

Tema de reflexión

El significado del bien morir en el adulto mayorAnabel Carranza-Sandin,¹ Raúl Tomás Arrieta-Pérez,² Lidia Bautista-Samperio³**Introducción**

El proceso “vivir-morir”, irremediamente relacionado con la edad, representa una ambivalencia, pues si bien se acepta el hecho de morir como un evento esperado del vivir, el hombre se ha esforzado a lo largo de toda su existencia de retrasar su muerte y de alguna manera negarla. Algunos pregonan que debe verse más que como la parte opuesta, como el elemento integral de la vida que da sentido a la existencia,¹ sin embargo la mayoría de los individuos la viven como algo ajeno. Valderrama,² señala la importancia de la educación para vivir y morir con dignidad, paz y sin dolor, es decir “Para poder morir bien, hay que vivir bien”. El adulto mayor es aquella persona mayor de 65 años de edad,³ que frecuentemente tiene una pluripatología como: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, osteoartrosis, etc. Y con frecuencia dicha etapa se relaciona con pérdidas en muchos ámbitos, llámese en lo individual (salud); familiar (divorcios o muerte); social (amigos); o laboral (despidos o jubilaciones), lo que repercute en el estado emocional del sujeto, haciéndolo reflexionar sobre su vida e incluso en ocasiones deseando morir.^{4,5}

La muerte y el bien morir suelen ser conceptuadas como un momento de reflexión, que nos permite reconciliarnos con nosotros mismos, y con todos con quienes hemos compartido nuestra vida, dando y recibiendo gracias, perdonando y sintiéndonos perdonados.^{6,7} Es necesario entender que cada individuo es capaz de conceptuar “el bien morir” de manera única, pues en ello influyen sus creencias y características en el ámbito físico, psicológico, intelectual, social, afectivo, aun estando en el mismo lugar y circunstancia que otro; Rovalletti,⁸ puntualiza que la certeza de morir no evita la perplejidad ante este hecho. De hecho la enfermedad crónica se vive por los individuos como el preludio de la muerte, un signo que implica que el cuerpo comienza a deteriorarse y por lo tanto es contrario a los ideales sociales donde

los privilegios se reservan a los cuerpos jóvenes y sanos.⁷ Los adelantos terapéuticos ante enfermedades denominadas “mortales por necesidad” son según Coni Nicolás,⁹ situaciones y problemas que antes no tenían tiempo ni oportunidad de emerger y al mismo tiempo da oportunidad al individuo de reflexionar sobre la vida, sus pendientes y sobre sí mismo.

Método

Se usó una metodología mixta (elementos cuanti-cualitativos); en la parte cuantitativa se incluyeron las variables sociodemográficas que ayudaron a caracterizar a la muestra, además de la cuantificación de las categorías encontradas en el discurso de los participantes. La parte cualitativa se realizó con base a un diseño descriptivo a través de entrevistas en profundidad.

Participantes. En el estudio se incluyeron adultos mayores derechohabientes de la UNMF. No. 94 del IMSS, con alguna enfermedad crónica, que aceptaron participar bajo consentimiento informado, no incluyendo aquéllos con retraso mental o padecimiento psiquiátrico documentado en expediente clínico, muestreo arbitrario cuyo objetivo fue seleccionar casos ricos en información. Los participantes fueron elegidos en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar e integrados al estudio mediante invitación personal, se llevaron a cabo un total de tres citas por participante.

Procedimiento. El día de la entrevista se ratificó la necesidad de audiograbación de la misma con cada participante. Siguiendo el procedimiento clásico de la misma de apertura, desarrollo y cierre, para las cuales se tuvo como eje directriz tres preguntas: Describa lo que entiende por muerte; ¿Alguna vez ha pensado en su propia muerte?; y ¿Qué sería para usted el “bien morir”?, contemplando aspectos como: concepto, lugar, características, circunstancias y elementos involucrados (personas o cosas). En el desarrollo de cada entrevista el investigador aclaró la terminología conforme se requirió, así mismo realizó anotaciones breves en una bitácora. A manera de retroalimentación y cierre de la sesión, conforme a las notas del investigador se señala lo que se consideró puntos clave con la finalidad de confirmar su postura. Finalmente se le dio la oportunidad de expresar cómo se sintió durante la sesión,

¹ Médico residente de tercer año en Medicina Familiar.

² Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Familiar.

³ Coordinador Titular de Médicos Residentes en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

con la finalidad de disminuir la carga emocional que pudo haberse generado por los elementos del tema abordado. Se tuvo especial cuidado por parte del investigador de identificar durante el desarrollo y cierre de cada entrevista aspectos orientadores al problema depresivo. Se realizó la transcripción de la entrevista y notas para identificar categorías generales y que permitieran la conformación de los códigos de análisis en el trabajo; se transfirieron al software Atlas.ti (versión 5.0) para el análisis cualitativo, teniendo como unidad de análisis los segmentos de las entrevistas (párrafos, oraciones o frases), con la finalidad de contrastar las categorías obtenidas, evidenciar semejanzas o diferencias en los comentarios, y sustentar el establecimiento de los patrones de significación y *a posteriori* lograr una integración teórica de los conceptos extraídos.

Resultados

La muestra se conformó por 10 participantes, respecto a la edad el rango fue de 65 a 87 años, una media de 66, predominando el sexo femenino (60%); con una escolaridad de primaria incompleta (60%); teniendo como religión la católica (90%); con estado civil de viudo (60%), correspondiendo en su mayoría el dedicarse al hogar (60%) y cuya comorbilidad (50%) correspondió a procesos como hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.

El análisis estructural del discurso permitió identificar las categorías que integran el concepto del “bien morir” para los participantes (figura 1). Cabe resaltar que dicho análisis proporcionó una gran diversidad en cada categoría de acuerdo a lo expresado por los participantes, lo cual a continuación se sustenta con la descripción del *Análisis en profundidad de las entrevistas*, conforme las respuestas a cada pregunta directriz. Así en: *¿qué es la muerte?*, se dio una marcada uniformidad en la percepción sobre el concepto de muerte, quedando como elementos que integran dicho concepto: El cese de las funciones vitales, de la vida, de las funciones del cuerpo, algo que debe de pasar a todo ser vivo. Con ello el significado muestra una importante carga de información desde un enfoque biológico e impersonal, aunque en la mayor parte se pueden identificar elementos que la caracterizan como un suceso inevitable. Así conforme a las respuestas de cada participante (p) se obtuvieron: “Es algo que tarde o temprano pasará” (p2); “Algo que tiene que pasar y no puedo evitarlo” (p3); “Es algo que no podemos evitar” (p10). Otros aspectos sobre el significado que para los participantes tiene la propia muerte fueron: “La percepción del suceso como algo doloroso” (p1). El asignarle aparentemente poca importancia como resultado de su carácter de inevitable: “No le doy importancia, en algún momento llegará” (p1). La carga religiosa que se asigna al proceso del morir, señalándose como un designio divino o

como el inicio de la existencia en otro plano: “Uno tiene que vivir hasta donde Dios lo permita” (p9); “Es el paso de una vida a otra” (p7).

El análisis estructural del discurso del participante, dejó claro que la presencia de enfermedad es una condición que obliga a pensar sobre la propia muerte, la cual se vive como un estado de incertidumbre, relacionado con la causa y las circunstancias que rodean el hecho, que a su vez, originan un sentimiento de desconcierto, miedo y dolor. Con base en esto se pudo identificar que para ser considerado bueno el proceso del morir, se le atribuyen las siguientes características: una muerte en ausencia de dolor y sin agonía prolongada, pero a su vez con duración suficiente para lograr saldar todos los asuntos que pudieran estar pendientes. En este sentido la muerte accidental se percibe como inadecuada al no permitir dicha resolución; mientras que la agonía prolongada se percibe como causa de sufrimiento, dolor y agotamiento de los familiares. Esto se desprende de las respuestas emitidas a las interrogantes realizadas en torno a la causa: “De una enfermedad sin agonía” (p2); Que fuera causa de mi edad “muerte natural” (p3); “Una enfermedad que no me dé mucha agonía” (p5); “Por enfermedad sin agonía” (p8).

En cuanto a las *circunstancias relacionadas* con el proceso de “bien morir” los elementos más significativos fueron: las personas, el lugar, la religión, la disposición de los bienes materiales y los restos humanos, estos dos últimos fueron englobados en la categoría testamento. Respecto a las personas que les gustaría *tener a su lado en esta etapa*, la mayoría deseó estar rodeada de sus seres queridos, incluyendo principalmente a hijos, nietos y convivientes, los cuales han de ser capaces de transmitir valores y costumbres y de valerse por sí mismos.

La elección del espacio físico para el momento de su deceso en más de la mitad de participantes fue su casa, (dos de ellos señalaron el sitio en que “no” quisieran estar), lo cual se deduce de las siguientes expresiones: “Quiero estar en casa rodeada del cariño y ternura de mis hijos, para nada quiero estar en un hospital llena de tubos” (p1); “Yo quisiera estar en casa, ya les he dicho a mis hijos que si algún día me pongo mal, no me lleven a un hospital” (p5), Algunos omiten la respuesta y dicen sólo querer “estar con sus hijos rodeados de cariño” (p2).

Con relación al pensamiento de la muerte y su preparación, un elemento importante a tener en mente es que casi en su totalidad (90%), los participantes fueron católicos, por ende incluyen a Dios y los sacramentos que se practican en dicha doctrina religiosa tales como la confesión y comunicación, vistas como un medio para acceder a la “vida eterna”. Las formas de expresión explícitas fueron: “Uno debiera creer y conocer firmemente su religión, en mi caso soy católica, en segundo lugar hacer oración y recibir mis sacramentos como son primero confesarme y

comulgar”. (p1); “Haberse confesado para estar bien con Dios” (p3). “Al ser yo católico me debo confesar para que llegado el momento esté yo bien con Dios y me perdone mis pecados”. (p7)

La disposición de los bienes materiales y los restos humanos, exploradas para la categoría del testamento, manifestó una postura muy homogénea, considerando no necesario establecer o hablar de un documento escrito

(testamento), aunque sí refieren el deseo de que sus bienes materiales sean repartidos y sus restos humanos se depositen en un lugar determinado, lo cual se dedujo de las siguientes aseveraciones: “Les pediría Orizaba Veracruz en donde nací” (p2); “Dejar arreglados nuestros bienes materiales, si tiene uno una casita dejar un testamento o por lo menos dejar bien dicho a quién le dejamos nuestros bienes” (p4).

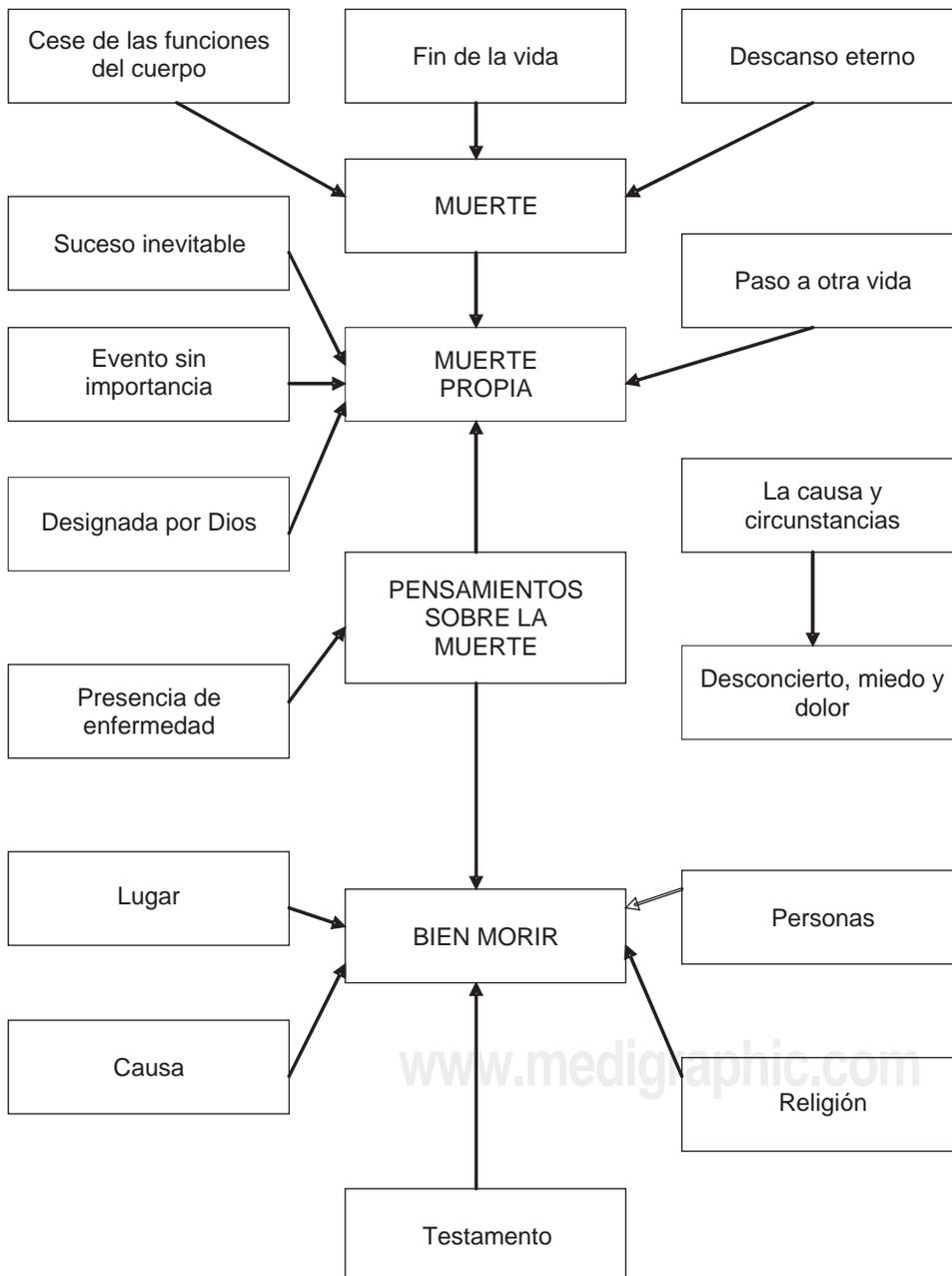


Figura 1. Análisis estructural del discurso.

Teorización de resultados

La muerte es en gran medida, una encrucijada cargada de incertidumbre y tiene la posibilidad de que para algunas culturas y cosmovisiones es una transición de una vida a otra “Indudablemente los aspectos sociodemográficos observados presentan una tendencia fundamentalmente esperada. Actualmente existe una negación colectiva de la muerte, en contraste con épocas en que era parte constitutiva de la vida misma y los anhelos de muerte heroica en plenitud de vida imperaban, lo cual lo describe muy bien la historiadora Cruz de Anemaba^{1,3} en su perspectiva psichistórica. En nuestro trabajo se pueden extraer elementos que sustenten dicha despersonalización, ya que se vivencia por los entrevistados como algo si no ajeno, sí lejano a ellos, con un tinte impersonal y en ocasiones con respuestas evasivas como “es algo en lo que no suelo pensar”. Benedetti,¹⁴ ha expresado que con las preocupaciones que trae la edad, la muerte adquiere importancia en la medida que se vive en términos de los años que quedan e insisten en “no morir solos”, más aún de manera puntual el señalar que fuera en su casa, su cama y sobre todo rodeado de sus seres queridos, aspectos que coinciden con Vilches.¹³ En contraposición a lo referido por Laplanche (Barcelona)¹⁵ la población estudiada en este trabajo no objetó hablar de muchos aspectos relacionados con el proceso del morir, permitiendo concebir elementos preferidos en “su propia muerte”, englobando este fenómeno como “algo inevitable”, muy probablemente esta percepción y apertura tenga que ligarse al aspecto cultural del mexicano, baste recordar la costumbre de “festejar” el día de muertos.

En la espiritualidad, el individuo encuentra dicha y refugio, donde se organiza y estructura la forma de vivir, pensar, actuar y dar solución a la tensión entre la integración y separación, marginación y abandono, por medio de esta práctica se establece una conexión con los que están en el más allá (sobre todo con Dios), mitigando o alejando los temores y dando continuidad a la existencia. Esta sensación esta estrechamente relacionada con lo divino, y refuerza la convicción de que lo que se está viviendo sea tristeza, dolor o muerte adquiere un sentido positivo, dejando claro que el bienestar en el último trecho de la vida no sólo se obtiene de factores biológicos y económicos, sino también mediante prácticas religiosas o espirituales.¹⁴

Consideraciones finales

Con esta investigación se abre la oportunidad de conocer aspectos elementales en un estricto enfoque personal e íntimo del ser humano, en relación al “bien morir”, lo cual permitió constatar en los participantes, que si bien el adulto mayor no tiene un pensamiento dirigido y constante sobre

la muerte, alguna vez ha reflexionado respecto a ella. Destacaron de manera muy clara que entre los elementos y circunstancias importantes para ellos, que en este proceso convergen expectativas con sustento religioso, atreviéndonos a interpretar que con ello, el sujeto exterioriza la posibilidad de trascender en una forma diferente llámese espiritualidad, “con otra vida” o un plano diferente, en donde la religión es una forma de confrontar lo inevitable (la muerte), de darle continuidad a la vida (en el más allá). Sensación estrechamente relacionada con lo divino que transforma lo negativo en positivo. Es un momento que incluye a su familia y privilegia entre sus seres queridos a los hijos, resaltando la necesidad de sentirse querido, protegido, rodeado de quienes han representado una fuente y un depósito de cariño; pero también en un espacio muy propio durante toda su existencia como es su casa y de manera más íntima su cama, pues en especial en la familia mexicana aún predomina la unión y los valores que les permita solucionar “sus pendientes”.

Para todos los médicos, pero en especial para el médico familiar es importante conocer los conceptos antes plasmados, integrando los elementos más relevantes en el concepto del bien morir en cada persona, en el marco de una sociedad donde los avances tecnológicos han propiciado que nos aferremos a postergar la vida sin recordar que los recursos médicos están destinados a salvar la vida más no para impedir la muerte. Finalmente es importante señalar que los resultados no pueden ser generalizados, en el entendido que el significado del bien morir será diferente de un individuo a otro y más aún de un momento a otro en el mismo individuo, pero su valía estriba en que fue posible identificar los elementos más representativos y aquellos que son considerados necesarios por el individuo, y tenerlos presentes cuando el profesional médico se enfrente con un paciente ante el proceso de morir, para poder apoyarlo con calidad humana.

Referencias

1. Belloch Fa. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención de los ancianos. 2da ed. Washington: Publicación Científica, 2000: 67-73.
2. Valderrama H. Morir con dignidad. 2005. Disponible en: <http://www.Cuidadoresdeancianos.com/Cda/Gerontología.Htm>.
3. Tuiran R. Perspectivas demográficas de la tercera edad. En: La situación demográfica de México. 3ra ed. México: publvisual editores, 2000: 108-14.
4. William D. Lineamientos generales de geriatría: Geriatría. 3ra ed. México D.F.: Manual Moderno, 1990: 15-20.
5. IMSS. Diagnóstico de salud. Unidad de Medicina Familiar No. 94, México (DF): 2006.
6. Blanck FM. La muerte y sus ventajas. México: Fondo de Cultura Económica, 1997: 102-107.
7. Bowling A. La medida de la salud. En: Conceptualización de la función física. La salud y la calidad de vida. Barcelona, España: Masson, 1994: 1-13.

8. Rovaletti ML. La ambigüedad de la muerte; reflexiones en torno a la muerte contemporánea. *Rev Col Psiquiatría* 2002; 2: 91-106.
 9. Reyes L. Fundamentos de tanatología. México. Comunicaciones, 1991: 195-199.
 10. Sobel J. Good death, an ideal within our grasp. *Médecine & Hygiène*. 2003; 18: 2442-3.
 11. Serra E. Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de Psicología* 1990; 6(2): 147-158.
 12. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 2000.
 13. Vilches SL. Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Año/Vol. IX. 2000: 2-16.
 14. Vázquez PF. La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Ciesas-Golfo*. Marzo 2001; (2): 3-7.
 15. Laplanche J. Vida y muerte en psicoanálisis. Barcelona. Amorrortu Editores, 2004: 13.
 16. DIF. Diagnóstico de la familia mexicana 2006: 1-50.
 17. Huerta GJ. La familia en el proceso salud-enfermedad. *México Alfil*. 2005: 25-26.
 18. DIF. Encuesta de dinámica familiar. 2006: 1-55.
-