

Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal

Coping with death by the elderly terminal disease

Dra. Lorena Torregrosa Cortiñas; Dra. Lisbet María Núñez Rodríguez; Dra. Lesvia Morales Obregón; Dr. Yanier Sablón Pantoja.

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento del enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor, con enfermedad terminal en el área de salud del policlínico comunitario docente Rodolfo Ramírez Esquivel de Camagüey, de enero de 2002 a enero de 2003. El universo estuvo constituido por 130 pacientes que fueron seleccionados por muestra sistemática con arranque aleatorio 1:4, a los que se les aplicó una encuesta confeccionada al efecto. Predominó el grupo de edades de 81 años y más, el sexo femenino y la escolaridad primaria; la muerte interpersonal fue la más frecuente y dentro de las fases de la agonía, la depresión. La mayor parte de los ancianos desearon morir en su hogar, los familiares generalmente manifestaron sobreprotección y permisividad hacia ellos, mientras que estos presentaron depresión, ansiedad, miedo y dependencia hacia sus familiares.

DeCS: ANCIANO; ENFERMO TERMINAL; ACTITUD FRENTE A LA MUERTE.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out the aim of knowing the behavior of coping with death by the elderly with terminal disease in the health area of Rodolfo Ramírez Esquivel Teaching Polyclinic of Camagüey, from January to January 2003. The study universe was composed of 130 patients who were selected for our systematic sample, randomized at 1:4, they were applied survey elaborated for this purpose. In the sample studied the age group prevailing was that of 81 and over, feminine sex and elementary studies. Among elderly, interpersonal death was the most frequent, and among phases of agony, depression. Most of the aged wished to die in their homes, relative generally stated superprotection and permissibility towards them, while the aged presented depression, anxiety, fear and dependency upon family.

DeCS: AGED; TERMINALLY ILL; ATTITUDE TO DEATH.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor posee cierto nivel de sabiduría producto de los años y experiencias vividas en diferentes momentos históricos y ambiente social y deseos de mantener su propia independencia mientras le sea posible. Las personas acumulan un caudal de experiencias, condiciones de salud y aptitudes. Por tales razones, el comportamiento y los niveles de funcionamiento son diferentes aún entre personas de la misma edad. ¹ Si bien es cierto que la gran mayoría de las personas de 60 o más años se mantienen activas y saludable, hay algunas, que tienen condiciones emocionales tales como: depresión, miedos intensos, ansiedad, coraje persistente, frustración y soledad; otras padecen problemas ocasionales que las agobian, como la pena y la depresión causadas por la muerte de seres queridos y el padecimiento de limitaciones físicas o enfermedades. Estas circunstancias o la combinación de ellas, afectan la independencia, la imagen propia y el sentido de respeto y confianza en sí mismo. ²

La muerte, a pesar de ser un hecho natural, es un tabú en la sociedad actual. El ser humano nace y su vida toma forma, pero de repente un día todo se trunca, y ese día

aparentemente igual a los demás, por enfermedad, accidente o en algunos casos por voluntad propia, la persona muere. Esta constituye un acontecimiento especial en la vida; en muchos aspectos la muerte en la vejez presenta una cualidad diferente a la muerte de individuos de otras edades. En la persona mayor es menos trágica, parece más justa que en un joven donde la circunstancia de su muerte es probable que sea traumática, en cambio los ancianos moribundos aceptan el hecho de que la vida es finita y puede parecer algo natural. ³ La muerte es el resultado de la ruptura del equilibrio biológico y físico-químico que mantiene la vida, por lo que el cese de las funciones fisiológicas del cuerpo, el riesgo de morir o de entrar en contacto con la muerte de otros cercanos, es mayor para quien obviamente, transite por la séptima u octava década de la vida. La muerte propia o ajena, puede enmarcarse siempre dentro de una de las tres dimensiones siguientes: muerte impersonal (yo-el hecho); muerte interpersonal (yo-tú); muerte intrapersonal (yo-yo). ⁴

Con frecuencia los enfermos moribundos atraviesan diversas fases descritas por Elizabeth Kubler-Ross: negación, agresividad, pacto, depresión y aceptación. El enfermo expresa su deseo de morir en cualquiera de estas fases, pero la experiencia demuestra que muchos de ellos reclaman la muerte en una fase de rebelión o desesperación, después cuando se sienten aliviados y acompañados, le encuentran significado a la última fase de su vida. Las denominadas manifestaciones psicológicas de la muerte, se observan en los distintos niveles de respuesta, aunque lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual están tan interrelacionados y son tan interdependientes uno del otro que no siempre es posible hacer diferenciaciones exactas, pero resulta imprescindible hacer algunas particularizaciones para que los especialistas de geriatría puedan identificar indicadores de alteraciones psicológicas de la muerte en las personas ancianas. ⁵

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento del enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor en el área de salud del Policlínico Comunitario Docente Rodolfo Ramírez Esquivel de la Ciudad de Camagüey, desde enero de 2002 a enero de 2003. El universo de la investigación estuvo constituido por

todos los pacientes de 60 y más años con enfermedad terminal, pertenecientes a cinco consultorios del médico de la familia de dicho policlínico, de los cuales se realizó una selección por muestra sistemática con arranque aleatorio de 1:4, esta fue la muestra definitiva del estudio (130 en total). A los que previamente dieron su consentimiento para formar parte de la investigación, se le aplicó una encuesta según criterios de expertos cuyas variables fueron:

- . Edad.
- . Sexo.
- . Escolaridad.
- . Afectación psicológica por las dimensiones de la muerte.
- . Fases de Kubler-Ross.
- . Lugar donde se desea morir.
- . Actitud de sus familiares.
- . Trastornos psicológicos.

RESULTADOS

Con respecto al grupo de edades, predominó el de 81 y más años con 57 personas y el sexo femenino con 82 para el 43, 84 % y 63, 07 %, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Grupos de edades y sexo

Grupos de edades (Años)	Sexo				Total	
	<i>F</i>	%	<i>M</i>	%	<i>Nº</i>	%
60-65	11	8,46	9	6,92	20	15,38
66-70	5	3,84	17	13,07	22	16,92
71-75	6	4,61	4	3,07	10	7,69
76-80	16	12,30	5	3,84	21	16,15
81 y más	44	33,84	13	13,10	57	43,84
Total	82	63,07	48	36,92	130	100

Fuente: Registro primario

La mayoría de las personas encuestadas mostraron mayor preocupación por la muerte interpersonal en un 57, 69 %, es decir, la asociada con la partida del compañero, el amigo, amante, protector, familiar, padre o madre, mostraron mayor dolor y miedo a lo desconocido (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de afectación psicológica según dimensiones de la muerte

Afectación psicológica	Nº	%
Muerte impersonal (yo-el hecho)	10	7,692
Muerte interpersonal (yo-tú)	75	57,69
Muerte intrapersonal (yo-yo)	45	34,61
Total	130	100

Fuente: Registro primario.

La fase que se manifestó con más fuerza en los ancianos cercanos a la muerte fue la depresión, con un total de 70 personas (53, 84 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de los estadios de Kubler-Ross o fases de la agonía

Fases de Kubler-Ross	Nº	%
Negación	12	9,23
Ira	2	1,53
Pacto	9	6,92
Depresión	70	53,84
Aceptación y paz	37	28,46
Total	130	100

Fuente: Registro primario

Con respecto a la actitud mostrada por los familiares ante sus enfermos predominó la sobreprotección con un total de 78 enfermos (60, 0 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Actitud de los familiares

Actitud	No	%
Sobreprotección	78	60,0
Permisividad	48	36,9
Exceso de ansiedad	21	16,1
Rechazo	2	1,53
Proyección		
Maltrato físico	1	0,76
Maltrato verbal	2	1,53
Maltrato afectivo	2	1,53
Egoísmo	4	3,07
Ganancia secundaria	3	2,30
Total	161	123,84

Fuente: Registro primario.

Dentro de los trastornos psicológicos presentados por los pacientes que se sintieron próximos a la muerte, predominó la depresión con 65, 15 %. Este es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los ancianos, pues no saben enfrentar los cambios propios de este proceso (Tabla 5).

Tabla 5. Trastornos psicológicos en la persona con enfermedad terminal

Trastorno psicológico	No.	%
Rechazo a los familiares	4	3,07
Dependencia	25	19,23
Demandas irracionales	5	3,84
Miedo a mutilaciones o trastornos crónicos del tratamiento	49	37,69
Ansiedad excesiva	38	29,23
Egoísmo	4	3,07
Hábitos nerviosos	1	0,76
Trastornos de conducta	1	0,76
Trastornos del sueño	1	12,30
Temor al desempeño	1	12,30
Complejo o prejuicio	2	9,23
Depresión	86	66,15
Idea suicida	10	7,69
Total	242	186,15

Fuente: Registro primario

DISCUSIÓN

Dentro de la población estudiada se encontraron más ancianas que ancianos, Gutiérrez Ruiz,⁶ plantea que en la población mayor de 60 años la tasa de crecimiento del sexo femenino supera al masculino, comportamiento asociado con la sobremortalidad masculina, lo que coincide con este estudio. Maldonado,⁷ observó que dentro de la población anciana el 51,4 % corresponde al sexo femenino y se espera que para el 2025 aumente hasta el 55,0 %.

Los estudios realizados acerca del tipo de afección psicológica según las dimensiones de la muerte coinciden con los resultados de la muestra.⁸⁻⁹ Cuando se llega a viejo y la compañera o el compañero mueren, se inicia el proceso de duelo más doloroso que existe, pues deja una herida emocional inevitable.¹⁰ En este proceso la familia juega

un papel muy importante y se convierte en fuente de apoyo, intimidad, compañía y consuelo, para que este no se sienta solo. ¹¹

El análisis del comportamiento de los estadios de Kubler-Ross o fases de la agonía por M. Milagros ¹² y M. Corbí, ¹³ coincide con los obtenidos en la muestra de estudio. Con respecto a las actitudes de las personas mayores frente a la muerte otros autores plantean que la actitud que cada cual adopta ante la muerte depende de las creencias religiosas, ya que estas juegan un papel relevante en la influencia positiva, negativa o neutra en todas las personas al pensar en su propia muerte. ^{14, 15}

El ser humano está sometido a toda suerte de aprendizaje, a lo largo de su existencia, aprender a morir debería ser uno de ellos, ya que supone aprender a vivir intensamente. ¹⁶ Quien aprende a morir es el que está vivo, y al hacerlo obtiene un beneficio. La conciencia de la muerte no supone necesariamente tener que asumirla como un factor negativo en todas las situaciones, sino ampliar el horizonte de autonomía de las personas. Hay que aprender, pues, a relacionarse con la muerte y aceptarla de forma vivencial. ¹⁷

Los cuidadores de personas con enfermedades terminales tienen tendencia a evitar que estos realicen las actividades habituales por miedo a la aparición de complicaciones, ¹⁸⁻²⁰ lo que coincide con nuestro estudio, mientras que Christine ²¹ plantea que la familia y específicamente el cuidador, debe convertirse en fuente de apoyo, intimidad, compañía y consuelo, de esta forma el anciano podrá sentirse orgulloso de estar en un hogar enriquecido por el amor y continuar con una vida activa. Algunos enfermos terminales pueden desencadenar una crisis espiritual que provoca ansiedad, depresión, desesperación e incluso deseos de morir o de suicidarse. Necesitan ayuda para afrontar este sufrimiento, de forma que puedan transformar su desesperación en esperanza y serenidad; muchos necesitan más que una esperanza de curación, reconciliarse con seres queridos y compartir el último tiempo con su familia. ¹⁰ La permisividad, que ocupó el segundo lugar con el 36,9 %, generalmente acompaña a la sobreprotección.

Con respecto a los trastornos psicológicos en las personas con enfermedad terminal, el estudio es coincidente con la literatura revisada, ya que los ancianos al enfrentarse a la

muerte están tristes, esto se debe a remordimientos, sentimientos de culpa, preocupación por problemas legales, sociales o económicos, se preguntan frecuentemente por qué sufren la enfermedad; los creyentes se sienten abandonados de Dios, otros sienten que su conducta pasada es la causa.^{12,13} Muchos al revisar sus vidas experimentan emociones negativas y otros necesitan reconciliarse con ellos mismos y con los demás; esto unido al sufrimiento de dolor, insuficiencia respiratoria, insomnio, incontinencia o retención urinaria o fecal e incluso por la propia farmacoterapia.⁸

Dentro de los trastornos psicológicos presentados por los pacientes que se sienten próximos a la muerte, se detectó en primer lugar la depresión, muy frecuente entre los ancianos, se presenta sólo por el único hecho de envejecer y no saber enfrentar los cambios propios de este proceso.¹¹

El temor a las discapacidades y la mutilación como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento aparecen recogidos en la literatura revisada y en la presente investigación ocupó el segundo lugar con el 37.69 %. El tercer lugar lo ocupó la ansiedad, con 29.23 %. En la bibliografía consultada este síntoma se presenta como reacción de ajuste al proceso de enfermedad y anticipación de la muerte, por el temor a lo desconocido y por la toma de decisiones con relación a continuar o retirar tratamientos o la posibilidad de no resucitación en el caso de paro cardiorespiratorio. En este estudio la conducta suicida no estuvo presente de forma significativa, sin embargo, muchos autores coinciden en que todo el conglomerado de factores relacionados anteriormente constituye un factor de riesgo en la conducta del enfermo terminal.²²

CONCLUSIONES

1. Prevalció el grupo de de 81 y más años de edad y el sexo femenino.
2. El adulto mayor generalmente se siente afectado más por la muerte interpersonal que por la suya propia.
3. Según los estadios de Kubler-Ross predominó la fase de depresión.

4. Los familiares de sujetos próximos a la muerte manifestaron sentimientos de sobreprotección y permisividad.
5. Cuando el anciano siente la proximidad de la muerte trasluce depresión, ansiedad excesiva, miedo a mutilaciones o trastornos secundarios al tratamiento y dependencia de sus familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palliat J. Cambios psicológicos en el anciano. *Geriatría*. 2002;5(2):94-96.
2. Beers H, Mark MD. Manual Merck de Geriatría. 2 ed. Madrid: Harcourt; 2000.
3. Sánchez C. Gerontología social. San Juan: Universidad de Puerto Rico; 1999.
4. España. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Sesenta y más. *Geriatría*. 2001;9(4):195-96
5. Schmidt Lugen A. Cancer Pain in the older adult. Oncology Nursing Press. Filadelfia: Pittsburg; 2000.
6. Gutiérrez Ruiz J. Vivir la vejez positivamente. *Geriatría*. 2000;45(4):10-13.
7. Maldonado JL. El paciente terminal y la muerte. Colegio interamericano de médicos y cirujanos. *Geriatría*. 2000;18(10):558-61.
8. Madison Suliman E. Tratamiento en ancianos terminales. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
9. Hernández Castellón R. Algunos aspectos demográficos y socioeconómicos de los ancianos en Cuba. En: Devesa Colina E, editor. *Geriatría y Gerontología. El anciano cubano*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1992. p. 5-15.
10. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Vega García E. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.
11. Markham U. Cómo afrontar la muerte de un ser querido. Madrid: Editorial Morata; 1999.
12. Milagros M. Envejecimiento y cambios psicológicos. *Sicología en la tercera edad*. Santiago de Chile. *Geriatría*. 2001;10(1):37-40.
13. Corbí M. Acerca de la muerte. Barcelona: Agrupación; 2001.
14. Clavé E. Ante el dolor: Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte. Madrid: Harcourt; 2000.

15. Plaxats MA. Los procesos de duelo ante pérdidas significativas. CIOPA. 2000;10(3 supl 2):5-10.
16. García Martínez A. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán; 2000.
17. López Aranguren JL. Acerca de la muerte. Barcelona: Agrupación; 2001.
18. Murillo JI. El valor revelador de la muerte. Estudio desde Santo Tomás de Aquino. Servicio de publicaciones de la Universidad de Navarra; 1999.
19. Barley N. Encuentros con la muerte. Barcelona: Anagrama; 2000.
20. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 3ed. Madrid: Morata; 1999.
21. Longoker C. Afrontar la muerte y vivir con esperanzas. México: Grijalbo; 1998.
22. Cobo C. El valor de vivir: cómo el ser humano se defiende del dolor por la muerte de un ser querido. Madrid: Morata; 1999.

Recibido: 18 de febrero de 2004.

Aceptado: 12 de octubre de 2004.

Dra. Lorena Torregrosa Cortiñas. Especialista de I Grado en Geriátría y Gerontología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.