells y Rolls, 1989; Hays, 1986), y las dificultades económicas derivadas de la propia enfermedad (Pardoe, 1989; WHO, 1987). El segundo grupo de variables está vinculada a la enfermedad y su tratamiento. En este sentido, el momento de la notificación del diagnóstico y pronóstico (UCPHSCV, 1992) y la evolución de la enfermedad, sobre todo, la presencia de determinados síntomas reveladores de agravamiento de la enfermedad: anorexia, alucinaciones, disfagia, pérdida de peso, pérdida autonomía o aumento dependencia, por ejemplo (Ahmedzai, Morton, Reid y Steverson, 1988; Gomas, 1990, 1993) junto con un inadecuado control de síntomas, en especial, dolor, náuseas, vómitos, debilidad, incontinencias (Sykes, Pearson y Chell, 1992) y la insatisfacción con los cuidados dispensados al enfermo (Addinton-Hall, MacDonald, Anderson y Freeling, 1991) son los acontecimientos que inciden negativamente en el bienestar de la familia.

El tercer grupo de elementos trata de la relación de la familia con el enfermo. Entre éstos destacamos los problemas de comunicación con el enfermo y/o el equipo terapéutico que los atiende (Mouren-Mathieu, 1987; Munns, 1989; Parkes, 1980; UCPHSCV, 1992) y la conspiración de silencio entre familia-equipo (Parkes, 1980).

El hecho de que sea uno de los cónyuges el que se está muriendo genera en el otro, además de todos los sentimientos propios de la pérdida de un ser querido, incertidumbre y preocupación por el futuro, por salir adelante y atender adecuadamente las necesidades de la familia, sentimientos que se ven agravados al existir hijos menores o con alguna minusvalía. Estos sentimientos de preocupación e incertidumbre también se producen en el enfermo, ya que éste no quiere morir sin dejar resuelto el futuro de su familia. Por este motivo, el enfermo puede incluso hacer planes y proyectos desde su lecho de muerte. El impacto emocional en la familia es mucho mayor cuando el enfermo moribundo es un niño o una persona joven.

La ansiedad o tensión a la que está sometida la familia se puede traducir, en algunos casos, en un conjunto de síntomas psicofisiológicos, como, por ejemplo, pérdida de apetito, pérdida de peso, dificultades para dormir, aspectos que se deben de tener en cuenta a la hora de atender a la familia.

Curtis y Fernster (1989), señalan que la percepción que tiene la familia de los problemas que padece el enfermo difiere de los que reporta el propio paciente. En este sentido, la familia juzga, por ejemplo, el dolor que padece el paciente como más intenso que el que éste afirma

(Cfr. Addinton-Hall *et al.*, 1991). Por su parte, Miller y Walsh (1991) indican que los familiares desean conocer detalladamente la extensión de la enfermedad, las expectativas de vida y las implicaciones médicas futuras. El desconocimiento de tales datos les genera disconfort.

2.2.2. Reacciones emocionales de los familiares o allegados después del fallecimiento

El duelo es un fenómeno natural que afecta a todas las personas independientemente de su edad y clase social. El concepto clave para entenderlo es la pérdida. Las emociones afloran después de perder a un ser querido o apreciado (Penson, 1991). Es un proceso necesario que permite la adaptación de la familia o amigos a la nueva realidad.

Los estudios sobre el duelo se han dirigido, por un lado, a analizar las fases o mecanismos por los que pasan las personas afligidas después del fallecimiento de una persona amada y, por otro, a describir las reacciones emocionales que padecen y las características personales que las pueden agravar.

El duelo puede ser entendido como un proceso o como una serie de tareas. Para Parkes (1972), el duelo es un proceso que consta de cuatro fases caracterizadas cada una de ellas por un estado emocional concreto: 1) impacto y desconcierto, situación que genera dolor y pena; 2) sentimientos de miedo, culpabilidad, enfado y dolor; 3) desorganización, aflorando sentimientos de apatía, tristeza e indiferencia por el futuro, y 4) reorganización, dando lugar a la aparición de esperanza gradual y reinicio de la vida en nuevas direcciones. Penson (1991) al igual que Parkes, considera el duelo como un proceso y lo describe en función de tiempo transcurrido desde el óbito. No obstante, para Worden (1984), el duelo puede ser entendido como una serie de tareas que implican que la persona afligida puede influenciar su propia readaptación: 1) aceptación de la realidad de la pérdida; 2) experimentación de dolor, pena y rabia; 3) adaptación a la nueva situación; y 4) establecimiento de nuevas relaciones.

A nuestro entender, el modelo de Worden parece ser el modelo más adecuado para la comprensión de las necesidades de los familiares al implicar una serie de tareas sucesivas que han de ir realizando. Así, por ejemplo, si el cónyuge no puede aceptar la muerte de su esposo/a, difícilmente podrá reorganizar su vida. En este sentido, la atención psicológica iría encaminada a la aceptación de la realidad de la pérdida y, a la facilitación de la expresión de pena o rabia, acontecimientos previos y necesarios para que la persona pueda adaptarse a la nueva situación que le toca vivir.

Algunos estudios han puesto en evidencia que un acontecimiento altamente estresante, como es la pérdida de una persona querida, es capaz de producir efectos negativos en la salud de las personas afligidas por tal agravio al alterar la actividad de su sistema inmunitario. Bartrop, Luckhurst, Lazarus Kiloh y Penny (1977) han observado en 26 viudas que el impacto de la muerte del esposo les genera inmunodepresión. Resultados similares han encontrado Schleifer, Keller, Camerino, Thornton y Stein (1983) en 50 viudos durante los dos meses siguientes al fallecimiento de su esposa. Por otra parte, Jones (1987) y Young, Benjamin y Wallis (1963) señalan un aumento de la mortalidad de los cónyuges viudos durante los primeros seis meses después del fallecimiento de la pareja.

Por su parte, Maddison y Viola (1968) han observado que las personas en proceso de duelo acuden, en mayor proporción que las que no, a la consulta de médico por problemas de depresión durante el primer año después del fallecimiento de su pareja.

En el estudio realizado por Stedeford (1984), este autor observa una serie de síntomas o problemas que se presentan en las personas afligidas durante el proceso de adaptación a la pérdida y la reestructuración a la nueva situación que les toca vivir: sentimientos de culpabilidad, inseguridad, agitación, pérdida de apetito, problemas gástricos, apatía, alucinaciones de la presencia del fallecido --sobre todo durante los primeros meses posteriores al deceso--, depre-

sión, ansiedad, desesperanza. [Véase la excelente revisión realizada por Smith (1982)]. Todos estos síntomas van desapareciendo gradualmente con la readaptación del individuo/familia a la nueva realidad. Las complicaciones en el proceso de duelo (exacerbación de los síntomas anteriores) se deben, en la mayoría de los casos, a la inhibición, demora o prolongación del mismo (Stedeford, 1984). En el estudio realizado por Ballin y colaboradores, los autores compararon las reacciones emocionales de 58 familias en cuatro períodos de tiempo distintos desde el fallecimiento de un familiar (3 y 6 meses, 3 y 5 años). Observaron que las respuestas de zozobra e impacto emocional disminuían con el paso del tiempo, siendo muy intensos a los tres meses e inexistentes al cabo de cinco años (Cfr. Smith, 1982).

Como se puede deducir de los párrafos anteriores, tanto el cuidado del enfermo moribundo como su propia muerte producen un gran impacto emocional en sus allegados, pudiendo tener dicho impacto efectos perniciosos para su salud.

Parkes --uno de los mayores estudiosos del tema--, en un trabajo de revisión, describe el tipo de muerte, las características de las relaciones sociales y las características personales, como los principales factores de riesgo que contribuyen a una deficiente recuperación en el duelo (Parkes, 1985). En otro trabajo, este mismo autor (Parkes, 1980) enumera una serie de características que corresponden a las personas que son susceptibles de necesitar cuidados especiales tras la muerte de la persona querida. Las más relevantes son: a) personas de baja condición socioeconómica; b) amas de casa que no trabajan fuera del hogar; c) personas con niños pequeños en su hogar; d) las que muestran una gran tendencia a aferrarse al paciente después de su muerte, pensando continuamente en él; e) individuos sin una familia que les ayude o que reprima las manifestaciones de dolor o pesar; f) sujetos que expresan intensos sentimientos de rabia o amargura antes o después de la muerte del paciente; y g) personas que expresan grandes sentimientos de autorreproche. Además de estas características, Penson (1991) añade la presencia de trastornos emocionales previos, sobre todo depresión; el retraso en la expresión de sentimientos de duelo o pena; el miedo hipocondríaco a la enfermedad que ha causado la muerte y los cambios radicales de estilo de vida, especialmente si se establece una nueva relación sentimental sustitutoria de la anterior sin haber expresado previamente la pena por la pérdida. En este sentido, Caserta y Lund (1992a), en un estudio realizado con 339 personas adultas mayores de 50 años, informan que un 11,5% de ellas buscaron ayuda profesional para superar esta etapa. Estas personas manifestaron depresión, baja autoestima, percepción de pobre salud y pocas habilidades. En otro trabajo, los mismos autores relacionaron las pobres habilidades de afrontamiento de la situación con la manifestación de estrés (Caserta y Lund, 1992b).

La prevención y tratamiento del duelo de la familia o cuidadores primarios antes, y en algunos casos después del fallecimiento, ayuda a las personas afligidas a recuperar el equilibrio perdido. Esta ayuda especializada reduce la manifestación de problemas psicossomáticos y de conductas perniciosas para la salud (tabaquismo, alcoholismo) (Cfr. Parkes, 1972). El objetivo del tratamiento de un miembro de la familia o de la familia en su totalidad, antes y después del fallecimiento, consiste en el reequilibrio de la dinámica familiar e individual alterado por la desaparición de uno de sus miembros (Comas, 1991; Guinovart, 1990). En este sentido, Lamberti y Detmer (1993) señalan la importancia de que la ayuda terapéutica prestada tenga en cuenta no sólo a un determinado miembro "desadaptado" de la familia, sino a todos sus miembros.

2.2.3. Reacciones emocionales del equipo asistencial que atiende al enfermo moribundo y a su familia

Todos tenemos miedo a la muerte, a lo desconocido, a la incertidumbre. Nadie está cómodo delante de una persona que se está muriendo, ni delante de una persona que tiene una enfermedad grave e incurable, quizás porque nos hace pensar en nuestra propia muerte, afloran

nuestros miedos y tenemos tendencia a alejarnos de estas situaciones (Twycross y Lack, 1987). Para Kastenbaun y Aisenberg (1972), la muerte y el morir provocan un gran abanico de temores específicos ante la amenaza de sobrevivir.

Si tenemos en cuenta el argumento anterior, podemos llegar a comprender lo difícil que resulta trabajar y conversar diariamente con enfermos moribundos y sus allegados. Los profesionales que trabajan con enfermos terminales, no están exentos de estos problemas, ya que han de enfrentarse no sólo con los miedos de los pacientes y de sus familias, sino también con sus propios temores. No obstante, a pesar de lo agotador que puede llegar a ser prestar atención a la diada enfermo-familia, ésta es una tarea, que en muchas ocasiones, llega a ser extremadamente gratificante.

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés psicológico como "*una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*" (p. 43). Estos autores se centran en la forma en que los individuos afrontan y se adaptan a situaciones ambientales evaluadas como exigentes o amenazadoras, emergiendo los síntomas del estrés como fruto de una mala adecuación de sus mecanismos de afrontamiento a las demandas del medio. Freudenberger en 1974, acuña el término *burn-out* para describir un síndrome de agotamiento, desilusión y alienación en voluntarios sanitarios. A nuestro entender, y de acuerdo con Belcastro y Gold (1983) y Kyriacou (1986), el *burnout* podría ser interpretado como un síndrome resultante de un período prolongado de estrés, caracterizado principalmente por un agotamiento emocional, físico y actitudinal.

Son numerosos los trabajos que relacionan las exigencias laborales del personal sanitario con el padecimiento de ansiedad o estrés (Guppy y Gutteridge, 1991; Richardsen y Burke, 1991; Ullrich y Fitzgerald, 1990) y, más concretamente, sus respuestas emocionales ante los enfermos moribundos y la muerte (Alexander y Macleod, 1992; Vachon, 1983, 1986, 1987).

Diversos factores pueden desencadenar impacto emocional en el equipo asistencial que atiende a los enfermos moribundos y a sus familiares y favorecer la aparición de estrés ocupacional. Basándonos principalmente en los trabajos de Vachon (1983, 1986, 1987) agrupamos estas variables en dos grupos, el primero de ellos está relacionado con el ambiente de trabajo (problemas de comunicación, falta de apoyo mutuo, problemas relacionados con la toma de decisiones, falta de estabilidad en el equipo) y con el rol ocupacional (ambigüedad de roles, conflicto de roles o ausencia de control sobre la propia actividad), mientras que el segundo grupo hace referencia tanto a las características de los pacientes y familiares (personalidad enfermo-familia, identificación con el paciente, problemas de comunicación, pacientes jóvenes, problemas sociales o familiares previos, hostilidad) como a las características de la enfermedad: tipo de enfermedad (sobre todo enfermedades que desfiguran físicamente), presencia próxima de la muerte, trayectoria de la muerte distinta a la esperada, fracaso terapéutico o incapacidad para controlar el sufrimiento del paciente.

Además de estos factores, otros autores añaden la insatisfacción profesional y el enfrentarse con la muerte del paciente, su dolor y sus familias (Gotay, Crockett y West, 1985; Guppy y Gutteridge, 1991; Yancik, 1984b). Por su parte, Mallet, Price, Jurs y Slenker (1991) señalan las demandas constantes y la exposición continuada a las pérdidas y la muerte. Bastow destaca como área más problemática el trato con niños y jóvenes moribundos, así como el cuidado de pacientes depresivos y con aquellos enfermos con los que se identifica fuertemente algún miembro del equipo asistencial (Cfr. Vachon, 1986). Así mismo, este autor destaca la inadecuada preparación o madurez emocional de algún miembro del equipo. En este sentido, Parkes (1980) afirma que la excesiva implicación afectiva de algún miembro del equipo terapéutico le impide hacer juicios objetivos de la situación, empieza a sufrir con él y deja de serle útil.

Otro elemento que hay que tener en cuenta es el individualismo. No hay ninguna persona que pueda por sí sola proporcionar toda la atención que necesita un enfermo en situación

terminal (Bayés y Barreto, 1992; Twycross y Lack, 1987). Este individualismo genera una gran tensión en el profesional sanitario pudiendo ser fruto tanto de una mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial o de una falta de planificación de objetivos como de una difusa definición de los roles profesionales de los miembros que forman el equipo.

Para Comas (1991) la escasa preparación profesional del equipo o de algunos de sus miembros es una variable que incide negativamente en el padecimiento del estrés profesional. Otros elementos que se podrían incluir serían: la conspiración de silencio entre el equipo terapéutico y la familia; la atención de una persona que ingresa en el hospital con un pronóstico de horas o días, situación que genera una gran demanda asistencial continuada, no sólo al enfermo, sino también a su familia, ambos desbordados por la situación; el paternalismo terapéutico o una excesiva sobreprotección, etc.

Las principales manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales derivadas del estrés padecido por los profesionales sanitarios que atienden a enfermos moribundos y a sus familias son, según Mathers (1991), Schaerer (1993) y Vachon (1987), los siguientes: fatiga constante, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, dolores musculares, problemas relacionados con la comida, con el sueño, hipertensión, conflictos en el trabajo, dificultades y errores a la hora de hacer juicios y tomar decisiones, interferencias hogar-trabajo, ira, cólera, irritabilidad, frustración, indefensión e inseguridad, sobrededicación e implicación, etc. El absentismo laboral, la automedicación y el abuso de drogas, principalmente alcohol y tabaco, pueden ser signos que denotan la tensión acumulada por estos profesionales.

Como se puede apreciar, al igual que sucede con los familiares del enfermo moribundo, el equipo asistencial que los atiende está sometido a una gran tensión producida por la inminencia de la muerte y por sus condiciones laborales, situación que se traduce en el padecimiento de un gran número de problemas que inciden negativamente en su estilo de vida y en su salud.

Algunos autores constatan que la impartición de cursos o de educación sobre la muerte a profesionales sanitarios disminuye tanto la ansiedad hacia los enfermos moribundos como hacia la muerte (Dickinson y Pearson, 1980). Datos similares se han observado en estudiantes de medicina y de enfermería (Brent, Speece, Gates y Kaul, 1992-1993; Brent, Speece, Gates, Mood y Kaul, 1991). Por su parte, Cochrane, Levy, Fryer y Oglesby (1990-1991), han observado que los médicos oncólogos que manifiestan una elevada ansiedad atienden menos efectivamente a sus pacientes.

Vachon (1986) señala que los profesionales sanitarios que trabajan en instituciones tipo *hospice* --centros que atienden primordialmente personas moribundas-- manifiestan menos estrés que otros profesionales de otras especialidades, debido, en parte, al uso de un mayor número de estrategias de afrontamiento para reducir los potenciales estresores inherentes a su trabajo, y al hecho de que son personas más maduras emocionalmente. Por su parte, Yancik (1984a) menciona el uso de estrategias de afrontamiento internas (autoestima y profesionalización) y externas (apoyo y cooperación entre los miembros del equipo) entre los trabajadores de los *hospices* para hacer frente al *distress* emocional derivado de su trabajo. Las razones, según Vachon, por la cual se puede explicar, al menos en parte, la ausencia de estrés excesivo entre los trabajadores de los *hospices* son: a) una filosofía de atención compartida: se pretende procurar confort al paciente, por lo cual la muerte no es vivida como un fracaso terapéutico; b) una buena proporción paciente/equipo; c) un gran reconocimiento de la importancia de su labor; y d) un mayor sistema de apoyo mutuo y apoyo social (Cfr. Mallet, Price, Jurs y Slenker, 1991).

Mathers (1991) propone la práctica de relajación y las técnicas de respiración controlada como terapias para combatir el estrés, mientras que para Vachon (1983) las medidas preventivas irían encaminadas, por una parte, a realizar una adecuada selección del personal que

va a atender a enfermos moribundos y a sus familias, así como su entrenamiento y orientación y, por otra, la creación de estructuras formales o informales de apoyo social entre los diferentes miembros del equipo y la creación de unas buenas condiciones laborales.

A pesar de que el apoyo mutuo lo puede realizar cualquier miembro del equipo asistencial, el psicólogo, como profesional especializado, debería: 1) ofrecer apoyo específico a los diferentes miembros del equipo terapéutico en relación a sus tareas profesionales; 2) prestar atención psicológica a nivel individual; y 3) prevenir y tratar el síndrome del estrés profesional crónico o *burnout* (Comas, 1991).

3. Conclusiones

Cuando una persona está enferma y próxima a la muerte toda su organización personal se ve afectada. Cambian sus percepciones, las cuales se focalizan en la captación de cualquier cambio que se pudiera producir en su organismo, y por tanto en su estado; sus emociones (aflojan un gran abanico de miedos relacionados con la muerte, el sufrimiento, su familia y su autoestima); los contenidos de su pensamiento (el enfermo piensa en las posibilidades de curación o alivio de sus dolencias y en el futuro de su familia antes que en otros problemas) y su memoria (la persona se acuerda de los buenos momentos vividos en los cuales no había pena ni dolor). Con relación a sus familiares, éstos padecen, en la mayoría de los casos, un fuerte impacto emocional que desestructura su estilo de vida, su modo de pensar y actuar y, en algunas ocasiones, merma su salud.

Como se desprende de las investigaciones mencionadas en este trabajo el impacto emocional que sufre el enfermo en situación terminal, su familia y el equipo asistencial que los atiende está multideterminado, siendo la piedra angular del mismo la enfermedad y la presencia de la muerte, acontecimientos altamente estresantes que pueden afectar de forma global a todos los aspectos de la persona: psicológico-emocionales, biológicos, conductuales y espirituales.

Desde el punto de vista de la Psicología Básica, el tema de la muerte se nos aparece como un sujeto de estudio difícil y complejo pero sumamente interesante, ya que nos puede permitir conocer la influencia de algunas de las emociones más intensas que puede experimentar un ser humano sobre la conducta y los procesos psicológicos.

La problemática se complica dada, por una parte, la dificultad de evaluación de las emociones en este tipo de situaciones y, por otra, la imperiosa necesidad de resolver satisfactoriamente los problemas éticos que sin duda plantea.

La elaboración de instrumentos de evaluación, fiables y válidos, y la solución de los problemas éticos son, a nuestro juicio, las dos premisas necesarias para el estudio de las emociones ante el fenómeno de la muerte.

El conocimiento de la forma en que la muerte --a través de las emociones que provoca en las personas que están directamente relacionadas con ella: enfermo, familia y equipo asistencial-- afecta al equilibrio del ser humano puede ser de utilidad en la comprensión de los mecanismos de afrontamiento y readaptación usados para hacer frente a la misma. Esta información puede ser utilizada por la Psicología para prestar una ayuda valiosa tanto en la prevención, como en el tratamiento y reorganización de los desajustes emocionales que pueden padecer las personas implicadas en este evento.

El presente trabajo ha sido, en gran parte, descriptivo de factores y situaciones involucradas en el tema de la muerte. Personalmente, sólo lo consideramos como un primer paso hacia investigaciones más profundas. De hecho, dada la complejidad del tema considerado, no podía ser de otro modo,

Referencias

- Addington-Hall, J.M., MacDonald, L.D., Anderson, H.R. y Freeling, P. (1991). Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about the experiences of terminally ill patients. *Palliative Medicine*, 5, 207-214.
- Ahmedzai, S., Morton, A., Reid, J.T. y Stevenson, R.D. (1988). Quality of death from lung cancer: patients reports and relatives retrospective opinions. Dentro de Watson, M., Greer, S. y Thomas, C. (Eds.) *Psychosocial oncology*. Oxford: Pergamon Press (pp. 187-197).
- Alexander, D. A. y MacLeod, M. (1992). Stress among palliative care matrons: a major problem for a minority group. *Palliative Medicine*, 6, 111-124.
- Amsel, A. (1992). Frustration theory. Many years later. *Psychological Bulletin*, 112 (3), 396-399.
- Association Autrement (1990). Soigner "Autrement". Experience d'accompagnement d'une equipe d'infirmières libérales. *Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie*, 4, 18-22.
- Astudillo, W., Mendinueta, C. y Astudillo, R. (1992). Los cuidados paliativos: un signos de evaluación. *Dolor*, 7 (1), 7-9.
- Averill, J. R. (1969). Autonomic response patterns during sadness and mirth. *Psychophysiology*, 5, 339-414.
- Averill, J. R. (1980). A constructivist view of emotion. En R. Plutchick y H. Kellerman (eds.). *Emotion, Theory, research, and experience. Volume 1: Theories of emotion*. Nueva York: Academic Press, (pp.305-339).
- Ax, A. F. (1953). The physiological differentiation between fear and anger in humans. *Psychosomatic Medicine*, 15, 433-442.
- Arranz, P. (1991). Papel del psicólogo en los cuidados paliativos del enfermo no curable. Ponencia presentada a la III Reunión de Trabajo sobre Cuidados Paliativos y de Soporte en el Enfermo Oncológico. Santander, octubre.
- Bartrop, R. W., Luckhurst, E., Lazarus, L., Kiloh, L., Penny, R. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, 1, 834-836.
- Barreto, M.P., Martínez, E. y Pascual, A. (1990). Pautas de acción psicoterapéutica en la asistencia al enfermo terminal. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 5: Psicología y Salud: Psicología Clínica* (pp. 104-107). Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Bayés, R. y Barreto, P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*, 3 (1), 11-19.
- Belcastro, P. A. y Gold, R. S. (1983). Teacher stress and burnout: implications for schools health personnel. *JOSH*, 53 (7), 404-407.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavioral Research and Therapy*, 25 (6), 443-455.
- Brent, S. B., Speece, M. W., Gates, M. F. y Kaul, M. (1992-93). The contribution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: II. Medical and nursing students with no professional experience. *Omega*, 26 (3), 181-205.
- Brent, S. B., Speece, M. W., Gates, M. F., Mood, D. y Kaul, M. (1991). The contribution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: I Graduate and undergraduate nursing students. *Omega*, 23 (4), 249-278.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Caserta, M. S. y Lund, D. A. (1992a). Bereaved older adults who seek early professional help. *Death Studies*, 16, 17-30.
- Caserta, M. S. y Lund, D. A. (1992b). Bereavement stress and coping among older adults: expectations versus the actual experience. *Omega*, 25 (1), 33-45.
- Cassells, M. y Ross, B. (1989). Care during the last hour of life. En Robbins, J. (Ed.). *Caring for the dying patient and the family*. Londres: Harper and Row, (pp.90-110).
- Cochrane, J. B., Levy, M. R., Fryer, J. E. y Oglesby, C. A. (1990-91). Death anxiety, disclosure behaviors, and attitudes of oncologist toward terminal care. *Omega*, 22 (1), 1-12.
- Cole, R. M. (1992). Unfinished business- grief repression affecting adaptation and acceptance in terminal breast cancer. *Palliative Medicine*, 6, 337-339.
- Collet, L. y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- Comas, M.D. (1989). Problemes entorn de la informació. Ponencia presentada en la *Primera Jornada sobre Informació al Malalt y a la Família*. Hospital de la Santa Creu de Vic, Barcelona, 20 de mayo.
- Comas, M.D. (1991). Quin és el paper del psicòleg en l'atenció dels malalts en situació terminal?. Ponencia presentada al *II Congreso de Asociaciones de Terapia y Modificación del Comportamiento de Países de Lenguas Latinas: LATINI DIES*, mayo.
- Comas, M.D. (1992). El malalt en situació terminal: Aspectes emocionals. *Segona edició de l'Escola d'Estiu de Psicologia. Organitzat per la Universitat de Barcelona, la Universitat Autònoma i el Col·legi de Psicòlegs de Catalunya*, Barcelona, 29 junio al 1 de julio.
- Darwin, C. (1872/1984). *The expression of emotions in animals and man*. Nueva York: Appleton. Traducción española. La expresión de las emociones en los animales y en el hombre. (1984). Madrid: Alianza Editorial.
- Davidson, R. J. (1984). Hemipheric asymetry and emotion. En K. R. Scherer y P. Ekman (Eds.). *Approaches to emotion*. Hillsdale. Nueva Jersey: Erlbaum, (pp. 39-57).
- Dickinson, G. E., y Pearson, A.A. (1979). Differences in attitudes of physicians toward terminal patients among selected medical specialties of physicians. *Medical Care*, 17 (6), 682-685.
- Dickstein, L. S. (1972). Death concerns: measurements and correlates. *Psychological Reports*, 30, 563-571.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. En K. R. Scherer y P. Ekman (Eds.). *Approaches to emotion*. Hillsdale. Nueva Jersey: Erlbaum, (pp. 319-344).

- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99 (3), 550-553.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48 (4), 384-392.
- Ekman, P., Friesen, W. V. y Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face*. Nueva York: Pergamon.
- Ekman, P. y O'Sullivan, M. (1988). The role of context in interpreting facial expression: comment on Russell and Fehr (1987). *Journal of Experimental Psychology: General*, 117 (1), 86-88.
- Ekman, P. y Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, 30, 527-554.
- Fehr, B. y Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113 (3), 464-486.
- Fernández Trespalacios, J. L. (E.) (1989). El concepto de emoción. En Fernández Trespalacios, J. L. (E.) *Psicología general II*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, (pp. 113-126).
- Frazier, P. H. y Foss-Goodman, D. (1988-89). Death anxiety and personality: are they truly related. *Omega*, 19 (3), 265-274.
- Fridja, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43 (5), 349-358.
- Gomas, J. M. (1990). Soigner à domicile des malades en fin de vie. *Jusqu'à la Mort Accompanyer la Vie*, 20, 10-17.
- Gomas, J. M. (1993). Palliative care at home: a reality or "mission imposible". *Palliative Medicine*, 7 (2), 45-60.
- Gómez-Batiste, X. y Roca, J. (1989). Atenció de malalts terminals oncològics. *Salut Catalunya*, 3 (4), 176-179.
- Gómez-Batiste, X., Roca, J., Pladevall, C., Gorchs, N. y Guinovart, C. (1991). Atención domiciliaria de enfermos terminales. En López, R.M. y Mayaró, N. (1991) *Atención domiciliaria*. Ripollet: Doyma, (pp.131-149).
- Gotay, C.C., Crockett, S. y West, C. (1985). Palliative home care nursing: nurses' perceptions of roles and stress. *Canada's Mental Health*, 33 (2), 6-9.
- Guinovart, C. (1990). Tractament familiar en malalts terminals. En Delegació de Pastoral de la Salut Arquebisbat de Barcelona (Ed.) *El malalt terminal i els professionals de la salut*. Badalona: Claret, (pp. 45-47).
- Guppy, A. y Gutteridge, T. (1991). Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nursing staff. *Work and Stress*, 5 (4), 315-323.
- Hays, J.C. (1986). Patient symptoms and family coping. *Cancer Nursing*, 9 (6), 317-325.
- Hinton, J. (1967). *Dying*. Londres: Penguin Books.
- Hohmann, G. (1966). Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feeling. *Psychophysiology*, 3, 143-156.
- Hoy, T. (1983). Hospice chaplaincy in the caregiving team. En C. A. Corr y D. M. Corr (Eds.) *Hospice care. Principles and practice*. Nueva York: Springer Publishing Co, (pp. 177- 196).
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Applenton-Century-Crofts.
- Izard, C. E. (1990). Facial expressions and the regulation of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 487-497.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99 (3), 561-565.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100 (1), 68-90.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9, 188-224.
- Jones, D. R. (1987). Cancer mortality and widower hood in the office of population censuses and surveys: longitudinal study. En Watson, M., Greer, S. y Thomas, C. (Eds.) *Psychological oncology*. Oxford: Pergamon Press, (pp. 33-42).
- Kastenbaum, R. y Aisenberg, R. (1972). *The psychology of death*. Nueva York: Springer Publishing.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. (Traducción). Barcelona: Grijalbo.
- Kyriacou, C. (1986). Teacher stress and burnout. En *First International Meeting on Psychological Teacher Education*. Universidad de Minho, Braga, Portugal, mayo, 1986.
- Lamberti, J. W. y Detmer, C. M. (1993). Model of family grief assessment and treatment. *Death Studies*, 17, 55-67.
- Lange, C. G. (1885). *The emotions: a physiological study*. In C. G. Lange & W. James, *The emotions*. New York: Hafner, 1967. (Original publicado en 1885).
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37 (9), 1019-1024.
- Lazarus, R. S. (1991a). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion.. *American Psychologist*, 46 (8), 819-834.
- Lazarus, R. S. (1991b). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46 (4), 352-367.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: MacGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Traducción castellana: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67, 26-36.
- Lester, D. y Becker, D. M. (1992-93). College students' attitudes toward death today as compared to the 1930s. *Omega*, 26 (3), 219-222.
- Leventhal, H. y Tomarken, A. J. (1986). Emotion: today's problems. *Annual Review of Psychology*, 37, 565-610.
- Lichter, I. (1987). *Communication in cancer care*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Lichter, I. (1991). Some psychological causes of distress in the terminally ill. *Palliative Medicine*, 5, 138-146.
- Limonero, J. T. (1993) *Evaluación del bienestar en enfermos oncológicos en situación terminal*. Trabajo de investigación de Tercer Ciclo. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. Febrero.
- Lonetto, R. y Templer, D. I. (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Temis.
- MacAdam, D.B. y Smith, M. (1987). An initial assessment of suffering in terminal illness. *Palliative Medicine*, 1, 37-47.

- Maddison, D. C. y Viola, A. (1968). The health of widows in the year following bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 297.
- Mallet, K., Price, J. H., Jurs, S. G. y Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death, anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347-1359.
- Mandler, G. (1980). The generation of emotion: a psychological theory. En R. Plutchick y H. Kellerman (eds.). *Emotion, Theory, research, and experience. Volume 1: Theories of emotion*. Nueva York: Academic Press, (pp.219-243).
- Mandler, G. (1979). Emotion. En E. Hearty (Ed.) *The first century of experimental psychology*. Hillsdale. New Jersey: LEA, (pp. 275-321).
- Maser, J. D. y Seligman, M. E. P. (Eds.) (1977). *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: W. H. Freeman. Traducción: Modelos experimentales en psicopatología. Madrid: Alhambra
- Mathers, P. (1991). Learning to cope with stress of palliative care. En Jenny Penson y Ronald Fisher (Ed.) *Palliative care for people with cancer*. Londres: Edward Arnold, (pp. 255-265).
- Mayor, L. (Ed.) (1988). *Psicología de la emoción. Teoría básica e investigaciones*. Valencia: Promolibro.
- Mesquita, B. y Fridja, N. H. (1992). Cultural variations in emotions: a review. *Psychological Review*, 112 (2), 179-204.
- Miller, R.D., Krech, R. y Walsh, T.D. (1991). The role of a palliative care service family conference in the management of the patient with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 5, 34-39.
- Mouren-Mathieu, A.M. (1987) *Soins palliatifs*. Montreal: Éditions Lamarre.
- Munns, B. (1989). Communications with patient and family. En Robbins, J. (Ed.). *Caring for the dying patient and the family*. Londres: Harper and Row, (pp.13-29)
- Oatley, K. y Jenkins, J. M. (1992). Human emotions: function and dysfunction. *Annual Review of Psychology*, 43, 55-85.
- Ortony, A. y Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions?. *Psychological Review*, 97 (3), 315-331
- Pardoe, J. (1991). The role of social worker. En Robbins, J. (Ed.). *Caring for the dying patient and the family*. Londres: Harper and Row, (pp.121-132).
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. London: Tavistock.
- Parkes, C. M. (1985). Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 146, 1-17.
- Parkes, C.M. (1980). Aspectos psicológicos. En Cicely M. Saunders (Ed.) *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. (Traducción). Barcelona: Salvat Editores, (pp. 59-87).
- Penson, J. (1991). Bereavement. En Jenny Penson y Ronald Fisher (Ed.) *Palliative care for people with cancer*. Londres: Edward Arnold, (pp. 207-216).
- Prince, P.A. y Hoffmann, R.F. (1991). Dreams of the dying patient: an exploration of content. *Omega*, 23 (1), 1-11.
- Ramos Campos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Reisenzein, R. (1983). The Schachter theory of emotion: two decades later. *Psychological Bulletin*, 94 (2), 239-264.
- Richardsen, A. M. y Burke, R. J. (1991). Occupational stress and job satisfaction among canadian physicians. *Work and Stress*, 5 (4), 301-313.
- Robbins, J. (1989). Attitudes to death and dying. En Robbins, J. (Ed.). *Caring for the dying patient and the family*. Londres: Harper and Row, (pp. 1-12).
- Russell, J. A. (1991). Culture and the categorization of emotions. *Psychological Review*, 110 (3), 426-450.
- Rutherford, M. y Foxley, D. (1991). Awareness of psychosocial needs. En Penson, J. y Fisher, R. (Eds.). *Palliative care for people with cancer*. Londres: Edward Arnold, (pp. 173-186).
- Schacter, S y Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schaerer, D. R. (1986). Deuil et maladies. *Jusqu'à la Mort Accompaner la Vie*, 4, 33-35.
- Schaerer, R. (1993). Suffering of the doctor linked with the death of patients. *Palliative Medicine*, 7 (suppl 1), 27-37.
- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thornton, J.C. y Stein, M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA*, 250, 374-377.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman. Traducción española: Indefensión. 1981. Editorial Debate.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinic Endocrinology*, 6, 117.
- Smith, C.R. (1988). *Trabajo social con moribundos y su familia*. Méjico: Editorial Pax Mexico.
- Stedford, A. (1984). *Facing death. Patients, families and professionals*. London: William Heinemann.
- Stein, N. L. y Oatley, K. (1992). Basic emotions: Theory and measurement. *Cognition and Emotion*, 6 (3/4), 161-168
- Stemmler, G. (1989). The autonomic differentiation of emotions revisited: convergent and discriminant validation. *Psychophysiology*, 26 (6), 617-632.
- Stoter, R. D. (1991). Spiritual care. En Penson, J. y Fisher, R. (Eds.). *Palliative care for people with cancer*. Londres: Edward Arnold, (pp. 187-197).
- Sykes, N. P., Pearson, S. y Chell, S. (1992). Quality of care of the terminally ill: the carer's perspective. *Palliative Medicine*, 6, 227-236.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Tigges, K. N. (1983). Occupational therapy in hospice. En C. A. Corr y D. M. Corr (Eds.) *Hospice care. Principles and practice*. Nueva York: Springer Publishing Co, (pp.160-176).
- Turner, T. J. y Ortony, A. (1992). Basic emotions: can conflicting criteria converge. *Psychological Review*, 99 (3), 566-571.
- Twycros, R. y Lack, S. (1987) *Terapéutica del pacient amb càncer terminal*. Traducción. Vic, Barcelona: EUMO, 1990.

- Twycross, R.G. (1990). Palliative care: a compulsory issue. *Advances in Pain Research and Therapy*, 13, 297-302.
- Unitat de Cures Pal·liatives del Hospital de la Santa Creu de Vic (1992). Atención al enfermo terminal. Pendiente de Publicación en Atención Hospitalaria.
- Ullrich, A. y Fitzgerald, P. (1990). Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Soc. Sci. Med.*, 31 (9), 1013-1022.
- Urraca Martínez, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Vachon, M. L. S. (1983). Staff stress in care of the terminally ill. En C. A. Corr y D. M. Corr (Eds.) *Hospice care. Principles and practice*. Nueva York: Springer Publishing Co, (pp. 237-246)..
- Vachon, M. L. S. (1986). Myths and realities in palliative/hospice care. *The Hospice Journal*, 2 (1), 63-79.
- Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. New York: Hemisphere Publishing
- Vachon, M.L.S. (1988). Counselling and psychotherapy in palliative/hospice care: a review. *Palliative Medicine*, 2 (38), 36-50.
- Valins, S. (1970). The perception and labeling of bodily changes as determinants of emotional behavior. En P. Black (Ed.), *Physiological correlates of emotion*. New York: Academic Press.
- Wolff, H. G. (1950). Life stress and bodily disease. A formulation. En Wolff, H. G., Wolff, S. y Hare, C. C., *Life stress and bodily disease*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Worden, W. J. (1984). *Grief counselling and grief therapy*. London: Tavistock.
- World Health Organization (1987). *Palliative cancer care*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Technical Report Series, 804. Ginebra: World Health Organization.
- Wu, K. H. Y. (1990-91). Family support, age, and emotional states of terminally cancer patients. *Omega*, 22 (2), 139-151.
- Wynne, L. C. y Solomon, R., L. (1955). Traumatic avoidance learning: acquisition and extinction in dogs deprived of normal peripheral autonomic function. *Genetic Psychological Monographs*, 52, 241-284.
- Wynne, S. M. (1989). The place of creative and diversional activities. En Robbins, J. (Ed.). *Caring for the dying patient and the family*. Londres: Harper and Row, (pp.201-209).
- Yancik, R. (1984a). Coping with hospice work stress. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2 (2), 19-27.
- Young, M., Benjamin, B. y Wallins, C. (1963). Mortality of widowers'. *Lancet*, 2, 454.
- Young, P. T. (1980). Sentimiento y Emoción. En Wolman, B. B. (Ed.). *Manual de psicología general IV: Motivación, emoción y personalidad*. Barcelona: Martínez Roca, (pp. 189-242).
- Zajonc, R. S. (1980). Feelings and thinking. Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35 (2), 151-175.