

**ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL CLUB DE LA TERCERA EDAD "CRISTO REY" EN EL
CORREGIMIENTO DE SALGAR, MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA-
ATLÁNTICO**

**JANETH CERRA
ELIA MONICA TEJADA
VERENA SANJUÁN
JENNIFER TORRES**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2.003**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRIO OESTE

No INVENTARIO 4030902

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CANJE _____ DONACION _____

ps
#0202

PS S
4030902



**ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL CLUB DE LA TERCERA EDAD "CRISTO REY" EN EL
CORREGIMIENTO DE SALGAR, MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA-
ATLÁNTICO**

**JANETH CERRA
ELIA MONICA TEJADA
VERENA SANJUÁN
JENNIFER TORRES**

**Tesis de Grado presentada como requisito parcial para optar al
título de PSICÓLOGA**

MARGARITA CARDEÑO
Directora

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2.003**

Barranquilla, 30 de Agosto del 2003

Doctora:

YOMAIRA ALTAHONA

Jefe de Epistemología e Investigación

Unidad Académica de Psicología

Corporación Educativa Mayor del

Desarrollo Simón Bolívar

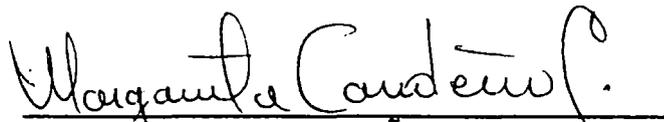
Ciudad

Estimada Doctora:

Me permito presentar el Informe Final de Investigación, titulado: "Actitud frente a la Muerte en los Adultos Mayores que asisten al Club de la 3ra Edad, Cristo Rey en el Corregimiento de Salgar"; realizado por: **JANETH CERRA MIRANDA, VERENA SAN JUAN SALAS, ELIA MÓNICA TEJADA JIMÉNEZ y JENNIFER TORRES ALVAREZ.**

Este trabajo profundiza el conocimiento sobre la actitud frente a la muerte, en los Adultos Mayores, es muy temática, poco estudiada, abre el campo para futuras investigaciones.

Atentamente,


MARGARITA CARDEÑO SANMIGUEL
Tutor

**ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE EN ADULTOS
MAYORES QUE ASISTEN AL CLUB DE LA TERCERA
EDAD "CRISTO REY" EN EL CORREGIMIENTO DE
SALGAR, MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA-
ATLÁNTICO**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Letras

Números

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Octubre del 2.003

Agradecimientos



Damos gracias a Dios todopoderoso por permitirnos realizar este trabajo de Investigación.

A la doctora Margarita Cardeno, gracias por la inspiración del tema, y su apoyo permanente.

A profesor P.S. Víctor valle por su tiempo y dedicación en la orientación de este trabajo de investigación.

A todo el equipo de investigación de la Universidad Simón Bolívar por su colaboración.

A la institución Cristo Rey del Corregimiento de Salgar, por permitirnos entrar en sus vidas brindándonos la oportunidad de conocerlos y por toda su colaboración.

A la Doctora Patricia Ruiz, gracias por sus consejos.

Y un especial agradecimientos a todos los adultos mayores que participaron en este trabajo de investigación, que asisten a la Institución Cristo Rey del Corregimiento de Salgar en Puerto Colombia.

Dedicatoria

A Dios, porque siempre está conmigo iluminándome, dándome fortaleza en todos aquellos momentos de felicidad y dificultad.

A mis padres les debo el apoyo, espiritualidad y el gran esfuerzo que me han brindado durante todo este tiempo y sobre todo su paciencia.

En especial, a mi hijo que ha sido mi mayor motivación e inspiración y me ha dado la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Janeth.

Dedicatoria

*Dedico este trabajo a Dios por
Toda las fortalezas y Sabiduría
que me brindo en los momentos que
lo necesitaba, a mis padres por toda
la confianza que depositaron en mi y
por ese apoyo permanente que
siempre tuve, a mis hermanos que de
manera indirecta siempre estuvieron
conmigo brindándome su apoyo.*

*En especial a mi esposa por toda la
paciencia y confianza que me
brindo, a mis compañeras y amigas
por no desfallecer. A mi amiga de
labores claudia por ser siempre mi
cómplice.*

Monica

Dedicatoria

*A Dios, por permitirme realizar
esta investigación.*

*A mis padres Tomás y Lyda por
su apoyo incondicional.*

*A mi esposo Juan Carlos por
creer en mí.*

*A mis compañeras Janeth y
Verena por su constancia y
dedicación.*

Jennifer

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA ✓	3
3. JUSTIFICACIÓN ✓	5
4. OBJETIVOS ✓	8
4.1 OBJETIVO GENERAL ✓	8
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS ✓	8
5. MARCO TEORICO ✓	9
5.1 ACTITUDES	9
5.1.1 Definición	10
5.1.2 Componentes	10
5.1.3 Funciones	11
5.1.4 Evaluación	13
5.2 TANATOLOGIA	16
5.2.1 Aspectos legales de la muerte	19
5.2.2 Muerte inminente	20
5.3 ACTITUD ANTE LA MUERTE A LO LARGO DEL CICLO VITAL	23
5.4 EL HOMBRE ANTE LA MUERTE	25
5.4.1 El miedo a la muerte	27

5.4.1.1 Miedo a la muerte en el adulto mayor	29
5.4.1.2 Muerte y duelo	31
5.4.1.3 Diversas circunstancias de la muerte	39
5.4.2 Muerte con dignidad	42
5.4.3 Concepto de muerte en pacientes terminales	52
5.4.4 Calidad de vida v.s Calidad de muerte	53
5.4.5 Problemas éticos alrededor de la muerte	57
5.4.5.1 Criterios de muerte	59
5.5 CONCEPTO DE ENFERMEDAD	72
5.6 LA EDAD ADULTA TARDÍA	73
5.7 TEORÍA PSICOLÓGICA DEL DESARROLLO SEGÚN ERIC ERICKSON	75
5.8 RESEÑA DEL CENTRO CRISTO REY	77
6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	79
6.1 DEFINICION CONCEPTUAL	79
6.2 DEFINICION OPERACIONAL	79
7. CONTROL DE VARIABLES	80
7.1 EN LOS SUJETOS	80
7.2 EN EL AMBIENTE	80
7.3 EN LOS INSTRUMENTOS	80
7.4 EN LOS INVESTIGADORES	81
7.5 VARIABLES NO CONTROLADAS	81

8.	METODOLOGÍA	82
8.1	PARADIGMA	82
8.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	82
8.3	POBLACION	83
8.4	MUESTRA	83
8.5	TECNICAS E INSTRUMENTOS	83
8.6	PROCEDIMIENTO	84
9.	RESULTADOS	87
10.	CONCLUSIONES	100
11.	DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
	BIBLIOGRAFÍA	105
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación describe las actitudes frente a la muerte en adultos mayores que asisten al Club de la Tercera edad "Cristo Rey" en el corregimiento de Salgar, municipio de Puerto Colombia-Atlántico.

Los autores guías que orientan conceptualmente el estudio son: Carlos Escalante Angulo para la conceptualización de las actitudes, Erick Ericson para la teoría de la vejez y el ciclo vital, y Elizabeth Kluber Ross e Issa Fonnegra para el concepto de muerte.

El enfoque psicológico del trabajo es el conductual-cognitivo, pues conceptualmente se parte del hecho que el concepto de muerte, vejez y las actitudes implica el manejo de conocimientos y afectos que orientan la conducta.

La investigación realizada tiene un diseño de tipo descriptivo y una metodología de trabajo cuantitativa, orientado en un paradigma empírico-analítico, pues se abordan las actitudes desde una perspectiva cuantitativa, toda vez que se evaluaron según los criterios establecidos para la evaluación de las escalas de actitudes tipo Likert, es decir, en una escala interval de 1 a 5, correspondiente a cinco alternativas de respuestas que van desde estar totalmente de acuerdo

hasta estar totalmente en desacuerdo con criterios de apoyo cualitativos de grupos focales.

La muestra de estudio estuvo conformada por 50 personas adultos mayores de 65 a 75 años de edad, que asisten al Club de la tercera edad "Cristo Rey", en el Municipio de Salgar en el Departamento del Atlántico, seleccionadas mediante un muestreo no aleatorio accidental.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados en la investigación son una escala de actitudes tipo Likert, y una entrevista de grupos focales, las cuales fueron elaboradas por parte de las investigadoras, con la asesoría de un experto en el tema, por lo que fue aplicada y determinada su validez mediante una prueba piloto, revisada y validada en su contenido mediante el sistema de jueces expertos en el tema. Estas recoge información acerca de aspectos tales como: concepto de salud y vida, manejo de la enfermedad y la soledad, afrontamiento del rechazo social, relaciones familiares e interpersonales.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La muerte es uno de los temas mas tabúes para la humanidad, en parte por los temores que suscita. Esto se acrecienta aun más en la población adulta y mas específicamente en el adulto mayor, pues por razones lógicas en función del ciclo vital están mas propensos a morir que cualquier otro grupo poblacional, debido a esto la actitud que tengan ante la vida y ante la muerte es de gran importancia.

Las actitudes son un concepto fundamental, pues la psicología social nos ha enseñado que a través de ellas se pueden inferir los conocimientos, sentimientos y comportamientos de las personas hacia algún objeto o situación social.

Algunas experiencias vivenciadas por personas del equipo técnico de la institución Cristo Rey han puesto de manifiesto que estas personas suelen ser depresivas, en parte debido a la soledad que viven.

En este sentido es bien sabido que las personas depresivas pueden tener sentimientos catastróficos, entre ellos el suicidio. Es por esto que es de sumo interés conocer su actitud frente a la muerte.

De allí que se haya planteado el siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la actitud frente a la muerte en adultos mayores que asisten el Club de la tercera edad “Cristo Rey” del Municipio de Salgar?

3. JUSTIFICACIÓN

La muerte es una de los fenómenos que mas preocupa al ser humano, pues si bien es cierto que todos debemos enfrentarnos a esta realidad y que es parte inherente a nuestra existencia, también lo es que nos enfrenta a lo desconocido.

Desde el inicio de la historia misma de la humanidad la muerte ha conllevado a la creación de mitos y leyendas. Con el paso del tiempo y con la aparición de la religión ha pasado a ser el elemento que regula nuestra conducta en función de hacer el bien o el mal para condenarnos o no, de allí quizás el miedo que todo ser humano tiene a la muerte.

Si bien la muerte es una etapa mas del ciclo vital del ser humano, todos debemos llegar a ella, pero la lógica nos dice que es mas probable que mueran mas temprano los adultos mayores. Es por esto que el presente estudio aborda la temática de las actitudes en estas personas, pues por una parte el concepto de actitud en función de la expresión de valores, pone al descubierto los sentimientos, pensamientos y comportamientos de estas personas hacia algún aspecto relacionado con la muerte.

Por otra parte, se ha seleccionado como muestra de estudio a adultos mayores institucionalizados, pues es bien sabido que estas personas tienen expectativas diferentes frente a la muerte, por el hecho que en ocasiones suelen sentirse abandonados, solos y quizás esto conlleve a aceptar y afrontar la muerte de un modo mas natural que el resto de las personas, que tienen familiares y que están rodeados de sus seres queridos.

El estudio se considera que tiene importancia científica, institucional, personal y profesional. La importancia científica para la psicología radica en el hecho que con este tipo de investigaciones se nutre de conocimientos y amplía su horizonte en tomo a un tema tan importante como lo es el concepto de muerte y las actitudes hacia ella en las personas adultas mayores. Además para la psicología evolutiva debe ser de gran interés el estudio de esta temática, pues con seguridad la muerte es un concepto que cambia de manera gradual y significativa con la edad, haciéndose mas realista en la medida que se llega a una etapa del ciclo vital como lo es la vejez.

La importancia institucional se refiere al beneficio que obtendría la institución "Cristo Rey", puesto que las personas que participarán en el estudio tendrán la oportunidad no solo de expresar sus creencias en tomo al tema de la muerte, sino que además en grupo podrán compartir sus ideas y sentimientos frente a ésta. De igual forma la institución en donde se desarrollará la investigación se

W. J. V.

favorecerá puesto que tendrán mayores elementos de juicio para el abordaje terapéutico de estas las personas. En este mismo sentido podrá asegurar que la universidad como institución se fortalece pues está haciendo uso del recurso humano que posee no solo para hacer investigación, sino además hacer extensión, uno de los pilares de la calidad educativa y de la proyección social de la educación superior.

La importancia personal radica en el hecho que para las investigadoras es de gran satisfacción el realizar este tipo de investigación, por cuanto como personas son conscientes de estar haciendo una labor humanitaria en pro de grupos vulnerables como lo son los adultos mayores institucionalizados. La importancia profesional refiere al hecho por el cual las investigadoras ponen en práctica sus conocimientos y además las prepara para una futura vida profesional en el campo de la psicología.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la actitud frente a la muerte en adultos mayores que asisten al club de la tercera edad "Cristo Rey" del Municipio de Salgar.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las creencias y conocimientos frente a la muerte en los siguientes aspectos: concepto de salud física y mental, manejo de la enfermedad y la soledad, y concepto de muerte.
- Describir los afectos o sentimientos frente a la muerte en los siguientes aspectos: concepto de salud física y mental, manejo de la enfermedad y la soledad, y concepto de muerte.
- Describir las acciones y comportamientos frente a la muerte en los siguientes aspectos: concepto de salud física y mental, manejo de la enfermedad y la soledad, y concepto de muerte.

5. MARCO TEORICO

5.1 ACTITUDES

La actitud es un concepto definido por Perلمان y Cozby como “lo que nos gusta y lo que nos disgusta. Son nuestras afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspectos identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales. Así, las actitudes son nuestros sentimientos evaluados (bueno o malo) hacia determinados objetos sociales, sean personas, cosas o situaciones”.¹

La actitud debe diferenciarse de la creencia, pues mientras las actitudes se refieren a una evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto, las creencias representan la información que esta persona tiene hacia ese objeto, es decir, una creencia une al objeto con algún atributo.²

De allí, que si uno tiene una actitud positiva o negativa hacia algo, depende de si las creencias relevantes son evaluadas positiva o negativamente, y de la fuerza con la cual son sostenidas estas creencias.

¹ PERLMAN, Daniel y COZBY, Chris. Psicología social. México: Interamericana, 1985. p. 74.

² Ibid. p. 75

5.1.1 Definición. Las actitudes se definen como organizaciones relativamente duraderas de creencias en torno a un objeto o situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada.³

5.1.2 Componentes. En función de su estructura, las actitudes tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual.⁴

- **Componente Cognitivo.** Hace referencia al conocimiento que se tiene o se cree tener sobre un objeto, situación o persona, y puede expresarse en términos de creencias. Se relaciona por lo tanto con la forma de pensar de un individuo.
- **Componente Afectivo.** Se expresa en términos de simpatía-antipatía y corresponde al hecho de que la creencia es capaz de activar afectos (catexis) de muy variada intensidad y dirección, afectos que se centran en: objetos o situación de la creencia, personas o grupo que asumen una posición positiva o negativa respecto al objeto o situación de la creencia y cuando el valor de la creencia es puesto en duda por alguien.

³ *Ibíd.* p. 77.

⁴ *Ibíd.* p. 79.

- **Componente Conductual.** Es de acción, verbal o kinético y contiene una disposición a responder de determinada manera, de acuerdo a los contenidos cognitivos o afectivos de la creencia, cuando ésta es activada por las circunstancias.

5.1.3 Funciones. En relación a las actitudes los especialistas destacan los factores psicodinámicos, especialmente los de carácter motivacional, como los determinantes de la estabilidad y cambio de las actitudes y de los comportamientos asociados. Desde este punto de vista, se destaca el abordaje funcional de Daniel Katz, según la base motivacional de las actitudes la integran cuatro tipo de funciones, a saber:

- **Función Instrumental.** También llamada adaptativa o utilitaria. Se refiere a las respuestas favorables que la persona obtiene de sus semejantes al manifestar actitudes positivas. Estas respuestas favorables producen recompensas o gratificaciones sociales que facilitan el logro de metas tales como: aprobación de los demás, seguridad, éxito, lealtad hacia el grupo, entre otras.
- **Función de Defensa del Yo.** Permite a las personas eludir el reconocimiento de sus propias deficiencias y, así, conseguir preservar la integridad del concepto que tiene de sí misma. En general, esta función conduce

a una exaltación de los valores que la persona considera positivos con la religiosidad, el orden, la pureza y a una condenación de valores que considera negativos como la subversión, el ateísmo, el consumo ostensivo, entre otros.

- **Función Cognitiva.** En esta se expresan valores de verdad que proporciona a la percepción del mundo del individuo aspectos como la coherencia, la estabilidad y la dirección, y le facilita ajustar de modo predictivo su comportamiento a las expectativas de los demás y a situaciones futuras.
- **Función Expresiva de Valores.** Esta le permite a las personas autoexpresarse en términos de aquellos valores que más estima y se constituyen en la expresión de los aspectos más positivos de su concepto de sí mismo y, en consecuencia, de su identidad personal.

Como puede observarse, las actitudes como concepto psicológico es de gran utilidad para conocer no solo lo que piensan, sienten y forma de actuar de las personas ante un hecho social, sino que además es útil para inferir sus valores, defensas, y capacidad de adaptación frente a situaciones sociales particulares, lo cual en suma demuestra la ideología del evaluado. ⁵

⁵ ALBOR, María Elena y Colaboradoras. Actitudes hacia la farmacodependencia en estudiantes universitarios. Tesis de grado en psicología. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar, 2.002.

5.1.4 Evaluación. Las actitudes suelen evaluarse de varias maneras: una escrita, a través de escalas y otra verbal, por medio de grupos focales.

Los grupos focales son una forma de entrevista grupal en la cual un moderador realiza preguntas que luego el grupo delibera y por consenso emiten un juicio en torno a la temática, para de esta forma llegar a la formación de un concepto.

Entre las escalas de actitudes hay diversas, la mas comúnmente utilizada y recomendada en diversos estudios realizados con estudiantes universitarios, es la tipo Likert.⁶

La escala en mención fue ideada por Rensis Likert en 1932 y ha sido modificada y ampliada en diversos contextos, en especial en la psicología social. Los supuestos teóricos bajo la cual se fundamenta esta escala son los siguientes:

- Cada ítem o declaración cubre todo el continuo de las actitudes, desde un polo positivo (totalmente de acuerdo) hasta un polo negativo (totalmente en desacuerdo).

⁶ CEPEDA, Jairo PEZZANO, Gina y RACEDO, Margarita. Efectividad de un programa de prevención de la farmacodependencia. Barranquilla: Uninorte, 1992. p. 25.

- En la escala se pueden indicar puntos específicos por medio de respuestas alternativas a cada ítem.
- Los puntos presentados por las respuestas alternativas pueden ser determinados por un conocimiento del porcentaje de sujetos que dieron cada una de las respuestas.
- La actitud de una persona puede ser determinada por la suma de sus respuestas a todas las declaraciones de la escala.

Una vez elaborada la escala se recomienda realizar un estudio piloto, es decir, una pre-prueba o pre-test, que consiste en aplicárselo a un número representativo de personas con características muy homogéneas a la de la muestra final y de esta manera entrar a analizar la posibilidad de realizarle cambios, así, hasta tener de manera definitiva la escala final.

El procedimiento recomendado para calificar o evaluar la escala de actitud tipo Likert es el siguiente:

- Determinar los ítems positivos y negativos.
- Determinar los criterios de valoración en términos de favorabilidad o desfavorabilidad, es decir, respuestas deseadas o indeseadas.

- **Asignar un valor numérico según la tendencia de favorabilidad o desfavorabilidad.**
- **Sumar la valoración de cada uno de los items, según la categoría de respuesta.**
- **Calcular el valor específico para cada uno de los items, de tal forma que se puedan interpretar posteriormente por separado.**
- **Calcular el valor específico por cada uno de los componentes de las actitudes, de forma tal que puedan además de interpretarse por separado, establecer contrastes o similitudes entre ellos.**
- **Calcular el valor general para toda la escala.**
- **En caso que se quieran establecer comparaciones entre características de la población, calcularlas por separados igual que se recomendó con los items o los componentes.**
- **Los aspectos relativos a confiabilidad o validez quedan a criterio de los investigadores, según los intereses de la investigación y la profundidad de la misma, pues en los estudios descriptivos con la sola interpretación basta, pero en los correlacionales debe de manera estricta determinarse índice o coeficientes de correlación.**



5.2 TANATOLOGIA

La Tanatología, el estudio de la experiencia de la muerte y el duelo, ha evolucionado en las últimas décadas. Aunque los individuos de todas las culturas han especulado siempre sobre la muerte, las áreas que se consideraban adecuadas para analizar ese tema era la religión y la filosofía. El estudio sistemático de la muerte se ha evitado hasta el final del siglo XX, e incluso actualmente las personas occidentales suelen resistirse a analizar su propia mortalidad. Sin embargo, los investigadores han comenzado a desarrollar una psicología de la muerte, así como terapias y otro tipo de tratamiento, tanto para los que van a morir como para lo que experimentarán el duelo.

La mayoría de los médicos en ejercicio se enfrentan con regularidad a la muerte, a los moribundos y al duelo; son fenómenos intrínsecos a sus vidas. Sin embargo, los programas de formación de los profesionales de la medicina suelen acometer este tema de manera inadecuada, de modo que los médicos deben aprender a afrontar los problemas relativos a la muerte por sí mismos. Como resultado, el tratamiento de los pacientes moribundos puede ser innecesariamente doloroso para los pacientes, familiares y amigos, el médico y el personal sanitario. Por lo tanto, además de la propia tanatología, los médicos deben estudiar las reacciones de las personas que atienden al enfermo ante la muerte y el duelo de los pacientes con los que trabajan y explorar las maneras de aprender a aceptar sus propios miedos y su sentimiento de pérdida.

Las personas reaccionan ante la muerte dependiendo en parte del contexto en el que ésta se produce. Por ejemplo, se puede distinguir entre la muerte esperada y la inesperada: esperada cuando las expectativas de vida y la vida real de una persona son aproximadamente iguales; inesperada, cuando la muerte de la persona es impredecible o prematura. Los que deben vivir un duelo por una muerte esperada normalmente no se sienten sorprendidos ni conmocionados, a diferencia de los que experimentan el duelo por una muerte inesperada (como en el caso de una persona joven, o de una muerte repentina, o una muerte catastrófica a consecuencia de un acto violento, o un accidente o situaciones incomprensibles).

La muerte también podría clasificarse como intencional (suicidio) involuntaria (enfermedad o trauma) y subintencional (abuso de alcohol, dependencia alcohólica, fumadores). La muerte puede tener muchas significaciones psicológicas, tanto para el moribundo como para la sociedad en general. Según Susan Sontag, la muerte llega incluso a adoptar el poder de una metáfora. Por ejemplo, algunas personas interpretan la muerte como castigo merecido por algo que se percibe como una vida inmoral y pecaminosa.

Los factores emocionales pueden ser suficientes para provocar la muerte repentina de algunos individuos que no presentan otros factores de riesgo, por ejemplo: el estrés psíquico repentino puede producir fibrilación ventricular infarto

de miocardio. La muerte del vudú o muerte secundaria al mal ojo se produce cuando una persona con supuestos poderes psíquicos para provocar la muerte maldice a otra que cree en sus poderes. En estos casos, el estrés emocional probablemente provoca una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y del sistema nervioso autónomo ocasionando el cese de las funciones vitales. Si un curandero no deshace el hechizo la persona que lo sufre puede morir.

En cuanto a las experiencias extracorporales, muchas personas creen en una vida posterior a la muerte y a lo largo de la historia se han hecho referencias sobre fenómenos de este tipo. En los últimos años, muchas personas dicen haber vivido experiencias similares a la muerte. Alrededor del 40 % de la población de los estados unidos describen experiencias de este tipo. En el modo en el que casi se produce la muerte (enfermedad, accidente o intención de suicidio) los factores demográficos (edad, educación sexo, raza) y las creencias religiosas no predisponen ningún tipo de población sobre otro para experimentar el fenómeno.

Los relatos de las experiencias próximas a la muerte son, a menudo, sorpresivamente similares: puede ser una experiencia extracorporal en la que el individuo ve su propio cuerpo fuera de sí mismo y oye las conversaciones a su alrededor; le invade una sensación de paz y tranquilidad; escucha un sonido lejano; entra en un túnel oscuro; deja el cuerpo atrás; también se reencuentran

los seres queridos fallecidos; se ven seres luminosos; se debe ingresar a la vida para terminar lo que se dejó a medias y se experimenta una profunda tristeza por tener que abandonar la nueva dimensión. La experiencia se describe casi siempre tranquilizadora y feliz; las personas implicadas lo perciben como algo real, distinto del sueño o alucinación. Estas experiencias pueden provocar importantes cambios en el estilo de vida. Como se ha dado mucha publicidad en la prensa a este tipo de fenómenos, los pacientes pueden querer hablar de ello con sus psiquiatras.

5.2.1 Aspectos legales de la muerte. La ley establece que el médico debe firmar el certificado de defunción en el que se establece la causa de la muerte (por ejemplo paro cardíaco congestivo o neumonía). También se debe indicar si se trata de muerte natural o accidental, suicidio u homicidio o debido a causas desconocidas. Las personas que mueren sin haber sido atendidas por un médico deben ser examinadas por un médico forense o un patólogo; puede realizarse la autopsia para establecer la causa de la muerte. En algunos casos se realiza la autopsia psicológica: se analiza el pasado sociocultural y psicológico del fallecido entre visitando a sus familiares y amigos y a sus médicos para determinar si existía alguna enfermedad mental, como una depresión. Así se puede determinar si una persona ha muerto porque fue empujada desde un edificio (asesinato) o porque se tiró (suicidio). Cada una de las posibilidades tiene claras implicaciones legales y médicas.

5.2.2 Muerte inminente. Muchos investigadores han estudiado las reacciones de los moribundos ante la muerte. Una de las primeras y más útiles clasificaciones de las distintas reacciones ante la muerte inminente fue la que realizó la psiquiatra y tanatóloga Elisabeth Kubler –Ross. Rara vez un paciente desahuciado se ajusta a una secuencia regular de respuestas claramente identificables; ninguna secuencia establecida es aplicable a todos los pacientes. Sin embargo, con mucha frecuencia se producen las cinco fases propuestas por Kubler – Ross:

Fase 1. Shock y negación. Cuando se le comunica a un paciente que va a morir la primera reacción suele ser el choque. Los pacientes suelen sentirse conmocionados al principio y negarse a creer el diagnóstico; pueden llegar a negar que algo vaya mal.

Algunos individuos nunca superan esta fase y van de médico en médico hasta encontrar a alguien que confirme su opinión. El grado en el que la negación puede ser una respuesta adaptativa o desadaptativa depende de si el paciente continúa el tratamiento aunque siga negando el diagnóstico. En estos casos, el médico debe dar al paciente y a su familia de un modo abierto y respetuoso, la información básica sobre la enfermedad, el pronóstico y las opciones de tratamiento. Una comunicación eficaz implica que el médico permita las respuestas emocionales del paciente y le garantice que no le va abandonar.

Fase 2. Ira. El paciente se siente frustrado, irritable y colérico por estar enfermo. Suele preguntar “¿porqué a mi?”. El objeto de su ira puede ser Dios, el destino, algún amigo o algún miembro de la familia; incluso puede autoinculparse. Puede desplazar su cólera contra el personal hospitalario y el médico, culpándolos de su enfermedad. Los pacientes en esta fase son difíciles de tratar. El médico que no consiga entender que la ira es una reacción previsible y, en realidad, un desplazamiento, puede llegar a abandonar a un enfermo o a transferirlo a otro colega.

Los médicos que tienen que tratar a un enfermo colérico deben comprender que la ira expresada no puede ser tomada como algo personal. La respuesta empática y no defensiva puede ayudar a disminuir la cólera del paciente y ayudarlo a centrarse en los sentimientos más profundos (como el duelo, el miedo, la soledad) que subyacen a la cólera. Los médicos deben también comprender que la cólera puede representar el deseo del paciente de controlar la situación en la que se siente completamente desbordado.

Fase 3. Negociaciones. El paciente puede intentar negociar con el médico, con sus amigos e incluso con Dios: si se cura, promete cumplir una o varias promesas, como dar una limosna o acudir a la iglesia con regularidad. Otro aspecto de la negociación es que el paciente cree que, si es bueno (cumplidor, no pregunta y si es cariñosos), el médico le tratará mejor. Para tratar a estos

pacientes hay que dejar claro que se les va atender de la mejor manera posible y que todo lo que se les deba hacer se les hará, con independencia de su conducta o sus actos. También se debe animar al paciente para que participe en el tratamiento y hacerle comprender que ser un buen paciente consiste en ser tan sincero y claro como sea posible.

Fase 4. Depresión. En la cuarta fase, los pacientes manifiestan signos clínicos de depresión tales como abandono, retraso psicomotor, problemas de sueño, desesperanza y, a veces, ideas suicidas. La depresión puede ser una reacción a los afectos de la enfermedad sobre sus vidas, por ejemplo. Pérdida del trabajo, apuros económicos, aislamiento de amigos y familiares, entre otros, o puede ser una anticipación de la pérdida de la vida que ocurrirá eventualmente. Cuando se produce un trastorno depresivo mayor con signos vegetativos e ideas suicidas, puede estar indicado el tratamiento con medicación antidepresiva o la terapia electroconvulsiva. Todos los individuos experimentan cierto grado de tristeza ante la perspectiva de su propia muerte y la tristeza normal no requiere intervención biológica. Pero el trastorno depresivo mayor y las ideas suicidas pueden mejorarse y no se deben aceptar como reacciones normales ante la muerte inminente. Si el paciente sufre una depresión mayor es poco probable que alimente alguna esperanza, elemento que puede alterar la longevidad y que fomenta la dignidad y calidad de vida.

Fase 5. Aceptación. En esta fase, el paciente se da cuenta de que la muerte es inevitable y acepta la universalidad de esta experiencia. Sus sentimientos pueden fluctuar desde la neutralidad hasta la euforia. En circunstancias ideales, el paciente resuelve sus sentimientos ante la inevitabilidad de la muerte y capaz de hablar sobre el encuentro con lo desconocido. Los individuos con fuertes creencias religiosas y con la convicción de que existe una vida futura puede hallar consuelo en la máxima eclesiástica: no temáis a la muerte acordaos de los que se fueron y de los que vendrán.

5.3 ACTITUDES ANTE LA MUERTE A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Las distintas etapas del desarrollo cognoscitivo y emocional de los niños desempeñan un importante papel en la percepción, interpretación y comprensión de la muerte. La capacidad del niño para entender la muerte refleja su capacidad para entender conceptos abstractos. Los niños menores de cinco años- en la fase preescolar o preoperacional de Piaget- son animistas: creen que todo - incluido los objetos inanimados- está vivo y solo conciben la muerte como una separación similar a la del sueño. Entre los 5 y 10 años (operaciones concretas), los niños van desarrollando la percepción de la muerte humana como inevitable, tienen miedo que sus padres mueran y los abandonen. Hacia los 9 ó 10 años, los niños conceptúan la muerte como algo que le puede ocurrir tanto a un niño como a sus padres. Normalmente en la pubertad los niños son capaces de concebir

la muerte como un fenómeno universal, irreversible e inevitable, como la hacen los adultos.

Al contrario de lo que ocurre en otras culturas, los padres norteamericanos de clase media suelen tender a ocultar a sus hijos la existencia de la muerte. En lugar de proteger al niño, el halo de misterio que rodea la muerte puede despertar en él temores irracionales.

Los adolescentes suelen preocuparse con lo relativo a su imagen corporal y al control del ambiente; por ello, los adultos suelen interpretar que sus preocupaciones son más frívolas que el tema de la muerte. El tratamiento de los adolescentes terminales puede ser difícil porque a veces sienten una necesidad intensa de independencia y control.

Los adultos jóvenes, en la etapa en que Erikson llama de intimidad frente al aislamiento- están en proceso de desarrollo de nuevas e intensas relaciones. Los temas que les preocupan pueden ser el no llegar a casarse o a tener hijos, lo que les hace sentir la amenaza de posible aislamiento. Los padres jóvenes temen que su muerte prematura deje solos a sus hijos. También temen no llegar a vivir el rol de abuelos.

Los adultos de mediana edad, en la fase que Erikson llama de generatividad frente a estancamiento, pueden sentir frustradas sus aspiraciones de colaborar con las generaciones futuras y poder disfrutar de un placer merecido por su esfuerzo. Las personas mayores que se enfrentan en la etapa de conflicto que Erikson denomina de integridad frente a desesperación deben enfrentarse a la realidad creciente de su propia muerte a través de las muertes de sus amigos y familiares.

Los niños con enfermedades mortales son los que producen mayor estrés emocional sobre las personas que los atienden, ya sean sus padres, sus familiares, el personal del hospital o el médico. Para proporcionar al niño moribundo la atención óptima, es esencial la presencia constante de una persona en la que el niño confíe. La separación del niño de su madre es un acontecimiento tan traumático para el niño hospitalizado como la propia enfermedad. Si no más. Como señaló John Bowlby, tener a la madre o a una persona de significado similar en la habitación puede ayudar al niño hospitalizado a aliviar la ansiedad y a facilitar la necesaria atención médica.

5.4 EL HOMBRE ANTE LA MUERTE

La muerte es, indudablemente uno de los problemas que mas preocupa al hombre. Por un lado, es un hecho que no podemos evitar que suceda, y por el

otro, es algo que nos enfrenta a lo desconocido. Tal es la preocupación suscitada por el tema que hoy no hay ámbito científico que no dedique una parcela a su estudio. Algunos autores, para enfrentarse a este suceso, proponen definir tres niveles de muerte: muerte biológica, clínica y social.⁷

LA MUERTE BIOLÓGICA es el cese de la actividad celular y el inicio de la putrefacción; se trata, por tanto, de la constatación radical de que ya no hay vida.

LA MUERTE CLÍNICA señala el momento en que aparecen los signos de muerte en la persona: el cese de la respiración, el cese de los latidos cardíacos y el electroencefalograma plano.

LA MUERTE SOCIAL se refiere al momento en que somos tratados como un objeto al margen de los acontecimientos sociales. Esta muerte social puede tener lugar antes, durante o después de la muerte clínica o incluso de la muerte biológica; esto suele depender de las pautas culturales del entorno en que hayamos muerto. Lo normal es que a la persona se la considere socialmente muerta cuando se la entierra; de ser "don fulanito de tal..." se convierte entonces en "los restos de..."

⁷ LOPEZ PORTILLO, Alberto. La agonía de la muerte. México: Trillas, 2.000.

5.4.1 El miedo a la muerte. Sentir miedo ante la muerte es "normal", y también lo es reprimir la expresión de ese miedo. La represión es un mecanismo de defensa frente a la ansiedad que nos produce el pensar, reflexionar o preguntarnos sobre ciertos aspectos frente a los cuales no tenemos respuestas sencillas y concretas. Los humanos somos los únicos animales, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, que sabemos con certeza que nuestra existencia no es infinita. Nuestra finitud despierta en nosotros tres miedos básicos.⁸

- A la muerte en sí;
- A lo que puede suceder después;
- A los propios muertos.

El Dr. Hoelter ha deducido la existencia de ocho dimensiones de este miedo, ampliando los tres miedos básicos.⁹

- Miedo al proceso agónico: se trata del temor que experimentamos ante el concreto acto de morir y a la situación previa. Este miedo está muy generalizado en la población.

⁸ *Ibíd.* p. 23.

⁹ *Ibíd.* p. 2

- **Miedo a los muertos:** es el miedo a las personas o incluso a los animales que han fallecido.

- **Miedo a ser destrozado:** es la destrucción del propio cuerpo tras la muerte lo que causa pavor. También hay miedo a la destrucción de parte de la propia identidad que la muerte puede significar.

- **Miedo a lo que la propia muerte supondrá para los otros:** tendríamos aquí un miedo que podríamos calificar como altruista, por la preocupación sobre el impacto en otros de un hecho que le acontecen a uno.

- **Miedo a lo desconocido:** es el miedo de no saber qué sensaciones se tienen o cómo es el trance de ese momento. Es la angustia que se presenta ante todo aquello nunca vivido antes.

- **Miedo a la conciencia de muerte:** se trata del miedo a lo inmediato que hay tras la muerte... ¿lo que hay o lo que no hay?

- **Miedo al cuerpo después de muerto:** es el temor a lo que va a suceder con nuestro cuerpo una vez muertos. Lo experimentamos cuando pensamos que seremos comidos por los gusanos y que nos convertiremos en algo desagradable.

- **Miedo a la muerte prematura:** es el miedo a no haber realizado lo deseado en la vida, A no haber tenido tiempo para realizamos.

5.4.1.1 Miedo a la muerte en el adulto mayor. El temor a la muerte va aumentando con la edad, pero lo que se combate no imaginando nunca realmente nuestra propia muerte. La muerte se va poco a poco asimilando para uno mismo. Se ve como van muriendo los amigos y el contacto con la enfermedad cada vez es mayor; entonces el anciano se da cuenta de que pronto puede ocurrirle lo mismo a él.

Entre las actitudes que la persona anciana puede desarrollar, tenemos las siguientes:¹⁰

a) **Negativas:** ponen en marcha grandes mecanismos de defensa y no quieren reconocer la muerte como algo próximo; aparecen o se hacen más patentes sus larvadas preocupaciones, inquietudes, temores y ansiedades ante la muerte del período de adultos.

b) **Indiferencia:** simplemente esperan que lo inevitable suceda.

c) **Positivas:** con un sentimiento de realización y del deber cumplido, piensan que su estancia en el mundo ha tenido sentido e interés; la muerte es un descanso

¹⁰ Ibid. p. 40.

merecido. En las personas religiosas el temor a la muerte está matizado por la esperanza en la otra vida y un sentido de descanso en ella.

Se observa de un modo general, un aumento de las creencias religiosas en estas edades. En la ancianidad, más que miedo a la muerte, existe un gran temor a padecer enfermedades largas y dolorosas. Finalmente, algunos sociólogos señalan que "la muerte" a la sociedad (declive laboral, jubilación, soledad por muerte de familiares, amigos, etc.) parece "preparar" a la muerte física.

El siguiente cuadro ilustra las actitudes de las personas adultos mayores en la cultura occidental.



CULTURA OCCIDENTAL	
ACTITUD FRENTE A LA VIDA	Ambigua, con exaltación de lo corporal
ACTITUD FRENTE A LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angustia más o menos reprimida, negación. ▪ La muerte es un accidente que la muerte podrá asumir. ▪ Muerte ideal: " bella muerte"
ACTITUD ANTE EL QUE MUERE	Soledad. Hospitalismo. No apoyo psicológico
ACTITUD ANTE LOS DIFUNTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duelo escamoteado. Ningún Tabú. ▪ Idolatría del muerto o rechazo de su existencia ▪ Cementerio descuidado o fetichismo ante el panteón
PEDAGOGIA DE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna pedagogía oficial. ▪ Modificado de Louis Vincent Thomas, 1983

5.4.1.2 Muerte y duelo. Muerte fisiológica todos los órganos vitales deja de funcionar y el organismo no puede seguir subsistiendo en ningún sentido del término. Al ser privadas de oxígeno y de nutrientes las células del cuerpo van muriendo gradualmente, terminación de las funciones de todos los órganos vitales.

La muerte clínica consiste en la terminación de toda la actividad cerebral, indicada por la ausencia de ondas cerebrales. El organismo humano deja de operar como una unidad mente cuerpo autosuficiente, aunque el corazón y los pulmones pueden funcionar con apoyo artificial, terminación de la actividad cerebral

La muerte sociológica es el hecho de que la persona sea abandonada por los demás. El abandono el alejamiento de la gente cuando se considera que la persona esta muriendo, lo que a menudo sucede mucho antes de que ocurra la muerte fisiológica. Lo que sucede cuando las familias abandonan a los viejos en los asilos donde muchos viven por años como si estuvieran muertos.

La muerte psíquica ocurre cuando el paciente acepta la muerte y retrocede hacia el mismo. La aceptación psíquica de la muerte puede de hecho ocasionar la muerte de una persona por el poder la sugestión, toda vez que ha perdido el deseo de vivir. Aceptación de la muerte y regresión al yo, que a menudo tiene lugar mucho antes de que ocurra la muerte fisiológica.

- **EL DUELO.** La pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos más estresantes de la vida. La pérdida es seguida de un periodo de luto y de aflicción por la persona fallecida. El proceso de duelo puede durar un breve periodo o no terminar nunca.

- **REACCIONES AL DUELO.** Las reacciones del duelo se presentan como:¹¹
 - **Reacciones físicas.** El duelo es acompañado por una gama de reacciones físicas que pueden incluir el insomnio, la falta de apetito o el comer en exceso, las molestias estomacales, constipación o diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria, sudoración excesiva y mareos. El estrés provocado por el duelo disminuye la afectividad inmunológica y por ende la resistencia a las infecciones y a las enfermedades.
 - **Reacciones emocionales.** Incluyen la depresión, abatimiento, llanto, conmoción e incredulidad, enojo, ansiedad, irritabilidad, preocupación y pensamientos del fallecido, sentimientos de desamparo, dificultad para concentrarse, olvidos, apatía, indecisión y aislamiento o sentimientos de soledad.
 - **Reacciones intelectuales.** Incluyen los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona y en ocasiones racionalizar o tratar de comprender las razones de la muerte. La gente desea saber qué fue lo que sucedió y por qué paso. En ocasiones, las razones jamás resultan satisfactorias, pero aun así la gente intenta encontrar las causas y el significado de la muerte.

¹¹ Ibid. p. 55.

Idealización. Es decir, el intento por purificar la memoria del fallecido disminuyendo mentalmente sus características negativas. La prolongación del duelo puede dar por resultado un estilo de vida sentimentalizado, nostálgico y adusto.

- **Reacciones sociológicas.** Incluyen los esfuerzos de la familia y los amigos para unirse y compartir la experiencia y ofrecerse apoyo y comprensión. La reacción sociológica también incluye los esfuerzos por reorganizar la vida después de la pérdida, los reajustes financieros, la reorientación de los roles familiares y comunitarios, el regreso al trabajo, la reanudación de actividades sociales y comunitarias. La muerte puede hacer necesario que se tomen muchas decisiones importantes, aceptar un trabajo o cambiar de empleo, mudarse o vender la casa. En ocasiones se toman apresuradamente mientras la persona continúa en un estado de conmoción, por lo que las decisiones generalmente son equivocadas.

- **ETAPAS DEL DUELO.** El duelo se desarrolla en tres etapas:¹²

- Breve periodo de conmoción durante el cual los miembros de la familia estén aturridos e inmovilizados por el dolor y la incredulidad con frecuencia lloran y se perturban con facilidad. Esta etapa ocurre poco después de la muerte y por lo general dura varios días.

¹² FONNEGRA, Issa. De cara a la muerte. Bogotá: Circulo de lectores, 1.999.

- Periodo de intenso sufrimiento durante el cual los individuos muestran síntomas físicos y emocionales de gran perturbación. Hay una añoranza dolorosa de la persona muerta, incluyendo recuerdos e imágenes del fallecido, tristeza, insomnio, irritabilidad y desazón. Empieza al poco tiempo de la muerte del familiar y por lo general alcanza un punto máximo en las dos o cuatro semanas posteriores a la muerte, pueden prolongarse por varios meses e incluso durar uno o dos años. La capacidad de hablar de la persona fallecida ayuda al individuo a superar el duelo más rápidamente.

- Durante la tercera etapa se observa una recuperación gradual del interés por la vida. Esta etapa generalmente tiene lugar al año después de la muerte. La etapa es marcada por la reanudación de las actividades ordinarias, una mayor probabilidad de tener recuerdos placenteros de la persona muerta y el establecimiento de nuevas relaciones con otras personas.

Según Elizabeth Kubler Ross durante el duelo se presentan una serie de reacciones:¹³

- **Negación.** Rechazo a aceptar la realidad de lo que está sucediendo." No a mí no". Esto no puede ser cierto. Algunos acusan a su médico de incompetentes, otros piensan que se cometió un error en el laboratorio o en el diagnóstico. Hay

¹³ KLUBER ROSS, Elizabeth. Citado por: PLATA, Manuel. En: Hacia una medicina mas humana. Bogotá: Panamericana, 1.990.

quién busca el consejo de otros médicos o curanderos o también quienes intentan curas milagrosas. Algunos simplemente niegan la realidad de la inminencia de la muerte y proceden como si nada estuviera pasando. La mayoría acepta gradualmente la realidad.

- **Ira.** Por qué a mí?. No es justo que esto me este sucediendo a mí. En esta etapa los pacientes se muestran hostiles, resentidos y sumamente irritables, pelean a menudo con doctores, enfermeras y con sus seres queridos.

- **Negociación.** El paciente hace promesas a Dios, al equipo médico y a la familia en ocasiones sólo pide que se le permita vivir el tiempo que necesita para asistir a una boda o terminar una tarea. El paciente se ofrece a Dios. El pide la esperanza de mantenerse con vida.

- **Depresión.** Puede ser causada por el dolor de dejar atrás todo lo que se ama, por lo culpa, por la propia vida, por la vergüenza de lo desfiguración del cuerpo o por la incapacidad para morir con dignidad. Algunos pacientes necesitan expresar su pena para poder superarla, otros necesitan apoyo y demostraciones de cariño para elevar su moral y para recuperar su autoestima.

- **Aceptación.** Se siente exhausto y débil, es el momento para que los amigos y familiares se sienten a su lado y sostengan su mano, para mostrar que la muerte no es una experiencia tan aterradora. Asimila todo auto concepto de

- dolor. Intervalo entre la vida y la muerte es el lapso entre el conocimiento de la crisis de la muerte y la muerte misma. Esto se desarrolla en una serie de etapas como son:¹⁴

Fase de la crisis aguda: Agonía desintegrada/integrada.

- **Agonía desintegrada:** desintegración emocional e incapacidad de funcionar después de enterarse de la inminencia de la muerte.
- **Agonía integrada:** ser capaz de reintegrar la vida, de hacer ajustes satisfactorios al proceso de morir.

Fase crónica entre la vida y la muerte: agonía desintegrada.

Fase terminal proporcionar a la persona comodidad y apoyo en la medida en que inevitablemente se acerque a la fase terminal.

▪ **FORMAS DE DUELO**

Algunas personas comienzan a sufrir con anticipación antes de que se presente en realidad el deceso. Después de la muerte, el dolor puede tomar una de muchas formas o alguna combinación.

Duelo anticipado síntomas de dolor que se experimenta mientras la persona aún se encuentra viva. En ocasiones esto ayuda a los sobrevivientes a manejar la

¹⁴ Ibid. p. 25.

muerte real con más facilidad al momento de presentarse. Cuando el duelo anticipado hace que los sobrevivientes se desentiendan de una persona que va a morir antes de que ello ocurra, se puede crear un sentido devastador de aislamiento para ésta.

▪ **PROCESO DEL DUELO**

El duelo es un proceso y como tal lleva consigo una serie de etapas, como lo son:

- **Shock e incredulidad.** La fase inicial puede tardar varias semanas en especial después de una muerte repentina o inesperada y corresponde a un estado de shock e incredulidad. Esta sensación puede proteger al doliente de reacciones intensas. Con frecuencia, los sobrevivientes se sienten perdidos, desorientados y confundidos. Falta de respiración, opresión en el pecho o la garganta, náuseas y una sensación de vacío en el abdomen, son señales comunes. Cuando la conciencia de la pérdida surge, el aturdimiento inicial y da paso a sentimientos enormes de tristeza, expresados con frecuencia por llanto reiterado.

- **Preocupación por los recuerdos de la persona que ha muerto.** Puede tardar hasta seis meses o más. El sobreviviente trata de afrontar la muerte pero aún no puede aceptarla. El llanto frecuente continúa y es común padecer de insomnio, fatiga y pérdida de apetito.

- Resolución. La fase-final se alcanza cuando la persona afligida recupera el interés en sus actividades diarias, cuando el recuerdo del difunto trae sentimientos de afecto con algo de tristeza y no un dolor agudo y duradero.

5.4.1.3 Diversas circunstancias de la muerte. La muerte, especialmente la del cónyuge o la de otro familiar cercano, es uno de los acontecimientos más estresantes que puede experimentarse en la vida. Es un hecho que crea mucha tensión y estrés físico, mental y emocional de los que puede llevar mucho tiempo recuperarse.

Existen varias circunstancias alrededor de la muerte:¹⁵

- **MUERTE INCIERTA**

Todo el mundo ha de morir, pero la mayoría de la gente desconoce el momento exacto que ha de ocurrir. Las circunstancias de la muerte incierta pueden resultar muy estresantes si la gente ha sufrido lesiones graves y se encuentra en situación crítica o si debe someterse a una cirugía radical cuyos resultados son inciertos. Durante esos momentos, el paciente y su familia viven en un período continuo de crisis aguda.

¹⁵ LOPEZ, Alberto. Op. Cit. 9.12.

La parte más difícil acerca de la incertidumbre es la espera, el temor de que algo malo suceda, la esperanza de que se produzca una mejoría, aguardar ansiosamente la llegada de otros familiares. El paciente necesita evitar el pánico, relajarse y dejar que la curación tenga lugar. La cuestión de si el paciente habrá de sobrevivir o morir acabará por resolverse "en las próximas 48 horas nos dirá si va a sobrevivir o no". En otros momentos, la incertidumbre es a largo plazo, como en el caso de los tratamientos para el cáncer que pueden detener o no el curso de la enfermedad. La ambigüedad puede durar años. "Si no hay recaída en los próximos cinco años, el pronóstico es muy positivo". Los largos años de espera pueden resultar muy difíciles. Sin embargo, algunas personas aprenden a sobrellevarlos con tanta felicidad y optimismo como le es posible y tratan de no preocuparse demasiado por lo que pueda suceder.

- **MUERTE SEGURA**

La seguridad de la muerte requiere un ajuste diferente. El momento aproximado puede conocerse o no, o tal vez sólo conjeturarse, como en el caso de una enfermedad mortal como el cáncer de páncreas. Se conoce o no el momento aproximado de la muerte, los ajustes a las enfermedades terminales son difíciles.



- **MUERTE INTEMPESTIVA**

a) Muerte prematura. La aflicción puede ser considerada después de un aborto, el parto de un bebé muerto, un embarazo ectópico o la muerte neonatal. En estos casos, es probable que mientras las mujeres muestran su aflicción los hombres la oculten.

Las reacciones psicológicas ante la muerte son mas extremas cuando ocurren en la niñez o a una edad relativamente temprana. A la gente le resulta difícil aceptar o entender la muerte de un niño, pues parece demasiado injusta. El niño no tuvo la oportunidad de vivir. Resulta difícil reconciliar lo que es con lo que podría haber sido. Síndrome de muerte infantil súbita, la repentina y misteriosa muerte de los infantes durante el sueño, que usualmente tiene lugar entre las dos semanas y el año de edad.

b) Muerte inesperada. Es el deseo repentino de una persona saludable. El impacto emocional sobre los sobrevivientes está determinado por lo vital, animada y distinguida que parecía al momento de la muerte. Entre más vital y animada fuera más difícil resulta imaginarla muerta. Cuando muere una persona joven, los familiares reaccionan con la frustración y desilusión.

Es probable que estuvieran por llegar una carrera, matrimonio, hijos y un hogar. La muerte inesperada de una persona de mediana edad también puede ser trágica, aunque por razones diferentes. La persona de mediana edad ha asumido responsabilidades con la familia, un empleo y su hogar, así como en la comunidad. Las obligaciones financieras se encuentran en el punto más alto. Existe un vínculo fuerte con el cónyuge, los hijos, los familiares, los compañeros de trabajo y los amigos. La muerte deja a los sobrevivientes las obligaciones sin alguien que asuma responsabilidades. Afrontar esta muerte supone afrontar también las obligaciones.

c) Muerte calamitosa. No solo es impredecible, sino también violenta, destructiva, humillante y a menudo degradante. Incluye las muertes por accidentes, el homicidio involuntario, el homicidio y el suicidio.

5.4.2 Muerte con dignidad. Afinamos primero qué se entiende por dignidad:

"Es el derecho que tiene toda persona a que se le reconozca y se le respete como un ser dotado de fin propio y no como un simple medio para los fines de otros". Pacientes y familiares en múltiples ocasiones no saben cómo enfrentarse a la muerte que inevitablemente llegará; le temen especialmente a la pérdida de la autonomía, a no poder controlar el final de la vida con dignidad personal, con integridad, sin ser humillados y degradados por acciones inhumanas. Además, angustiados de que el fin de la vida llegue en triste

abandono en un impersonal hospital: ¿Por qué en un hospital? Sabemos que los familiares entran en pánico cuando a su ser querido le da un paro cardíaco o pulmonar o cae desplomado por un derrame cerebral y lo primero que se les ocurre es conseguir una ambulancia para llevarlo a la sala de urgencias de un hospital, donde el paciente es sometido a toda clase de exámenes, radiografías, tratamientos invasivos, etc., etc. Unas veces, la ciencia vence y el especialista sale triunfante con la recuperación de su enfermo; otras, no tan afortunadas, muere el paciente allí mismo; y en otras ocasiones, es el principio del calvario: horas, días, semanas de sufrimiento y ansiedad.

Los profesionales de la salud se empeñan en prolongar la vida de este ser que va a fallecer días o semanas más tarde. ¿Será que los familiares de verdad entran en pánico o será que se sienten incapaces de manejar serenamente el desenlace final en el propio hogar de la persona que tanto quieren?

En la actualidad, el creciente aumento de sofisticada tecnología médica preocupa a los pacientes incurables, víctimas de una enfermedad terminal con fin incierto y angustioso. Tenemos que admitir que a muchos de ellos se les ha logrado aliviar las tremendas complicaciones propias de la inminencia de la muerte debido a la enorme dedicación de un sinnúmero de especialistas que actúan con dedicación y determinación.

Pero no se ve claro que haya mejorado la comunicación entre médico y enfermo. Ordenes tales como "no resucitar" no son siempre cumplidas, ni han disminuido significativamente los días en las unidades de cuidados intensivos. Tampoco existe, generalmente, un verdadero control de dolor. Entre médico y paciente no siempre se habla en forma abierta "de la muerte".

Debido a los muchos casos de lo que pudiéramos llamar distanasia y con el fin de contrarrestar estos patéticos sucesos, aparecieron las organizaciones internacionales del derecho a morir dignamente, las cuales en 1980 se unieron para formar la Federación Mundial del Derecho a Morir. La nuestra aquí en Colombia es conocida como Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, D.M.D. que existe hace dieciocho años y está compuesta por prestigiosos médicos, abogados, sacerdotes, psicólogas, enfermeras, etc., y que con enorme interés colaboran y velan por su exitoso funcionamiento.

Todas estas sociedades tienen como objetivo distribuir y difundir documentos que las personas firman en pleno uso de sus facultades mentales y ante testigos, delegando a dos personas el hacer cumplir su voluntad en caso de tener un accidente y entrar en coma o, sencillamente, estar demasiado débiles para hacer cumplir las órdenes dadas con anticipación, las cuales precisan lo que absolutamente rehúsan que les sea practicado cuando se acerque el fin.

Este documento es conocido con diferentes nombres, según el país. El nuestro de D.M.D. se llama "Esta es Mi Voluntad". En otros sitios es conocido como "Testamento en Vida", "Testamento Vital", "Living Will", "Instrucciones a Cumplir", "Advance Directives", etc.; pero el fin es el mismo: evitar que cuando no haya esperanza razonable de recuperación, la persona sea mantenida por medidas extremas o tratamientos artificiales. D.M.D. solicita a sus afiliados que describan con claridad sus deseos sobre lo que deba o no hacerseles, pues en la actualidad para los profesionales de la salud no existe claridad acerca del punto donde comienzan los tratamientos artificiales o las medidas extremas o heroicas, debido a que todos estos procedimientos son hoy rutina normal en un hospital. Como la alta tecnología médica no es conocida íntegramente por el público en general, es la labor de estas organizaciones mundiales informar y educar a sus miembros para que cuando llegue el momento se puedan tomar las decisiones que más convengan, dialogando inteligentemente con su médico sobre lo que sea factible y para no recibir tratamientos ni cirugías indeseadas. No olvidemos que el paciente es autónomo y que su voluntad se debe cumplir. Es de primordial importancia controlar sus dolores, angustias, malestar, desasosiego y síntomas desagradables que tantas veces se presentan cuando se acerca el fin.

A pesar de las sobresalientes tareas adelantadas por la Federación Mundial del Derecho a Morir, existe ciertamente entre el público en todas partes del mundo

un descontento y desconfianza que refleja que algo no anda bien en los hospitales, ni con los especialistas, ni con las instituciones médicas; algo está mal y los enfermos no quieren someterse a un fin indigno y están buscando una manera de salir de esta vida sin sufrimientos innecesarios, ayudados por un médico amigo. El Doctor Jack Kevorkian de Missouri ha asistido a más de 40 de sus pacientes para facilitarles la muerte. En el Estado de Michigan no existía pena para el suicidio asistido, pero lograron cambiar la ley para que el Dr. Kevorkian no siguiera así cometiendo, según ellos, un delito. Ha sido condenado varias veces por homicidio y luego absuelto, debido a un magnífico abogado que lo defiende y a que los jurados simpatizan con la idea y no lo declaran culpable. Este proceso y otros más, de conocidos e importantes médicos, ha dado pie para que la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos se ocupe del tema a fin de pronunciarse sobre la posibilidad de que los médicos puedan "ayudar a morir" a la persona que lo solicite por escrito, evitando así que estos profesionales sean perseguidos por la Justicia.

Actualmente en Washington se está adelantando este importante debate y se han expresado juiciosos puntos de vista en favor y en contra de una legislación en ese sentido. Hay informes de Amicus Curiae para el estudio de este controvertido tema y se espera el fallo definitivo para julio de este año. La presión del público es muy grande y busca influir sobre los jueces.

A veces, sin embargo, estas discusiones degeneran en polémica, porque detrás de los hechos están desde luego las ideologías ético-religiosas. Si los enfermos tuvieran la seguridad de que van a ser tratados por las instituciones médicas con dignidad, con respeto; de que van a ser oídos, de que van a ser tenidos en cuenta, de que no van a ser sometidos a procedimientos indeseados ni dolorosos, no sería necesario llegar a situaciones que en muchos profesionales inevitablemente causan profundas dudas y serios conflictos.

Sea cual sea el fallo de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos, está de por sí dejando una inquietud grande entre los profesionales de la salud, y a los Directores de Hospitales quienes se han dado cuenta que existe un grave descontento e inconformidad entre el público de la forma como los han venido tratando.

La humanización de la Medicina es necesaria, es imprescindible, es la esperanza para que todos veamos con mayor nitidez una luz en el horizonte. Y así, cuando nos llegue el fin, éste pueda ser verdaderamente digno. Es eso, en síntesis, morir con dignidad.

- **LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MUERTE**

En la antigüedad la muerte era considerada como un proceso natural en la vida del ser humano, más aún. Como una amiga benefactora cuando el sufrimiento

generado por la enfermedad o las heridas graves no podía ser aliviado. Era frecuente que una enfermedad. Hoy fácilmente controlable fuera la antesala de la muerte. La muerte era vivida como un evento natural que tarde o temprano a todos les Negaría y era una importante experiencia personal, en la cual el enfermo era el principal protagonista de su partida en un contexto familiar, cultural y espiritual, es decir, en un contexto humano (Villamizar. 1992). Quizá la persona moría con dolores o vivía una agonía que hoy podemos aliviar pero sabía lo que le pasaba. Estaba confortado por su médico, consolado por sus seres queridos, era dueño de su vida y se le respetaba su muerte. Podía ser dolorosa, pero era una muerte digna porque era ante todo una muerte humana.

Durante el siglo XX, en la cultura occidental se ha presentado una serie de cambios en el sistema de vida y en los valores de la sociedad que han modificado las relaciones del hombre con la muerte rehusándose a aceptarla, generando dos tipos de actitudes aparentemente contradictorias pero que llevan a su negación (Pando. 1984).

Por un lado se le ignora y se les desprecia, actitud común a lo considerado como débil o a lo imperfecto, que cobija a los discapacitados, a los ancianos, a los enfermos y a los moribundos. Los moribundos son abandonados médicamente pues por ellos "ya no hay nada más que hacer, ni nada que ofrecerles". Esto evidencia la impotencia y limitaciones de las personas y las

limitaciones de la ciencia y el conocimiento y más aún. Poniendo de manifiesto nuestra propia mortalidad.

Por otro lado, los avances en la ciencia médica y la biotecnología que han permitido controlar enfermedades antes mortales, prolongar significativamente la expectativa de vida y convertir muchas de las enfermedades terminales en crónicas, han comprometido la capacidad para comprender la muerte como inevitable y natural y la han convertido en reto, en un enemigo contra el cual se debe luchar a cualquier costo, físico, emocional, económico y aun a costa del mismo ser humano y de su dignidad.

La enfermedad y la muerte, consideradas como un fracaso y una derrota de la ciencia y del profesional, han conducido a la sociedad a medicalizar la muerte y a la práctica de un encarnizamiento terapéutico y de una medicina distanásica que desintegra al paciente en su unidad bio-psico-social y espiritual, que lo reduce a un organismo al que hay que mantener funcionando y que se limita a cuidar un cuerpo mientras propiciamos la muerte social y psicológica de la persona, ignorando su identidad y su dignidad humana.

En este contexto, de nuevo el enfermo ve a la muerte como una amiga benefactora que le permite terminar. No con su vida sino con un sufrimiento intolerable y sin sentido. Muchos son los pacientes que solicitan la eutanasia y

no lo hacen solamente aquellos que están desesperados por el abandono médico. La falta de alivio a sus sufrimientos y la soledad. Si no también aquellos en quienes se utilizan todos los recursos disponibles para prolongarles una agonía o una vida sin sentido para ellos porque han perdido su condición de persona y son ignorados como seres humanos.

- **LA MUERTE INDESEADA O LA MUERTE CON DIGNIDAD**

La muerte ha tenido múltiples respuestas sociales adaptadas a cada cultura; ésta es imaginada y representada bajo una gran diversidad de facetas. Religiones como el hinduismo y el budismo la presenten como una etapa en la evolución del ser humano hasta alcanzar la liberación y para el cristianismo es una etapa final de reencuentro con Jesús Sin embargo e independientemente del sistema de creencia al cual estemos adscritos la muerte despierta una multiplicidad de emociones y sentimientos contradictorios difíciles de comprender. Ella es un símbolo que evidencia en lo público y en lo privado los fundamentos de nuestra condición asistencial.

Así mismo podríamos decir que la muerte es un campo en continuo cambio siendo objeto de negociaciones apasionadas y reconfiguraciones socioculturales que la organizan dentro de estructuras cambiantes La muerte es primordialmente un campo imaginado y contribuido a partir de una historia social pero que es constantemente influido por representaciones de salud,

enfermedad, dolor, curación, sanción, cuidar el cuerpo entre otros. En esta línea de pensamiento podemos decir que es una categoría híbrida entre la percepción positivista dominada por la visión técnica de la racionalidad moderna y por los sistemas de creencia del homo religiosus. Sobre la base de los elementos mencionados se puede pensar la muerte como un espacio simbólico esencialmente multidimensional y relativo. Es un espacio bio-antropo-social que incluye contenidos simbólicos, dimensiones objetivas y subjetivas de las personas y la sociedad.

Desde la modernidad y particularmente con los avances de la medicina, la muerte, se convirtió en hecho social a vencer y por esto muchas de las batallas en salud han estado dirigidas a dominarla. Sin embargo. La llegada en el siglo XX de enfermedades (ej. crónico-degenerativas. SIDA) que desafían y contradicen esta percepción han implicado un cuestionamiento de las bases ideológicas que fundamentan la relación entre medicina, orden social, individuos y muerte. En este sentido, la muerte no es el enemigo oscuro que destruye la existencia. La vida no se convierte en la antítesis de la muerte sino que deviene una etapa en la existencia de los individuos. Por esta razón, al discutir explícitamente sobre ella, sobre el proceso terminal de la vida, se está promoviendo un diálogo basado en la dignidad y respeto del actor social inmerso en este proceso.

Finalmente, al comprender estos elementos la representación social de la muerte varía radicalmente permitiendo un acercamiento integral no solo a la muerte sino a la vida.

5.4.3 Concepto de muerte en pacientes terminales. Se debe entonces reconsiderar la posición ante los enfermos terminales y resaltar que el enfermo es una persona que vive hasta el final de sus días. Si bien está enfrentando la proximidad de su muerte es alguien que sigue siendo, que tiene una continuidad en su identidad y que lucha contra su propia desintegración psicológica; es alguien que está viviendo y que desea morir con la misma dignidad como ser humano y respecto a sus autonomía con las que a vivido.

El paciente terminal no es alguien muerto en vida. Por el contrario es alguien que vive intensamente. Su etapa final es de una gran vitalidad afectiva y espiritual en la cual el paciente debe afrontar la mayor de las crisis de su vida así como lograr la culminación de su ser. Es una etapa de mucho sufrimiento, pero para muchos pacientes es la última oportunidad para revisar su vida, ponerse en paz con ella misma, reparar sus relaciones, de cumplir algunos de sus anhelos, de concretar su sentido de trascendencia y afianzar su espiritualidad. Es un periodo de máxima maduración, crecimiento y enriquecimiento interno (Hynton, 1984).

Para que el paciente pueda cumplir con sus últimos propósitos y desarrollar sus compromisos vitales, debe ser asistido integralmente con el fin de proporcionarle la mejor calidad de vida que sea posible dentro de sus condiciones, incrementar al máximo su potencial, permitirle conservar su independencia, respetar su autonomía y responder a sus necesidades como persona y a las necesidades especiales que le imponen la enfermedad y la muerte.

5.4.4. Calidad de vida v.s calidad de muerte. Si bien la calidad de vida y el morir con dignidad son conceptos subjetivos y muy personales, el trabajo con pacientes terminales ha permitido identificar una serie de necesidades y derechos que deben ser atendidos por el equipo de salud con el fin de permitirles cumplir con sus últimos compromisos vitales y proporcionarles una muerte adecuada. Morir bien significa:

- Tener un control adecuado del dolor y los síntomas inherentes a la enfermedad y su deterioro.
- Estar satisfactoriamente informado sobre la enfermedad, su evolución, significado de los síntomas de acuerdo a las necesidades individuales.
- Respetar el derecho a no querer información.

- Respetar su autonomía y permitirle el control sobre su propia vida y su propia muerte.
- Ser el eje en la toma de decisiones concernientes a su estado.
- Mantener una comunicación franca, abierta y respetuosa. No ser engañado ni minusvalorado.
- Ser asistido emocionalmente. Recibir alivio en sus temores y ansiedades. Ayudarle a manejar los sentimientos intensos que acompañan la proximidad de la muerte.
- Permitirle estar en un contacto humano, tanto con sus familiares como con el equipo de salud, sin restricciones externas.
- Permanecer en un ambiente familiar, confiable y seguro que te permita mantener su sentido de identidad y de pertenencia.
- Respetar sus rutinas y hábito.
- Ser ayudado a sanear y reparar sus relaciones con los seres significativos.
- Permitirte terminar sus asuntos pendientes y poner en orden el futuro de sus seres queridos.

- Favorecer la reivindicación de su vida, alimentarse de su pasado e identificar lo que deja en los demás.
- Favorecer las despedidas reales ó simbólicas.
- Proporcionarle asistencia espiritual.
- Respetar el momento de su muerte, no solicitarle esfuerzos que ya no puede o no quiere hacer, darle permiso de dejar de luchar, de morir en paz.

Como una alternativa al abandono médico y al aislamiento emocional del paciente o al empleo de medidas distanásicas, se han venido desarrollando los Cuidados Paliativos que buscan proporcionar una muerte digna a los pacientes terminales.

Los Cuidados Paliativos focalizan su esfuerzo en la calidad de vida de aquellos que tienen una cantidad limitada de vida por delante. Son un programa de cuidado orientado a responder a las necesidades de aquellos pacientes que objetivamente no pueden esperar ser curados y los cuales son prioritariamente de bienestar y alivio durante el tiempo que les queda (Bejarano. Jaramillo 1992).

La National Hospice Organization resume la filosofía del cuidado al paciente terminal así:

***El propósito del C.P es proveer apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad de modo que puedan vivirlas tan plana y confortablemente como sea posible. El C.P afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal: no acelera ni pospone la muerte y existen en la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y sus familiares puedan lograr la necesaria preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria para cada cual. (U.S. National Hospice Organization, 1979).**

La medicina de hoy, debe volver a considerar al moribundo como un ser humano que sufre en su totalidad y que debe ser ayudado integralmente. Afirmamos la postura de Francis Bacon: "Considero que el oficio del médico no se limita a mejorar la salud sino también a mitigar la pena y el dolor, no solamente cuando dicha acción pueda conducir a la recuperación sino también cuando pueda contribuir á que el enfermo muera dignamente". (Saunders, 1984).

5.4.5 Problemas éticos alrededor de la muerte. El médico es el profesional que más contacto tiene con la muerte del ser humano y por ello debe tener una actitud adecuada ante su propia muerte y la de su paciente.

La muerte es hoy en día fruto de reflexión e investigación por parte de la ciencia médica. Se ha creado una ciencia alrededor de ella, la Tanatología, cuyo nombre se deriva del dios de la muerte: Thanatos.

La muerte no es un acto sino un proceso. La gente sabiamente afirma que no le teme tanto a la muerte sino a "la morida" Kuber-Ross identifica varias etapas en la experiencia de la persona ante la muerte cercana:¹⁶

- Negación y soledad (No. No a mí. Esto no puede ser verdad).
- Angustia (Por qué a mí?).
- Pacto con la muerte (Entrar en un convenio para posponer el desenlace inevitable).
- Depresión.
- Aceptación. La muerte aunque es un acto personal tiene implicaciones familiares y sociales que trastoman el entorno del paciente y esto debe ser sabido por el médico.

¹⁶ Ibid. p. 112.

La actitud de la sociedad y por ende de las personas frente a la muerte ha variado. En la Edad Media se aceptaba estoicamente; más adelante en el Renacimiento se concibió la muerte como la pérdida del yo; para prolongarlo más allá de la muerte se hizo énfasis en los ritos funerarios. En el siglo XIX la muerte fue algo terrible y extraño hasta llegar a nuestra cultura occidental que es tanotofóbica. El occidental no sabe morir de una manera serena y a esto se agrega que la mayoría debe morir en un ambiente artificial como es el hospital.

Debemos aprender a ver la muerte como algo natural. La actitud ante la muerte depende de la filosofía y las creencias de cada persona. El estoico y el existencialista enfrentan de diversa manera la muerte, igual el ateo o el creyente; para el cristiano la muerte es transformación: 'la vida no se quita, se transforma y el dolor tiene un carácter de purificación.

El médico debe conocer las creencias de su paciente lo mismo que su filosofía para poder comprender sus reacciones en ese trance final y ayudarlo; debe ser un educador y aun más cuando se está en el final de la vida; debe enseñar a morir con dignidad y a aceptar la muerte como una realidad inevitable. Con frecuencia el médico tiene más temor ante la muerte que el mismo enfermo; la mayoría de los médicos eluden decirles a sus pacientes que van a morir, lo cual es erróneo.

De todos modos el morir es un acto personal y como dice Tolstoi En la muerte de Iván Ilich, el silogismo que él había aprendido cuando niño, "Caius es un hombre, los hombres son mortales, luego Caius es mortal" siempre le había parecido correcto cuando se aplicaba a Caius pero no ciertamente si se aludía a él mismo".

5.4.5.1 Criterios de muerte. Establecer cuándo un paciente muere es y ha sido un problema, no sólo desde el punto de vista ético sino también legal. La sociedad necesita precisión en esto pues la certificación de muerte tiene múltiples implicaciones.

Intentando precisar los criterios de muerte se publicaron en 1968 los llamados 'Criterios de Harvard'¹⁷. Allí se define la muerte como la pérdida irreversible de la función cerebral y cardio-respiratoria lo cual se comprueba por:

- La ausencia del pulso.
- Un electrocardiograma plano en 24 horas.
- No obtener respuesta a estímulos externos aun de intenso dolor.
- Falta de reflejos.
- Ausencia de movimiento respiratorio al menos una hora. Con los avances de la tecnología se comprobó que estos criterios no eran precisos ya que por

¹⁷ Ibid. p. 113.

medios mecánicos pueden substituirse algunas de estas funciones en un cadáver.

Luego se centraron los criterios de muerte en las funciones del sistema nervioso. Aquí los conceptos se dividen. Algunos preconizan la teoría de la función total del cerebro, Otros propugnan la del cerebro superior. Para los defensores de esta teoría la muerte se produce cuando hay pérdida irreversible del conocimiento y la conciencia porque son las funciones esenciales en el concepto de persona humana y ésta es la que muere. Además, las funciones vegetativas e integradoras del tallo cerebral cada día se podrán sustituir por medios artificiales¹⁸.

Este criterio tiene varios problemas. El primero es que si basamos el concepto de vida humana exclusivamente en la función cognoscitiva y la conciencia podríamos eliminar a los retardados mentales y a las personas seniles que tienen pérdidas irreversiblemente estas funciones. También es sabido que la conciencia se divide en: memoria, percepción, razonamiento analítico etc., por lo tanto se plantearía el problema de cuál de todas estas funciones es la más importante para que el criterio de muerte. El mayor problema de esta teoría es que el comprobar la pérdida irreversible de estas funciones puede demorarse hasta años, amén que la sociedad no acepta que a una persona se le declare

¹⁸ Ibid. p. 114.

muerta porque tiene sólo pérdida irreversible de su conciencia o actividad cognoscitiva.¹⁹

La más aceptada de todas las definiciones de la muerte es la basada en la pérdida irreversible de las funciones del cerebro como un todo, incluyendo el tallo cerebral. Las pruebas para comprobar lo anterior son:

- Estado de apnea.
- Ausencia de reflejos del tallo encefálico,
- Ausencia total de respuesta a estímulos externos.

Estos tres parámetros deben evaluarse en tres oportunidades a lo largo de doce horas, manteniendo durante este lapso todas las medidas de soporte vital. Se necesita establecer que la persona haya sufrido la acción de una causa eficiente para tal efecto y para su validez como criterios de muerte no puede existir hipotermia inducida ni alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles.²⁰

El médico está obligado a ser cuidadoso en el manejo de la declaración de muerte de un paciente pues aunque los criterios sean claros muchas veces la

¹⁹ Ibid. 115.

²⁰ Ibid. p. 116.

familia no acepta que se retire el respirador o se extraiga un riñón antes de cesar por ejemplo la función circulatoria. En este caso aunque científicamente la muerte ya se produjo, deben considerarse los sentimientos de la familia .

Cuando se quiera utilizar órganos para trasplantes con el fin de acortar el tiempo de observación puede utilizarse la demostración de ausencia de flujo sanguíneo en el encéfalo por angiografía u otros métodos. Las personas a las que se les diagnostique muerte cerebral pueden ser sometidas a procedimientos de perfusión asistida por métodos artificiales con el objeto de mantener óptima viabilidad de sus órganos cuando están destinados para ser trasplantados. En este caso la certificación de muerte debe ser hecha por dos o más médicos no interdependientes, uno de los cuales debe ser neurólogo clínico y ninguno de ellos pertenecer al equipo de trasplantes.

La Declaración de la Asamblea Médica Mundial sobre la muerte hace hincapié en que lo importante no es el momento de la muerte de las células o de los tejidos, sino el proceso que se hace irreversible. Ningún criterio tecnológico puede mostrar esto pues cada individuo y cada órgano tiene una resistencia particular.

Debemos recalcar que la muerte es un proceso y por lo tanto para certificarla es necesario tener en cuenta la persona como un todo, mezcla de cuerpo y principio vital.

- **EUTANASIA ACTIVA**

Se entiende por eutanasia el dar muerte intencionalmente a otro por motivos de compasión. Algunos emplean el término distanasia para indicar la muerte dolorosa.

Eutanasia activa es cuando se hace una acción para producir la muerte. La eutanasia activa es considerada por la ley como un homicidio culposo. En ésta se incluye tanto producir la muerte del enfermo directamente como proporcionarle el medio para que él mismo se la produzca.

En algunos países existen grupos activistas que se proponen enseñar al público cómo auto eliminarse en caso de necesidad y publican folletos que han suscitado debates en la sociedad. Se han presentado, cada día con más frecuencia, casos ante la justicia de personas que por compasión han eliminado a su familiar con el propósito de evitarle sufrimientos. Muy comentado fue el caso del esposo que eliminó a su cónyuge quién sufría enfermedad de Alzheimer y osteoporosis severa en la columna vertebral, para evitarle dolor.²¹

La actitud del personal de salud frente a la eutanasia activa ha sido estudiada.

²¹ Ibid. p. 119.

En una encuesta publicada en la revista Nursing Lite se entrevistó a cinco mil enfermeras en los Estados Unidos y el 10% admitió haber suministrado sobredosis de barbitúricos a enfermos moribundos mientras que el 30% afirmó no haber practicado eutanasia activa, pero que lo harían en determinadas circunstancias. Algunas veces se ha encontrado que muertes inexplicadas en hospitales preferencialmente pediátricos son causadas por personal de salud que las producen practicando eutanasia activa.²²

Desde el punto de vista ético, la eutanasia activa sería permitida, aparte del aspecto legal, si es con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es dueño de su vida. Aquí se aplica el mismo razonamiento que para el suicidio. Lo difícil en la práctica es saber con certeza si el paciente está en capacidad de tomar una determinación libre.

- **EUTANASIA PASIVA**

La eutanasia pasiva es cuando la muerte se produce por una omisión intencional al no iniciar o discontinuar una medida terapéutica que prolongaría la vida.

²² Ibid. p. 120.

No puede creerse que la eutanasia pasiva sea siempre ética ya que no hay acción; esto es falso pues uno puede ser culpable tanto por acción como por omisión; tan culpable es el que ahoga a otro en el agua como el que no lo salva pudiendo hacerlo.

La eutanasia pasiva ha sido tema de debates porque a diferencia de la eutanasia activa, presenta situaciones en las cuales las personas no están de acuerdo en las conductas a seguir.

Debe distinguirse claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte pues si lo primero tiene sentido, lo segundo no. Si se habla de no iniciar o discontinuar una terapia no quiere esto decir que el paciente no merezca el tratamiento sino que se omite o no se continúa para evitarle sufrimiento.

Nunca deben negarse los cuidados básicos de enfermería pues sería inhumano. Cuando se trata de omitir acciones en favor del enfermo es conveniente discutir ampliamente con el personal del equipo de salud.

Al hablar de eutanasia pasiva se alude al término de enfermo terminal el cual debe ser definido. Enfermo terminal es en el cual, con base a los diagnósticos y terapias disponibles, se puede estimar razonablemente y con alta probabilidad de acertar que morirá en corto tiempo.

Veamos las razones posibles para practicar una eutanasia pasiva.

- **Rechazo del paciente al tratamiento.** El paciente es dueño de su vida y por lo tanto si libre y conscientemente rehúsa una terapia, así sea a costa de su vida, debe respetársele esta determinación. El médico le explicará los problemas que puede acarrearle su rechazo. A veces se firma un Acta de Muerte Natural en la cual se ordena que en determinadas circunstancias no se usen métodos artificiales para prolongar la vida, o se precipite la muerte en caso de sufrimiento. Este documento debe tener un carácter legal para poder ser tenido en cuenta.

- **Tratamiento inútil.** Si la terapia propuesta no da esperanzas de una mejoría y sólo trata de prolongar la vida por un tiempo corto, puede no iniciarse o suspenderse. De igual manera puede obrarse si los trastornos que produce son más que los beneficios.

A veces es difícil predecir los efectos de una terapia en un determinado paciente; en este caso el juicio del médico debe decidir sobre el efectuarla o no.

- **Calidad de vida.** Este es un concepto "relativo y nebuloso" No debe confundirse con el concepto de valor de la vida pues si la calidad es variable, el

valor de la vida humana no lo es y siempre será independiente de las circunstancias.

Debe ser analizada la calidad de vida de acuerdo con la edad, estado social, salud, interés, expectativas de vida, etc. El hecho de no querer ser mongólico, por ejemplo, no quiere decir que no puedan ser ellos felices. Lo que se desea a los treinta años no se desea a los setenta y así con cada una de las variables.

La calidad de vida no puede medirse por la utilidad familiar ni social de la persona ni mucho menos en términos económicos. Es frecuente en policlínicas oír a médicos calificando la vida en términos económicos o de utilidad social: "Este viejito ya no sirve para nada, es una carga para la familia. No se le debe hacer nada". Cada día los médicos hacemos más el 'papel de dioses' quitando la vida según nuestro parecer.

La calidad de vida debe juzgarse como un valor de la persona en sí; juiciosamente evaluar si hay alegría de vivir, si las satisfacciones son más que las frustraciones y si a pesar del sufrimiento hay un deseo de vivir. Esto parecerá muy metafísico pero es que la vida humana es algo profundo que está más allá del simple sentir y moverse.

Es difícil conocer la calidad de vida de una persona y por ello es necesario ser muy precavido en tomar determinaciones basados en nuestros conceptos de calidad de vida.

- **Costos altos.** La cuarta razón para suspender o no iniciar un tratamiento son los altos costos que éste pueda tener. Parece una contradicción a lo dicho anteriormente al hablar de la calidad de vida la cual no puede medirse en términos económicos. No se dice aquí que una vida humana no merezca un gasto económico sino que, teniendo en cuenta los escasos recursos de salud de la comunidad y los altos costos de la medicina, debe hacerse un análisis juicioso para determinar si los recursos van a ser bien empleados.

No tiene sentido gastar más dinero porque un paciente va a morir. Después del tecnicismo médico debemos entrar en la etapa del sentido común en la medicina. Muchas veces la atención médica es un 'encarnizamiento terapéutico". Los costos, por ejemplo en una unidad de cuidados intensivos por utilización prolongada, son inversamente proporcionales a la probabilidad de sobrevida del paciente.²³

²³ Ibid. 122.

El criterio económico solo es muy peligroso cuando se trata de eutanasia pasiva. No debe condicionarse la determinación al pago, de un tercero o de seguros. Si el factor económico se va a tener en cuenta es deseable que sea una determinación tomada por la sociedad como política de distribuir y racionalizar los servicios. Un país puede establecer no dializar pacientes de más de cierta edad; el Seguro Social aplicar la política de no hacer vgr. Reemplazos de cadera, etc., todo con el fin de distribuir mejor los recursos de salud. Cuando el factor económico incide sobre la familia, es más difícil para el médico la decisión. Es necesario cuidar el patrimonio familiar y no dilapidarlo en tratamientos inútiles para hacer alarde cientifista, por deseo de lucro por parte del médico, o porque la familia tiene la falsa creencia de que a más gasto más probabilidad de vida. Lo contrario también sucede, la familia no quiere que se gaste en el enfermo para percibir, vgr. Una mayor herencia. Aquí el médico debe salvaguardar al enfermo y a veces contra el deseo de la familia, actuar.

Otro problema que surge al ejecutar la eutanasia pasiva es el de quién debe decidir en último término. Si el paciente está consciente y es libre, él debe decidir y esto es totalmente legítimo. Si es incompetente puede apelarse a las directrices que haya dado en caso de incompetencia o a la persona en quien haya subrogado; tanto en uno como en otro caso debe discutirse con el paciente en el momento de efectuar la subrogación o hacer las directrices. Ya se han discutido los problemas que plantean éstas al hablar del consentimiento

idóneo. Algunos sostienen que un paciente cuando tiene personas a su cargo no tiene derecho a rehusar un tratamiento que le hará vivir pues sus responsabilidades con otros priman sobre el derecho que tiene él a su vida.

La familia debe, en caso de incompetencia del paciente, intervenir en la decisión sobre suspender o no iniciar un tratamiento. El médico debe saber que a veces los motivos de la familia no son para bien del paciente sino para obtener una ganancia.

El médico a veces necesita tomar la determinación de efectuar la eutanasia pasiva. En ocasiones una enfermera sola a media noche, de turno en un hospital, ordena no hacer maniobras de resucitación a un paciente. Esto es más frecuente en policlínica donde pacientes inconscientes no están con la familia y se necesita decidir conductas.

La sociedad y el gobierno todos los días intervienen más en estas determinaciones con el afán de defender al paciente de su familia, y aun de los mismos médicos. El Estado quiere así hacer uso del *parens patriae* para proteger la vida de los asociados, lo cual es frecuente cuando se trata de niños como veremos más adelante. Se ha llegado en algunos países hasta establecer personas del gobierno que vigilen si a los niños con serios problemas de salud se les atiende con las medidas que necesitan. El Estado

debe fijar políticas de distribución de los recursos de salud para determinar, por ejemplo a quién se debe dializar, trasplantar, etc.

En caso de conflicto del médico con la familia del enfermo incompetente o con la persona subrogada para decidir sobre suspender o no iniciar una terapia, el médico debe transferir el enfermo a otro colega para no violentar sus principios.

Los ancianos plantean también serios dilemas relacionados con la eutanasia pasiva. Es frecuente el caso de ancianos dementes en los cuales hay que tomar decisiones de prolongar o no la vida. La condición del anciano es muy precaria y, como decía Jonathan Swift, todos queremos vivir mucho pero nadie quiere ser viejo. Es importante que el médico y la familia hagan una evaluación de la vida del anciano teniendo en cuenta el sufrimiento, la capacidad de relación, satisfacción de vivir, etc., y tomar una determinación en beneficio del enfermo. Fácilmente puede menospreciarse al anciano por su inutilidad desde el punto de vista económico o social, su incapacidad de compartir, etc. pero, como anotábamos anteriormente, la vida es un fenómeno existencial, profundo, que puede ser disfrutado por una persona con grandes problemas de salud y mermada en sus funciones intelectuales.²⁴

²⁴ Ibid. 125.

5.5 CONCEPTO DE ENFERMEDAD

Podemos definir la enfermedad como el conjunto de trastornos psíquicos y/o físicos que conforman una entidad nosológica.

El paciente no tiene la concepción de la enfermedad sino la sensación de dolor y sufrimiento. El concepto de enfermedad es por lo tanto un concepto médico y ha sido establecido para clasificar las diversas alteraciones Físicas y psicológicas que puede sufrir el ser humano; es simple taxonomía, igual a la empleada por el botánico para catalogar las plantas.

La clasificación de las enfermedades es algo artificial que no se da en la naturaleza sino por el contrario es categoría mental. Cuando el enfermo va al médico no entiende el nombre de la enfermedad que padece o sus características; él sólo busca el alivio de su sufrimiento.

A veces al estudiante de medicina se le enseña solamente a reconocer y tratar enfermedades; por esto adquiere una formación defectuosa, olvidando el fin primordial del médico cual es aliviar el sufrimiento.

Por esta deformación el médico busca en todo paciente una enfermedad y si no la encuentra se frustra en su ejercicio médico; no sabe que muchos

pacientes van en su búsqueda porque sufren, aunque este sufrimiento no aparezca en las clasificaciones internacionales de las enfermedades.

5.6 LA EDAD ADULTA TARDIA

Convertirse en adulto es un proceso complicado, especialmente en la sociedad occidental pluralista y muy industrializada. Los negocios pueden requerir empleados que tengan años de educación formal; hasta que una persona cumpla los requisitos establecidos por el grupo, se le niega la pertenencia adulta a esa sociedad. En la medida en que los requisitos se hacen mas exigentes, la edad de admisión a la fuerza de trabajo adulto se demora y en consecuencia se larga el periodo entre la niñez y la vida adulta.

▪ CARACTERÍSTICAS DE LA ADULTEZ TARDIA:²⁵

- Ajustarse a cambios físicos de la mediana edad.
- Encontrar satisfacción y éxito en la vida profesional.
- Asumir la responsabilidad cívica y social de los adultos.
- Llevar a los hijos a una vida adulta, feliz y responsable.
- Reorientar los roles sexuales.

²⁵ CANAL, Envejecer no es deteriorarse. Buenos Aires: Gedisa, 1.990.

Dimensión Biológica en la adultez tardía: los signos del envejecimiento son:

- Disminución de la capacidad para enfocar objetos (presbicia).
- Pérdida de la agudeza visual (bifocal).
- Disminución de la capacidad auditiva (presbiacusia).
- Disminución en la sensibilidad olfativa y gustativa.
- Reducción de la fuerza física cuando se requiere habilidades de coordinación.
- Deterioro en el funcionamiento de órganos como el corazón, pulmones, diafragma y riñones.
- Menopausia en la mujer y climaterio masculino

Dimensión social en la adultez tardía: Los aspectos mas comunes que se vivencian en esta edad son:

- Búsqueda de un nuevo significado a la vida.
- Reacciones ante la muerte profundas y difíciles.
- Cambios en la personalidad como consecuencia de la muerte de algunos de sus padres.
- Significado personal del tiempo y la muerte.
- Grandes habilidades para el pensamiento integral y gran capacidad para resolver problemas prácticos.
- Estrés por desempeño ocupacional y agotamiento de las condiciones específicas de trabajo.

5.7 TEORÍA PSICOLÓGICA DEL DESARROLLO SEGÚN ERIC ERICKSON

Según Erickson en la adulta tardía se presentan las siguientes etapas en el desarrollo:

- **INTIMIDAD versus AISLAMIENTO.** Aquí la virtud principal es el amor. La persona busca comprometerse con otros, y sino tiene éxito puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección.

El sentido de identidad desarrollado durante la adolescencia capacita a los adultos para formar su identidad con al de los demás. Ellos resuelven exigencias incompatibles de identidad, competencia, distancia, y desarrollan un sentido de la ética. Están listos para establecer relaciones amorosas heterosexuales con el objetivo de proveer un ambiente sano para los hijos, por lo que requieren establecer compromisos profundos con los demás.

- **GENERATIVIDAD (creatividad) versus ESTANCAMIENTO (ensimismamiento).** La virtud central en esta etapa es la preocupación y el cuidado por los otros.

El impulso por fomentar el desarrollo de la generación siguiente lleva a la persona adulta intermedia a volverse tutores de los jóvenes adultos. Algún

estancamiento podría brindar un descanso que lleva a una mayor creatividad futura. Demasiado estancamiento podría llevar a la invalidez física o psicológica.

- INTEGRIDAD (experiencia) versus DESESPERACIÓN. En esta etapa la virtud es la sabiduría. Las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida y la manera como la han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

Las personas que han tenido éxito en esta tarea integrada final ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. "La virtud" que se desarrolla en esta etapa es la sabiduría y un "despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma".

La sabiduría según Erickson, incluye aceptar la vida que uno ha vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido o lo que debería haber hecho de manera diferente. Implica aceptar los padres como las personas que hicieron lo mejor que podían y por lo tanto merecen amor, aunque no fueron perfectos. Implica aceptar la propia muerte como el fin

inevitable de una vida llevada tal como supo vivirla. En suma, significa aceptar la imperfección en sí mismo, en los padres y en la vida.

5.8 RESEÑA DEL CENTRO CRISTO REY

El Club de la Tercera Edad Cristo Rey es una institución fundada en el año de 1.987 por parte de unas religiosas de la presentación española que trabajaba en ese entonces en la iglesia del corregimiento de Salgar.

Inicialmente el objetivo del centro era la atención a niños en edad pre-escolar y centrado en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, tenía un propósito eminentemente escolarizado.

Al morir su fundador, en el año de 1.990 el centro es donado con fines sociales y se le entrega a una institución, que hoy en día se conoce como Cristo Rey y que tiene como objetivo la atención a personas de la tercera edad.

La concepción filosófica del centro es centrarse en el ser humano como ente biopsicosocial, de allí que entre las distintas actividades que se realizan en esta institución están algunas relacionadas con la atención médica, psicológica y social.

Desde el punto de vista médico las personas adscritas al centro reciben consultas médicas por parte de personas especialistas, siendo el objetivo de esto la salud integral de las personas.

Desde la óptica psicológica estas personas reciben asesoría y consultoría con fines de orientación y fortalecimiento de la autoestima.

Con relación a lo social estas personas reciben capacitación para el trabajo, así como también realizan actividades lúdicas y recreacionales, cuya finalidad es la integración grupal y el apoyo social.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Las actitudes se definen como “una organización duradera de creencias en torno a un objeto o situación social, que nos predispone a actuar de una manera determinada”.²⁶

6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE
Actitudes	-Afectivo.	-Muerte.	-Muy favorable.
	-Cognitivo.	-Salud física y mental.	-Favorable.
	-Conductual.	-Enfermedad.	-Neutro.
		-Soledad.	-Desfavorable.
			-Muy desfavorable.

²⁶ PERLMAN, Daniel y COZBY Chris. Op Cit.

7. CONTROL DE VARIABLES

7.1 EN LOS SUJETOS

QUE?	COMO?	POR QUE?
Edad	Seleccionando solamente a personas de 60 a 75 años de edad	La etapa del ciclo vital denominada adulto mayor comprende estas edades
Pertenencia al club	Seleccionando solamente a personas que asistan al Club Cristo Rey	Es objetivo del estudio el trabajar con personas de esta institución

7.2 EN EL AMBIENTE

QUE?	COMO?	POR QUE?
Sitio de aplicación de las pruebas	Aplicando las pruebas de modo directo e individual	De esta manera se garantiza privacidad y con ello aumenta la privacidad, espontaneidad y sinceridad de las personas al responder la prueba

7.3 EN LOS INSTRUMENTOS

QUE?	COMO?	POR QUE?
Validez	Diseñando una escala validada en sus contenidos mediante el sistema de jueces expertos en el tema	De esta forma aumenta el valor científico del estudio

7.4 EN LOS INVESTIGADORES

QUE?	COMO?	POR QUE?
Unidad de criterios	Brindándole a todas las personas la misma información durante la aplicación de las pruebas	De esta forma se evitan sesgos y alteraciones en los resultados

7.5 VARIABLES NO CONTROLADAS

QUE?	POR QUE?
Estado de salud.	Si bien la salud es un factor determinante en el concepto que se tenga de la muerte, evaluarla implicaba un estudio interdisciplinario que complejizaba la investigación.

8. METODOLOGIA

8.1 PARADIGMA

El paradigma de investigación que orienta epistemológicamente el estudio es el empírico-analítico, pues los datos fueron procesados fundamentalmente de modo cuantitativos, según los criterios de las escalas tipo Likert, es decir, en una escala interval que va de 1 a 5, según sea el ítem positivo o negativo, es decir, según el ideal de respuesta esperada.

8.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación realizada es el descriptivo. La investigación descriptiva se caracteriza porque "intenta describir las principales modalidades de formación, cambio o estructura de un fenómeno, como también su comparación con otros, pero sin intentar determinar relaciones causales".²⁷

²⁷ ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barranquilla: uninorte, 1986. p. 97.

8.3 POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo conformada por aproximadamente 70 adultos mayores, con edades comprendidas entre los 65 y 75 años, que asisten al Centro de la tercera edad "Cristo Rey", ubicado en el Municipio de Salgar, en el Departamento del Atlántico.

8.4 MUESTRA

La muestra del estudio estuvo conformada por 51 personas que cumplían los requisitos de edad del estudio, tanto de género masculino como femenino, de 65 a 75 años de edad, que asisten al Centro de la tercera edad "Cristo Rey" del Municipio de Salgar, seleccionados mediante un muestreo no aleatorio de tipo accidental, donde el criterio de elección será el deseo y voluntad de querer participar en el estudio.

8.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN.

Las técnicas que permitieron la recolección de la información son:

- **Escala de actitudes.** Fue diseñada por las investigadoras con la participación de sus asesores. Evalúa las actitudes frente a la muerte teniendo en cuenta los aspectos: cognitivos, conductuales y afectivos, en tomo a las

siguientes temáticas: concepto de salud y vida, manejo de la enfermedad y la soledad, aceptación de la eutanasia, afrontamiento del rechazo social, relaciones familiares e interpersonales. Este tipo de escala está basada en el modelo de Remsis Likert y presenta 5 alternativas de respuestas: totalmente de acuerdo, de acuerdo en parte, sin opinión, en desacuerdo en parte y totalmente en desacuerdo, a las cuales se le asignará un valor numérico de 1 a 5 según sea el ítem positivo o negativa. Una vez elaborada la escala fue validada en su contenido mediante el sistema de jueces expertos y aplicada en forma de prueba piloto para efectos de determinar su confiabilidad.

- **Grupos focales.** Esta es una técnica de entrevista grupal en la cual se discuten temáticas específicas y girarán en torno a los mismos aspectos que evalúa la escala de actitudes. Ofrece información cualitativa y permite la reflexión grupal. Generalmente el grupo lo conforma un moderador y de 8 a 12 participantes.

8.6 PROCEDIMIENTO

Realizar el estudio implicó un proceso, por lo que se hizo necesario una serie de etapas. La primera de ella fue seleccionar el tema de interés a investigar y de esta manera realizar una primera delimitación temática. Esto surgió de inquietudes suscitadas en las investigadoras a raíz del contacto con docentes en diversas asignaturas.

Posteriormente se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, para de esta forma tener un marco teórico de referencia. En este sentido se indagaron aspectos relacionados con las actitudes, así como también con todo lo relacionado con el adulto mayor, en especial referente a la concepción de muerte.

La etapa siguiente consistió en presentar un anteproyecto de investigación, para que el comité del programa diera su respectiva aprobación.

La fase a seguir consistió en realizar los ajustes metodológicos que permitieran el diseño de la investigación. Esto implicó la construcción de una escala de actitudes tipo Likert, la cual fue elaborada por las investigadoras y validada en su contenido mediante el sistema de jueces expertos en el tema, para lo cual fue necesario un estudio piloto. Su construcción implicó una lluvia de ideas que permitieron la elaboración de items, los cuales implicaron una escala inicial, que luego de los ajustes necesarios, se convirtió en la escala definitiva.

Posteriormente se solicitó autorización a la institución Cristo Rey para que permitiera la aplicación de los instrumentos a las personas que conformarían la muestra del estudio.

Una vez seleccionada la muestra se procedió aplicarle los dos instrumentos y de esta forma recoger la información pertinente.

La siguiente fase consistió en calificar los instrumentos de recolección de datos. De esta forma se obtuvieron los resultados, los cuales fueron analizados a la luz del marco teórico de referencia.

La última fase de la investigación consistió en realizar las conclusiones y recomendaciones del caso y presentar de esta manera el informe final de la investigación.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio que evaluó las actitudes frente a la muerte en personas adultas mayores que asisten al Club Cristo Rey en el corregimiento de Salgar, municipio de Puerto Colombia, en el departamento del Atlántico.

TABLA 1
RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
ESCALA GENERAL	8.883	FAVORABLE

En la tabla 1 se muestran los resultados encontrados en la escala general que evalúa la actitud frente a la muerte. La tendencia es favorable, lo cual significa que hay una posición positiva hacia lo evaluado.

Una actitud positiva frente a la muerte en personas adultas mayores es muy positiva para su salud física y mental, pues las hace ser personas más vigorosas y espontáneas frente a la vida, de igual forma, esto les permite afrontar la vida con una visión más optimista.

Este hecho muestra algo muy contrario a lo que comúnmente se puede llegar a creer, y es el hecho de pensar que las personas adultas mayores temen a la muerte o que son muy depresivas por considerar que la muerte no solo es algo seguro, sino inminente e inmediata. Estos datos muestran precisamente lo contrario, las personas de la muestra del estudio asumen su edad y el concepto de muerte con gran naturalidad.

Los items mas favorables en la escala general fueron: "Es muy triste vivir sin nuestros seres queridos", "Siento que tengo motivos para seguir viviendo", "Me siento un ser feliz", "Deseo morir en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales", y "Uno muere simplemente cuando Dios dispone". Estos datos ponen en evidencia que estas personas encuentran motivos para vivir, pues se consideran felices y colocan en manos de Dios su permanencia en la tierra.

Los items mas desfavorables en la escala general fueron: "El que muere deja de sufrir", "Me da miedo morir en soledad", "la verdadera libertad se logra cuando uno muere", "Lo que me inquieta de morir es la incertidumbre sobre lo que será el futuro de mis seres queridos", y "Temo quedar como un vegetal". Esto resultados estarían indicando que en estas personas hay profundos temores por la posibilidad de quedar en estado físico crítico, se preocupan por sus seres queridos y fundamentalmente no quieren morir solos. A este respecto llama la atención el hecho que consideren que cuando se muere se

deja de sufrir, que bien pudiera interpretarse en dos sentidos: que piensan que la vida después de muerto es mejor, o bien que en esta vida se sufre demasiado.

TABLA 2
RESULTADOS EN EL COMPONENTE AFECTIVO

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
COMPONENTE AFECTIVO	2.436	MEDIA

En la tabla 12 se muestran los resultados encontrados en el componente afectivo. La tendencia es media, lo cual significa que hay una posición neutra frente a lo evaluado, es decir, que no hubo un compromiso hacia un polo favorable o desfavorable.

Un componente afectivo neutro estaría indicando que estas personas no presentan sentimientos a favor ni en contra de la muerte, o mas bien que el tema le suscitaba y movilizaba afectos que eran difíciles de aceptar y por lo tanto preferían emitir respuestas neutrales, en las que no se viesen implicados o comprometidos.

Los items afectivos mas favorables fueron: “Es muy triste vivir sin nuestro seres queridos”, “Siento que tengo motivos para seguir viviendo”, “me siento un ser feliz”, y “Deseo morir en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales”. Estos datos indican que estas personas consideran importantes a sus seres queridos y se preocupan por su devenir, pero de igual forma mantienen preocupación por lo que será su salud física y mental.

Los items afectivos mas desfavorables fueron: “Temo quedar como un vegetal”, “Lo que me inquieta de morir es la incertidumbre sobre lo que será el futuro de mis seres queridos”, y “Me da miedo morir en soledad”. Ponen en evidencia nuevamente estos resultados que estas personas se preocupan demasiado por sus seres queridos, su salud física, al igual que el hecho de no contar con familiares o amigos al momento de morir.

TABLA 3
RESULTADOS EN EL COMPONENTE COGNITIVO

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
COMPONENTE COGNITIVO	5.447	FAVORABLE

En la tabla 3 se muestran los resultados encontrados en el componente cognitivo. La tendencia es favorable, lo cual significa que hay una posición positiva hacia lo evaluado.

Un componente cognitivo favorable es un indicador que hay pensamientos y creencias frente a la muerte positivas, y en consecuencia hay conocimientos saludables que hacen mejor su propio autoconcepto.

Los items cognitivos mas favorables fueron: "Pienso que he vivido con dignidad", "Las personas mayores se relacionan mejor con las demás", "La alegría de morir es que uno así conoce a Dios", "Considero que estoy en pleno uso de mis facultades mentales", "Solo Dios es responsable por la vida de las personas", y "Tengo recuerdos placenteros de la vida". Estos resultados muestran la autoestima alta de estas personas, pues se pone en evidencia que están felices de haber vivido y vivenciado sus experiencias de vida, al igual que piensan que mantienen buenas relaciones con las demás personas, lo cual es además saludable para su vida emocional y social.

Los items cognitivos mas desfavorables fueron: "El que muere deja de sufrir y "La verdadera libertad se logra cuando uno muere". Estos datos ponen una vez mas en evidencia que estas personas consideran la vida como una instancia llena de sufrimientos y con pocas libertades.

TABLA 4

RESULTADOS EN EL COMPONENTE CONDUCTUAL

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
COMPONENTE CONDUCTUAL	1.000	FAVORABLE

En la tabla 4 se muestran los resultados encontrados en el componente conductual. La tendencia es favorable, lo cual significa que hay una posición positiva hacia lo evaluado.

Un componente conductual favorable indica que hay comportamientos adecuados frente a la muerte, es decir, que hay conductas congruentes con los sentimientos y pensamientos.

En este sentido debe tenerse en cuenta que el concepto de actitudes implica una congruencia entre los sentimientos y los pensamientos, respecto del comportamiento, sino se presenta lo que se denomina "disonancia cognoscitiva".

Los items conductuales mas favorables fueron: "Cuando estoy solo desearía mejor estar muerto", "He llegado a pensar en suicidarme", y "Lloro con mucha

frecuencia". Estos datos ponen en evidencia una buena salud mental, pues hay alegría por la vida y motivos para ser agradecida con ella.

No se presentaron items conductuales desfavorables, lo cual es un indicador de lo coherente que son las actitudes de estas personas, en términos de su componentes, es decir, que hay gran correspondencia entre lo que piensan, lo que sienten y lo que hacen.

TABLA 5
RESULTADOS EN LA SUBESCALA CONCEPTO
HACIA SALUD FÍSICA Y MENTAL

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
SUBESCALA CONCEPTO HACIA LA SALUD FÍSICA Y MENTAL	3.247	FAVORABLE

En la tabla 5 se muestran los resultados encontrados en la subescala salud física y mental. La tendencia es favorable, lo cual significa que hay una posición positiva hacia lo evaluado.

Un concepto favorable hacia la salud es altamente significativo para la vida de estas personas, pues les permite afrontar la vida de una manera saludable y con ello interactuar mejor con su medio circundante.

Los items mas favorables en la subescala salud fueron: "Deseo morir en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales", "Siento que tengo motivos para seguir viviendo", "Me siento un ser feliz", y "Pienso que he vivido con dignidad". Estos datos muestran la percepción que tienen de sí, la cual es positiva.

El item mas desfavorables en la subescala salud fue: "El que muere deja de sufrir". Una vez mas este dato muestra cómo las personas de la muestra del estudio piensan que en este mundo hay mucho sufrimiento y que solo al morir se evita esto.

TABLA 6
RESULTADOS EN LA SUBESCALA CONCEPTO
HACIA LA ENFERMEDAD

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
SUBESCALA CONCEPTO HACIA LA ENFERMEDAD	543	MEDIA

En la tabla 6 se muestran los resultados encontrados en la subescala enfermedad. La tendencia es media, lo cual significa que hay una posición no muy positiva hacia lo evaluado.

Un concepto medio hacia la enfermedad pondría en evidencia o bien problemas de salud en estas personas, o bien temor a problemas y limitaciones físicas o mentales durante etapas mas avanzadas de la vida.

El item mas favorable en la subescala enfermedad fue: "Mi estado de salud es lamentable". Este dato al parecer contradice items anteriores, pues con esto se pone en evidencia que estas personas se consideran con buena salud y poseen una buena autimagen.

El item mas desfavorable en la subescala enfermedad fue: "Temo quedar como un vegetal". Denota este item que la gran preocupación de estas personas es quedar en un estado lamentable de salud.

TABLA 7
RESULTADOS EN LA SUBESCALA CONCEPTO
FRENTE A LA MUERTE

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
SUBESCALA CONCEPTO FRENTE A LA MUERTE	3.796	MUY FAVORABLE

En la tabla 7 se muestran los resultados encontrados en la subescala muerte. La tendencia es muy favorable, lo cual significa que hay una posición positiva hacia lo evaluado.

Un concepto muy favorable frente a la muerte es de gran relevancia para la vida de estas personas, por cuanto es indicador que asimilan con naturalidad que algún día han de morir, sin ser esto motivo de grandes preocupaciones o ansiedades.

Los items mas favorables en la subescala muerte fueron: "Entiendo que la muerte es una etapa inevitable", "La alegría de morir es que uno así conoce a Dios", "Uno muere simplemente cuando Dios lo dispone", y "Espero que no se olviden de mí cuando muera". Esto resultados muestran agradecimiento de

estas personas para con la vida, al igual que devoción por Dios, lo que además evidencia espiritualidad.

El ítem más desfavorable en la subescala muerte fue: “La verdadera libertad se logra cuando uno muere”. Con este dato una vez más se pone en evidencia que se tiene la creencia que este mundo es muy sufrido y que al morirse es cuando se encuentra la verdadera paz.

TABLA 8
RESULTADOS EN LA SUBESCALA CONCEPTO
HACIA SOLEDAD

ASPECTO EVALUADO	PUNTAJES	TENDENCIAS
SUBESCALA CONCEPTO HACIA LA SOLEDAD	1.297	FAVORABLE

En la tabla 5 se muestran los resultados encontrados en la subescala soledad. La tendencia es favorable, lo cual significa que hay una posición positiva hacia lo evaluado.

Un concepto favorable hacia la soledad es altamente significativo para la vida de estas personas, por cuanto muestra que se aprecia la compañía de los

demás, pero aún así se sabe vivir en la individualidad, lo que denota además independencia y autoconfianza.

Los ítems más favorables en la subescala soledad fueron: “Cuando estoy solo desearía mejor estar muerto” y “desearía pasar los últimos días de mi vida con mis seres queridos”.

El ítem más desfavorable en la subescala soledad fue: “Me da miedo morir en soledad”. Una vez este ítem muestra que en estas personas hay temores profundos respecto del hecho de contar con las personas apreciadas por ello, al momento de morir.

En relación a la información obtenida a través de la técnica de los grupos focales, se pudo determinar lo siguiente:

Frente al tema de la muerte la gran mayoría tomó esto con naturalidad y se evidenció serenidad y aceptación frente al hecho real que algún día tendrán que morir. Todo coincidieron en afirmar que a su edad la muerte vendrá en cualquier momento y quizás lo único que les preocupa es el considerar que hay incertidumbre frente a lo que habrá después a de la muerte.

En lo referente al trato que reciben y la forma con que son vistos en la sociedad, se presentaron dos posiciones, pues algunos manifestaban que eran vistos como personas expertas y sabias en muchos temas y como tal tenían aceptación y respeto por parte de su familiares y amigos, pero también se puso en evidencia que algunos piensan que son vistos con desprecio por el solo hecho de ser viejos, y que en parte esto se debe a sus torpezas al andar.

10. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones encontradas en el estudio que evaluó las actitudes frente a la muerte en un grupo de personas adultos mayores.

En términos generales la actitud frente a la muerte es favorable, lo cual se ha considerado positivo para la salud física y mental de estas personas y que ponen en evidencia un autoconcepto, autoimagen y autoestima adecuadas. Teóricamente esto es muy sano, pues quien tiene una **actitud** favorable hacia una situación u objeto social determinado, afrontará **situaciones** adversas de un modo mas adecuado y muy adaptable a su entorno.

En el componente actitudinal afectivo la tendencia general fue media o promedio, lo cual indica neutralidad en la mayoría de las respuestas a los items puestos en consideración, lo que sería un indicador del poco compromiso afectivo de estas personas para manifestar abiertamente lo que sentían, cuando se les indagaba acerca de lo que le suscitaba la muerte. Este hecho pudiera estar relacionado con el temor que se tiene a la muerte, quizás producto de esquemas mentales asociados al hecho que las personas adultas mayores están próximas a morir.

En el componente actitudinal cognitivo la tendencia general fue favorable; lo cual indica que presentan pensamientos y creencias adecuadas respecto de los aspectos evaluados. Esto es altamente positivo, pues quien tiene pensamientos positivos hacia una situación social determinada está mas preparada para afrontar situaciones de desajustes.

En el componente comportamental la tendencia general fue favorable, lo cual indica que presentan conductas adecuadas respecto de los aspectos evaluados. En este sentido se pone en evidencia que hay congruencia entre lo que se piensa y lo que se hace, mas no acerca de lo que se siente, pues algunos componentes fueron mas favorables que otros.

Al establecer comparaciones entre cada uno de los elementos o subescalas evaluadas, se pudo determinar que el concepto hacia la salud física y mental es favorable, lo que es indicador de bienestar general.

El concepto de enfermedad fue establecido como medio o promedio, lo que estaría indicando muchas preocupaciones o ansiedades por el posible hecho de perder funciones vitales durante la vejez, o bien considerar que no gozan d buena salud.

La actitud frente a la muerte como un fenómeno inminente en sus vidas, fue valorado como muy favorable, lo cual indica que estas personas son conscientes que algún día habrán de morir, pero no por ello esto le genera ansiedad, sino que por el contrario se sienten agradecidos con la vida, de allí que se haya puesto de manifiesto su devoción religiosa y espiritualidad.

El concepto y manejo de la soledad fue favorable, pues pone en evidencia no solo excelentes relaciones interpersonales, sino además un manejo adecuado de la individualidad.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los resultados encontrados y a partir de las vivencias y experiencias obtenidas a lo largo del estudio, las investigadoras se permiten realizar las siguientes recomendaciones:

A la Universidad Simón Bolívar se le recomienda asignar estudiantes en prácticas profesionales a las instituciones donde se atiendan a personas adultas mayores, de tal forma que se apoyen los programas que éstas diseñan en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las personas que están vinculadas a ella. Esto en razón que se pudo determinar que en algunas de estas entidades no existen psicólogos que de manera permanente brinden sus servicios a este segmento de la población. Esto además sería beneficioso para la universidad, pues le permite ampliar su proyección social, lo cual es además coherente con sus principios institucionales.

A la institución Cristo Rey se le sugiere diseñar y aplicar programas de autoestima y recreación en beneficio de sus miembros, pues esto mejoraría aún más las actitudes de estas personas. Se le sugiere además brindar apoyo psicológico a los adultos mayores, pues se pudo determinar que en relación con las actitudes el componente afectivo fue evaluado como neutro, lo que implica falta de compromiso frente a la temática de la muerte.

A futuros investigadores se le recomienda diseñar estudios de actitudes con metodologías cualitativas, esto con el fin de comparar los resultados obtenidos, de allí que se sugiera la utilización de grupos focales como instrumento de recolección de datos.

BIBLIOGRAFIA

ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barranquilla: Uninorte, 1986.

BARON, Robert. Psicología. México: Prentice Hall, 1996,

CANAL, Gonzalo. Envejecer no es deteriorarse. Buenos Aires: Gedisa, 1.990.

ESCALANTE, Carlos. Medición de las actitudes. Bogotá: Tercer Mundo, 1983.

FONNEGRA, Issa. De cara a la muerte. Bogotá: Círculo de lectores, 1.999.

GRACE, Craig. Desarrollo Psicológico. Bogotá: Prentice Hall, 1997

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, 1991.

LOPEZ, Alberto. La agonía de la muerte. México: Trillas, 2.000.

MORRIS, Charles. Psicología: Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall, 1987.

PAPALIA, Diana. Desarrollo humano. Bogotá: Mc Graw Hill. 1998

PERLMAN, Daniel y COZBY, Chris. Psicología Social. México: Interamericana, 1985.

PLATA ,Manuel. Hacia una medicina mas humana. Bogotá: Panamericana, 1.990.

RICE, Phillips. Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. México: Prentice Hall, 1997.

RODRÍGUEZ, Aroldo. Psicología social. México: Trillas, 1991.

SUMMES, Gene. Medición de las actitudes. México: Trillas, 1976.

WHITTAKER, James. La psicología social en el mundo de hoy. México: Trillas, 1990.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE

A CONTINUACIÓN ENCONTRARA UD. UNA SERIE DE PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA SALUD, LA ENFERMEDAD, LA SOLEDAD Y LA MUERTE.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS, PUES SIMPLEMENTE REFLEJAN LO QUE UD. PIENSA ACERCA DE ESTOS ASPECTOS.

NO RESPONDA EN ESTE CUESTIONARIO, SINO EN LA HOJA DE RESPUESTAS Y MARQUE SOLO UNA RESPUESTA POR CADA PLANTEAMIENTO, SEGÚN SEA SU OPINIÓN.

1. TEMO A LA MUERTE.
2. PIENSO CONSTANTEMENTE EN LA MUERTE.
3. SÉ QUE PRONTO MORIRÉ.
4. ENTIENDO QUE LA MUERTE ES UNA ETAPA INEVITABLE.
5. CREO QUE EXISTEN OTRAS VIDAS DESPUÉS DE LA MUERTE.
6. CUANDO ESTOY SOLO DESEARÍA MEJOR ESTAR MUERTO.
7. SIENTO QUE MI FAMILIA ME HA ABANDONADO.
8. ES MUY TRISTE VIVIR SIN NUESTROS SERES QUERIDOS.
9. A LOS VIEJOS LA GENTE NOS MIRA CON DESPRECIO.
10. A PESAR DE MI EDAD ME CONSIDERO CON BUENA SALUD.
11. SIENTO QUE TENGO MOTIVOS PARA SEGUIR VIVIENDO.
12. DESEARÍA NO MORIRME NUNCA.
13. LAS PERSONAS MAYORES SE RELACIONAN MEJOR CON LAS DEMÁS PERSONAS.
14. LA VEJEZ ES UNA ETAPA DE LA VIDA MUY DESAGRADABLE.
15. LA SOCIEDAD ES DESAGRADECIDA CON LOS ANCIANOS.
16. CONSIDERO QUE ESTOY EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES.

17. NO ME IMPORTARÍA MORIR, PUES HE VIVIDO LO SUFICIENTE.
18. ME SIENTO UN SER FELIZ.
19. HE LLEGADO A PENSAR EN SUICIDARME.
20. SOLO DIOS ES RESPONSABLE POR LA VIDA DE LAS PERSONAS.
21. TEMO POR LO QUE ME SUCEDA DESPUÉS DE MUERTO.
22. ME ARREPIENTO DE NO HABER PODIDO CUMPLIR EN VIDA CON TODOS MIS DESEOS.
23. PIENSO QUE DESPUÉS DE MUERTO NO LE HARÉ FALTA A NADIE.
24. SÉ QUE AUN ME QUEDAN MUCHOS AÑOS DE VIDA.
25. LA MUERTE ES UN DESCANSO MEREcido DESPUÉS DE HABER VIVIDO TANTOS AÑOS.
26. LO QUE NO ME GUSTA DE LA MUERTE ES LO QUE SUCEDE CON EL CUERPO HUMANO.
27. LA VIDA DEBERÍA SER ETERNA.
28. EN ESTE MUNDO MUY POCA GENTE ME QUIERE.
29. DE PODER ELEGIR DESEARÍA MORIRME MIENTRAS DUERMO.
30. TEMO QUEDAR COMO UN VEGETAL.
31. MI ESTADO DE SALUD ES LAMENTABLE.
32. CON FRECUENCIA ME SIENTO TRISTE Y DEPRIMIDO.
33. LORO CON MUCHA FRECUENCIA.
34. TENGO RECUERDOS PLACENTEROS DE LA VIDA.
35. LA MUERTE DEBE SER UNA EXPERIENCIA ATERRADORA.
36. TENGO PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO.
37. TENGO PROBLEMAS CON EL APETITO.
38. LOS JÓVENES DE HOY MIRAN AL ADULTO COMO UN ESTORBO.
39. PIENSO QUE HE VIVIDO CON DIGNIDAD.
40. EN OCASIONES SIENTO QUE LA VIDA NO TIENE SENTIDO.
41. CREO QUE AFRONTARÉ CON VALENTÍA EL DÍA QUE ME TOQUE MORIR.
42. LO QUE ME INQUIETA DE MORIR ES LA INCERTIDUMBRE SOBRE LO QUE SERÁ EL FUTURO DE MIS SERES QUERIDOS.
43. LA ALEGRÍA DE MORIR ES QUE ASÍ UNO CONOCE A DIOS.

44. MORIR ES LA MEJOR FORMA DE DESCANSAR DE ESTE MUNDO INGRATO.
45. DESEO MORIR EN EL PLENO USO DE MIS FACULTADES FÍSICAS Y MENTALES.
46. PIENSO MUCHO EN LO QUE LE SUCEDE A LAS PERSONAS DESPUÉS DE MUERTA.
47. ESTOY ESPIRITUALMENTE PREPARADO PARA MORIR.
48. UNO MUERE SIMPLEMENTE CUANDO DIOS LO DISPONE.
49. EN OCASIONES SIENTO QUE MI VIDA NO VALE NADA.
50. ESPERO QUE NO SE OLVIDEN DE MÍ CUANDO MUERA.
51. CREO EN LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE.
52. NO TENGO AMIGOS PORQUE SOY VIEJO.
53. EL QUE MUERE DEJA DE SUFRIR.
54. ME GUSTARÍA PODER ELEGIR EL DÍA DE MI MUERTE.
55. ME DA MIEDO MORIR EN SOLEDAD.
56. LO AGRADABLE DE MORIR ES QUE LUEGO DE ESTO UNO SE REENCUENTRA CON SUS SERES QUERIDOS YA FALLECIDOS.
57. ME GUSTARÍA QUE INVENTARAN ALGO QUE EVITARA LA MUERTE.
58. ESTOY CONVENCIDO QUE SE MUERE FÍSICAMENTE, PERO NO ESPIRITUALMENTE.
59. LA VERDADERA LIBERTAD SE LOGRA CUANDO UNO MUERE.
60. TEMO MORIR CON DOLOR.
61. DESEARÍA PASAR LOS ÚLTIMOS DÍAS DE MI VIDA CON MIS SERES QUERIDOS.

4- Imágenes

5- Ancianos

6- Enfermedades

7- Barrionuevo - Club de la Tercera edad "Cristo Rey" en el Corregimiento de Salgar
Homicidio de Puerto Colombia - Atlántico.