



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 2 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

EL SIGNIFICADO DEL BIEN MORIR EN EL ADULTO MAYOR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANABEL CARRANZA SANDIN

ASESORES:

DR. RAÚL ARRIETA PÉREZ

DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO



MÉXICO, D.F.

JULIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

EL SIGNIFICADO DEL BIEN MORIR EN EL ADULTO MAYOR

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANABEL CARRANZA SANDIN

Médico residente de 3er Grado del Curso de
Especialización en Medicina Familiar.

Matrícula: 99364418

E-mail: anov2213@hotmail.com

ASESORES:

DR. RAUL ARRIETA PEREZ

Matrícula: 8320616

E-mail: drarrieta@hotmail.com

DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO

Matrícula: 5846404

E-mail: lidia6807@hotmail.com



2008

AUTORIZACIONES

Dra. Agustina Elena Vilchis Guizar

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. M^a Guadalupe Garfías Garnica

Coordinador Delegacional de educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez

Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio

Coordinador de Educación e investigación en Salud UMF 94

Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez

Profesor Adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

Dra. Lidia Bautista Samperio

Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

ÍNDICE

	PÁG.
Resumen	5
Marco Teórico Y Antecedentes Científicos	6
Planteamiento Del Problema	11
Objetivos De Estudio	12
Especificación De Variables	12
Marco Metodológico	13
Sujetos de Estudio	14
Población Y Muestra De Estudio	14
Determinación Estadística del tamaño de la muestra	14
Criterios De Inclusión, No Inclusión Y Exclusión	15
Descripción o validación del instrumento	15
Programa de trabajo	16
Recursos	17
Análisis Estadístico	18
Consideraciones Éticas	18
Resultados	19
Teorización de resultados	23
Consideraciones finales	25
Sugerencias	26
Anexos	27
1. Cuadro de Variables	27
2. Carta de consentimiento	29
3. Hoja de datos generales	30
4. Guía de entrevista semiestructurada	31
CUADROS Y FIGURAS	
Cuadro 1 (características sociodemográficas de la muestra)	33
Figura 1 (Análisis estructural del discurso)	34
Bibliografía	35

EL SIGNIFICADO DEL BIEN MORIR EN EL ADULTO MAYOR

CARRANZA-SANDÍN ANABEL¹ ARRIETA-PÉREZ RAÚL TOMAS² BAUTISTA-SAMPERIO LIDIA³
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR (UMF) NO. 94 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

RESUMEN

Antecedentes:

El proceso “vivir-morir” irremediamente relacionado con la edad, tiene diversas posturas conceptuales descritas desde el enfoque sociológico, médico, teológico; y poco descrita la postura del ser, lo que resalta la necesidad de entender que cada individuo es capaz de conceptualizar y dar un significado del “bien morir” de manera única e irrepetible, en ello influyen sus creencias y características biopsicosociales.

Objetivo: Analizar el significado del concepto del bien morir en el adulto mayor.

Material y métodos: Se realizó investigación mixta predominando el paradigma cualitativo con enfoque fenomenológico, en derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS, de 65 a más años, con comorbilidad, participación bajo consentimiento informado, no incluyendo aquellos con enfermedad psiquiátrica documentada. Con entrevista en profundidad, audiograbada. Análisis con estadística descriptiva para variables sociodemográficas; la variable de estudio se sometió al análisis de textos con apoyo en el programa Atlas ti.

Resultados: Con diez participantes, siendo femeninos (60%), viudos (60%), dedicados al hogar (60%), católicos (90%), media de edad 66 ± 6.95 años y escolaridad primaria.. Identificando como categorías de análisis: Muerte, muerte propia, pensamiento y bien morir. Los elementos prevalentes fueron: religión 90 %; deceso en casa 80 %; de una enfermedad sin agonía 60(%)

Conclusiones: El “buen morir” para el adulto mayor significa: cumplir con los sacramentos religiosos, rodeados de sus hijos, a causa de una enfermedad sin agonía y en su casa.

Palabras clave: Adulto mayor, concepto de “bien morir”, elementos del bien morir.

1 Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No.94 IMSS

2 Profesor Adjunto Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No.94 IMSS

3 Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No.94 IMSS

MARCO TEÓRICO

Se considera adulto mayor a la persona que se encuentra al final de la edad madura y el comienzo de la vejez, su inicio es a los 65 años de edad, aunque cada día es mayor la tendencia a elevarlo oscilando entre 68 a 70 años de edad. A su vez se clasifica en: viejos jóvenes entre 65 y 74 años, viejos intermedios entre 75 a 84 años y viejos-viejos arriba de los 85 años.⁽¹⁾

En el ámbito mundial y nacional, la esperanza de vida muestra un comportamiento semejante hacia el incremento. En México, la esperanza de vida ha alcanzado los 75 años en promedio, siendo para el hombre de 73.4 y para la mujer de 77.9.⁽²⁾ En la unidad de medicina familiar (UMF) numero 94, la pirámide poblacional 2005, muestra que el 17% (20,270) de la población derechohabiente son adultos mayores usuarios, ocupando el 2do lugar de demanda de atención medica;⁽³⁾ grupo frecuentemente reconocido como vulnerable, y muchas de las veces relacionado con la muerte por su edad cronológica y la presencia de pluripatología, también se ha pensado que tienen un mayor numero de elementos para conceptuar “el bien morir” pues cabe recordar que es una etapa de pérdidas en muchos ámbitos, en lo individual (salud); familiar (divorcios o muerte); social (amigos); laboral (despidos o jubilaciones), lo que repercute en el estado emocional del sujeto, haciéndolo reflexionar sobre su vida e incluso en ocasiones sobre la muerte.⁽⁴⁾

Un proceso observado irremediabilmente relacionado con la edad es la ambivalencia respecto a dos eventos inseparables vivir-morir, ya que aunque se acepte el morir como un evento esperado, como parte terminal de la vida, el hombre desde su existencia, ha hecho todo lo posible por retrasar su aparición o negarla, ya que significa renunciar a la vida. Algunos pregonan que debe verse más que como la parte opuesta, como el elemento integral de la vida que da sentido a la existencia.⁽⁵⁾ Sin embargo la mayoría de los individuos la viven como algo ajeno, Valderrama, señala que es importante tener una educación para vivir y morir con dignidad, paz y sin dolor, “Para poder morir bien, hay que vivir bien”.⁽⁶⁾

LA MUERTE Y EL BIEN MORIR O BUENA MUERTE DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL Y RELIGIOSA.

La muerte tiene un aspecto sociológico importante, determinado por la cultura y el momento histórico en que nos desarrollamos, es por ello que se tienen diferentes puntos de vista frente a este acontecimiento.⁽⁷⁾ Tiene un componente religioso

importante, cada persona lo experimenta y percibe diferente de acuerdo a la religión que profese.⁽⁸⁾

Desde el punto de vista antropológico la muerte es un evento cotidiano e irremediable y sin embargo el hombre tiende a olvidarse de ella con esa falsa sensación de inmortalidad en la que vive, la niega constantemente, con la absoluta certeza de que es un evento probable para todos excepto para si mismo.⁽⁸⁾

Pensadores como Dalai LJ⁽⁹⁾ afirman que vivir el propio proceso de la muerte es un acontecimiento tan brutal, que se tendrá que atravesar por todo un proceso de duelo, antes de conseguir –si es que lo consigue-, llegar a la aceptación de la propia muerte.

Desde la perspectiva teológica, Reyes,⁽¹⁰⁾ plantea su postura definiendo a la muerte como un paso a la vida eterna espiritual, y considerando que una “buena muerte” significa que el pasar por dicho proceso no debe considerarse como una experiencia carente de significado, sino como la posibilidad de acceder a esa vida. La muerte y el bien morir deben ser conceptuadas como un momento de reflexión, que nos permita reconciliarnos con nosotros mismos, y con todos con quienes hemos compartido nuestra vida –dando y recibiendo gracias, perdonando y sintiéndonos perdonados. Según Thomas vincent puede ofrecernos el tiempo necesario para alcanzar una relación mas profunda con Dios.⁽¹¹⁾

Eliade desde el punto de vista budista, menciona que la vida y la muerte son eventos separados, por ello el bien morir no es otra cosa que la aceptación de una nueva etapa en la vida del ser humano.⁽¹²⁾

Para Bowling,⁽¹³⁾ es necesario entender que cada individuo es capaz de conceptualizar “el bien morir” de manera única e irrepetible, en ello influyen sus creencias y características en el ámbito físico, psicológico, intelectual, social, afectivo. Entendiéndose que cada individuo, en todos los aspectos de la vida tiene una percepción diferente de los acontecimientos que le rodean, aun estando en el mismo lugar y circunstancia, ello se extiende al concepto de bien morir, en donde se incluyen diversas categorías como son el lugar, la causa, y las personas que deseamos involucrar en esta ultima etapa. Aunque nos desenvolvamos en culturas diferentes es posible compartir elementos o características similares al respecto, por ejemplo la irreversibilidad y lo inevitable de la muerte.

Weissman ha definido como una buena o apropiada muerte “Aquella en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencias en la oportunidad, ejercicio de opciones, y actividades factibles y comprensión de las limitaciones físicas, todo enmarcado dentro del ideal de cada “ego”,⁽²⁾ es decir aquello a lo que se tiene como derecho primario y fundamental, a morir con dignidad, paz y plena aceptación.

CONCEPTUALIZACION DE LA MUERTE Y EL PAPEL DEL MÉDICO

En antaño se definió al evento de muerte como el momento en que cesan los latidos del corazón y la respiración: sin embargo con el avance tecnológico y el desarrollo de técnicas de reanimación cardiopulmonar se ha desafiado este concepto, pues actualmente es posible reiniciar el latido del corazón y la respiración una vez detenidos.⁽²⁾ Hoy la definición precisa es para que una persona sea considerada difunta tiene que haber muerte cerebral, es decir, cese de la actividad eléctrica del cerebro de forma irreversible.⁽¹⁴⁾

De acuerdo a Ericsson, la muerte es una realidad, como lo es el nacimiento, la juventud, la vejez; un escalón más, el último en subir en la vida, la muerte es ese gran paso del ser al no-ser.⁽¹⁵⁾

Rovaletti⁽¹⁶⁾ puntualiza que aunque se sepa con certeza que todos vamos a morir, quedamos perplejos ante este hecho. La muerte es considerada un tema tabú en la sociedad occidental actual, donde los principales privilegios son cuerpos jóvenes y sanos. Por eso, el momento de la enfermedad sufrido por los pacientes, es un anticipo de la muerte, un signo que implica que el cuerpo comienza a deteriorarse y por lo tanto es contrario a los ideales sociales antes mencionados.

El filósofo alemán Max Scheler, afirma que todo ser viviente posee, bajo una u otra forma, la certeza intuitiva de la muerte. En todos los seres vivos de nuestro universo, el humano es el único que se sabe mortal. Al parecer como lo menciona Longaker, en el humano, la aparición de la conciencia de sí, precede por muy poco a la conciencia de la muerte, y nunca en ninguna parte parece considerarse la muerte como un proceso trivial.⁽¹⁷⁾

El temor instintivo a la muerte por la que el ser humano se cree amenazado, es una reacción normal de todos los seres vivos. Este temor ejerce una función positiva, no sólo porque nos protege de ella, sino también porque estimula y aumenta la alegría de vivir. Sin embargo el miedo a la muerte, para algunas personas se hace angustioso, paraliza la acción, hace al hombre un inadaptado a la vida, le quita a veces la alegría de vivir.⁽¹⁸⁾

La muerte es un tema espinoso y secreto, del que se piensa pero que ninguno discute abiertamente. El temor a la muerte es una fuente potencial de tensión, sobre todo para estos pacientes que se encuentran alguna vez al borde de la misma, o bien que padecen diversas enfermedades crónico-degenerativas que deterioran su estado de salud.⁽¹⁹⁾

El mejor pronóstico de ciertas enfermedades antiguamente consideradas “mortales por necesidad” y la mayor duración de la vida, pone en evidencia situaciones y problemas que antes no tenían tiempo ni oportunidad de emerger, según Coni Nicolás, como son el enfrentarse a pérdidas, el poder reflexionar sobre nuestra vida y el reencontrarse con uno mismo para resolver cosas pendientes.⁽¹⁰⁾

La situación en que muchos seres humanos fallecen hoy día es bien distinta a siglos anteriores y además, por lo general, el proceso de ir muriéndose dura más que en épocas previas; debido a algunos procedimientos, los límites entre la vida y

la muerte parecen haberse desdibujado.⁽²⁾ Desde tiempos remotos, la imagen de la “buena muerte” podría tildarse de una versión hollywoodense de Sudnow; en donde se asociaba a la escena del anciano longevo muriendo conscientemente en su casa rodeado de los suyos; hoy en la mayoría de los países desarrollados esa escena, trágica pero entrañable, ha cambiado por la de una muerte anónima, solitaria e impersonal en la habitación de un centro hospitalario.⁽⁵⁾

Aquella versión y el antiguo poder del médico de familia que, a pesar de un mayor o menor paternalismo, permitía establecer una relación muy humana con su paciente, conocedor de la familia, de sus intereses y valores y consejero habitual de la misma en los problemas de enfermedad, fue siendo sustituida por un nuevo poder científico, que ve en el paciente casi solamente un cuerpo enfermo y que contempla la muerte como un frío proceso biológico.

No parece estar muy claro que hoy se muera mejor que antes; aun cuando disponemos de poderosos fármacos, incisivos y específicos, y un sin fin de técnicas para apaciguar la angustia del moribundo, hoy pareciera que carecemos del factor humano de la comunicación, de la compañía, de la sincera, simple verdad, y algunas veces de solidaridad⁽⁵⁾

En el año 2003, en Suiza, el doctor Jerome Sobel, refiere que el medico debe cambiar su perspectiva de ver a la muerte como un enemigo y verlo ahora como un amigo al que hay que entregar al paciente, y tomar en cuenta cuales serian las circunstancias o personas, que el paciente desea involucrar en esta etapa⁽²⁰⁾

Si bien la “buena muerte”, o el “bien morir”, suele considerarse cuando el fallecimiento del individuo conviene: a su propia historia personal, es como debe ser, de tal manera que el individuo muere su propia muerte, y que no es como conviene o gusta a otros que suceda: el abandono del enfermo, la omisión de cualquier tipo de ayuda médica y el homicidio premeditado, es contrario a toda ética y a los deberes deontológicos y ello involucra a los familiares, amigos y desde luego al profesional de la medicina.⁽⁷⁾

LA MUERTE, EL GERONTO Y LA TANATOLOGÍA.

La muerte puede sobrevenir en cualquier etapa de la vida, sin embargo, Se ha dado por hecho que en la tercera edad la mayor parte del tiempo está destinado a la solución de asuntos acerca de la muerte y están significativamente menos ansiosos que los adultos intermedios con respecto a éste hecho.⁽¹³⁾ Ante esta situación uno puede entender el porque los abuelos están cansados de la vida, y sea tan natural que muchas veces los inunde la tristeza.⁽²¹⁾

La gran tarea del adulto mayor es reorganizar sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte; los problemas físicos en ocasiones impiden que vea las cosas de un modo alentador y placentero, al contrario, esto se suma a la lista de estímulos que lo abandonan a la muerte. Cuando la persona ha construido un concepto de vida estable y satisfactoria, y cuando ha sido rodeada de amor logra concebir de manera más tranquila su propia muerte, aceptando este final natural.⁽²²⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En el año de 1990, en la Clínica Mayo de Canadá, un grupo de tanatólogos realizó un estudio en pacientes de 70 a 90 años de edad, respecto a que condiciones desearían para morir, el estudio arrojó como datos relevantes que el 90% prefería no saberlo y del 5 % restante indicó que por edad, en el seno del núcleo familiar y amigos y el 5 % en un hospital con los mejores médicos. Aunque no se registran los elementos o las características de lo que para este grupo significó el morir o morir bien. ⁽²⁴⁾

En 1994 en Barcelona, Bowling afirma que parte de la importancia de considerar el incremento de la población geriátrica, desde el punto de vista médico, es que da cabida a la necesidad de enfrentarse con mayor probabilidad a situaciones tales como: cambios propios de la edad, presencia de pluripatología, circunstancias sociales, laborales y familiares, e incluso eventos futuros de muerte. Así como reflexionar sobre la vida y resolver situaciones pendientes para tener una buena muerte. ⁽¹²⁾

En 1994 Flores Guerrero en la Universidad de Chile, realizó un estudio descriptivo donde concluye que la mayoría de las personas considera al bien morir o una buena muerte como aquella que no cause sufrimiento, sin causar dolor físico, ni espiritual. Ello se acompaña de un ambiente ideal; íntimo (en casa), rodeado por seres queridos, de los que se tiene la oportunidad de despedirse. ⁽²⁵⁾

Kaezzar, en el 2002, realizó un estudio observacional, donde describe que cada persona tiene un concepto diferente del bien morir, no negándose a hablar de la muerte, pero si viéndolo como algo inevitable y poco probable para sí mismo, dándole una carga importante religiosa, donde involucra a su familia.

En la Universidad de Valencia, España en el año 2004, se realizó un estudio cualitativo en pacientes mayores de 65 años, respecto a como viven su propia muerte, en donde destaca la conclusión de que el 37% de individuos a esta edad la toman como parte de la vida cotidiana y la aceptan como la culminación de su ciclo vital. Y el resto de los individuos como algo inevitable lleno de incertidumbre en donde prefieren no pensar en ello, sin embargo ambos grupos la reconocen y desean compartir este evento en su entorno familiar. ⁽²²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

El avance científico y tecnológico ha generado una mayor esperanza de vida en la población en general, México no ha sido la excepción, de acuerdo a su demografía, la población de adultos mayores presenta un importante incremento, ello cobra relevancia al vincular la transición epidemiológica observada, en donde las enfermedades crónico-degenerativas y la pluripatología despuntan en dicha edad, es un grupo frecuentemente reconocido como vulnerable por relacionarlo con la muerte, también se ha atribuido a que tienen mayor número de elementos para conceptualizar el “bien morir” por los años vividos; siendo además una etapa de pérdidas en muchos ámbitos: en lo individual (salud); familiar (divorcios o muerte); social (amigos); o laboral (despidos o jubilaciones), lo que repercute en el estado emocional del sujeto, llegando incluso a desear morir.

La concepción del individuo del fenómeno de morir y la postura que tome en consecuencia, puede obstaculizar la labor del médico en la toma de decisiones o realizar actos riesgosos por considerar de poca valía el vivir; pero también cabe la posibilidad de que le permita reflexionar respecto al cómo desearía llegar a ese punto final que representa la muerte. Los pocos estudios relacionados con ello en España, han mostrado una variación del 5 al 37% de personas que de alguna manera han reflexionado sobre aspectos de su propia muerte.

Las necesidades del paciente ante la muerte son determinadas principalmente por cuatro factores: Las características personales, las características de sus interrelaciones personales, los factores socioeconómicos y las características de la enfermedad. La interacción de estas variables nos hará comprender una u otra reacción que el paciente asumirá ante su enfermedad terminal, y el curso que habrá de tomar el proceso tendiente a la aceptación del final.

La formación del médico familiar le permite entender que en el ciclo evolutivo del individuo, la muerte representa una etapa más del proceso, lo cual le permite tener elementos para el apoyo a él y sus familiares en los sucesos relacionados con una muerte digna. Es decir la labor asistencial del médico familiar incluye no solo el aspecto biológico, sino también el psicológico y social del paciente e incluso de la familia, potencialmente en la atención del adulto mayor puede indagar de manera sistemática aspectos relacionados con las creencias que al respecto de la muerte maneja el paciente y con ello aunque suene paradójico, ayudar a su paciente a prepararse para morir. Para dar una atención médica de forma multidimensional al individuo.

En la UMF. 94 se cuenta con la infraestructura y personal capacitado para otorgar la atención integral al paciente, lo que incluye la búsqueda intencionada de elementos que sustenten el apoyo psico-emocional en una potencial etapa final del individuo, sin contraponerse a la ética profesional, ni a las políticas institucionales, por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el significado del concepto de “Bien morir” en el adulto mayor?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Conocer el significado del concepto de “bien morir” del adulto mayor, atendido en consulta externa de la UMF. 94 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las categorías que conforman el concepto del bien morir en el adulto mayor
- Explicar las características de las categorías que conforman el concepto del bien morir en el adulto mayor.

HIPÓTESIS:

No necesaria por el tipo de estudio.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable de estudio:

Significado del concepto de “Bien morir”

Variables Universales.

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Religión
- Comorbilidad
- Ocupación
- Estado civil

Definición conceptual y operacional de las variables de estudio (VER ANEXO 1).

MARCO METODOLÓGICO

Las exigencias del protocolo de investigación, eminentemente positivista, de la unidad donde se desarrollo el estudio, propició considerar una metodología mixta (elementos cuantitativos y cualitativos) en el presente trabajo, pero profundizando en la variable de estudio de a través de un enfoque cualitativo.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se hizo necesario indagar sobre las experiencias vividas de manera personal, a través de las cuales se construye una visión futura del significado del buen morir, con la finalidad de comprender éste fenómeno tan concreto y personal y que al mismo tiempo se sabe y observa de manera implícita en la generalidad de los seres humanos.

Para poder buscar la conceptualización de un proceso individual como es el bien morir, la elección metodológica para este tipo de investigación, se basa en el tipo de información que se desea obtener, las características de formación en investigación (con un enfoque positivista) y experiencia inicial del investigador, así como de acuerdo con las características del problema de estudio, estamos convencidos que la investigación cualitativa es la que nos acerca mejor a un marco que posibilita compartir experiencias. Es decir, permite una mejor comprensión de las experiencias vivenciales, su situación particular, el contexto en que se presenta; permite entender la realidad que se obvia, en gran parte generado porque se vive de manera rutinaria. ⁽²³⁾

Un aspecto sobresaliente, es el interés y la voluntad de describir e interpretar la vida emocional, cognitiva social y cultural de los participantes, los significados sociales desde la perspectiva personal que sólo pueden ser examinados en el contexto de la interacción de las personas.

Los procedimientos para tratar la información en el paradigma cualitativo de acuerdo con Pérez Serrano ⁽²³⁾ son los siguientes:

- Registrar los datos de acuerdo con el lenguaje de los participantes.
- Interesa que la teoría emerja de los propios datos; lo que incrementa la posibilidad de comprender y concebir una explicación del fenómeno en estudio.
- Intentar descubrir que teorías, conceptos y categorías sugieren los propios datos, para dar sentido a la realidad social en la que se encuentran.
- Para explicar el fenómeno en estudio emplea conceptos sensibles que captan el significado de lo que sucede. Los conceptos seleccionados se modifican con base en la recolección de datos, y en informaciones adicionales que respondan a nuevos interrogantes en el proceso de investigación.
- Para obtener información recurre a observaciones, entrevistas en profundidad, entrevistas no estructuradas o semiestructuradas, estudio de casos, historias de vida.

- El análisis fenomenológico significa abordar el objeto de estudio, el fenómeno como una experiencia concreta del hombre, tan libres como se pueda de presuposiciones conceptuales. El objetivo de la investigación fenomenológica es adquirir una comprensión de las estructuras esenciales de estos fenómenos sobre la base de ejemplos mentales proporcionados por la experiencia

Conforme el carácter exploratorio y eminentemente cualitativo del problema de investigación, la herramienta metodológica privilegiada fue la entrevista en profundidad.

La muestra de las personas escogidas para las entrevistas en profundidad fue confeccionada de manera intencionada y por lo tanto no es probabilística, lo que fue sustentado por una serie de criterios que se presentan más adelante.

Consecuentemente, la selección de los entrevistados se hizo siguiendo los criterios, de acuerdo al tema de investigación y no se hizo buscando la mayor representatividad de la muestra.

La muestra lograda buscó expresamente entrevistar a personas que tuvieran una reflexión sobre el tema en cuestión, por lo que se selecciono a sujetos que experimentan personalmente una enfermedad crónica que los alertara en la variable de estudio y pudieran dar cuenta de la experiencia vivida.

Los elementos cuantitativos del estudio se limitaron a la captura de datos de identificación general y sociodemográficos, que ayudaron a caracterizar la muestra y a describir la frecuencia de los elementos captados en el discurso de los participantes.

DISEÑO DE ESTUDIO

Investigación cualitativa de tipo conceptual con enfoque fenomenológico.

SUJETOS DE ESTUDIO

Adultos mayores derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS portadores de alguna enfermedad crónica.

CONSTRUCCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

La elección de la muestra respondió a la lógica del muestreo arbitrario, cuyo objetivo fue seleccionar casos ricos en información para desarrollar un estudio en profundidad.

La integración de los sujetos se hizo en dos etapas:

En un primer momento los investigadores de manera personalizada, realizaron la invitación a aquellos pacientes que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, informándoles del objetivo del estudio y los requisitos de participación. Aquellos que aceptaron y cubrían los criterios de selección, se programó una cita concensuada en día teniendo como horarios para ello de 7:00 a 8:00 y de 16:00 a 18:00 hrs. de lunes a viernes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN

Derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS
De 65 y más años de edad.
Portadores de enfermedad crónica
Que aceptaron participar en el estudio

NO INCLUSIÓN.

- Sin retraso mental o padecimiento psiquiátrico registrado en su expediente
- Con Imposibilidad para hablar o sordera aparente.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no acuda a la entrevista.

DESCRIPCIÓN O VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para facilitar la recolección de los datos se aplicaron los siguientes anexos:

Hoja de datos sociodemográficos, (anexo 4) foliada, con los siguientes parámetros: nombre (opcional), edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, religión y comorbilidad.

Le entrevista fue realizada a través de tres preguntas guía: (Anexo5)
¿Describa lo que entiende por muerte?; ¿Alguna vez ha pensado en su propia muerte?; y ¿Qué sería para Usted el “Bien morir”? De acuerdo a las respuestas obtenidas el entrevistador guió la entrevista para el logro de los objetivos establecidos con el fin de obtener respuesta que involucraran Concepto, lugar, características, circunstancias y otros elementos involucrados (personas o cosas).

PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación no. 3515 en la UMF. 94, se procedió a confirmar a los jefes de Departamento Clínico, Coordinadoras de asistentes médicas, el inicio de la captura de datos, para poder tener acceso a los pacientes y a la información en sus expedientes.

El investigador responsable se dio a la tarea de realizar la invitación personalizada a los pacientes en la sala de espera, explicándoles el objetivo del estudio, verifico en aquellos que aceptaron participar los criterios de inclusión y se les pidió por escrito su consentimiento bajo información. En el transcurso de la estancia del paciente en la sala de espera de la unidad se le aplico la encuesta de datos generales, ésta se identifico con un numero de folio progresivo, posteriormente fueron citados para la entrevista, la cual se describe en conformación de la muestra y procedimiento, se marco un horario de 7:00 a 8:00 a.m. y de 16:00 a 18:00 hrs. de lunes a viernes en el consultorio 26 de la unidad médica en estudio.

Procedimiento

El trabajo de campo con los participantes se realizó mediante una entrevista semiestructurada con una guía diseñada para tal fin (véase anexo 5). Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos, durante la cual, además de ser audio grabada en cinta magnética, se tomaron notas de campo. Al final de cada entrevista se consideró que la información obtenida debía ser complementada y se programó tres entrevistas con cada uno de ellos.

Al inicio de cada entrevista se les explicó nuevamente el motivo del estudio y se les pidió su consentimiento para grabarla, para lo cual se pidió su rubrica en el formato de consentimiento informado de participación en la investigación (anexo 3). En cada entrevista el investigador responsable realizó la siguiente dinámica:

Encuadre o apertura: Se da inicio con la presentación del entrevistador (investigador) y el participante, se ratifica el objetivo del estudio y se recuerda la necesidad de grabar la entrevista. La forma de socialización inicial fue determinar la preferencia por el participante de utilizar o no su nombre de pila, el manejo estrictamente confidencial de la información y aspectos e inquietudes por parte del entrevistado planteadas de manera abierta.

Desarrollo: Para iniciar el proceso de desarrollo sobre el objeto de estudio, el investigador conforme a las preguntas ejes de su entrevista inició el abordaje respecto al tema. El investigador conforme a lo observado y las dudas respecto a algún término no entendido por el participante, adecuó la terminología de ser necesario. Cada entrevista fue audio grabada en su totalidad y de manera complementaria el investigador fue realizando anotaciones breves.

Cierre: A manera de retroalimentación y cierre de la sesión, conforme a las notas del investigador se señalan lo que se considero puntos clave en lo externado por el paciente para que fuera reconfirmado por éste último. Posteriormente se dio oportunidad de expresar al participante como se sintió durante la sesión, 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 a problema depresivo, y en caso de requerirlo solicitar apoyo a su médico familiar y de manera complementaria a una Tanatóloga que aceptó respaldar dicho apoyo de manera gratuita para el paciente, como una intervención en crisis en caso de requerir contención, esto no fue necesario ya que no se detecto durante el lapso de la investigación alguna situación de éste tipo.

Tanto las entrevistas como las notas de campo se transcribieron a un procesador de textos y después se transfirieron al software Atlas.ti (versión 5.0) para efectuar un análisis cualitativo de contenido temático. Las unidades de análisis fueron los segmentos de las entrevistas (párrafos, oraciones o frases) derivados de cada pregunta guía y lo expresado por los participantes de manera espontánea.

El análisis se llevó a cabo en varias etapas. En primer lugar se leyó cada entrevista para identificar los temas generales (elementos semánticos) que surgieran de esta lectura inicial y que permitieran la conformación de los códigos y las categorías de análisis en el trabajo.

Posteriormente, cada entrevista se sometió a un proceso de codificación. Al mismo tiempo se revisaron las notas de campo del investigador para cada entrevista, de forma que, se cotejaban los temas más importantes y se definían las categorías de análisis.

Más adelante, se realizó un proceso de recuperación de segmentos codificados mediante la *herramienta de consultas* del programa Atlas.ti, a fin de efectuar un análisis transversal con objeto de contrastar las categorías de análisis que surgieron con las ideas de los participantes. Con este proceso se buscaba identificar las semejanzas y diferencias en los comentarios, así como la expectativa de encontrar algunas cuestiones extraordinarias que pudieran emerger en el curso de las conversaciones, con la finalidad de establecer los patrones de significación y a posteriori lograr una integración teórica de los conceptos extraídos.

RECURSOS DEL ESTUDIO:

Físicos: Instalaciones de Unidad de Medicina Familiar numero 94

Tecnológicos: Grabadora, Sistema de cómputo.

Financieros: Los propios del investigador

Humanos: El investigador

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó para las variables sociodemográficas, estadística descriptiva con determinación porcentual en las variables cualitativas y media y desviación estándar en las de tipo cuantitativo. Así mismo se presentaron las frecuencias de los conceptos señalados por los participantes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se fundamenta en lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de investigación, la Declaración de Helsinki e instructivos del IMSS relacionados con investigación.

El presente estudio se clasifica según la ley General de Salud en el capítulo I, artículo 17, en una investigación sin riesgo ya que se emplean técnicas documentales, ya que el modo de obtener los datos será a través entrevista grupal.

Basados en el artículo 16 de la Ley general de Salud se protegerá la privacidad del individuo, identificándolo para este estudio a través solo del nombre de pila, con hoja foliada de datos generales.

Considerando los principios de la deontología básica basados en la declaración de Helsinki donde se toma en cuenta el bienestar del paciente. Otros aspectos como: La autonomía de las personas, ya que se tendrá libre decisión de participar en la investigación. Beneficencia, a través de dar tribuna libre, lo que no lo expondrá a ningún daño físico o mental, pues le permitirá externar solo su parecer. Y la participación de los derechohabientes será justa, ya que se hará abierta a todo el que desee participar. Se respetará además la individualidad y confidencialidad del paciente, ya que se hará la grabación solo utilizando el nombre de pila y la identificación se realizará por medio del folio de la hoja de datos y la asignación alfabética a los grupos.

Se cuenta con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación (ver anexo numero 3).

RESULTADOS

Se realizaron tres entrevistas a cada uno de los participantes. Se presentarán en la primera parte los resultados obtenidos respecto a los datos sociodemográficos como el elemento cuantitativo del estudio.

Es así entonces que de las **Características sociodemográficas** (cuadro 1), la muestra se conformó por 10 participantes en total, respecto a la edad el rango fue de 65 a 87 años, una media de 66 ± 6.95 años; 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.

Respecto a los elementos semánticos considerados como eje en esta investigación y las categorías identificadas para cada uno de ellos, con la finalidad de ubicar la frecuencia en que éstas últimas fueron consideradas por los participantes, sin representar de ninguna manera el nivel valorativo en la significancia del “bien morir”, pudo observarse en cada elemento lo siguiente:

1. Muerte: Descanso eterno (50%); fin de la vida (50%); y cese de la funciones del cuerpo (40%).
2. Muerte propia: Designado por Dios (70%); paso a otra vida (10%); suceso inevitable (10%); y evento sin importancia (10%).
3. Pensamiento de muerte: Presencia de enfermedad sin agonía, la causa y circunstancias sea designada por Dios en un 90%; y desconcierto, miedo y dolor (10%).
4. Bien morir: Religión: causa y circunstancia designada por Dios (90%); lugar: en casa (50%), personas incluidas en el proceso: hijos en el (90%); y elaboración del testamento por el (60%)

En la segunda parte del análisis se tienen los elementos cualitativos de éste trabajo, para ello se consideró mostrar en una primera instancia la figura correspondiente al diagrama del Análisis estructural de los elementos y sus categorías de análisis finales que fueron vertidas en el discurso de los participantes. Análisis estructural (ver figura 1)

Finalmente, de manera detallada se presenta lo que corresponde a lo dicho por cada sujeto y de acuerdo a las preguntas referidas, en esto se omitirá el nombre, refiriéndose solo con el número progresivo de participante. Así se tiene el **Análisis cualitativo de las entrevistas**:

En respuesta a la pregunta **¿qué es la muerte?** se observó gran uniformidad en la percepción de los participantes sobre el concepto de muerte, desde la perspectiva de los participantes y expresado en sus propios términos se emitieron diversos conceptos de muerte: “El cese de las funciones vitales, de la vida, de las funciones del cuerpo, algo que debe de pasar a todo ser vivo”.

En el significado de este concepto observamos una carga importante de información desde un enfoque biológico e impersonal acorde con el carácter generalista de la pregunta. Al dotar a la pregunta de un aspecto eminentemente personal cuestionando los conceptos sobre lo que es la muerte propia las respuestas también presentan una importante diversidad, aunque en la mayor parte se pueden identificar elementos que la caracterizan como un suceso inevitable:

- ❖ “Es algo que tarde o temprano pasara” Participante 2
- ❖ “Algo que tiene que pasar y no puedo evitarlo” Participante 3
- ❖ “Es algo que no podemos evitar” Participante 10

Otros aspectos sobre el significado que para los participantes tiene la propia muerte fueron:

- ❖ La percepción del suceso como algo doloroso Participante 1

El asignarle aparentemente poca importancia como resultado de su carácter de inevitable.

- ❖ “No le doy importancia, en algún momento llegara” Participante 1

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” Participante 9
- ❖ “Es el paso de una vida a otra” Participante 7

En éste análisis estructural, en el discurso del propio paciente, es claro que la presencia de enfermedad es una condición que obliga a pensar sobre la propia muerte, las ideas en torno a ella se caracterizan por crear 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. Basados en estas observaciones analizamos las características que, a decir de los participantes, deben reunirse para que el proceso de morir sea considerado bueno, partiendo de la idea de causa y circunstancias de la muerte.

Con relación a la causa se señala 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 la resolución de tales asuntos, mientras que la agonía prolongada provocara sufrimiento, dolor y agotamiento de los familiares. Esto se desprende de las respuestas emitidas a la interrogante:

¿Si le fuera posible elegir una causa de muerte, cuál sería?:

- | | |
|-----------------------------------------------|----------------|
| ❖ “De una enfermedad sin agonía” | Participante 2 |
| ❖ Que fuera causa de mi edad “muerte natural” | Participante 3 |
| ❖ “Una enfermedad que no me de mucha agonía” | Participante 5 |
| ❖ “Por enfermedad sin agonía” | Participante 8 |

En cuanto a las **circunstancias relacionadas** con el proceso de **“bien morir”** los elementos más significativos señalados por los participantes 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.

Con respecto a la pregunta de si les gustaría **tener a alguien a su lado en esta etapa** de la vida la mayoría afirmó que quisieran estar rodeados de personas, de sus seres queridos, incluyendo en esta categoría principalmente a sus hijos, nietos, con los que conviven. Que sean capaces de transmitir valores y costumbres, de valerse por si mismos, expresando de la siguiente manera:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| ❖ “Me gustaría tener a mi lado a mis seres queridos, a mis hijos” | Participante 1 |
| ❖ Me gustaría estar con mis hijos y mis nietos con los que vivo | Participante 2 |
| ❖ Me gustaría que hoy y siempre estar al lado de mis hijos | Participante 3 |
| ❖ Me gustaría estar con mis hijos y nieto con los que hasta ahora vivo | Participante 5 |

De la exploración respecto al espacio físico de elección o preferencia del participante, considerando que sea el más adecuado según su percepción, se observó en casi la mitad de los participantes el lugar era su casa y dos agregaron en el sitio que “no” quisieran estar cuando sucediera dicho momento. Esto fue establecido del análisis de las respuestas a las preguntas relacionadas con el lugar considerado más adecuado para morir:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| ❖ “Quiero estar en casa rodeada del cariño y ternura de mis hijos, para nada quiero estar en un hospital llena de tubos” | Participante 1 |
| ❖ 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 | Participante 5 |
| ❖ Algunos omiten la respuesta y dicen solo querer estar con sus hijos rodeados de cariño | Participante 2 |
| ❖ Yo quiero estar en Orizaba Veracruz | Participante 3 |
| ❖ Yo quisiera estar de preferencia en Jalapa | Participante 9 |

En 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, e incluyen como principales elementos a Dios y los sacramentos que se practican en su i.e., tales como la confesión y comunión, con el fin de prepararse en el viaje hacia la “vida eterna.” Las formas de expresión explícitas a estas preguntas 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.” Participante 1
- ❖ “Yo solo espero que Dios me encuentre confesada y si no que el mismo en el cielo me perdone.” Participante 2
- ❖ “Haberse confesado para estar bien con Dios.” Participante 3
- ❖ “Al ser yo católico me debo confesar para que llegado el momento este yo bien con Dios me perdone mis pecados.” Participante 7

La disposición de los bienes materiales y los restos humanos, fueron exploradas para la categoría del testamento. La postura de los participantes de manera muy homogénea fue el no establecer o hablar de un documento (testamento) escrito, aunque si refieren el deseo de que sus bienes materiales sean repartidos y sus restos humanos se depositen en determinado lugar. Esto se dedujo de las respuestas expresadas a la interrogante que exploraron el cumplimiento de la última voluntad del que fallece:

- ❖ “Les pediría mi ultima voluntad que es que no me olviden y que quiero me mis restos descansen en Orizaba Veracruz que es donde nací.” Participante 2
- ❖ “Dejar arreglados nuestros bienes materiales si tiene uno una casita dejar un testamento o por lo menos dejar bien dicho a quien le dejamos nuestros bienes.” Participante 4
- ❖ “Que quiero me mis restos descansen en Orizaba Veracruz que es donde nací, el que cumplieran esto haría que yo descansara.” Participante 3
- ❖ “Es importante que cumplan mi ultima voluntad para yo poder descansar en paz, que se repartan mis bienes materiales” Participante 8

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. ⁽²⁶⁾

Indudablemente los aspectos sociodemográficos observados presentan una tendencia fundamentalmente esperada, debido a las circunstancias tanto del contexto nacional divulgado por INEGI ⁽²⁷⁾ en donde la población tiene una tendencia mayor a pertenecer a la religión católica; así como en el ámbito local, y de manera similar a lo registrado en el diagnóstico situacional de salud de la unidad médica a la que pertenecen los participantes. ⁽²⁸⁾

Es un hecho constatado, la negación colectiva de la muerte que caracteriza a nuestra sociedad contemporánea, en otras épocas era parte constitutiva de la vida misma y los anhelos de muerte heroica, en plenitud de vida imperaban, pero en nuestra cultura actual la historiadora Cruz de Anemabar (1998), ha entregado una perspectiva psichistórica de la despersonalización que ha experimentado todo lo relacionado con la muerte, lo cual contribuye a que esta ocurra como algo ajeno a la vida. En nuestro trabajo se pueden extraer elementos que sustenten dicha despersonalización, ya que en general se vivencia por la mayoría de los entrevistados como algo si no ajeno, si lejano a ellos, con un tinte impersonal y en ocasiones con repuestas evasivas como: "...es algo en lo que no suelo pensar". ⁽²⁹⁾

El poeta uruguayo Benedetti, ⁽³⁰⁾ ha expresado que con las preocupaciones que trae la edad, la muerte adquiere importancia en la medida que se aproxima, en vez de pensar la vida en términos de vida, se vive en términos de los años que quedan. En éste trabajo se hace evidente, como lo plantea dicho autor que la conciencia de la proximidad trae consigo la aceptación o la resignación como ocurre con el paso del tiempo; así mismo, desde una concepción religiosa la muerte se piensa como un tránsito a otra vida; otra perspectiva agregada a las anteriores y que los participantes hacen manifiesto es la concepción de la muerte como el término final, como una cesación de funciones vitales.

Otro de los elementos evidentes en nuestro trabajo, es la consideración final expresada de "no morir solos", más aun de manera puntual se señala que sea en su casa, su cama y sobre todo rodeado de sus seres queridos; todos éstos aspectos ya referidos por la psicóloga Vilches, Académica del departamento de psicología en Chile. ⁽²⁹⁾ En este trabajo no se identificó el evento de muerte repentina que conlleva otros aspectos de falta de realización o culminación de pendientes en la vida del sujeto. En contraparte a lo referido por Laplanche en Barcelona, ⁽²¹⁾ en donde se describe que a los individuos no les gusta pensar, ni hablar de la muerte o aspectos relacionados, en nuestro trabajo todos los participantes pudieron hablar de muchos aspectos relacionados con ésta, mas aún de visualizar los elementos preferidos en "su propia muerte", englobando éste fenómeno como "algo inevitable", externando el deseo que dicho momento pueda ser compartido con su familia y principalmente con sus hijos, ésta postura no

puede desligarse del aspecto cultural de los mexicanos, baste para ello recordar la costumbre de “festejar” el día de muertos, lo que facilitó al menos en los participantes, la intromisión en su intimidad sobre estos aspectos.

La evidente tendencia católica en el país, ⁽²⁸⁾ de manera semejante se hace manifiesta en lo reportado en éste trabajo; fenómeno creciente desde la conquista de México por los españoles, dicha imposición surge al fusionarse ambas culturas, aunque algunos historiadores lo ubican mas como desde el dominio y desplazamiento de una cultura sobre la otra. El catolicismo perpetúa la creencia de la vida después de la muerte y esto gira alrededor de un Dios; ambos aspectos fueron plenamente señalados en nuestro trabajo, lo cual se respalda por lo descrito por Vilches, ⁽²⁹⁾ quien describe un proceso y sentimiento de espiritualidad en donde se dan como requisitos el cumplimiento de preceptos, mandamientos y sacramentos, con la finalidad de alcanzar los beneficios de una vida eterna, de manera clara en ésta investigación, los participantes privilegian el cumplimiento de la confesión y comunión, hechos que son evidencias de dicha espiritualidad, la cual puede entenderse como la práctica devocional de un individuo, en donde adopta de acuerdo a las circunstancias particulares de su vida la forma de conducirse con base a lo que cree que su Dios quiere que viva, por ello ser consecuente con esto significa cumplir con lo establecido en el caso del catolicismo de la “Biblia”. 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 practica se establece una conexión con los que están en el mas allá (sobre todo con Dios), mitigando o alejando los temores y dando continuidad a la existencia. Esta sensación esta estrechamente relacionado con lo divino y refuerza, la convicción de que lo que se esta viviendo sea tristeza, dolor o muerte adquiriendo por tanto un sentido. Todo lo que pudiera ser negativo de esta forma se vuelve positivo. ⁽³⁰⁾ Quedando claro que el bienestar en el último trecho de la vida no solo se obtiene de factores biológicos y económicos, sino también mediante prácticas religiosas o espirituales, que le dan un sentido de pertenencia a esta ultima etapa de la vida. ⁽³⁰⁾

Hoy por hoy, a pesar de los cambios en la estructura, duración y dinámica de las familias, en México sigue siendo la base de la sociedad, que mucho depende de la solidaridad que existe entre sus miembros. ⁽³¹⁾ A la par de esta circunstancia, se da el desarrollo del individuo y la familia, en dicho ciclo evolutivo se ubica en la fase familiar considerada como final o de disolución, ⁽³²⁾ en la cual se han descrito algunos supuestos: la muerte como algo esperado, procesos de pérdidas irremediables, re-encuentros con la pareja, dependencia de los padres para alguno de sus hijos, minusvalía, etc. En nuestro trabajo es necesario resaltar aspectos relevantes y relacionados a lo anterior, tales como: que los participantes en su totalidad, pertenecen a la tercera edad, en fase del ciclo familiar de final de disolución ya que la mayoría es viudo y pensionado, y que de acuerdo a sus respuestas los hijos vuelven a recobrar una máxima importancia ⁽³¹⁾ y desean morir cercanos a ellos como sus seres más queridos.

Consideraciones finales

Con ésta investigación se dilucidaron algunos aspectos, evidentemente elementales, en un estricto enfoque personal e íntimo del ser humano como es, tan solo pensar en una circunstancia implícita en la vida de cada individuo: el “bien morir”, lo que 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.

Destacando en éste trabajo de manera muy clara que de entre los elementos y circunstancias importantes para ellos en éste proceso destacan las expectativas con sustento religioso, pudiéndose incluso interpretar que con ello el sujeto exterioriza la posibilidad de trascender en una forma diferente llámese espiritualidad u “otra vida” en un plano diferente, la religión es una forma de confrontar lo inevitable, la muerte, una forma de darle continuidad a la vida, en el más allá. Esta sensación esta estrechamente relacionada con lo divino y refuerza la convicción de que lo que se esta viviendo sea tristeza, dolor o muerte tiene un sentido. Todo lo que pudiera ser negativo de esta forma se transforma en algo positivo.

La buena muerte es un momento que incluye a la familia y privilegia entre los seres queridos a los hijos, aunque éstos ya sean grandes, independientes y autónomos, lo que resalta 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 mas íntima su cama, pues en especial en la familia mexicana aun predomina la unión, y se enseña que lo importante es la transmisión de valores.

Es una reflexión que permite ver que aun siendo un individuo con gran experiencia, años y vivencias no deja de temer enfrentarse a dicho momento y ello lo hace muy evidente al preferir que sea de una enfermedad sin agonía que permita solucionar los problemas pendientes.

Para todos los médicos pero en especial para el medico familiar es importante conocer los conceptos antes plasmados, integrando los elementos más relevantes en el concepto del bien morir de cada persona, en el marco de una sociedad donde los avances tecnológicos han propiciado que nos aferramos a postergar la vida sin recordar que los recursos médicos están destinados a salvar la vida mas no a impedir la muerte.

Y darnos cuenta que para los adultos mayores el bienestar en el último trecho de la vida no solo se obtiene de factores biológicos y económicos, sino también mediante prácticas religiosas o espirituales, que le dan un sentido de pertenencia a esta ultima etapa de la vida. Y que es importante ayudar al adulto mayor no solo a vivir con calidad cuidando su salud, sino también ayudándolo a bien morir, tomando en cuenta todos los elementos importantes para cada individuo.

Los resultados aquí presentados no pueden ser generalizados dadas las características de la muestra y su forma de construcción. Sabemos 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 es posible identificar los elementos más representativos y aquellos que son considerados necesarios por el individuo, para llevar a cabo el proceso con calidad humana, identificando estrategias que faciliten tanto al moribundo como a la familia el cumplimiento de las expectativas en la etapa final de la vida.

SUGERENCIAS:

Sugerencias de investigación:

1. Es importante considerar los sentimientos que inundan a la familia ante la pérdida de un ser querido con la finalidad de conciliar los intereses de los familiares con las expectativas del bien morir del adulto mayor. Por lo que se sugiere continuar la investigación abordando la perspectiva de la familia sobre este proceso.

Sugerencias Institucionales

1. Orientar a la población de adultos mayores sobre los cambios propios del envejecimiento y preparación para etapas finales.
2. Planear estrategias útiles para concienciar a la familia sobre los aspectos relevantes en los cuidados del moribundo y la necesidad de respetar su voluntad sobre las condiciones en que desea morir.

ANEXOS

ANEXO 1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	Categorización
Variable de estudio: Significado del concepto de "Bien Morir"	Idea propia que combina detalles y características que el sujeto piensa, sobre la forma ideal para llegar al término de su propia vida.	Idea propia de cada individuo, sobre la forma ideal para llegar al término de su propia vida, expresada respecto a las circunstancias que tienen importancia como que elementos de su vida y contexto que desearía involucrar en esta parte del ciclo vital.	Cualitativa	Categórica	Categorías de acuerdo al concepto expresado. Causa Circunstancia Lugar Personas involucradas Otros

VARIABLES UNIVERSALES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORÍAS DE LA VARIABLE
Edad	Es el tiempo transcurrido en años de un individuo desde el nacimiento hasta el momento actual	Es el tiempo transcurrido en años de un individuo desde el nacimiento hasta el momento actual, expresado por el mismo.	Cuantitativa	Intervalo	Con rango de cada 10 A partir de los 65 años
Escolaridad	Años de formación académica escolarizada	Preparación escolarizada hasta el momento actual, expresado por el paciente	Cualitativa	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetos. • Sabe leer y escribir • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria o Equivalente • Bachillerato o equivalente. • Licenciatura o equivalente • Postrado.
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Grupo al que pertenecen las personas que comparten las mismas creencia sobre la divinidad	Cualitativa	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Testigos de Jehová • Mormones • Cristianos • Otros. •
Sexo	Esta distinción biología, genotípica y fenotípicamente del ser humano en dos grupos masculino y femenino	Grupo al que pertenece un individuo de acuerdo a sus características fenotípicas	cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Ocupación	Acción que realiza el individuo para obtener un bien	Actividad a la que se dedica el paciente de la cual obtiene recursos económicos para su manutención.	Cualitativa	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • La referida por el paciente
Comorbilidad	Es la concomitancia de patologías en un paciente	Es la presencia de dos o mas patologías en un individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa 	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Las referidas por la paciente
Estado Civil	Situación legal en la que se encuentran unidas una pareja	Condición social expresada por el individuo por la cual se encuentra unida a su pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa 	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Viudo

**ANEXO 2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ acepto participar de forma voluntaria y conciente en el estudio de investigación titulado “**Concepto del bien Morir en el Adulto Mayor**” cuya investigación esta a cargo de la Dra. Anabel Carranza Sandín (Médico residente de Medicina Familiar). Cuyo objetivo es identificar los elementos que conforman el concepto del bien morir en el adulto mayor.

Reconozco que me han proporcionado información amplia y precisa sobre mi participación en dicho estudio, por lo que entiendo y declaro lo siguiente.

1. Se me realizará entrevista individual, a la cual me comprometo a asistir en fecha y horario acordado con la investigadora, la cual es necesario grabarla utilizando una radio-cassetera, con la finalidad de que pueda expresar mis ideas sobre el tema a investigar y que posteriormente puedan ser analizadas y estudiadas.
2. Estoy informado que el beneficio personal que obtendré será el tener un espacio y momento de reflexión y poder externar libremente mis ideas y sentimientos respecto a los aspectos del morir que se estudian. Así también que el beneficio para otras personas y profesionistas es que se puedan conocer estos resultados para tratar de entender aspectos relacionados con el proceso de morir.
3. Estoy conciente que al participar en dicho estudio tiene el inconveniente de invertir mi tiempo para acudir a la cita con la investigadora, y no estaré expuesta a aparato o substancia que represente un riesgo. Que en caso de que la investigadora considere que necesite algún apoyo me lo informará y acudiré a mi medico tratante.
4. Declaro que se me informó que puedo retirarme en el momento que así lo decida del estudio, sin que esto represente ninguna afectación en la atención médica que recibo.
5. Se me ha dado seguridad los resultados solo se utilizarán para el interés de ésta investigación y que en caso de ser publicados, no se mencionarán mis datos personales.

Por lo anterior, es mi decisión libre, conciente e informada aceptar participar en dicho estudio de investigación. Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión.

Lugar y fecha

Firma y nombre del aceptante
Nombre y firma del Investigador.

Consultorio (opcional) y turno.

**ANEXO 3 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

HOJA DE DATOS GENERALES

Caso	Nombre (Opcional)	Edad	Sexo	Escolaridad	Religión	Estado Civil	Ocupación	Comorbilidad

**ANEXO 4 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Se propone que el investigador permita la libre expresión de los entrevistados, se utilizarán preguntas directrices para alcanzar el objetivo del trabajo, para ello se proponen las siguientes preguntas:

Le entrevista fue realizada a través de tres preguntas guía:

- ¿Describa lo que entiende por muerte?
- ¿Alguna vez ha pensado en su propia muerte?
- ¿Qué sería para Usted el “Bien morir”?

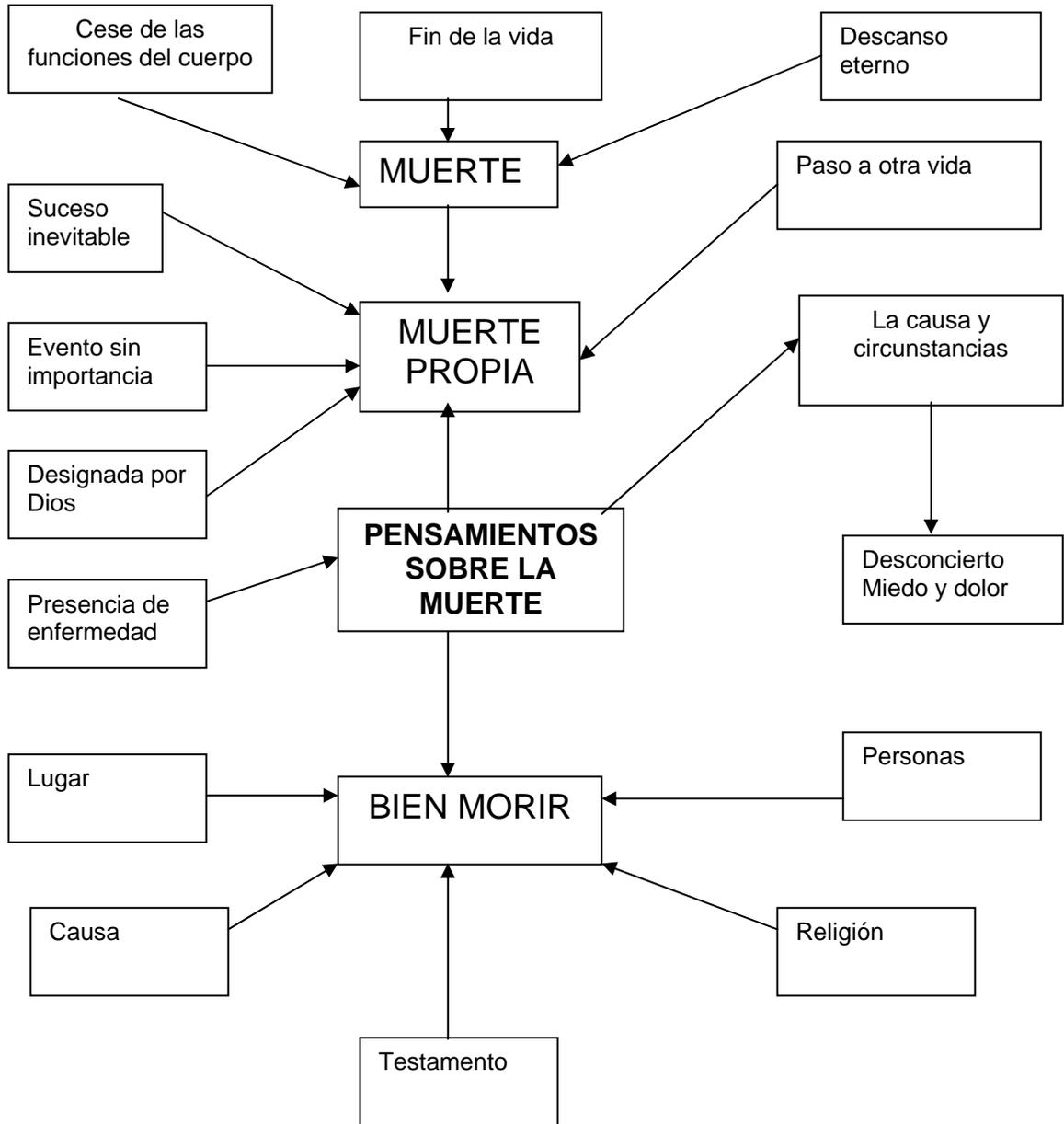
De acuerdo a las respuestas obtenidas el entrevistador guió la entrevista para el logro de los objetivos establecidos con el fin de obtener respuesta que involucraran Concepto, lugar, características, circunstancias y elementos involucrados (personas o cosas).

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Características generales de la muestra

No.	Edad	Sexo	Escolaridad	Edo. civil	Ocupación	Religión	Comorbilidad
1	65	Femenino	Secretaria	Casada	Hogar	Católica	Hipertensión arterial sistémica
2	78	Femenino	Primaria incompleta	Viuda	Hogar	Católica	Hipertensión arterial sistémica
3	66	Femenino	Enfermería a nivel técnico	Unión libre	Hogar	Católica	Enfermedad articular degenerativa
4	66	Femenino	Primaria completa	Viuda	Hogar	Católica	Diabetes mellitus t 2
5	81	Femenino	Primaria completa	Viuda	Hogar	Católica	Hipertensión arterial sistémica
6	87	Masculino	Primaria incompleta	Viuda	Pensionado	Católica	Ulceras varicosas secundarias a insuficiencia venosa periférica.
7	74	masculino	Primaria incompleta	viudo	pensionado	católica	Hipertensión arterial sistémica
8	71	femenino	Primaria incompleta	viuda	hogar	católica	Diabetes mellitus t 2
9	68	masculino	Primaria incompleta	casado	agricultor	católica	Hipertensión arterial sistémica
10	70	masculino	Primaria incompleta	casado	pensionado	católica	Enfermedad articular degenerativa

Figura 1. Análisis estructural del discurso.



BIBLIOGRAFÍA

1. Tuiran R. Perspectivas demográficas de la tercera edad. En: La situación demográfica de México. 3ra ed. México: publivisual editores, 2000: 108-114.
2. Ramírez B L. La Reforma del IMSS y las perspectivas sociales y económicas frente al envejecimiento. 2003. Disponible en: <http://www.redem.buap.mx>
3. IMSS. Diagnostico de salud. Unidad de Medicina familiar No. 94. México (DF): 2004.
4. William D. Lineamientos generales. En: Geriatria. 3ra ed. México D.F: Manual Moderno, 1990: 15-20.
5. Belloch Fa. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención de los ancianos. 2da ed. Washington: Publicación Científica, 2000:67-73.
6. Valderrama H. Morir con dignidad. 2005. Disponible en: [http:// www.Cuidadoresdeancianos.com/Cda/Gerontologia.Html](http://www.Cuidadoresdeancianos.com/Cda/Gerontologia.Html)
7. Aries, Philippe. The hour of our death. New York: Random House, 1991: 9
8. Takeushi S. Construction of death and life studies. Journal of death and life studies. 2004; (april): 2-4.
9. Dalai LJ. Acerca de la muerte. Barcelona: editorial Oceano, 2003: 09.
10. Reyes L. Fundamentos de Tanatología. México. Comunicaciones, 1991: 195.
11. Blanck FM. *La muerte y sus ventajas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997: 102.
12. Eliade M. Tratado de historia de las religiones. México: Biblioteca Era, 1992: 45.
13. 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.
14. García D. La definición y determinación de la muerte. 2000. Disponible en: <Http://Www.Bioetica.Bioetica.Org/Muerte17.Htm>
15. Varela J. El sueño, los sueños y la muerte. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana, 1998: 33.

16. Rovaletti ML. La ambigüedad de la Muerte: Reflexiones en torno a la Muerte Contemporánea. Rev. Col. Psiquiatría. 2002; 2: 91-106.
17. Krassoievitch M. Duelo y muerte. En: Colección de psiquiatría y psicología. Psicoterapia geriátrica. México: Fondo de cultura Económica, 2005: 87-107.
18. Thielicke H. *Vivir con la muerte*. Barcelona: Herder, 1984: 47.
19. Forciela L. Secretos de la Geriátrica. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999: 34.
20. Sobel J. Good death, an ideal within our grasp. Médecine & Hygiène. 2003; 18: 2442 – 443.
21. Laplanche J. Vida y Muerte en psicoanálisis. Barcelona. Amorrortu Editores, 2004: 13.
22. Pinazo S. Reflexiones acerca del final de la Vida. Un estudio sobre las representaciones sociales de la Muerte en mayores de 65 años. Rev. Mult Gerontol 2004; 14 (1): 22-26.
23. Pérez SG. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes. Madrid. Editorial La Muralla S.A. 1994.
24. García. Condiciones de Muerte. Clínica Mayo. Canadá. 1990.
25. Flores-Guerrero R. Salud, Enfermedad y Muerte: Lectura desde la antropología sociocultural. Chile. 1994 pp1-8.
26. Serra E. Ancianidad Y Preparación Para La Muerte. Anales de. Psicología 1990,6 (2)147-158
27. Instituto Nacional de estadística geografía e Informática. 2000.
28. DIF. Diagnostico de la familia mexicana. 2006.
29. 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.
30. Vázquez PF. La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. Ciesas-Golfo. Marzo 2001.
31. DIF. Encuesta de Dinámica Familiar. 2006.
32. Huerta GJ. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfíl, 2005. 25-26.