CALIDAD DE MUERTE EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE VIDA ANDA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

KELLY ALFARO JIMÉNEZ
ALAN GONZÁLEZ PEDRAZA
DANNY MIRANDA OLMOS
LEONELA REYES CERA

Tutora
MARGARITA CARDEÑO
PSICÓLOGA-PSICOGERIATRA CLÍNICA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
X SEMESTRE
BARRANQUILLA
2007

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA
No INVENTARIO 4031078
PRECIO
FECHA 01-14-2008
CANJE

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
S
Ps
4031078

Barranquilla, Mayo 2 de 2007.

Señores:
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.
Programa Académico de Psicología.
Universidad Simón Bolívar.
Ciudad.

Cordial saludo:

La presente es con el objetivo de informarles que después de revisar las correcciones presentadas por los estudiantes: KELLY ALFARO JIMÉNEZ, ALAN GONZÁLEZ PEDRAZA, DANNY MIRANDA OLMOS, LEONELA REYES CERA, en el informe titulado: **CALIDAD DE MUERTE EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE VIDA ANDA DE LA CIUDAD DE Barranquilla,** este responde a los requisitos exigidos por el comité, por tanto se autoriza para empastar y entregar los resúmenes correspondientes.

Esperando que esta investigación marque pautas para seguir contribuyendo en la línea de familia y desarrollo humano y que a su vez sea de mucha ayuda a los estudiantes interesados en este estudio.

Atentamente,

Patricia Ruiz.
Jurado

Margarita Cardeño.
Tutor

CALIDAD DE MUERTE EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE VIDA ANDA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

AGRADECIMIENTO

Durante el proceso de investigación se presentaron diversos obstáculos que en ocasiones limitaron el libre desarrollo del mismo. Sin embargo, con la ayuda de Dios todo poderoso, fuente de sabiduría, discernimiento y luz en medio de las adversidades, brindó las herramientas necesarias para una óptima culminación.

De igual forma nuestra gratitud para con la doctora Margarita Cardeño por su apoyo y comprensión al motivarnos constantemente, así como su paciencia y generosidad al transmitirnos todo su conocimiento y guiarnos en la conducción de esta investigación.

Así mismo al alma mater, por formarnos académica y personalmente quienes nos brindaron a través de sus docentes todo su saber.

Seguidamente le agradecemos al centro de Vida Anda, por permitir el acercamiento a la muestra constituida por 58 adultos mayores, escogidos para el fin de este estudio.

Por otra parte una de las personas que siempre estuvo presta a colaborarnos en el transcurso del proyecto fue la economista Rosa Acuña con el aporte en el área de estadística, lo cual agilizo la obtención de resultados.

DEDICATORIA

Dedico este logro a Dios, mi fortaleza y protección en cada una de mis batallas.

A mis padres, que con su ejemplo, dedicación, me han guiado por el camino de la honestidad y rectitud, me han hecho una persona con templanza y perseverancia en cada uno de mis sueños.

A mis hermanos, Danielito y Lily, que me han motivado constantemente, llevando mi vida con su amor incondicional.

A Alex, que con su paciencia me ha enseñado a soportar y manejar las cargas, que contagia mi vida con su amor y ternura.

A Danny, Leonela y Alan, que toleraron mis momentos de ira, neuroticismo, que me han ayudado a ser mejor persona.

A Margarita Cardeño, que con su saber me edifica cada vez más, cuál madre dedicada a sus hijos.

Kelly Alfaro Jiménez

DEDICATORIA

Dedico inicialmente esta investigación al esfuerzo notable realizado por mis queridos padres representados en la humildad y deseos de hacer de mi una persona integra y profesional.

Seguidamente a mis queridos hermanos fuente de ejemplo y motivación.

A mis compañeras Leonela Reyes, kelly Alfaro y Danny Luz Miranda, quienes permanecieron infatigablemente a mi lado en el desarrollo del presente proyecto.

Por ultimo a mis cercanos compañeros de clase e igualmente a la Doctora Margarita Cardeño, quienes significaron un punto de partida, para la consecución de este gran logro.

Alan González Pedraza.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por ser mi apoyo , mi guía y mi ayuda espiritual y por darme la suficiente fortaleza , sabiduría y conocimiento para seguir adelante y escalar un peldaño mas en mi vida.

Dedico este triunfo a mis padres Dennis Olmos y Javier Miranda por brindarme apoyo comprensión y darme una voz de aliento en los momentos difíciles .

A mi tía Luz Elena y mi primo José Mauricio , quienes hoy están felices de este logro alcanzado .

A mis compañeros de investigación Kelly , Leonela y Alan , por brindarme su amistad , apoyo en los momentos difíciles que se presentaron , me llenaron de sus sabios consejos y de toda su comprensión , que supieron darme una palabra no solo de luz si no también de amor .

Danny Miranda Olmos.

DEDICATORIA

Esta dedicatoria es para expresar mi cariño y agradecimiento a Dios por ser mi guía y por la sabiduría y fuerza que me ha dado.

A la memoria de mi Padre que aunque esta lejos siempre ha sido mi inspiración.

A mis mamas (Marcela y Belkys) por su ejemplo de amor u comprensión así como por su constante esfuerzo

A mis hermanos y sobrinos por su compañía y motivación

A mi abuela, mis, tías y primos por que siempre que necesite de ellos me dieron una palabra de aliento.

A mis amigos y compañeros Alan ,Danny y Kelly , por su paciencia y por que cada uno de ellos me enseño una forma de ver la vida diferente .

A Margarita Cardeño, por que mas que una tutora fue la personas Que apoyó a que este sueño se hiciera realidad.

Leonella Reyes Cera..

La muerte es quien consuela,
ay ,y quien hace vivir,
el objetivo de la vida
y la única esperanza.

Charles Baudelaire.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 12
3. JUSTIFICACIÓN 14
4. OBJETIVOS 17
4.1 OBJETIVO GENERAL 17
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 17
5. MARCO TEÓRICO 18
5.1 MUERTE 18
5.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN 18
5.1.2 Morir en los tiempos modernos 20
5.1.3 Calidad de muerte 23
5.1.4 Actitudes ante la muerte 34
5.1.5 El proceso de morir 38
5.2 DESARROLLO FÍSICO MENTAL Y PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR 41
6. DEFINICIÓN DE VARIABLE 45
6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL 45
6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL 46
7. CONTROL DE VARIABLE 48
8. METODOLOGÍA 50
8.1 PARADIGMA 50
8.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 50
8.3 DISEÑO 51
8.4 POBLACIÓN 51
8.5 MUESTRA 51
8.6 MUESTREO 51
8.7 TECNICAS E INSTRUMENTO 52
8.8 PROCEDIMIENTO 52
9. RESULTADOS 53
10. CONCLUSIÓN 58
11. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES 61
BIBLIOGRAFÍA 63
ANEXOS

INTRODUCCIÓN

A través de la historia del mundo la muerte se ha constituido en una temática que ha generado incertidumbre e indiferencia a la vez, ya sea por representaciones conscientes o preconscientes provenientes de la existencia ajena, en el sentido de la muerte de los otros, es decir que siempre son los otros los que se mueren, tales representaciones van desde las idealizaciones religiosas respecto a esta y los relatos de quienes presumen "haber vuelto".

Seria valido pensar en la muerte no como la culminación del ciclo vital, si no como un proceso en los que intervienen otros factores propios de la autonomía y la dignidad humana, permitiendo así analizar nuevas opciones que le faciliten un buen morir.

Debido el interés por conocer la calidad de muerte en las persona cuyo ciclo de vida esta próxima a culminar se hizo necesario recurrir a una investigación cuantitativa con un paradigma empírico analítico con diseño descriptivo que le ofrezca al cuerpo de investigación describir la variable de estudio de los adultos mayores acorde a sus experiencias, principios y su sentido de vida, sin buscar relaciones causales, con un soporte estadístico numérico que proviene de la aplicación de un cuestionario estructurado con preguntas cerrada a una muestra poblacional equivalente a 58 adultos mayores que asisten al Centro de Vida Anda, con un rango de edad de 60 a 90 años.

Este estudio referencial a la calidad de muerte en los gerontes es guiado por la autora psicóloga Issa Fonnegra de Jaramillo, además esta investigación obtiene gran relevancia ya que se demuestra las diferentes percepciones que genera tal proceso inherente a la vida del ser humano así como las opciones que se pueden tomar, respecto a esta, de tal manera darle mas vida a sus días que días a sus vida.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A medida que transcurre el tiempo el ser humano se ve avocado a evaluar y reflexionar continuamente acerca de los problemas que enfrentan y como impactan su emocionalidad y a los cuales algunas veces les da respuesta y/o soluciones un tanto fantasiosas.
Pero que en ese devenir deja a un lado las cosas ineludibles que componen su esfera biopsicológica.

Atendiendo a la situación actual del país, que cada día va en deterioro de la autorrealización personal, con sus constantes fenómenos socio-políticos también económicos (violencia, desplazamientos, asesinatos, secuestro, y desempleo, etc.) afecta al 65% de la población (DANE 2005), y se refleja a nivel local, en los barrios noroccidentales de la Ciudad de Barranquilla, mas específicamente en la ciudad Modesto y la Manga, cuyo nivel socio económico es bajo (estrato 1 y 2) con baja escolaridad y la exposición continua a violencia, pandillas y farmacodependencia, lo que genera una disminución en la productividad y calidad de las relaciones interpersonales y que además logra una mala acomodación o asimilación en la individualidad, lo que a su vez genera su manejo inadecuado tanto de estrés como la negación en el proceso de discernimiento de las diversas opciones que faciliten un buen morir.

Si se mira meticulosamente las consecuencias de tales factores de riesgo en las personas, se evidencia la presencia de cuadros clínicos agudos y crónicos pero también representaciones sociales acerca de esta y su calidad de vida, pero ante este hecho es necesario destacar la importancia de la muerte como un fenómeno que pasa inadvertido para muchos, estén o no culminando su ciclo evolutivo.

Este proceso aparentemente normal en los individuos se ha negado constantemente por la cultura en la cual se desenvuelve el hombre y que

paradójicamente se muestra con gran frecuencia en los medios de comunicación.

Si el ser humano vive para la muerte, por que se niega en pensar o imaginar como sería esta para él, sino que le atañe fantasiosamente ideas sin argumentos que hacen que se atemorice y no sea ni siquiera capaz de preguntarse, ¿ qué es la muerte? Aspectos que se define como "el darle sentido a las experiencias y a la vida (Alfaro kelly, González Alan, Miranda Danny, Reyes leonela, 2005)

Debido a lo anterior cabe plantearse el interrogante, ¿cuál es la calidad de la muerte en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla?

3. JUSTIFICACIÓN

La historia humana ha sido y sigue siendo una aventura desconocida, ya que lo esperado se cumple y lo inesperado siempre tendrá una puerta abierta; donde el surgimiento de lo nuevo no se puede predecir, si no, no seria nuevo. La historia es un enjambre de devenires enfrentados con riesgos, incertidumbres, que involucran evoluciones, enredos, progresiones, regresiones, rupturas y que tiene siempre dos caras opuestas: civilización y barbarie, creación y destrucción, vida y muerte, etc.

Atendiendo a la díada génesis-muerte, el hombre vive para la muerte, ya que este le posibilita una existencia auténtica; o sea, los objetos de vida emergen de la muerte y el precio que se pagaría por la negación de está, sería la ansiedad y alienación.

Contradictorio a esto los seres humanos conservan la idea de ser inmortales y de manera extraña, no tener que morir, porque pensar en esta les destruye esta fantasía que, aunque irreal, todos guardan en el fondo del alma y por lo tanto es preferible que pase inadvertido para muchos estén o no en lo último de su ciclo evolutivo.

Sin embargo, aunque la muerte sea un proceso individual y manejado aparentemente por el inconsciente de cada uno, se observa que esta matizado por elementos socio-culturales y que en conjunto con las diversa

representaciones sociales, le da lugar a un tema de relevancia en el dominio del inconciente colectivo.

Ante tal fenómeno nace el interés de los investigadores por hacer un estudio empírico-analítico de corte descriptivo de las diversas formas que adquiere la calidad de muerte en adultos mayores y nutrir los conocimientos respecto a esta temática que apenas se está consolidando en el país y que en un futuro nos ayude en el rol como psicólogos, tener un soporte teórico practico que facilite una mejor intervención y estrategias a los adultos mayores cognitivamente sanos o no.

Estudio que a la Universidad Simón Bolívar le permitirá enriquecer la línea de vejez, mediante el constructivismo social fomentar en la sociedad un conjunto de alternativas de desempeño social dentro de las cuales una persona pueda escoger un tipo de vida y muerte determinada.

Recobra importancia para la población en la elaboración de un concepto y significación de la muerte, proporcional a sus experiencias.

Al ser la muerte un tema tan complejo y que está más asociado a conceptos filosóficos, esta investigación aportará a la psicología extender sus explicaciones acerca de este, como un proceso inherente a la vida, y que ha sido dejado de lado, puesto que se estudia más a otros factores ansiogenos en las personas, pero no a este proceso como elemento integrador al ser humano

y que tiene mucho impacto socio-emocional.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GENERAL

Describir la calidad de muerte de los adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la muerte digna en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.
- Describir la eutanasia pasiva en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.
- Describir la eutanasia activa en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.
- Describir el suicidio asistido en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.
- Describir la distanasia en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.
- Describir el abandono en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.
- Describir los cuidados paliativos en adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 MUERTE

5.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE MUERTE. Uno de los interrogantes que ha generado mayor incertidumbre en el ser humano es el de la muerte, muchos de estos deciden darle una mirada evitativa y aislada ante tal acontecimiento como fuente de angustia y de dolor y optan por ser inmortales, trivializándolas a través de la misma cultura. Otras personas por su parte, deciden afrontarlo con posición de duelo y de superación adecuada ante el vacío que de ahora en adelante permanecerá de un ser querido y similarmente del avecinamiento de su propia muerte.

Muchos al analizar el concepto de muerte expresan que "es intentar abarcar un mundo casi infinito de posibilidades (Salvareza,1998) se han intentado abordar adoptando múltiples perspectivas".

Por otra parte, Isa Fonnegra de Jaramillo (1999) da a entender en "la muerte la oportunidad de ver un espacio sobrecogedor y fascinante a la vez lleno de incógnitas, temores, oportunidades y opciones, que es inherente a la vida y le da sentido y significado al que hacer diario otorgándole una trascendencia al estéril vivir de quien se limita al escueto día a día" (Alfaro kelly, González Alan, Miranda Danny, Reyes leonela , 2005)

De acuerdo con Kastenbaum y Aisenberg (1972) existen 3 formas de conceptualizar la muerte: "el impersonal que referencia el distanciamiento emocional con que recibimos la información de la muerte de seres lejanos temporo-espacialmente. El segundo concepto es el interpersonal que concuerda con la muerte de un ser cercano que conocemos y establecemos un lazo afectivo. La tercera visión de percibir la muerte es la intrapersonal, la cual

confronta individualmente y subjetivamente la visión de su propia muerte

La muerte decía Freud en 1923, es un concepto abstracto de contenido negativo para el cual no es posible encontrar nada correlativo en lo inconsciente. (Krassoievitch, 1993).

No existe cierto conocimiento innato sobre la muerte intrapersonal; su percepción es aprendida mediante cualquier otro concepto de tipo racional que se presenta y la elaboración de modelos que la sustentan.

Según Fonnegra, existen diversos tipos de muerte:

Muerte natural repentina: es la que ocurre de manera inesperada, como es el caso de una isquemia cerebral, un infarto y otras enfermedades.
La conmoción de este tipo de muerte es bastante fuerte, porque queda la incertidumbre si este había dado alguna muestra de enfermedad, si sufrió o no, estos son unos de los elementos que diferencia cualitativamente esta muerte de la natural anticipada.

El buscar una explicación médica sensata y coherente ayuda a asimilar mucho mejor la muerte de su familia. Estas muerte a veces son difíciles, porque al ser inesperada queda el lamento, y otros elementos como La culpa y los auto reproches, que no solo se dirigen contra el supuesto descuido médico sino, que también se ligan al repaso minucioso y crítico de los últimos días de vida con quién murió.

Muerte Natural Anticipada: Es aquella que se prevee con anterioridad, existen diversas enfermedades que son incurables y la forma como asuma la familia y la misma persona va a depender de tres factores: La experiencia de la enfermedad depende como cada quién lo viva, la duración en el tiempo, si la enfermedad va demasiado rápido o se le describe en una fase avanzada tal vez

no le de tiempo de asimilarla y por lo contrario si la enfermedad es muy prolongada, exige a la familia buscar muchos mecanismos de adaptación que incluya conceder sus espacios, replantear sus rutinas.

Homicidios: Cuando la muerte de una persona muy cercana ocurre de una forma traumática, el duelo puede resultar mucho más difícil porque quedan muchos interrogantes de por que lo hizo? La forma como cada uno lo asuma es subjetivo. Sin embargo, algunos factores hacen que una muerte sea traumática y el duelo más complicado entre ellos: lo súbito, sorpresivo y no anticipado de la muerte, violencia, mutilación o destrucción del cuerpo, si la muerte fue determinada por factores de azar que pudieran haber sido evitados.

Muerte accidental: También es un tipo de muerte inesperado y por ende resulta difícil para la familia y sobre todo si esta se da de manera trágica, queda la zozobra de si sufrió o no si se dio cuenta cuando ocurrió, que llegaría a pensar y a veces si se estuvo cerca en eses momento pueden quedar las culpas y los reproches de que tal ves hubiera hecho algo para evitarlo, hasta pueden llegar a sentirse responsable.

Suicidio: Si el tema de la muerte sigue siendo tabú mucho más lo es el suicidio. Se define el suicidio como una actuación humana, ya sea activa o pasiva, cuyo fin es causarse la propia muerte. Para comprender el suicidio es importante recurrir a una perspectiva diferente de la habitual, ya que lo que se llama suicidio es en el fondo, un intento del sujeto de salvarse a sí mismo, de algo que para él es mucho peor que la muerte: El tormento interior, la desesperación, la locura, la crisis interna que ya sea reciente o antigua que él juzga en ese momento como insoportable.

5.1.2 MORIR EN LOS TIEMPOS MODERNOS. Pocos temas despiertan en nosotros tanto miedo como el morir, la muerte y el tiempo forma parte del mismo principio originario, y en última instancia todo tiempo corre hacia la

muerte y lo que cosecharemos y lo que hallamos sembrado y morir como hallamos vividos de nosotros depende y solo quedara lo esencial. Este conocimiento la mayoría de las veces inconsciente siempre como intuición nos hace caer en diversas y peculiares trucos relacionados con el tiempo: Intentamos ahorrarlos convulsivamente con la errada concepción que al final tendremos más y cuando el tiempo nos sobra, tratamos de matarlo con cualquier distracción.

Del mismo modo la vejez se ha convertido entre nosotros en una época de enfermedad, hasta se ha pasado ya a maquillar juvenilmente los cadáveres para no tener que enfrentarse a los signos de la muerte. Todo el gasto que hacen, la cosmética y la medicina para ahorrar las huellas del envejecimiento esta alimentado en últimos momentos por el miedo a la muerte que es están intenso a veces que nos lleva a la falta de gusto y nos hace olvidar nuestra humanidad.

El miedo a la muerte está tan extendido que apenas hay personas que confiesan este ultimo deseo a sus allegados. Ante de que haya llegado su hora son llevados al hospital con cualquier pretexto para ser atendidos por médicos representando la esperanza irracional de que la medicina puede vencer a la muerte a última hora. Y esto se gesta desde el momento en que educan a los médicos a luchar contra la enfermedad y con respecto a la muerte no les agrada al asistir a su derrota.

En el occidente la historia de la muerte lo fundamenta en 3 pautas:

- Entre nosotros se muere aislado y en secreto: Los moribundos son ocultados, sustraídos a la mirada de la opinión pública mientras que en las películas y los noticieros son el pan de cada día pero de forma inusual pensando que esto jamás podría ocurrirles.
- El moribundo es engañado y privado de su mayoría de edad:

Lastimosamente la mayoría de veces los moribundo apenas son informados de su situación hasta que ya es demasiado tarde.

- Los familiares de los moribundos por lo general tiene información sobre el estado del enfermo produciendo situaciones grotescas ya que ellos notan con mucha frecuencia lo que ocurre pero nadie toma en cuenta sus temores, callando entonces toda la información con el pretexto de "protegerlos" pero marcados por un enorme miedo que conduce a la privación de la mayoría de edad del paciente "por su bien", a esto también incurre los médicos con una medida auto protectora de que si se le informa al enfermo este empeorará al saber la información de su enfermedad ya que los médicos y enfermos tienen mucho más miedo de morir que más del resto de las personas pero este miedo causa represión y agresividad.
- Supresión del luto: Entre la sociedad moderna solo queda tiempo para el luto, aunque solo sea por los preparativos del entierro pero muchas personas quedan en esa conmoción inicial prolongando así esa situación hasta muchos meses quizás e incluso sin lágrimas.

  Por otro lado podemos anotar que los pacientes hoy en día tienen ciertos derechos frente a la muerte representando a los médicos muchas dificultades con esta ya que sus pacientes se han vueltos suspicaces y desconfían de si lucha contra ella a cualquier precio no significando esto que hallan ganado confianza con la muerte siguiéndoles un gran dilema que ya no es que no conocen la muerte si no que ya no pueden determinarla sin lugar a duda y considerándola como una transición, una parte de un proceso vital de dimensiones desconocidas.

La dignidad de la muerte no se ve perjudicada por nuestros ridículos intentos de ignorarla y las dislocaciones y estrategias para evitarlas" (Dahlke , 1999.)

La muerte puede permitirse ser despreciada por nosotros; la cuestión es que si nosotros podemos permitirnos ignorarlas. Sea cual sea la respuesta

individual al final ella siempre gana.

5.1.3 CALIDAD DE MUERTE. La muerte ha sido y sigue siendo un tema generador de grandes controversias, al cual se le atribuyen múltiples dimensiones en lo que respecta a la dignidad humana y a la autonomía del individuo, el cual debe ir acompañado de compasión y sensibilidad, ya que las opciones frente al proceso de morir van a depender en gran parte de la inteligencia, conocimientos, tacto, empatía, respeto, siendo la calidad de muerte las diferentes opciones y decisiones ante el final de su vida.

Sin embargo, ningún ser humano puede anticipar con certeza el acontecer de su muerte, por eso es importante conocer y familiarizarse con las diferentes opciones que Fonnegra De Jaramillo categoriza así:

Muerte digna: Aquella que ocurre dentro de los límites de la dignidad humana y en condiciones manejables. Preferiblemente en casa, rodeado de personas significativas en cuanto al cuidado y acompañamiento, además, tener información concerniente a lo que manifiesta si se dispone de un auxilio religioso, esta categoría de muerte está influenciada por la autonomía individual, las creencias religiosas y las preferencias o gestos individuales.

El derecho a morir con dignidad parece ir adquiriendo cada vez más su estatuto en nuestra sensibilidad contemporánea, además, el gozo de vivir tiene su correlato en el gozo de morir. El ser humano no seria coherente si dijera que se alegra de vivir y no se alegrase igualmente de morir, porque precisamente cifra su gozo en una existencia que es mortal.

La muerte, además, constituye la prueba más fehaciente de que un día no éramos, que empezamos a ser y que estamos siendo. Si una minucia pude dar al traste nuestro engendramiento, también una minucia puede poner fin a nuestros días.

El derecho a morir con dignidad no se restringe a evitar sufrimientos innecesarios o a mantener la calidad de vida del enfermo terminal. Podríamos decir que incluso va más allá de la dignidad que comporta morir en brazos de los seres que uno ama, en la propia casa y no en la soledad de un hospital. Todo ello son condiciones apetecibles que favorecen el ejercicio de este derecho, pero no pueden hacemos olvidar una dimensión mas honda y radical: la dignidad de morir comporta la dignidad con que uno asuma la propia muerte. Es un proceso pedagógico en el que se da una interiorización gradual de dicha finitud, para asumirla sin acritud ni desespero.

Eutanasia pasiva: Aquella muerte que se da como consecuencia de la abstención o interrupción de la utilización de medios artificiales de soporte vital y que generalmente se da cuando los efectos y resultados lo que hacen es posponer la hora del tan esperado fin o cuando la persona lo desee y lo solicite.

La eutanasia pasiva ocurre con más frecuencia que la activa, pues las personas creen que al omitir una acción no están haciendo nada inmoral. Además no es percibida por otras personas como si es la activa y por lo tanto, pasa fácilmente desapercibida.

"Debe distinguirse claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte, pues si lo primero tiene sentido, lo segundo no"(FROSINI, 1997.). El médico necesita mucho equilibrio para evaluar que debe hacerse y que no, buscando siempre el bien del paciente.

Cuando se trata de omitir acciones a favor del enfermo por considerarlas inútiles, es conveniente discutir esto similarmente con el equipo de salud con el fin de ser los mas objetivos posible, mirar todos los aspectos para no cometer una falta ética, negando un servicio a una persona.

Eutanasia activa voluntaria: Acto realizado por el médico cuando se trata de decisiones tomadas por la persona o por la intratabilidad de los sufrimientos.

Desde el punto de vista ético, la eutanasia activa seria permitida, sí se hace con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es autónomo y por ende dueño de su vida.

"Lo difícil en la practica es saber con certeza si el paciente esta en capacidad de dar un consentimiento informado y pleno para tomar una libre determinación de gran importancia" ([1] Hernández, .2002), muy bien conocemos que cualquier alteración de salud compromete la estructura psíquica de la persona, la deprime, puede alterar a un su raciocinio por lo tanto disminuir su capacidad de elección, su libertad. Sin embargo son contados los países que ponen en práctica tal proceso debido a las consecuencias que consigo trae.

Permitir que una persona pueda eliminar a otra, aunque consentimiento y por ahorrarle un sufrimiento, es algo gravísimo para una sociedad pues equivale a permitir el homicidio; seria como autorizar moral y legalmente a los que realizan la limpieza en nuestras ciudades, al eliminar mendigos e indigentes, por evitarles el sufrimiento producido por vivir en condiciones degradantes.

Suicidio asistido: Esta muerte es propinada por el mismo individuo, pero que en los medios utilizados tiene orientación del médico.
Para analizar el suicidio asistido desde el punto de vista ético, debemos separar el suicidio en si mismo y la colaboración del médico basados en la autonomía que la persona tiene, puede afirmarse que el suicidio es permitido siempre y cuando se haga con pleno consentimiento.
"El código penal Colombiano en su artículo 327, sanciona a la persona que directa e indirectamente colabore con el suicidio de otra (Vélez, 1999).

Se han creado grupos de médicos llamados "Médicos para la Merced" partidarios de ayudar a enfermos que por su sufrimiento quieran terminar con su vida. Cada día se afirma más la autonomía de la persona y sus derechos a decidir sobre su propia muerte pero también es cierto que el permitir el suicidio asistido, se presta a dar medios para auto eliminarse a pacientes que pueden no tener plena capacidad para hacer uso de su autonomía, lo cual no es permisible desde el punto de vista moral.

Distanasia: Cuando hay lugar a la aplicación de Procedimientos biotecnológicos, y se trata básicamente de prolongar la vida en una semana o meses más, lo cual le va a permitir a estas personas con enfermedades terminales, cáncer con metástasis que a través de técnicas como las (quimioterapias, radioterapias) y medicamentos, conservar una mejor calidad y que sus últimos momentos no sean tan dolorosos y disminuir los síntomas de la enfermedad.

Abandono: Son muchos los factores que pueden llevar a que la muerte se presente en condiciones degradantes e indigna, lo que no va a permitir tener acceso a médicos especializados que le brinden a estas personas la atención, así como la información acerca de su proceso de enfermedad y que este le oriente sobre su tratamiento.

Existen otras situaciones en las que se ven privados de la parte afectiva y del apoyo de personas significativas, igualmente no cuenta con una red de apoyo, aspecto que puede deberse por no tener la información acerca de lo que ocurre con estas personas o simplemente por no tener un compromiso ni responsabilidad afectiva.

Cuidados paliativos: Comprendida por los apoyos y cuidados alternativos a la persona con el fin de darle más vida a sus días que días a su vida.

Desafortunadamente en algunos ambientes de salud el entorno contribuye al aislamiento del paciente en fase Terminal, es como si la muerte no tuviera sitio en el hospital, se intenta por varios medios ocultar tan dura situación.

La Muerte es evadida y si las circunstancias lo permite esta es desviada inmediatamente.

Cuando la muerte venidera del enfermo no se trata con responsabilidad no se le responde las verdaderas necesidades, la gran inclinación es la aplicación de calmantes con la intención de que el paciente pierda la conciencia de la muerte simultanea a la confianza y a la serenidad, lo cual por razones humanistas y éticas debe cambiar en pro de una calidad de muerte digna y aceptable.

"En cuidados paliativos el morir es un proceso natural, no posponen ni aceleran la muerte, solo proveen alivio del dolor y es un sistema de apoyo a la familia a través de un cuidado personalizado para aceptar la enfermedad de su ser querido (Ética y bioética 2001), ofreciendo un sistema de soporte para ayudar a la adaptación de la familia, incluyendo el duelo.

El enfermo muchas veces llega a la unidad cuidados paliativos desesperado, con un alto grado de dolor físico crónico sufrido por espacio de mucho tiempo que puede generar inclusive una depresión; cuando se logra controlar tal dolor la actitud psicológica cambia.

Por lo anteriormente en cuidados paliativos es básico el alivio del dolor y otros síntomas, afirmando la vida y considerando la muerte como un proceso natural.

Acerca de la calidad de la muerte. Durante mil años y hasta el comienzo de la Edad Media, se desarrolla un periodo que, siguiendo la clasificación de Philippe Ariés(1967), llamaremos de "la muerte amaestrada": El sujeto tenía amaestrada

a su muerte, la tenía bajo sui dominio. La muerte "avisaba" cuando iba a actuar, y quien recibía el aviso era el que iba a morir. No era el médico el que anunciaba cuántos meses de vida lo quedaban al paciente sino, al revés, las personas les comunicaban el médico la proximidad de su muerte. Cada persona sabía, "por naturaleza", cuándo le llegaba su momento de morir. Habiendo recibido ese "aviso", él mismo comenzaba a llevar adelante un ceremonial. En su habitación, desde su lecho, se dirigía a los vivos.

A ese lecho se acercaba todo familiar que tuviera que ver el mugiente, y también el cura, el escribano, el abogado, el médico. Se acercaba la comunidad. En el lecho se preparaba los testimonios, se redactaban los testamentos; se dejaban las cosas preparadas para el tiempo posterior a la muerte. El que iba a morir estaba en tránsito y en esa condición era visitado con solemnidad y respeto.

En aquella época se moría en público. Era muy importante la actuación del que estaba muriendo. A su alrededor estaba toda su familia. No se excluía de esa situación a los hijos; aun los más pequeños acompañaban a la persona que moría. La gente esperaba la muerte. Aquel a quien había tocado el aviso esperaba, yaciente.

Hasta la muerte duraba la ceremonia pública organizada por el propio organizador. La ceremonia tenía su protocolo, que todos observaban interesados, porque, a su turno, ellos mismos deberían realizarlo. La muerte era parte de la herencia que se pasaba de padres a hijos. También por eso era importante que estuvieran los niños. La muerte era pedagógica. Ya se sabe que hoy, en cambio, impera el afán de apartar a los niños de las cosas de la muerte.

"Philippe Ariés dice: "Hoy los niños saben la fisiología del amor, saben del sexo, del coito, pero, cuando el abuelo ha muerte, les dicen: "Se fue de viaje...". Sólo se alude a la muerte haciendo de ella una ficción, "Se fue de viaje", "se fue

al cielo"; la muerte sólo puede ser contada a condición de hacer de ella una historia de chicos" (Leal y Mendoza 1997).

Entrando ya en la modernidad tardía, una suma de factores fue generando un cambio dramático en la forma de morir. Se trata de lo que Ariés denomina "muerte excluida". El que está muriendo no puede hacer nada; es un participante sin voz ni voto en su propia agonía. Todo lo deciden por él. Se empieza a engañar al mugiente, es mejor que él no sepa la gravedad de su enfermedad; siempre "por amor", "por su bien"; se trata de disimular sobre la enfermedad del otro, sobre su muerte. "Murió sin saber que iba a morir": Con el desarrollo de la ciencia moderna, la medicina se hace capaz de meterse con la muerte y cambia su paisaje. Del hombre que moría en su lecho, se pasa a morir en los hospitales, Si otro tiempo la muerte avisaba al mugiente, hoy el mugiente está entubado, logado a, un respirador artificial y a un tiempo de muerte que no le pertenece. Y actualmente se discuten los criterios de lo que podría llamarse la calidad de muerte. Curiosamente, tratándose de los animales, nuestras mascotas, los veterinarios privilegian la calidad de muerte. A los animales domésticos, cunado ya no hay placer ni autonomía ni futuro en sus vidas, se le suministra un inyección letal indolora. Para los seres humanos, lo que se privilegia es que siga viviendo, lo más que se pueda, al costo que sea. En los humanos, el tema de la calidad de muerte remite al derecho a tener una muerte digna. Y esto se relaciona también con la noción de duelo. La muerte esta socialmente excluida, no hay lugar para la muerte. Entonces, parecería que el duelo por el muerto no pudiese prolongarse por más de 48 horas, bajo riesgo de que eses duelo se constituya en "Patológico": Es claro que las variaciones en la concepción de la muerte ligadas a los tiempos históricos no explican las variaciones singulares que encontramos en relación al morir.

Sin embargo cada muerte y cada duelo dependen también de lo que cada sociedad va construyendo acerca de la manera de morir y de duelo. Lo contextual condicional condiciona al sujeto, además de estructurarlo, e incide en

la forma como se desarrolla cada duelo. Aun en sentimientos tan íntimos como la culpa, la vergüenza, La sociedad tiene una manera instrumentada de morir y, hoy por hoy, a quien prolonga su duelo lo considera como "enfermo", porque en la sociedad de hoy hay que seguir la lógica del Keep-busy, hay que mantenerse ocupado, "no te podés quedar". Para Sigmund Freud, la muerte y la sexualidad eran como los dos agujeros en el inconsciente. En este siglo los temas de sexualidad salen a la luz, pero en la cuestión de la muerte acontece una exclusión: la muerte es dejada afuera, es forcluida. La muerte es alejada de casa y se ubica en el hospital moderno. ¿por qué no morir en casa? La muerte se percibe como algo sucio, y no hay cosa más combatida en nuestra sociedad que la sociedad que la suciedad. A nuestra sociedad de consumo se la caracterizó, en la década del 80, como "la cultura del jabón en polvo". Esa ama de casa que se esmera por tener todo limpio, oliendo los buenos olores de esos buenos productos, se pondrían como loca con un muerte en casa, eses muerto que tiene mal olor, que parece cuidar. Un muerto es algo fuera de lugar en nuestra casa hoy en día: Hubo que trasladarlo al hospital, como dice Ariés(1967), clean and civil. Y esto tiene que ver con el psicoanálisis. No solamente el cuerpo del muerto huele mal: Sino todo aquel que hable demás de este tema huele mal: No hay tiempo de perder, keep busy, y, si bien quien no demuestra duelo es recriminado, el que se obstina en hablar demasiado del muerto también es sancionado: "Bueno, ya está bien...". El final del duelo queda en quien escucha mientras que el enlutado, sin poder hablar, se angustia. Pero ahí puede entrar el psicoanálisis, no con la pretensión de un objetivo como el "cambio de objeto" sino para habilitar un espacio donde se pueda hablar. Y esto, como se ve, es subversivo.

Actitudes de los Médicos Residentes con Enfermos Terminales y el Cuidado Ante el Fin de su Vida

El proceso de muerte de los pacientes hospitalizados es cada vez un evento mas frecuente en los Estados Unidos de Norte América, hasta un 80%

de las muertes en hospitales corresponde a pacientes con enfermedades crónicas terminales y es preocupante para muchos que ha medida que aumenta el promedio de vida salarial mas se acerca a una contexto de atención médica deshumanizada, en el cual los doctores ni las enfermeras tienen tiempo para escuchar ni mucho menos para un soporte emocional donde se analicen las reacciones que la muerte provoca en sus pacientes.

El concepto objetivo de calidad de vida está tan valido del acto medico como el concepto de calidad de muerte digna, u ortotanaxia. Pero dejar de hacerlo implica familiarizarse con su muerte, así como su diagnostico y pronostico donde su conocimiento natural se ve limitado.

El uso de términos como autonomía, alivio de dolor no llegan a ser necesarios para brindar una calidad de muerte en un paciente terminal. Este asunto ha sido estudiado en los últimos años a partir de su primera publicación. La autonomía en un paciente terminal y su derecho a conocer lo relativo al diagnóstico, pronóstico de su enfermedad están disminuyendo, llegando solo un 35% de los médicos residentes a informar al paciente su diagnostico de enfermedad terminal. Se ha encontrado una tendencia paternalista en el tratamiento del paciente con enfermedad terminal lo cual se ha visto en muchos países latinoamericanos. En otras sociedades el respeto a la autonomía conciente de un enfermo terminal conduce a la elaboración de un testamento que mencione las medidas terapéuticas que soportan el manejo del paciente hasta el fin de su vida.

Por otro lado se le informa al paciente acerca del diagnostico solo con su consentimiento.

En otros países esto trae problemas legales para el equipo terapéutico. Los procesos considerados desproporcionales en un paciente con enfermedad terminal, son ventilación mecánica, inotrópicos, diálisis y nutrición parenteral,

para los médicos residentes quienes encuentran coincidencias entre estos y la literatura. Hay quienes comparten que estos procesos inciden en la prolongación de la agonía del paciente, significando el retiro de las unidades de cuidados intensivos. En nuestro estudio, el 75% de los médicos acepta la suspensión de tales procesos por considerarlos desproporcionados con el paciente terminal.

Sin embargo el código de ética medica del Perú si reconoce el derecho del paciente a un proceso de muerte natural, sin la utilización de la eutanacia ni la distanacia, e instituciones como la iglesia católica que manifiesta acuerdo, la ley general de salud omite con respecto a la decisión terapéutica en el paciente terminal, realidad que se repite en muchos países latinoamericanos.

En este estudio, el uso de sondas nasogástricas y la hidratación parenteral fue usado de manera ordinaria (98%) por los médicos en enfermos terminales. La suspensión del liquido y nutrición en enfermo terminal es un tema controversial pues es un problema considerado con muchos cuestionamientos morales para el doctor o el equipo terapéutico. En el paciente terminal se le indica agua y alimento solo si el paciente muestra signos de recuperación o puede hablar de modo que estos síntomas no halla disminución de las calorías. Pero la nutrición en estos pacientes esta determinada por la presencia de aspiraciones, disneas, nauseas, vómitos, diarreas y mala digestión. La hidratación parenteral favorece la formación de edemas a nivel pleural y pulmonar. El uso de soluciones del 5% de cetonemia genera inconsistencia, aliviando y disminuyendo los síntomas y provocando adormecimiento. Quizás la limitante en el tratamiento de un enfermo terminal no puede ser superada por la alimentación y los líquidos.

La información en cuidados paliativos en enfermos terminales ha ido incrementando de un 79% a un 89% de estos casos. En EEUU estos pacientes han mejorado extraordinariamente en sus últimos días, una de las explicaciones

para esta se encuentra entre la comunicación acerca de los avances que ayuden al paciente terminal y el entendimiento de sus emociones.

En la exposición de casos clínicos concretos de pacientes con enfermedades terminales es común considerar terminal a un paciente con cáncer avanzado y sean tratados con cuidados paliativos encontrando un 93% de los médicos orientando a una muerte digna u ortotanaxia pero solo el 7% consiguió resultados extraordinarios.

Cuando se trata de un paciente con cáncer las medidas generalmente son inotrópicos y ventilación mecánica, han llegado a la tendencia desde el inicio hasta el fin del paciente, es decir, un 29% de los médicos favorecen la distanacia o encarnizamiento terapéutico. La suspensión de estos ha sido descrita por los médicos intensivistas como la muerte inminente del paciente pues así lo certifica su código de ética. En este estudio la mayoría de los médicos no han retirado progresivamente esta forma de tratamiento (67%).

Un caso difícil fue en un paciente con una enfermedad crónica en condiciones intratables. En este caso el 52% de los médicos se decidieron por la distanacia hasta que este pereciera. Mientras que el 46% restante decidió suspenderla para favorecer los cuidados espirituales y el alivio del dolor con la llamada ortotanaxia.

La identificación de los estados de enfermedades crónicas dentro de la condición médica del paciente, su edad y coomorbilidad son variables que permiten considerar el uso de terapias agresivas mientras pueden ser candidatos a la prolongación de la muerte con la distanasia, la percepción en lo relativo al morir hospitalizados o pacientes con condiciones severas, es que el mantenimiento del tratamiento debe ser prioridad ante el control del dolor y otros síntomas que causen malestar en sus últimos días.

En conclusión, cada vez el interés del abordaje de estos temas en la literatura médica ha sido similar al conocimiento de los principios éticos que en la actualidad sean de consideración al finalizar la vida. La practica de los cuidados paliativos ha obtenido una tendencia en la disminución de la muerte de pacientes terminales hospitalizados favoreciendo la muerte de estos en sus casas con sus seres queridos influyendo así de manera positiva en las actitudes de los médicos acerca de la muerte de estos pacientes.

5.1.4 ACTITUDES ANTE LA MUERTE. Dada la naturaleza del ser humano es más lógico y esperado, su deseo de vivir que pensar o aceptar la muerte, como algo integral de su vida.

Es meritorio reflexionar sobre las actitudes que adopta la persona ante la muerte y que se ven matizadas por diversos factores, tales como la influencia de sus experiencias y el contexto en que está inmerso.

Además, el concepto de muerte, imperante en la sociedad y el hecho de que "la muerte propia es inimaginable y por lo tanto inconscientemente estamos convencidos de nuestra inmortalidad (Freud 1918), pero también cuenta las expectativas que se tenga sobre esta". (Maturana 2000)

Un punto de vista en donde confluye aspectos psicosociales, históricas, conlleva que la actitud social más adoptada sea la de la negación de la muerte y que se refleja en conductas de alto riesgo, funerales, y rechazo a los ancianos.

Existen aspectos relacionados con la muerte que genera miedo y ansiedad a distintos facetas del mismo fenómeno, siendo así el miedo a la muerte, el temor más básico que experimenta el ser humano y que por asociación directa con la muerte derivan otros miedos, que se manifestaran a través del insomnio,

la depresión, somatizaciones, etc., y que quizás el principal temor a la muerte es el de dejar de ser, que sería la representación de una separación inevitable de las personas con la que se tienen vínculos afectivos que dan sentido su existencia. De igual forma, la muerte del otro es un indicio de muerte parcial de si mismo.

En cuanto al morir propio, el miedo se relaciona con el sufrimiento, lo que constituye a este proceso en un estimulo aversivo, lo cual va ligado también a tener que depender de los demás por la pérdida de autonomía, dignidad y la no satisfacción de sus necesidades.

Cuando el individuo se ve frente a la muerte de otra persona se genera un doble sufrimiento, por una parte al ver al otro afligido y si esa persona es cercana, su muerte, recuerda al avecinamiento de su fin.

Al estar la muerte ligada con la religión se genera el temor de la muerte, como castigo de sus pecados y de lo que pasará después de la muerte, mientras que otros ven la religión como la mejor manera de aceptar la muerte.

Si bien es cierto, en nuestra sociedad la muerte del anciano es asumida de una mejor manera que si se trata de una persona joven, porque se tiene la concepción de que ya el adulto vivió y cumplió todas sus necesidades, en cambio, el joven no, resulta dolorosos pensar que apenas estaba su vida y tal vez no logró sus proyectos.

Por otro lado, existen interrogantes de que si el miedo de los ancianos esa igual al de los jóvenes o por el contrario, lo asumen como un proceso natural, la diferencia tal vez radica, en que al verla más cercana la aceptan y el morir de otra persona posibilita su fantasía de cómo será su propia muerte.

La muerte del otro y sobre todo si hace parte significante del individuo, sería la aniquilación de su propia existencia.

Pero los familiares e incluso los mismos profesionales se crean muchos temores en cuanto a la forma como asumen la muerte, pero se olvidan que son personas que han tenido muchas experiencias y han creado estrategias de afrontamiento para la muerte de sus seres queridos y que muchas veces ni ellos son consientes de eso, no por eso debe olvidar el apoyo social y emocional que se le debe brindar para reducir la intensidad del impacto.

"Otras culturas podrían darnos indicaciones acerca de lo libre y relajadamente que se pueda vivir en pie de confianza con la muerte.

Hay muchas cosas que hablan a favor de la idea de que la vida solo puede empezar tras el encuentro y reconciliación con la muerte en toda dimensión. Muchas de las personas reanimadas lo confirman. Tras el reencuentro con la muerte, le perdieron el miedo y empezaron una vida nueva y como muchos recalcan más auténticamente suya.

La muerte en algunas sociedades más que constituir un temor constituye un aspecto, en tales formas el suicidio otras formas similares puede decirse que el nivel del miedo es menor porque la propia religión o la filosofía garantizan con convicción y seguridad la vida después de la muerte. Entre nosotros el suicidio se produce casi siempre porque el miedo a la vida supera el miedo a la muerte, un ser humano comienza a correr riesgo del suicidio; en realidad el mayor problema referente a la muerte y su problemática en nuestra situación es la total falta de conocimiento al respecto.

Para Thomas (Citado por Rumbold 2000) la muerte en los ancianos institucionalizados produce un relación bastante uniforme, es una curiosa mezcla de pena, tristeza, cólera, alivio e incluso de satisfacción fatalista (al

menos yo sigo estando vivo) pero estas relaciones también dependen del grado y tipo de relación que existía, la personalidad del fallecido y las circunstancias de su muerte.

Martín en 1976 (Citado por Luna 1998) propuso 4 tipos de actitudes de los ancianos ante su propia muerte:

1. ACTITUD DE INDIFERENCIA: Suelen decir frases como "era normal que un día sucediera", "a todos nos toca", yo ya soy demasiado viejo".
2. ACTITUD DE TEMOR: de todo aquello que le precede como al dolor, al sufrimiento, inútil, etc.
3. ACTITUD DE DESCANSO: propio de las personas que han sufrido mucho por una enfermedad crónica o han sufrido mucho en la vida.
4. ACTITUD DE SERENIDAD: cuando ha vivido una experiencia plena y de haber sido útil a los demás.

Otros autores como Feifel y Branscomb (Citado por Salvarezza 1998) se refieren a 3 niveles de conciencia en las respuestas del sujeto ante su muerte.

a. Nivel consiente. Cuya respuesta común es la de rechazo.
b. Nivel imaginario. La respuesta aquí es ambivalente.
c. Nivel inconsciente. Respuesta negativa.

Entonces la actitud de muerte presentada por los ancianos se encuentra en un balanceo entre la aceptación y el rechazo de su propia muerte, relacionados con la necesidad de adaptarse a ella y de organizar sus estrategias y todo lo que ella implica, por lo que se considera necesario modificar actitudes y perjuicios acerca de la vejez y la muerte y la muerte no provocando temores, sino por el contrario mirarlo como algo natural e inherente al ser humano llegar a morirse y llegar a ser anciano.

5.1.5 EL PROCESO DE MORIR.

Cuando el individuo se ve abocado al proceso de morir, se generan temores que van condicionados por las experiencias de todo su curso vital y se da lugar a la reactivación de los temores infantiles a la muerte provocados por la regresión o despersonalización de la enfermedad y por la dependencia que esta genera.

Los temores infantiles mas presente son el temor y el abandono y/o la separación, miedo al castigo, sin embargo, cuando estos no son predominantes, el adulto ésta más dispuesto a aceptar la muerte.

Esta regresión es adaptativa cuando la persona tiene una enfermedad terminal avanzada que hace perder su autonomía y acepta los cuidados y atenciones necesarias, además, de la regresión la persona utiliza, la negación, que le ayuda a integrar de manera gradual la idea de su muerte cercana y que algunas veces este mecanismo se acompaña de la ansiedad, sueños angustiantes.

Otra veces el individuo tiende a recriminar a los médicos (mal diagnostico) operando así el desplazamiento.

Antes se moría más joven, general/ de enfermedades infecciosas agudas. Ahora se muere más viejo, de enfermedades crónicas y progresivas. En 1990 las primeras de muerte eran: neumonía-gripe, tuberculosis y diarrea-enteritis.

En la actualidad las 3 principales causas son: enfermedades cardiacas, cáncer y ACV.

Las enfermedades crónicas, en su conjunto, son la cusa de cerca del 90%

de las muertes.

Además, el proceso de morir es ahora mucho mas largo. Hoy día el proceso de morir puede prolongarse gracias a las técnicas de hidratación y nutrición artificial y, en los últimos 30 años gracias también gracias a las técnicas de mantenimiento artificial de las funciones vitales (respiradores, dialisadores, marcapasos, etc.)

La sociedad había llegado a generalizar una actitud de negación de la muerte que alcanzó su máximo en los años 60, pero por aquella misma época comenzó a surgir una nueva sensibilidad ante la forma en que se muere, y una nueva preocupación por controlar las circunstancias que rodean el proceso, conociéndose así los modelos: Americano y Europeo.

EL MODELO AMERICANO.

En estados unidos, se generalizó la opción de decir la verdad a lo enfermos terminales en la década de los 60 El modelo explicativo más conocido de proceso de morir es el dado por la tanatologa suiza Elizabeth Kubler-Ross (Citado por Fonnegra 1999), el cual consta de varias etapas, pero estos no se dan necesariamente de manera secuencial .

- NEGACIÓN Y AISLAMIENTO: El paciente suele pensar, es que no puede ser cierto, a él no le puede pasar eso. Busca a otros médicos y recurre a hechiceros, curanderos, etc.

Tal negación tiene un afecto atenuante y concede la movilización de otras defensas psicológicas.

- IRA: Al paciente seguir negando, reactiva sentimientos de rabia, queja, envidia y resentimiento hacia los demás. Se transforma en una persona

difícil, quejumbrosa y exigente, demandante de mucha comprensión, puesto que es la única manera que tiene de luchar, asegúrense de que aún este vivo y controlar la situación.

- PACTO: establece alianzas con Dios, para conseguir mejorar, formulando promesas y dando algo a cambio, e incluso, pide que le sea posible realizar algo por última vez.
- DEPRESIÓN: Simultaneo a la progresión sintomática predomina una sensación desprendida que genera dolor y depresión. Pero esta depresión puede ser:
  - REACTIVA: Por la perdida de las cosas del pasado. Esta necesita de mucha comunicación verbal.
  - PREPARATORIA: Causada por las perdidas que se avecinan y es preciso pasar por ella para morir con aceptación y paz. El paciente se comunica analógicamente.

- ACEPTACIÓN: Cuando el paciente ha sido apoyado en las fases anteriores, llega a contemplar su fin con tranquilidad, sin desasosiego, ni enfado. Suele estar cansado y débil y adormita con frecuencia.

Prefiere las visitas cortas y que haya poca gente alrededor, no suele tener ganas de hablar, la comunicación suele ser no verbal.

La aceptación no constituye una desesperanza si no mas bien una en capitulación de toda una vida y de eliminación de lo superfluo, que puede estar acompañado de serenidad.

MODELO EUROPEO.

Sporken (Citado por Maturana 2000) describe el proceso de morir en pacientes que no han sido informados sobre su situación, así:

- IGNORANCIA: surgen ciertas dificultades en la comunicación con la familia, que es la que conoce el diagnostico.
- INSEGURIDAD: Hay una mezcla de esperanza con un miedo intenso. El paciente lleno incertidumbres, hacen preguntas con el deseo que le aseguren la no gravedad de la enfermedad.

- NEGACIÓN IMPLÍCITA: El paciente percibe mas o menos la situación real; pero a al vez la niega y actúa como si pasase nada. Incuso emprende nuevas aventuras.

- COMUNICACIÓN DE LA BONDAD: Esta implica un compromiso con él paciente, y no puede ser sólo una información sobre el diagnostico y el pronostico.

El momento lo determina el propio paciente.

Fases posteriores a la información son similares a las planeadas por Kubler-Ross.

- LA TRISTEZA Y DEPRESIÓN: Cuando por lo general las negociaciones no dan resultado a las personas moribundas le sobrevienen sentimientos de tristeza y llantos, tratando de aislarse por los proyectos que aún no pudo realizar y se resigna con tristeza sin aceptar aún la muerte.

5.2 DESARROLLO FÍSICO, MENTAL Y PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR.

Muchas veces se puede decir que cuando se llega al crecimiento límite, inmediatamente empieza el proceso de envejecimiento.

Algunas de nuestras funciones corporales pueden mostrar una decadencia gradual, mientras que todavía estamos por alcanzar el funcionamiento máximo de otras situaciones.

Esto significa de diferentes aspectos de nuestro cuerpo empiezan a decaer en diversas épocas, por tal razón la edad biológica no es un concepto totalmente satisfactorio, pues tenemos varias edades biológicas dentro de nosotros mismos.

Los cambios en la piel son particularmente notorios, se torna quebradiza, pierde flexibilidad y ya no ofrece la misma protección contra las enfermedades e infecciones, trayendo como consecuencia las dificultades para adaptarse a las diferentes temperaturas.

Los huesos tienden a perder calcio y tornarse mas delgados y quebradizos, aunque tiene lugar una reducción, en el número y tamaño de la fibras musculares en todo el cuerpo, los músculos en si mismo permanecen con frecuencia en una condición básicamente buena hasta una edad bastante avanzada.

La respiración se vuelve difícil, el corazón necesita con más intensidad, aún cuando el engrosamiento de las válvulas y otros cambios en el tejido cardiaco lo convierten en un órgano menos eficiente.

Los riñones empiezan a fallar a medida que los años pasan y la capacidad de la rejilla urinaria también se reduce.

Los sentidos controlados por el SNC también manifiestan cambios; la visita es el primero de ellos, el cristalino y la córnea se hacen menos transparentes adaptándose más lentamente a los cambios de iluminación.

La sensibilidad del oído disminuye, especialmente en las frecuencias más altas. El apetito igualmente se reduce contribuyendo así a una mala nutrición.

"Por otra parte, ningún principio de salud mental puede garantizar que una persona se enfrentará a los restos y peligros de una larga vida sin experimentar angustia, la perdida, el sufrimiento y el error humano que forman parte del mayor numero de vida"(Kastenbaun 1983).

En la vejez, la angustia puede ser más aguda, puesto que los problemas inmediatos traen a la mente dificultades pasadas. El Anciano puede ser perseguido por recuerdos de acontecimiento y relaciones angustiosas, tan lejanas como los ocurridos en la temprana infancia, atormentado tanto por el pasado, el presente y el futuro venidero incierto, puede sentirse enfermo. Al mismo tiempo puede contar con menos recursos, disponibles para enfrentarse a los problemas en la situación inmediata: menos personas con quienes comparten las experiencias, menos control social, físico y económico, etc.
Además del impacto relativamente directo de una enfermedad en lo que la vejez respecta y del tratamiento del estado mental del anciano, los efectos psicosociales pueden ser de tiempo molesto.

Además, con el aumento del promedio de vida se hacen mas comunes patologías propias de la tercera edad, tanto en las esferas somáticas, psíquicas y vincular.

La OMS expresa que a partir de los 60 años ocurren hechos significativos que repercuten intensamente en el estado afectivo y social del geronte, aspectos como el nacimiento de los nietos , la adultez de los hijos, la jubilación, con las consecuencias que este acarrea, llevando a este a una disminución en la parte económica, social, genera sentimientos de minusvalía,, de marginación, los cambios en la imagen corporal , el rol que su propia familia y el medio le otorga todo esto configura lo que puede llamarse la "crisis de la senescencia".

Así como en la edad madura se pasan por una serie de crisis o conflictos, en la senectud el conflicto pasa también, predominantemente, por la crisis narcisista que implica asistir a la perdida de su vigor, además, de las perdidas objétales, toca realizar el duelo por la perdida de las funciones corporales y su imagen destruida o perdida.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

CALIDAD DE MUERTE: según Fonnegra (1999) la calidad de muerte se define como las diferentes opciones y decisiones que toma la persona ante el final de su vida.

6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICES
Calidad de muerte en adultos mayores inscritos en el Centro de Vida ANDA de la ciudad de Barranquilla	Muerte digna	• Información • Asistencia religiosa • Cuidadores • Lugar	1. Información 2. Cuidadores 3. Lugar 10. Información 13. información 16. Asistencia religiosa 18. Cuidadores 19. Cuidadores 20. Información
	Eutanasia pasiva	• Abstención de Muerte artificial • Interrupción de Muerte artificial	4. interrupcion de muerte artificial 14. abstención de muerte artificial
	Eutanasia activa voluntaria	• Decisión por parte de la persona. • Intratabilidad.	5. intratabilidad 17. decisión por parte de la persona
	Suicidio asistido	• Empleo de los medios sugeridos por un profesional.	6. empleo de los medios sugeridos por un profesional 15. empleo de los medios sugeridos por un profesional
	Distanasia	• Técnicas y procedimientos Biotecnológicos(quimioterapia, radioterapia)	7. Técnicas y procedimientos Biotecnológicos(quimioterapia, radioterapia)

	Abandono	• Inasistencia médica • Desinformación • Carencia afectiva • Falta de interés	8. Carencia Afectiva Y Falta De Interés 9. Inasistencia Medica Y Desinformación
	Cuidados paliativos	• Apoyo y cuidados alternativos.	11. Apoyo y cuidados alternativos 12. Apoyo y cuidados alternativos

7. CONTROL DE VARIABLE

1. SUJETO

¿QUÉ?	¿Cómo?	¿POR QUÉ?
Salud mental	Seleccionados a través de un proceso de observación de sus funciones mentales superiores	Porque es la pertinencia de la investigación para contestar al instrumento.

2. INSTRUMENTO

¿QUÉ?	¿Cómo?	¿POR QUÉ?
Validez y confiabilidad	Con la validación de una persona experta en estadística.	Porque habrá mayor credibilidad en los resultados.

3. AMBIENTE

¿QUÉ?	¿Cómo?	¿POR QUÉ?
La privacidad	Con un lugar sin ruido, con buena ventilación e iluminación y un clima confiable	Porque es necesario tener un proceso confiable medible y registrable.

4. INVESTIGADORES

¿QUÉ?	¿Cómo?	¿POR QUÉ?
Buen manejo del instrumento	Saber todas las instrucciones y saber responder a las inquietudes	Porque a través de este se obtendrían los resultados esperados

VARIABLES NO CONTROLADAS

¿Qué?	¿POR QUÉ?
RELIGIÓN, SEXO, OCUPACIÓN, EDUCACIÓN Y ESTADO CIVIL	NO ES DE PERTINENCIA EN LA INVESTIGACIÓN

8. METODOLOGÍA

8.1. PARADIGMA

Esta investigación esta orientada epistemológicamente por un abordaje con énfasis en la predicción y el control de los procesos objetivos se relacionan directamente con los intereses técnicos. La base filosófica de esta forma de conocimiento es el positivismo. En esta corriente se afirma que sólo puede establecerse el conocimiento válido en referencia a la realidad externa, experimentada por los sentidos.

Este enfoque se basa en la presunción ontológica del mundo objetivo, como la suma total de lo que es, el caso, y clarifica las condiciones de la conducta racional en esta base. Las ciencias empírico-analíticas se basan en ideales de explicación, predicción y control. En este enfoque la acción individual no es resultado de una conciencia reflexiva subjetiva, en vez de ello, la acción individual siempre se observa como algo gobernado por las leyes funcionales invariables que operan fuera del control personal de los actores individuales (Carr, y Kemmis 1986, tomado de www.monografia.com/trabajos4/epistemologia/epistemologia.shtml).

8.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El paradigma empírico analítico domina el ámbito clínico, ya que reduce la realidad a mediciones objetivas y luego las generaliza, ignorando procesos subyacentes y ocultos, adoptando distintos tipos de estudio que en este caso es de carácter descriptivo, pues se hace uso de la observación, registro (a través de instrumento) y el control de las variables para obtener los resultados esperados (Monografía.com/epistemologia)

8.3 DISEÑO

Descriptivo, ya que debido a la variable que se pretende analizar se describirán las características inherentes a la calidad de muerte en adultos mayores, sin buscarles relaciones causales.

8.4 POBLACIÓN

Consta alrededor de 150 adultos mayores que asisten al Centro de Vida ANDA de la Ciudad de Barranquilla de estrato 1 y 2 del noroccidente de esta.

Adultos con edades comprendidas entre 40 y 90 años, algunos con limitaciones motrices y cognitivas.

Además realizan actividades que le permiten el sustento de sus hogares, como artesanías, gastronomías, zapatería, conformación de grupos recreativos y culturales (ASOVICHE).

8.5 MUESTRA

Conformada por el 38% de la población lo que corresponde a 58 adultos mayores con un promedio de edades de 70.9 años.

8.6 MUESTREO

Muestreo simple ya que fueron seleccionados intencionalmente de acuerdo a los criterios establecido por los investigadores, tales como:

a) Mayores de 60 años

b) Cognitivamente sanos, determinados por la conservación de sus funciones mentales superiores

8.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para recolectar la información se diseñó un cuestionario de aproximadamente 20 ítems con preguntas cerradas, y que evalúa cada dimensión con sus respectivos indicadores de la variable planteada, cuestionario que fue realizado mediante un análisis estadístico realizado por un asesor externo (ver anexo No. 2).

Instrumento que se aplico en forma individual y grupal a la muestra.

8.8 PROCEDIMIENTO

Luego de escoger el tema y hacer una búsqueda bibliográfica se procedió a armar el cuerpo teórico de la investigación y otros aspectos metodológicos pertinentes a ella.

Se realizó una visita a la institución, se llevó la carta y se hizo la debida presentación con la coordinadora del centro, Elvia Arango.

Cuando se conoció al grupo se sensibilizó mediante un taller acerca del sentido de vida, muerte y calidad de muerte con el fin de contribuir al bienestar psicosocial de estos.

Se procedió a elaborar o construir el instrumento de recolección de la información, con la asesora de la tutora de la investigación psicogeriatra Margarita Cardeño, el cual consistió en un cuestionario que se sometió a análisis estadístico con un asesor externo.

Posteriormente este cuestionario fue aplicado en su totalidad a la muestra seleccionada teniendo aplicado, se hizo la tabulacion y su respectivo análisis para obtener los resultados arrojados en la investigación

9. RESULTADOS

Atendiendo a la finalidad de la investigación la cual es de carácter descriptivo, acerca de la calidad de muerte, en 58 adultos mayores con una edad promedio de 70.9 años y un margen de error de 6.6% (ver anexos tabla N°1) con respecto a el, fue fundamental establecer dimensiones que evaluaran esta variable, como: Muerte digna. Eutanasia pasiva voluntaria, distanasia, eutanasia pasiva, suicidio asistido, abandono y cuidados paliativos.

A partir de la aplicación del instrumento y su análisis estadístico respectivo se obtuvo por edad dimensión, lo que se relaciona a continuación:

Tabla No 1. MUERTE DIGNA

ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	50	86.20
2	51	87.93
3	56	96.55
10	48	82.75
13	47	81.03
16	53	91.37
18	56	96.55
19	45	77.58
20	51	87.93

De acuerdo a la anterior tabla se deduce que los gerontos demuestran una mayor preferencia al ítem de muerte digna, que según Fonnegra debe ocurrir en los limites de la dignidad humana y en condiciones manejables, lo cual se correlaciona con su teoría en el sentido en que el gozo de vivir es proporcional al gozo de morir, ya que seria incoherente, si dijera que se alegre de vivir más no de morir, por que esta está dada por la mortalidad del ser, asumiéndola sin

desespero y enfrentándola como tal.

Tabla No 2. EUTANASIA PASIVA

ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	6	10.34
14	19	32.75

La eutanasia pasiva se encuentra en la escala de menor agrado para los adultos mayores, aspecto que también se contrasta con la conceptualización que da la autora guía Fonnegra, en el sentido de su rechazo por no alargar su muerte en días y con igual sufrimiento.

Tabla No 3. EUTANASIA ACTIVA VOLUNTARIA.

ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	17	29.31
17	56	96.55

La eutanasia activa voluntaria se ubica en una puntuación media respecto a las demás variables, que deacuerdo a Fonnegra esta determinada por la capacidad de elección por parte del paciente sobre su estado, siendo una práctica poco usada por sus implicaciones éticas, morales y las consecuencias que esta generan en el organismo.

Tabla No 4 SUICIDIO ASISTIDO.

ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	18	31.03
15	36	62.06

El suicidio asistido es uno de los aspectos mas aversivos para la población., significando para la población y la autora como un acto de cobardía y huir de aquello peor a la muerte y que estos no serian capaz de soportar por

el miedo a lo venidero.

Tabla No 5 DISTANASIA

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7	51	87.93

La distanasia se muestra como la opción que garantiza un buen morir, dimensión que Fonnegra la expone como la implementación de técnicas, medicamentos y cualquier proceso biotecnológico que le facilite a estas personas alargar su ciclo vital, no importando los efectos posteriores, puesto que lo importante es la calidad de vida, aunque su estética no sea la mejor.

Tabla No 6 ABANDONO

ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8	32	55.17
9	57	98.27

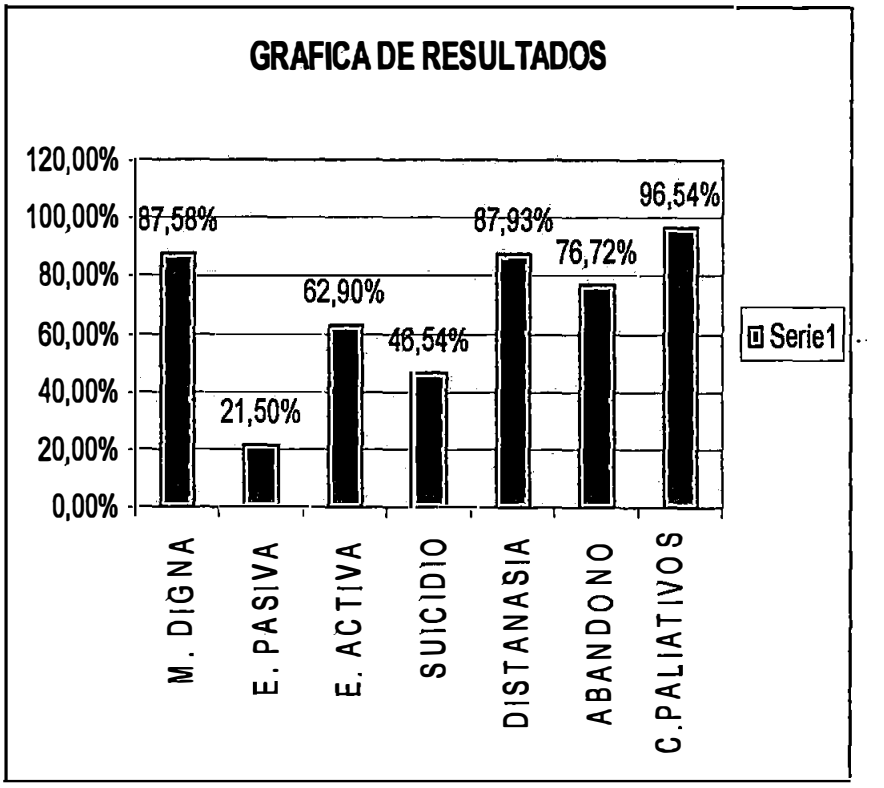
El abandono se posiciona como uno de los intervalos de mayor preferencia para una muerte menos temida, lo que Fonnegra plantea respecto a esta es que son muchos los factores que pueden llevar a que la muerte se de en situaciones degradantes e indignas, aspecto que se cumple en la población participante, por que su elección o preferencia, no es por querer sentirse de esta forma, si no por las condiciones económicas y afectivas en los que se encuentra inmersa.

Tabla No 7 CUIDADOS PALIATIVOS.

ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11	57	98.27
12	55	94.82

La variable de cuidados paliativos se ubica como la escala de mayor puntuación para una muerte menos sufrida, que está comprendida por Fonnegra como un proceso natural sin posponer ni acelerar la muerte, solo se provee alivio del dolor, y un sistema de apoyo para la familia, a través de un cuidado personalizado para aceptar la enfermedad de ser querido, ofreciendo una red de apoyo para que su familia acepte y elabore el duelo.

Luego de lo anterior se procede a realizar las graficas que señale la preferencia de una variable respecto a la otra y determinar así las que garantiza una calidad de muerte en los adultos mayores en el centro de vida Anda.



Acorde con la grafica se observa que las opiniones que garantizan la calidad de muerte en los gerontes son cuidados paliativos, distanasia, muerte digna y abandono.

Con este estudio no se pretende mirar las inclinaciones de los adultos mayores sobre alargar la vida o alargar la muerte, se busca entonces hablar de la muerte en términos de calidad, que Fonnegra de Jaramillo define como un proceso acorde a sus experiencias, creencias e ideologías así como su estado emocional actual.

Que la muerte resulta inesperada y traumática para ellos, implica conmociones muy fuertes e incertidumbres, ningún ser humano pude conocer con exactitud el día de su fin, no queriendo decir esto que no pueda pensar en este hecho, ya que el ser humano tiene la capacidad de elegir y tomar una posición respecto a esta y asumir que es para él un buen morir, sin acritud ni

desespero.

Por otra parte deacuerdo a la autora guía de esta investigación, una muerte menos temida está garantizada por las dimensiones anteriormente expuesta, la cuál llevada a la práctica, unas se dan con mayor grado de preferencia que otras, deacuerdo a sus intereses y necesidad.

Respecto a la costumbre o hábitos de los occidentales por pensar en la muerte en términos de aislamiento y desconocimiento de la enfermedad o situación actual del moribundo, se observa que los adultos mayores ofrecen dos polos para esta, lo que la afirman pues por su carencia afectiva e inasistencia médica o económica, se deciden por morir abandonados y por los que por el contrario desean que su proceso de muerte sea conocido y estar al máximo acompañado de personas significativas, así como la asistencia profesional y religiosa tanto para el como para sus familiares, además prefieren conocer su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y el empleo de los tratamientos necesarios, inclusive los alternativos para aliviar el dolor evidenciando así la muerte digna y los cuidados paliativos. Sin embargo, al referirse a calidad de muerte se debe hacer, con los principios bioéticos que la ley exige, pues cada vez se incrementa la opción de aliviar el sufrimiento no importando la intratabilidad de la patología o los medios biotecnológicos (radioterapia, quimioterapia) utilizados como se observa en la distanasia

Estas dimensiones tienen que ser valoradas acordes a la integridad del adulto y la idoneidad del profesional para practicar la eutanasia pasiva que hoy se da mas que la activa pues cuenta el hecho de lo que es aceptable o no para la sociedad, pero no por esto, deja de pertenecer a las opciones que consideran los gerontes para el buen morir.

Por otra parte, el suicidio cuenta con el cuestionamiento morales, pues permiten que otra persona se autoelimine, es convertirse en homicidas, pero en

últimas lo que se busca es huir no de la muerte sino de la desesperación o la crisis emocional interna, siempre y cuando el individuo use plenamente su capacidad de ser autónomo; este aspecto cuenta con la desaprobación de los adultos mayores participantes en el estudio.

10. CONCLUSIÓN

Cada muerte depende de lo que la sociedad vaya construyendo acerca de la manera de morir lo contextual condiciona al sujeto, es así que por miles de años el tema de la muerte ha sido manejado y percibido de diversas formas, algunos consideran que la persona que esta muriendo no puede hacer nada, que no cuenta con voz ni voto en su propia agonía, todo lo deciden por el, impidiendo la elección de un morir porque no hay lugar para este.

De tal forma que solo se relaciona a la muerte en términos de miedo, anhedonia y perdida de la autonomía, imperando el termino de calidad de muerte como el derecho a morir dignamente (acaso la calidad de muerte esta determinada por morir dignamente) pues es claro que las variaciones en la concepción de la muerte ligada a los tiempos históricos no explica las variaciones semejantes que encontramos en relación al morir.

No obstante cabe destacar que en la actualidad Colombia se encuentra siguiendo los pasos de los países desarrollados, en cuanto al interés por brindarle a su población de la tercera edad una mejor calidad de vida al adoptar las diversas opciones que contribuyen a esta.

Teniendo en cuenta que es un tema dentro de las ciencias de la salud, para abordarlo surge el interés de describir la calidad de muerte de los adultos mayores del noroccidentede Barranquilla que asisten al centro de vida Anda cuyo resultado arrojan las opciones de preferencia y de desagrado respecto a las variables que se anuncian a continuación:

- Muerte digna: fue una de las opciones que garantizan para los gerontos una muerte menos sufrida, ya que tienen la posibilidad de contar con enl acompañamiento de personas significativas, tener información sobre su estado actual (diagnostico, pronóstico y tratamiento), permanecer en sus

hogares y contar con apoyo espiritual.

- Eutanasia pasiva: esta variable fue considerada por los adultos mayores como la que menos se ajusta a sus preferencias, en la cual se presenta una intervención de la utilización de medios artificiales de soporte vital para su vida.

- Eutanasia activa: este ítem refleja una indiferencia a la población, consistiendo esta en la toma de decisiones sobre la culminación de su ciclo vital por la intratabilidad de su condición actual.

- Suicidio asistido: frente a este existe una negación o desagrado reflejando una de las puntuaciones mas bajas en la escala de valoración, consistiendo este en dar por terminado el ciclo vital con la previa ayuda u orientación de un especialista.

- Distanasia: esta se observa como una de las opciones de mayor preferencia, ya que le suministra una prolongación en términos de semanas o meses mediante procesos biotecnológicos como lo es las radioterapias o quimioterapias en cambio de padecer una enfermedad terminal.

- Abandono: para un gran número de gerontes es preferible morir sin el acompañamiento de personas significativas a razón de evitar el dolor. Así mismo el desconocer una explicación e intervención medica sobre su estado actual.

- Cuidados paliativos: sin duda fue la opción de mayor preferencia por la población debido a la visualización de la muerte como un proceso en el que se cuenta con acompañamiento afectivo, acompañamiento familiar; a fin de mejorar su calidad de muerte y que esta etapa no represente ansiedad o negación ante la cercanía de la muerte.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito se determinó que para la gran mayoría de los adultos mayores que asisten al centro de vida Anda su calidad de muerte esta determinada por un acompañamiento de sus familiares, conocimiento acerca de su padecimiento actual, acompañamiento espiritual, tratamiento medico adecuado, en general contar con una red de apoyo integral que le permita sobrellevar sus últimos días en condiciones mas óptimas y acordes a su estilo de vida.

Aunque existen otros gerontes que prefieren el desconocer su situación para evitar momentos de angustia y dolor, así como también el permanecer solos.

11. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias al proceso de investigación llevado a cabo se pudo establecer diversas limitaciones tales como:

- El no contar con un asesor fijo en la parte de estadista teniendo que recurrir a asesores externos.

- No contar con sitios establecido por la institución que permitan realizar dichas investigaciones, la cual dificulta el proceso de recolección y obtención de información para probar las hipótesis establecidas.

- Tener poca literatura relacionada a este tema y sobre todo que este actualizada, además se posee pocos referentes bibliográficos en otros idiomas.

Todas estas dificultades permiten hacer sugerencias como:

- Que el departamento de investigación cuente con un asesor en el área de estadística y contribuya a las investigaciones cuantitativas.

- Actualizar los referentes bibliográficos, que preferiblememente sean en otros idiomas tanto en las bibliotecas como en la hemeroteca.

- Enseñar a los estudiantes dentro de la cátedra de investigación pruebas estadísticas que soporten el análisis numérico de los instrumentos utilizados y así avalen su validez y confiabilidad.

- Contar con convenios en otras instituciones para poder desarrollar las futuras investigaciones.

- Que esta investigación sea un referente a incluir dentro de la línea de investigación.

- Seria interesante que este estudio se abordara desde la adultez intermedia y luego compararla con los resultados obtenidos en esta investigación, así como correlacionar con personas con enfermedades en etapa terminal lo que permitiría obtener mayor información de éste estudio.

- No obstante se deja abierta la inquietud de abordar esta investigación bajo un estudio fenomenológico dilucidado psicoanálíticamente o existencial.

- A partir de la investigación implementar planes a favor de la salud mental en la adultez y su esfera afectiva frente a la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

DAHLKE, Rüdger. Las etapas críticas de la vida. Barcelona Plaza Janes. 1999. p. 433

Ética y bioética. Bogotá. Universidad Nacional. 2001. p. 351

FONNEGRA DE J. De cara a la muerte. Bogotá: Intermedio Editores.1999.

FROSINI, Vittorio. Derechos humanos y bioética. Bogotá: Temis. 1997. p. 234.

HERNÁNDEZ, Jorge Luís. Bioética General. México: Manual Moderno.2002.p. 468

HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill. 2003.

KASTENBAUN, Robert. Vejez. México: Trillas. 1983

KRASSOIEVITCH, Miguel. Psicoterapia Geriátrica. México: Fondo de Cultura Económica. 1993.

LEAL QUEVEDO; MENDOZA-VEGA. Hacia una medicina humana. Bogotá: Médica Panamericana. 1997. p. 302.

LUNA, Florencia. Bioética: Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Buenos Aires: Sudamericana. 1998. p.477

MATURANA, Humberto. Bioética: La calidad de vida en el siglo XXI. Bogotá: Universidad El Bosque. 2000. p.144

RUMBOLD, Grahan. Ética en enfermería. México: Mc Graw Hill. Interamericana.2000. p. 221

SALVAREZZA, Leopoldo. La vejez: Buenos Aires: Paidos 1998

SÁNCHEZ, Miguel Ángel. Historia, teoría y método.

VÉLEZ, Luís. Ética Médica: Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Medileta: Corporación para investigación biológicas. 1999. p. 293.

WWW.monografias.com/epistemología.2005

www.monografias.com/org/epistemologia/epistemologiashtml

www.monografias.com/trabajos4/epistemologia/epistemologia.shtml

ANEXOS

ANEXO Nº 01.

Tabla Nº 01.

Edad	**Fi**	**Xi**	**Xi fi**
60-65	12	62.5	750
65-70	14	67.5	945
70-75	20	72.5	1450
75-80	07	77.5	542.5
80-85	03	82.5	247.5
85-90	01	87.5	87.5
90-95	01	92.5	92.5
Total	58	542.5	4115

Media: 4115/58=70.9

La edad promedio es 70.9 de la calidad de los adultos mayores del centro de vida ANDA.

Desv. Estándar: √43.2 = 6.6

ANEXO Nº 02.

CUESTIONARIO CALIDAD DE MUERTE

Nombre:

Edad:

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. ¿Les gustaría tener una muerte plácida en forma de sueño?			
2. ¿Piensa que al momento de la muerte estará rodeado de familiares o amigos?			
3. ¿Desearía que su muerte ocurriera en un lugar tranquilo?			
4. ¿Has pensado en interrumpir un tratamiento para concluir su ciclo de vida?			
5. ¿Autorizaría al medico para suspender el tratamiento que prolongaría su vida en condiciones irreversibles?			
6. ¿Realizaría usted algún procedimiento que le sugiera el médico para terminar con su vida en situaciones intratables?			
7. ¿Utilizaría usted un procedimiento (radioterapia, quimioterapia), medicamento, para prolongar su vida?			
8. ¿Cree usted que el estar solo aceleraría su proceso de muerte?			
9. ¿Consideraría importante la intervención medica antes de morir?			
10. ¿Cree usted que si las personas tienen información adecuada, la muerte seria menos dolorosa y temida?			
11 . ¿Buscaría apoyo espiritual para sobrellevar sus últimos días de vida?			
12. ¿Estaría de acuerdo que su familia recibiera apoyo profesional para superar su pérdida?			
13. ¿Desearía conocer los diversos tratamientos que contribuyan a su calidad de muerte (eutanasia activa, pasiva, distanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos)?			
14. ¿Es aceptable para usted tomar un medicamento para finalizar su vida en caso de padecer una enfermedad terminal?			
15. ¿Si tuviera una enfermedad terminal o incapacitante desearía conocer el tiempo de vida restante?			
16. ¿Consideraría pertinente financiar los actos fúnebres?			
17. ¿Les gustaría que sus familiares respetaran sus decisiones postmortem?			

18. ¿Se sentiría usted satisfecho al saber que sus familiares quedaran organizados después de su muerte?			
19. ¿Ante el conocimiento previo de su muerte estaría en la disposición de comentárselo a sus familiares?			
20. ¿Cree usted que ha vivido su vida como ha querido?			

ANEXO Nº 03.

ABOUT THE QUALITY OF THE DEATH

By Martin Smund and Eduardo Bernasconi to

During thousand years and until the beginning of the Average Age , a period is Developer that ,following the classification of Philippe Aries, we Hill call of " the trained death ": the subject had trained its death ,had it Ander its dominion .the death " warned" when it was going to act , and that received the warning was the one that was going to die . The one was not the doctor that announced how many months of life had left to the patient but ,the , the other way around , the people communicated to the doctor the proximity to them of its death . Each person know,"by nature" when its moment arrived to him for dying. Having received that " warning", he himself began to take ahead a ceremonial one . In his room, from his bed ,one went to the alive ones . That bed all relative approached whom he had to do with the mugiente ,and also the priest , the notary public , the lawyer , the doctor . T he communty approached . In the bed the testimonies were prepared , wrote up testaments ; the things prepared for the later time were left the death . The one that was going t odie was in trnasit and in public and in that condition he was visited with solemnity and respect. Then one died in public . The performance was very important of which it was dying. To his around she was all his family. It was not excluded from this situation the children , even smallest they accompanied the person who moria . La people waited for the death . T hat to that had touched the warning hoped ,yacente . Until the death the own public ceremony lasted organizad by the dying one . The ceremony had its prtocol , that all observed interested because , to their ruin , they themselves World have to make it. The death was parto f the inheritance that went of parents to childrent.. Also for cthat reason it was important that they were the children. The deat was pedagogical . One already knows that today ,however , the

eagerness reigns to separate to the children from the things of the death . Philippe Aries says: "Today the children know the pysiology of the love , know of sex , of the sex but, when the grandfathers are dead , they say to them : " one went to the sky"; the death only can be counted on condition that to do of factors was generating a dramatic change in the form to die .One is which Aries denominates "excluded death".The one that is dying cannot do nothing ; she is a participant without voice nor vote in his own agony . All they decide it by him. One begings to deceived the murient , is better than he does not know the gravity of his disease ; always "by love", "by its good", one its to disguise on the disease of the other , on its death." It died without knowledge that was going to die ". Of the development of modern science , the medicine takes control able to put with the death and changes its landscape. Of the man who died in his bed , one goes to die in the hospitals. If formerly the death warned the mugiente , today the muriente is tubed , bound to an artificial respirator anda t the same time of death that does not belongto him . And at the moment the criteria are discussed of which the quality of death could be called. Peculiarly , being the animals , our mascots , the veterinarians privilege the quality of the death . To the domestic animals . When no longer it has to please neither future autonomy nor in his lives , a painless letal injection is administered to them . Them human beings , which is privileged is that they continue living , more than it can , to the cost that sea. In the humans , the subject of the quality of death sends to the rightto have a worthy death .And this is also related to vthe duel notion . The death socially is excluded , is no place for the death. Then, it would

seem that the duel by the dead could not extend by more than 48 hours, Ander risk of which that duel is constituted in " pathological" . It is clear that the variations in the conception of the death related to the historical times do not explain the singular variations that we found with relation when dying. Nevertheless, each death and each duel also depend on

which each society is constructing about the way t odie and to duelar. The contextual thing conditions to the subject, resides to structure it, and even affects the form as each duel is developed, in as intimate feelings as the fault, the shame, the pity. The society has an orchestrated way to die and, at the present time, to that you prolong its duel consider it like "patient", because in the today society it is necessary to follow the logia of keep-busy, is necessary to stay occupied, "podés not to have left". For Sigmund Freud, the death and the sexuality were like both holes in the unconscious one. In this century the sexuality subjects come to the light, but in the question of death an exclusión occurs: the death is left outside, is forcluide. The death is moved away of house and it is located in the modern hospital. Why not to die in house? The death is perceived like something dirty, and there is no fought thing more in our society that the dirt. To our consumer society was characterized it, in the decade of the 80, like "the culture of the dust soap". That housewife that takes pains to have all limpito, smelling the good scents of tose good products, would put itself like crazy person with a dead in house, that dead that has bad scent, that seems to sweat. A dead is something outside place in our house nowadays: it was necessary to transfer it to the hospital, as Ariés says, clean and civil. And this has to do with the psycholoanalysis . Not only the body of the dead smells bad: byt all that speaks of more of this subject smell bad. There is no time that to lose , keep busy , and, although who does not demonstrate duel is recriminated , the one that is obstinate in also speaking to much of the dead is sanctioned : " Good , already it is well...". The end of the duel is in that listens whereas the enlutado one , without being able to speak, becomes distressed .But the psichoanalysis can there enter , with the pretension of an objective like the "change of object " but not to qualify a space where it is posible to be spoken. And this, as it is seen, is subversive.

Attitudes of the resident doctors on the terminal disease and the cares at the end of the life

Marisa Tsuchida-Femández; María Bandrés-Sánchez

The process to die of the patient in the hospitable scope is a more and more frequent event. In the United States of North America, until a 80% of hospitable deaths they correspond to patients with terminal chronic diseases, and is worrisome for many, that to the salary prolonged lives more, more suffering than before in a context are, of dehumanized medical attention, in which neither doctors or nurses nave time to listen and they do not nave spaces of emotional support either to analyze the reactions that like human beings who we are to us the death of ours provokes patients. To the concept of objective quality of life as of ours to act medical adds the concept of quality of death, worthy death, ortotanasia. To reach this goal as it leaves from the humanized medical task implies to familiarize to us with the death, like diagnosis, final fact, after which we touched you limit them of our natural knowledge. The use of terms like autonomy, provided means, lightening of pain and possibility RCP does not become necessary in the facing of the quality of death in a terminal patients.

This subject little has been studied and is years in the last that appear the first publications. The autonomy of the terminal patient and its right to know relative to the diagnosis and the prognosis its disease are diminished, being only 35% of resident doctors who inform to the patient when knowing their diagnosis terminal disease. This finding demonstrates a paternalist tendency in the treatment of the patient with terminal disease that has also been in other countries Latin-Americans. In other societies, the respect to the autonomy of the conscious patient with terminal disease grants to the elaboration of a testament vital, to him that allows to in detail know the measures therapeutic support that wishes the

patient at the end of its life. On the other hand, the concealment of the diagnosis to the patient, even with the consent of the relatives, in other countries, could happen in legal problems medical for the equipment therapeutic.

The means considered out of proportion in a patient with terminal disease, like mechanical ventilation, inotrópicos, dialysis and parenteral nutrition, by the resident doctors are such in whom medical is coinddence in Literature. There is mainly agreement on the desproporcionalidad in the patient with terminal disease of the use of mechanical ventilation, inotrópicos, dialysis, parenteral nutrition and the suffering that these infringe when prolonging the agony of the patient, setting out forms of progressive retirement of these means in the units of intensivo cares. In our study, 75% of the resident doctors agree in suspending means considered out of proportion in the patient with terminal disease. Nevertheless, although the Code of ethics. Medical of Perú it recognizes the right of the patient to that "the natural process of its death" without resorting to euthanasia or to distanasia is respected, and institutions as the Catholic Church agrees nevertheless in this position, the General Law of Health leaves an emptiness with respect to the therapeutic decision making in the terminal patient, reality that repeats in other countries Latin-Americans. In this study, the use of the feeding by nasogástrica sounding and the parenteral hidratación are used of ordinary form by the resident doctors (98%) in the patients with terminal disease. The suspension of liquids and nutrition in the terminal patients is a controversial subject, that a problem is considered that exceeds the scope of the deprived morality of the doctor or the equipment therapeutic. In the terminal patients, it has to indícate water and food if the patient asks for it verbally or has signs of hunger or thirst, to alleviate these signs and it does not stop to fulfil a goal caloñe. The nutrition ¡ncreases ¡n these patients the risk of aspiration and disnea, nauseas, vomits and diaríes by bad absorption. The parenteral

hidratación favours the formation or increase of ascitis, perípheral and pulmonary pleural effusion and edemas. The use of solutions of right-twist 5% blocks cetonemia that, produced by the uninformed one in the terminal patient, alleviates the hunger, diminishes the malaise and produces analgesia. Perhaps, in the limitation of the treatment of the terminal patients, which cannot be denied is the food and finally the water, in that order.

The Information on RCP to the patients with terminal disease offers them to the relatives in a 89% of the cases by the resident doctor, and act in agreement with this a 79% of them. In spite of the advances in the directors for the palliative care of the terminal patients, in EE.UU most of them she continúes receiving measured extraordinary at the end of his days. Between the reasons found for it discomfort own of the doctor is before the death of its patient, the poor abilities of the communication between the doctor and the patient and the failure to totally indude/understand the benefits and limitations of the support advanced in the patient terminal.

In the exposition of concrete clínical cases of patients with terminal disease, general consensus in considering terminal to a patient with advanced cancer exists almost and trying to offer the integral palliative cares oriented to a worthy death or ortotanasia found in 93% of the resident doctors. Only 7% would try heroic or extraordinary measures.

When one is a patient with terminal cancer, in whom or extraordinary measures like inotrópicos and mechanical ventilation have begun, the tendency to maintain these measures initiated until the death of the patient, that is to say, distanasia or the therapeutic fierceness is in a 29% of the residents. This renounce to the suspensión of measures in the patients with terminal disease has been descríbed in intensivistas

doctors, who although are certain identify the ethical values in game and the onerous thing of these measures for the patient dissuades them that the retirement of these means will entail the immediate death of paciente7. In this study, most of the residents nevertheless the progressive retirement of these measures would try (67%).

A particularly difficult case was the one of the patient with a chronic medical disease very outpost in terminal stage. In this case 52% of the resident's distanasia wouid practice, continuing with all the measures installed, provided and disproportioned until the decease; whereas 46% rest would decide to suspend them and to favour the spiritual care and the lightening of the pain, the cali ortotanasia. The identification of the final stages of chronic diseases, as well as the consideration of general the medical condition of the patient, the age outpost and the comorbidity, are variables that are due to consider in the use of aggressive therapies, whose outcome can be in these patients only the prolongation of the death, or distanasia. The perception of the relatives in the expenence of the hospitable death of greater adult patients with serious medical conditions was that the maintenance of the measures of extraordinary support was prioritized on the control of the pain and other symptoms that caused discomfort in the conscious patient in the three last days of life.

In synthesis, every time the interest by the boarding of these subjects in medical Literatura, as well as the necessity of the knowledge of the ethical principies at the end of] to life for its actually daily medical consideraron is greater. The practice of the integral palliative cares has obtained a tendency to the diminution of the hosprtable deaths of the terminal patients, favouring, the death of these patients in rest houses or the own house, as well as improving the attitudes of the doctore before the death of its patients.

1 Muerte – Adolito mayor.
2 Edad Madura.
3 Vejez.
4 Gutanasia pasiva.
5 Muerte
6 celular – Muerte
7 Muerte Natural – Anciano
8 Psicología.