



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y ACTITUDES ANTE LA EUTANASIA: REVISION CRITICA DE UN ESTUDIO EXPERIMENTAL

---

*Aquilino Polaino-Lorente*

El tema de la muerte continúa estando de moda, a pesar de que el hombre contemporáneo se empeña en suprimirlo, tanto de su propia conciencia como en las instituciones sociales.

El desarrollo experimentado por la tanatología y la ortotanasia (Cf. a este respecto los últimos números de la revista *Omega: Journal of Death and Dying*) viene a subrayar con renovado énfasis la actualidad del slogan «*Death with dignity*».

El hombre contemporáneo, especialmente el norteamericano, parece querer ampliar los límites de su autonomía. Incluso la muerte debe incorporarse al ámbito de las nuevas libertades. De ahí que el «derecho a morir con dignidad» signifique un intento de ejercer cierto control sobre el hecho ineludible de morir. La eutanasia, en alguna de las múltiples fórmulas definidas (Cf. Polaino-Lorente, 1975) se confunde muy frecuentemente con el derecho a morir con dignidad (Jaretzki, 1976). En otra publicación me ocupé ya de las actitudes sociales ante la eutanasia (Polaino-Lorente, 1980). A lo que parece, la joven generación decididamente estaba a favor de la denominada *eutanasia voluntaria pasiva*, entendiendo con tal expresión el deseo de no someterse a ningún procedimiento médico si existen ciertas garantías de que el fatal desenlace será inevitable en un futuro próximo. Una definición más recortada y concreta de este término, podría ser la siguiente: El conjunto de acciones u omisiones que por su naturaleza o intención, causan la muerte con el fin de suprimir cualquier dolor. Lo que los jóvenes desean, pues, no es tanto acelerar

la muerte, como suprimir el dolor a cualquier precio, aun cuando esto suponga el empleo de técnicas que signifiquen una clara violación de la dignidad de la persona humana. Por otra parte, han aumentado tanto los programas técnicos de la Medicina, y a su través, la capacidad de curar y prolongar la vida del hombre que, en muchas ocasiones, precisamente, por este progreso, llegan a plantearse graves y complejas cuestiones de difícil solución.

Hay obligación grave de curar y de hacerse curar; pero ¿debe siempre recurrirse a toda clase de remedios posibles? La contestación más prudente, deontológicamente, es que no se está obligado a usar de medios extraordinarios o, como algunos gustan de nominar ahora, «medios desproporcionados» a los resultados que son previsibles. En cualquier caso, existen graves razones para proteger al hombre en el momento de la muerte, frente al tecnicismo abusivo e invasor que amenaza con convertir la última experiencia, en apenas un hecho mecánico. Por esto conviene distinguir entre el «*Right to Death with Dignity*» y el mero «*Right to Death*». El primero se diferencia de la eutanasia y señala el derecho a morir en unas circunstancias tales, que se satisfagan los criterios exigidos por la dignidad del hombre (respeto de los derechos humanos, serenidad, posibilidad de estar rodeado de la familia, asistencia religiosa si se desea, etc.). En cambio con el segundo término —el derecho a morir— se significa algo tan vago y ambiguo que puede perfectamente superponerse al concepto de eutanasia. Además, el hecho de morir, más que un derecho —que pueda ser renunciable o no—, es un fenómeno inevitable e ineludible, un deber casi, emanado de la naturaleza del hombre. Lo único que puede regular el derecho en este campo, son algunas de las condiciones que rodean a la vida humana en esa importante circunstancia. El derecho no puede regular el término de la vida humana, en el sentido de que cada hombre ponga fin a su vida cuando se le antoje.

En ningún caso se puede apresurar deliberadamente la muerte; tampoco cuando se apela a etéreas razones, como las de la «eutanasia por piedad». Ablandarse y ceder ante la presión de este término supone algo muy parecido a colaborar voluntariamente en un «piadoso homicidio». Ni siquiera cuando el enfermo lo solicita debe satisfacerse, pues dicha petición surge casi siempre como un acceso pasajero, como un grito de desesperación que traduce la petición angustiada de cuidados médicos y de afecto familiar. El médico no puede secundar estas peticiones, pero sí que está obligado a satisfacer las demandas, conscientes o inconscientes, que aquéllas encierran. Este cuerpo doctrinal no es una imposición desde ningún credo religioso, en particular. Aunque con la aparición del cristianismo se

influyó decisiva y positivamente sobre la solución de estos problemas, el primer código médico de todos los tiempos (el juramento de Hipócrates), ya recogió este precepto profesional en el siglo V a.J.: «No suministraré ningún veneno a nadie, aunque me lo pidan, ni tomaré nunca la iniciativa para sugerir tal cosa». Hasta aquí los principios doctrinales aceptados universalmente por la clase médica. Ahora bien, la opinión pública no parece que sea coincidente —al menos cierto sector de jóvenes que viven en el ámbito urbano— con la doctrina antes apuntada.

Existen muchas dudas acerca de cuáles sean las causas de esas actitudes, por parte de los más jóvenes, ante la eutanasia. De hecho, se sabe muy poco de la muerte (que sigue siendo un misterio) y todavía menos acerca de cómo pueden estar relacionados, cómo interactúan entre sí, por ejemplo, el hedonismo, el temor a la muerte y las actitudes ante la eutanasia.

En las líneas que siguen se tratará de contestar a las siguientes hipótesis:

1. Si existe alguna relación entre la ansiedad ante la muerte y ciertas actitudes ante la eutanasia voluntaria pasiva.
2. Si la relación anterior varía en función de la edad y de la experiencia en torno a la muerte que se haya tenido en el pasado.
3. Si el comportamiento humano ante la muerte y la eutanasia depende de algunos factores que, siendo identificados, puedan ser modificados a través de algún programa de intervención psicológica.

Las anteriores hipótesis han quedado parcialmente esclarecidas después de las recientes investigaciones de Gerald M. Devins, de la *MacHill University* (1979).

### 1. *Material y método.*

En esta investigación empírica participaron 211 voluntarios que fueron clasificados en tres categorías diferentes: 86 jóvenes universitarios cuya vida no había resultado amenazada por el padecimiento de ninguna grave enfermedad (edad media, 19,5 años); 62 personas mayores en idénticas circunstancias que los anteriores (edad media, 71 años) y 63 personas mayores cuyas vidas, alguna vez fueron amenazadas, necesitando ser ingresados en un hospital para su tratamiento (edad media, 74,5 años). En esta investigación no ha intervenido ningún joven que padeciese a lo largo de la vida alguna en-

fermedad aguda o crónica, que exigiera su ingreso en una institución hospitalaria. El número total de personas que rehusaron someterse a esta investigación fue de 15 (6,6 % de la población estudiada), todos los cuales eran personas de edad que habían padecido o no alguna enfermedad amenazante (6 y 9, respectivamente).

Los instrumentos empleados en este estudio fueron los siguientes:

1. *The Templer's Death Anxiety Scale* (DAS). Esta escala fue aplicada individualmente, con el propósito de evaluar el temor a la muerte (Templer, 1970).

2. *Reaction to a living will* (RLW). Esta escala consta de siete puntos y fue obtenida tras una lectura selectiva de *A Living Will, Euthanasia Educational Council*, New York. Dicha escala se empleó como criterio de aceptación de la eutanasia pasiva voluntaria. Una alta puntuación en la RLW refleja una baja aceptación de la eutanasia pasiva voluntaria.

3. Experiencia de la muerte en familiares y amigos próximos. En este cuestionario se codificaron los siguientes datos:

- a) Número total de muertes acontecidas entre sus familiares y/o amistades, que se hubieran vivido con cierta proximidad.
- b) Número de años transcurridos desde entonces hasta el momento en que se aplicó el cuestionario.
- c) Especificación del grado de parentesco o amistad contraída con el difunto, así como valoración del impacto que le causó.

4. Cuestionario biográfico y personal. En este cuestionario se registraron los siguientes datos: sexo, edad, naturaleza, medio urbano/rural en que vive, estado de salud, tipo de enfermedades, si es que las padece, educación, profesión y número de personas que conviven con él en su residencia.

## 2. Procedimiento.

El procedimiento de investigación consistió en los siguientes pasos:

- a) Entrevista individual estandarizada en la que se informaba al sujeto experimental sobre la naturaleza y los objetivos de esta investigación. A las personas que, habiendo padecido alguna enfer-

medad grave, intervinieron en este diseño, se les indicó que no tenían ninguna obligación de participar y que podían abandonar la entrevista cuando quisieran. Se procuró además que las consecuencias derivadas de esta entrevista no repercutiesen negativamente sobre la enfermedad padecida.

b) A continuación se les pasó el cuestionario, de forma individualizada, explicando al sujeto experimental cualquier pregunta que hiciese.

e) Aplicación del DAS y del RLW. Una y otra escala fueron aplicadas de forma contrabalanceada, de manera que la mitad de los sujetos experimentales comenzasen por cumplimentar la DAS, mientras que la otra mitad comenzó por la RLW.

d) Entrevista sobre la experiencia de la muerte en familiares y amigos próximos. La duración total de estas pruebas fue de alrededor de treinta minutos.

### 3. Resultados.

1. La ansiedad ante la muerte evaluada mediante la DAS, varió sistemáticamente y de forma significativa con respecto a la edad de las personas intervinientes en este experimento. Tras un análisis de regresión múltiple se obtuvieron resultados estadísticamente significativos sobre este particular:  $F(1,144) = 39.34$ ;  $p < 0.1$ .

2. Ni a través de las puntuaciones en el DAS ni en RLW, pudo obtenerse una diferencia significativa entre las personas mayores que habían padecido una enfermedad grave y las que no la habían padecido ( $F(16,102)$ ;  $p < 1$ ).

3. No hubo diferencias significativas en la población más joven respecto de la edad, en los resultados obtenidos a través de la RLW ( $F(1,143)$ ;  $p < 1$ ).

4. De los datos obtenidos del cuestionario biográfico y personal, y tras su tratamiento estadístico (análisis multivariado de regresión múltiple, Overall, 1969; Finn, 1976), sólo se obtuvieron dos variables consistentes respecto de la ansiedad ante la muerte: el sexo ( $F(2,194) = 6.64$ ;  $p < .01$ ) y su habitabilidad en el ámbito rural/urbano ( $F(2,191) = 4.50$ ;  $p < .01$ ).

5. La proximidad ante la muerte correlacionó significativamente, en los más jóvenes, con el número total de experiencias vividas

en torno a la muerte de sus familiares más próximos (según el análisis multivariado de covarianza, MANCOVA, *Multivariate analysis of covariance*). Los efectos debidos a la interacción, entre los dos factores anteriores, no fueron significativos en la población de las personas de mayor edad.

6. El tiempo transcurrido desde la muerte de algún familiar próximo, no interactuó, significativamente, con el otro factor —proximidad de la muerte—, en ninguno de los dos subgrupos de esta investigación.

7. La vivencia de la proximidad de la muerte correlacionó significativamente con el impacto mayor o menor que sobre cada uno de los sujetos experimentales jóvenes, tuvo la muerte de sus familiares próximos ( $p < .0001$ ). Tal correlación no pudo establecerse en la otra población experimental.

8. La vulnerabilidad ante la experiencia de la muerte de un familiar próximo, fue mayor en los jóvenes que en los ancianos, y se distribuyó según el siguiente orden descendente: familiares inmediatos, familiares cercanos y amigos (cada una de estas diferencias fue significativa).

9. Respecto del RLW, la única diferencia significativa hallada entre los jóvenes y los adultos, fue la proximidad o lejanía de los familiares difuntos.

10. Un análisis sistemático de los resultados obtenidos con el DAS, aconsejó codificar los distintos ítems de esta escala en los siguientes componentes, como fuentes potenciales próximas de ansiedad ante la muerte (tratamiento estadístico a través de una rotación Varimax): (F1) Miedo a la muerte personal (ítems 1, 5 y 10), (F2) temores ante el sufrimiento producido por una muerte lenta (ítems 4, 6, 9 y 15), (F3) subjetiva proximidad a la muerte (ítems 8 y 12), (F4) temores relacionados con la muerte (ítems 3, 11, 13 y 14) y (F5) temor a alteraciones del pensamiento producidas por la muerte (ítems 2 y 7). Los resultados obtenidos tras la anterior atomización del DAS, fueron los siguientes: Los factores más saturados en la población joven fueron el F1, el F2 y el F3. En la población de más edad, el factor con más saturación fue el F3. Tras un análisis de regresión múltiple entre los anteriores factores y el DAS y el RLW, se aislaron dos predictores de las actitudes frente a la eutanasia: el F1 y el F4.

#### 4. *Discusión y conclusiones.*

Las investigaciones de Devins (1979) antes descritas son sólo parcialmente conclusivas, dejando en la penumbra y en el misterio —como era de esperar— otras muchas consideraciones sobre este particular.

En estas breves líneas finales, el autor de este artículo expondrá junto con las razonadas críticas que su particular punto de vista considere oportunas, las conclusiones obtenidas por el autor, antes referido.

1. Parece obvio, según se desprende de los resultados anteriores, que en los jóvenes la ansiedad y el temor ante la muerte es mucho más frecuente que en los ancianos, padezcan éstos o no una enfermedad crónica, e independientemente del estado de salud en que se encuentren. Y esto a pesar, o precisamente, de que la joven generación apenas piense sobre la muerte. Más aún, en el ámbito sociocultural que le rodea, parece estar prohibida cualquier manifestación (duelo, pésame, entierros, etc.), que encamina al hombre a habérselas con el hecho de morir. Se frustra de este modo el reflexionar sobre uno de los aconteceres humanos más reales, si es que no el más real de todos.

2. La metodología usada por el autor deja fuera de foco, en esta investigación, cuatro aspectos muy concretos que, desde mi punto de vista, son especialmente relevantes:

a) No se incluye entre la población estudiada ningún joven que padezca una enfermedad crónica. Es muy probable que de haberse incluido en este diseño un grupo así caracterizado, los resultados obtenidos hubieran sido significativamente muy diferentes.

b) El autor tampoco ha incluido ningún grupo experimental con sujetos neuróticos, en los que las crisis de ansiedad, por ejemplo, se manifiestan ostensiblemente.

c) Levins ha ignorado el papel que puede desempeñar la depresión —sufrida muchas veces de forma subclínica— en los resultados finales a los que parece haber llegado. El autor de estas líneas aconseja aplicar —si es que se desea aumentar el rigor metodológico, de manera que los resultados obtenidos sean fiables—, una de las muchas escalas que existen, para la detección precoz de la enfermedad depresiva (Beck, 1961; Hamilton, 1960; Zung, 1965; etc.). De no tenerse en cuenta este factor, los resultados a los que se lle-

guen pueden ser muy vulnerables, debido al sesgo introducido por la ignorancia de esta variable.

d) Otra variable que parece imprescindible, aunque tal vez de menor importancia que las anteriores, es la referencia al grado de sugestionabilidad de los sujetos experimentales y a la posibilidad de que, posteriormente a la realización de estas entrevistas, puedan sufrir un cuadro hipocondríaco. Los cuatro defectos señalados anteriormente están siendo investigados, en la actualidad, por el autor de estas líneas.

3. No resulta paradójico que los jóvenes que obtienen más altas puntuaciones en ansiedad ante la muerte, obtengan también los resultados más altos en lo que concierne a los factores F2 (temor ante el sufrimiento producido por una muerte prolongada), F3 (proximidad subjetiva de la propia muerte) y F1 (miedo a la propia muerte).

Insisto en que no parece paradójico puesto que es un hecho transparente que la joven generación es radicalmente hedonista (lo que puede explicar los resultados obtenidos en el factor F2), y que muy raramente piensan en la muerte (lo que también puede explicar los valores obtenidos en F3 y F1). Sin embargo, las bajas puntuaciones obtenidas en el factor F5 (ansiedad ante las alteraciones del pensamiento producidas por la muerte), podría justificarse más difícilmente, debiendo comprobarse la legitimidad o no de razones tan extendidas, como: lo infrecuente que es que la juventud se ocupe de estos temas, el irracionalismo en que militan, el uso exclusivo de un «pensamiento» denominado visceral, o la ausencia de imaginación, como consecuencia del ámbito excesivamente tecnificado en que realizan su vida. No parece sino que una de las fuentes ancestrales primordiales de la ansiedad humana —el miedo a la locura, o el miedo a la pérdida del control de sí mismo (la asistencia consciente a la disolución del yo)—, comience a diluirse en las actuales y futuras generaciones.

En el grupo de los jóvenes se destaca más el temor a los aspectos circunstanciales del morir —cuándo, cómo, dónde y por qué—, que al complejo e ineludible hecho de tener que morir. La trivialidad fontal de estos temores resulta comprensible, habida cuenta de la inexperiencia de estos sujetos con la muerte.

Por esto también, no nos extraña que en el grupo de ancianos, el factor más altamente saturado sea, precisamente, la subjetiva proximidad a la muerte (F3). Esta proximidad, más que subjetiva es objetiva, real más que imaginaria. Hay, pues, un ajuste, en los ancianos, entre sus temores y las posibilidades reales de su vida. Los

otros factores que eran relevantes en los jóvenes, no lo son aquí. Los ancianos parecen haber superado los fines hedonistas, a la vez que han asumido, con todas sus consecuencias, la radicalidad de una muerte personal.

4. Los resultados anteriores pueden servir a la construcción de un cuerpo teórico sobre la psicología de la muerte (Kastenbaum y Costa, 1977 y Pattison, 1977). Algún autor (Weisman, 1972), ha vertebrado su teoría sobre las hipótesis psicoanalíticas —todavía por probar— acerca de los mecanismos de defensa de la angustia, especialmente sobre el denominado mecanismo de negación. Weisman no repara en que más que intervenir el anterior mecanismo (no contamos con ningún método empírico que pueda verificarlo o refutarlo), acaso influya —y probablemente de un modo decisivo— el punto de partida que se tenga respecto de la muerte del hombre. Otra cosa muy diferente es que cuando este punto de partida no está claro, el hombre, incluso la cultura toda, rehuye enfrentarse con este problema, lo margina y hasta acaba por negarlo. Lo primario aquí no es la negación de la muerte, como mecanismo compensatorio de la ansiedad, sino más bien el no disponer de una concepción realista en torno a ella. Por eso el resultado, también aparentemente contradictorio, obtenido por Devins: Mientras que el grupo de jóvenes contestaba en las entrevistas de forma serena y enormemente cooperativa, los ancianos manifestaron ciertas reticencias a la hora de establecer una discusión abierta con el entrevistador sobre los aspectos emocionales y personales en torno a este profundo tema. Las interpretaciones justificativas que pueden ofrecerse para explicar unos y otros comportamientos, ni son fáciles, ni son inequívocas. Muy bien pudiera ocurrir que los ancianos, habiendo resuelto previamente estas cuestiones personales, deseen guardar respetuosamente —es el pudor al que tienen derecho— sus convicciones personales sobre este particular. Precisamente, porque este tema es transcendental, parece una actitud más profunda la de salvaguardar las propias opiniones —una vez que se tienen— que trivializarlas a lo largo de una conversación superficial con un extraño investigador, comportamiento éste que sí se encontró en el grupo de jóvenes.

De este modo, el alto valor hallado en el factor F3, por la población anciana, es mucho más consistente con la hipótesis de partida, que los valores obtenidos en los restantes factores, en el grupo de jóvenes. Probablemente, además, como sugiere Templer (1970), la gran tasa de ansiedad ante la muerte, encontrada en los más jóvenes, no se deba tanto a la experiencia de la muerte, como a la enorme voluntad de vivir —no cabe otra voluntad distinta, en esas edades,

cuando se tiene buena salud física—, naturalmente apropiada a su edad y circunstancias. El grupo de ancianos por otra parte, demostró haber asumido la condición ineludible de la muerte humana. Por eso, otra hipótesis alternativa que se puede ofrecer es consistente en magnificar la proximidad temporal del desenlace fatal, como una variable legitimadora y moduladora del mayor o menor grado de ansiedad ante la muerte encontrado, tras la aplicación del DAS. De hecho, la población anciana no deseaba pensar en la idea de que estaban yendo hacia la muerte, pero tampoco sentían temor de ella. Y es que por su propia experiencia personal —como consecuencia de la larga andadura de su trayectoria biográfica— los ancianos han experimentado más cerca y profundamente la muerte a su alrededor; lo que les ha hecho reflexionar, más seriamente también, sobre su propia finitud.

5. Las consecuencias que de aquí se derivan, para uno y otro grupo, son muy diferentes. Mientras que para los ancianos, apenas si se genera alguna consecuencia después de una conversación en profundidad acerca de la muerte (Templer, 1976; Kastenbaum y Costa, 1977), en los jóvenes sí que puede resultar interesante, incluso conveniente, la organización de programas encaminados a orientar sus actitudes hacia la muerte.

6. La ansiedad ante la muerte y las actitudes ante la eutanasia voluntaria pasiva, no se modifican ni por la intensidad de la experiencia de la muerte en las personas más íntimas (cualquiera que sea su exposición a esta experiencia, siempre que no haya sido muy frecuente o muy intensa), ni por el tiempo transcurrido desde aquella experiencia hasta el momento de la entrevista. En los casos en que esta experiencia ha sido muy intensa, las actitudes ante uno y otro fenómeno, sí que se modifican, dependiendo, fundamentalmente, del grado de vulnerabilidad personal y del tipo de parentesco contraído con el difunto. En los sujetos más jóvenes, por lo general, esta vulnerabilidad es mayor frente a la muerte de familiares, que de amigos íntimos. La diversa vulnerabilidad personal ante estas experiencias no fue investigada, sin embargo, en el presente diseño.

7. Dicha vulnerabilidad está en función, a lo que parece (Sieglar, 1976), del nivel de expectativas de los sujetos experimentales frente a las personas difuntas, y de si estas últimas padecieron o no, una larga enfermedad crónica, en cuya asistencia y cuidado intervinieron los sujetos experimentales. Naturalmente, que el nivel de expectativas de una persona respecto de otra, determina el tipo de

vinculación entre ellas existente; más aún, en los sujetos jóvenes, en los que por la edad, sus propias y personales expectativas (su futuro proyecto biográfico) surgen, se configuran y desarrollan, al filo de las expectativas que sobre otras personas más mayores tienen (un profesor, un tutor, etc.).

8. No están claras, al término de las investigaciones realizadas, el modo en que se interrelacionan la ansiedad ante la muerte y las actitudes ante la eutanasia voluntaria pasiva, al menos en el grupo de jóvenes.

En los adultos más mayores sí que se obtuvo una correlación positiva entre estos dos factores ( $r = .18$ ). Concretamente, en aquellos que todavía no habían resuelto el problema de la finitud humana y el hecho de la muerte de ella derivado, se encontró una mayor ansiedad, además de ante la muerte, ante la ambivalencia significada por la eutanasia voluntaria pasiva. Esta ansiedad puede ser interpretable como una ansiedad de expectación ante metas conflictivas inevitables, para cuya solución no se dispone de los medios pertinentes. Así reformulada esta hipótesis, tales dificultades podrían resolverse, aquí también, mediante el diseño y la aplicación de un programa de intervención psicológica que, naturalmente, no puede ser reduccionista (limitándose a una mera técnica), sino que debe estar abierto y asumir, en lo posible, las dimensiones metafísicas y religiosas, obviamente implicadas en el problema que nos ocupa.

9. Se ha probado que, en cualquier caso, la ansiedad ante la muerte, en la medida en que acrece, magnifica las actitudes ambivalentes ante la eutanasia, siendo, en consecuencia, impredecible, cuál será la solución por la que se opte. Por el contrario, cuando el problema ha sido resuelto, no aparecen actitudes ambivalentes ante la eutanasia. De aquí la explicación sugerida, de que estas actitudes ambivalentes ante la eutanasia, sean enormemente más frecuentes entre los jóvenes, que entre los ancianos (Cf. Polaino-Lorente, 1980).

10. Respecto de la eutanasia, como respecto de la muerte, no puede, pues, concluirse que los jóvenes de hoy sean nihilistas, o al menos que lo sean, en el modo en el que se les acusa. De hecho, su comportamiento, en este sentido, es bastante conservador: la angustia desencadenada por la ignorancia ante lo desconocido (la muerte es siempre un misterio, pero mucho más cuando no se ha reparado nunca en ella), puede justificar las actitudes permisivas que sostienen ante la eutanasia, como una posible, aunque equivocada, estrategia de intervención, capaz de disolver aquella ansiedad. De hecho, cuan-

do reparan en la muerte —de modo especial en la adolescencia—, no sólo cambian sus actitudes ante la eutanasia y disminuye su ansiedad ante la muerte, sino, lo que es todavía más importante, modifican —y muy sustantivamente— su estilo de vida. La anterior conclusión confirma la necesidad de que el hombre asuma ese hecho radical, ineludible e incontestable, cuya consideración puede colaborar, en palabras de Jaspers (1937), al establecimiento de una existencia auténtica.

En los ancianos su propia experiencia vital les ha llevado a la conclusión del sentido sagrado de la vida y por eso también al sentido sagrado de la muerte.

#### BIBLIOGRAFIA

- POLAINO-LORENTE, A.: Antinaturalidad y eutanasia. *Persona y Derecho*, 1975, 2, 411-425.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Eutanasia y actitudes sociales*, Comunicación a las 2.ª Jornadas de Deontología, Derecho y Medicina, Madrid, 1980, en prensa.
- DEVINS, G. M.: Death anxiety and voluntary passive euthanasia: Influences of proximity to death and experiences with death in important persons, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47,3, 301-309.
- BECK, A. T.: An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, 461 y ss.
- HAMILTON, M.: A rating scale for depression, *Journal Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1960, 23, 56-62.
- ZUNG, W.: A self-rating for depression scale, *Arch. Gen. Psychiat*, 1965, 12, 163 y siguientes.
- JASPERS, K.: *Existenzphilosophie*, 1937.
- JARETZKI, A.: Death with dignity —passive euthanasia: Guide to physician dealing with dying patients. *New York State Journal of Medicine*, 1976, 76.
- KASTEMBAUM, R. y COSTA, P. T.: Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 1977, 28, 225-249.
- TEMPLER, D. I.: The construction and validation of death anxiety scale, *Journal of General Psychology*, 1970, 82, 165-177.
- TEMPLER, D. I.: Two factor theory of death anxiety: A note, *Essence*, 1976, 1, 91-83.