

PERCEPCIÓN EN PERSONAS MAYORES DE QUÉ PODRÍA AYUDARNOS A MORIR EN PAZ

B. Gil-Juliá
R. Ballester-Arnal
E. Ruiz-Palomino
J. Castro-Calvo

Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castellón.
Email: bgil@uji.es

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1110>

Fecha de Recepción: 13 Septiembre 2017

Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017

RESUMEN

Los cambios acontecidos en los últimos tiempos en nuestra sociedad han favorecido la negación de la muerte tanto a nivel social como en el ámbito médico en particular, utilizando todos los procedimientos terapéuticos disponibles para intentar evitarla, y considerándola como un fracaso del conocimiento cuando aparece. La muerte no puede retrasarse indefinidamente y cuando llega, lo más importante es asegurar que se reúnan las condiciones necesarias para que la persona pueda morir en paz. El objetivo de este estudio ha sido analizar aquellos aspectos que ayudarían a facilitar una muerte en paz según las personas mayores, analizando la posible influencia en esta valoración de variables sociodemográficas. 152 adultos con edades comprendidas entre los 50 y 77 años cumplieron el Cuestionario de Ayuda a Morir en Paz. Los resultados muestran que para las personas mayores los aspectos prioritarios al final de la vida serían aquellos relativos a la cercanía de las personas queridas, el control del sufrimiento físico y el sentido de la vida. En cambio, los dos factores menos valorados han sido creer en otra vida después de la muerte y pensar que se pueda morir en casa. El análisis diferencial en función de variables sociodemográficas muestra diferencias estadísticamente significativas en función de haber sufrido o no alguna enfermedad cercana a la muerte y las creencias religiosas, así como correlaciones también significativas en función de la edad. Conocer los aspectos que priorizan las personas mayores al final de la vida nos permitirá ofrecer una atención más ajustada a sus necesidades particulares siendo conscientes de que es necesario tener en cuenta posibles diferencias individuales.

Palabras claves: muerte, afrontamiento; mayores, morir en paz.

ABSTRACT

Elderly people's perception of what could help us to die in peace

PERCEPCIÓN EN PERSONAS MAYORES DE QUÉ PODRÍA AYUDARNOS A MORIR EN PAZ

Recent changes in our society have led to the denial of death, both at a social level and in the medical field particularly, using all the therapeutic procedures available in order to avoid it, and considering death as a failure of knowledge when it appears. Death cannot be delayed indefinitely and when it comes the most important is to ensure the necessary conditions to meet a peacefully death. The objective of this study was to analyze those aspects that could facilitate a death in peace according to the elderly, as well as analyze the influence of sociodemographic variables. 152 adults aged between 50 and 77 have completed the Dying in Peace Questionnaire. The results show as the most important aspects at the end of life for the elderly, those related to the closeness of loved ones, the control of physical suffering and the meaning of life. In contrast, the two least valued factors have been to believe in another life after death and to think that I may die at home. Differential analyses according to sociodemographic variables show statistically significant differences depending on whether or not the elderly suffered a disease close to death and on religious beliefs. Likewise, significant correlations have been found with age. To know those factors prioritized by elderly at the end of life, will allow us to offer a more tailored attention to their particular needs, bearing in mind possible individual differences.

Keywords: death; coping with; old people; peacefully death.

ANTECEDENTES

La preocupación por la muerte ha existido desde el origen de la humanidad si bien su abordaje ha sufrido cambios considerables a lo largo de los años. Tradicionalmente la muerte se ha considerado como un fracaso de la medicina (Sleeman, 2013) y desde esta perspectiva se ha intentado luchar contra ella como si fuera siempre evitable, recurriendo en ocasiones a procedimientos terapéuticos agresivos poco recomendados dada la situación clínica particular del paciente, sometiendo a cargas de sufrimiento importantes (Aguilar, 2015).

Esta negación de la muerte también se percibe a nivel social. Tendemos a evitar todo aquello que tiene que ver con la muerte y lo que la acompaña, con cierta percepción subjetiva de invulnerabilidad. Como señala Azulay (2000), la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte. Pero por más que se intente, la muerte no puede retrasarse indefinidamente. Lamentablemente, hay enfermedades graves cuya evolución, y tras agotarse todas las opciones terapéuticas posibles, no conduce a la recuperación del paciente sino a su fallecimiento. En estas circunstancias cobra un papel importantísimo el alivio de los síntomas generadores de malestar, minimizando así el sufrimiento (Barbero, Bayés, Gómez y Torrubia, 2007). Se trata de evitar sufrimiento innecesario, aceptando la muerte como un hecho consustancial a la vida, puesto que la muerte en sí misma, es un fenómeno natural, inevitable, que afectará más pronto o más tarde a cualquier ser vivo (Bayés, Limonero, Romero y Arranz, 2000). En este sentido y de acuerdo con Callahan (2000), el objetivo de la medicina no debe limitarse a evitar y curar las enfermedades, sino que el objetivo de la medicina del S.XXI, ha de ser doble: prevenir enfermedades y evitar la muerte junto con otro objetivo igualmente importante como es proporcionar los mejores cuidados al final de la vida, es decir, cuando la muerte llegue es necesario garantizar que los pacientes mueran en paz.

En este contexto de atención y cuidado integral de la persona, además de proporcionar alivio del dolor y síntomas de malestar, es esencial considerar los aspectos psicosociales y espirituales (Bayés & Borrás, 2005; Benito & Barbero, 2008), remarcando la atención de aquellos factores que podrían ayudarnos a morir en paz.

La gran importancia de este tema contrasta con la escasez de trabajos realizados, en su mayoría llevados a cabo en el contexto hospitalario. En esta línea, un estudio pionero es el de Singer, Martin y Kelner (1999) llevado a cabo en Canadá, en el que pretendían identificar qué elementos constituirían cuidados de calidad al final de la vida para los pacientes. Más adelante, Bayés et al.

(2000) retoman esta y otras investigaciones y elaboran el Cuestionario de Ayuda a Morir en Paz para conocer en qué medida ciertos aspectos referentes al fenómeno de la muerte podrían ayudar en este proceso. En este sentido cabe señalar los trabajos realizados por el grupo de Bayés y Limonero (Bayés, 2004; Bayés et al., 2000; Limonero, Bayés, Piriz & Fisman, 2003) en profesionales sanitarios con experiencia en cuidados paliativos, y más recientemente el estudio llevado a cabo por Ballester, Gil, Gil y Gómez (2011) con familiares de pacientes críticos.

Si bien es cierto que la investigación sobre aspectos que podrían facilitar una muerte digna es escasa, esta laguna de información es todavía más evidente cuando el objeto de estudio es la población general. En esta línea destacarían dos trabajos realizados con población joven en nuestro contexto (Ballester, Gil, Ibáñez, Gómez & Gil, 2010; Gil, Ballester, Ibáñez, Gómez & Giménez, 2010). No obstante, un colectivo de particular interés lo constituiría la población general mayor no habiendo encontrado trabajos en la literatura revisada centrados en esta población. Para las personas mayores, la muerte y lo que realmente les ayudaría a que ésta fuera una muerte tranquila y en paz podría ser diferente a lo que considerarían personas de otras edades debido a su bagaje experiencial, a las condiciones de salud y aptitudes, entre otros factores. Se trata de una realidad en cuyo análisis es necesario profundizar con la finalidad de favorecer un afrontamiento a la muerte lo más adaptativo posible teniendo en cuenta aquellos factores más importantes desde el punto de vista de nuestros mayores.

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende analizar aquellos aspectos que ayudarían a facilitar una muerte en paz según las personas mayores, analizando la posible influencia en esta valoración de variables sociodemográficas como el género, la edad, haber vivido la muerte de un ser querido, padecer alguna enfermedad, haber sufrido alguna enfermedad cercana a la muerte y las creencias religiosas.

PARTICIPANTES

El estudio cuenta con la participación de 152 adultos con edades comprendidas entre los 50 y 77 años, todos ellos alumnos de la Universidad para Mayores (Universitat Jaume I de Castellón.). La edad media de los participantes es de 61,6 años (DT=4,9) siendo el 68,4% mujeres y el 31,6% hombres. En cuanto al estado civil, más de la mitad de los mayores están casados (64,5%), un 19,7% son viudos, un 7,9% separados/divorciados, el 7,2% solteros y un 0,7% son pareja de hecho. Más de la mitad de los participantes se consideran católicos no practicantes (56,6%), el 28,3% católicos practicantes, el 13,2% ateos/agnósticos y el 0,7% restante corresponde a otras religiones. El 28,9% de los mayores padece alguna enfermedad siendo el tipo de enfermedad que presentan, muy variado. Asimismo, cabe señalar que el 19,7% de los participantes ha sufrido una enfermedad cercana a la muerte y el 91,4% ha vivenciado la muerte de una persona cercana, habiendo perdido en su mayoría a madres (55,7%), padres (49,2%), pareja (15,8%) y hermanos (15%). Respecto al tiempo transcurrido desde la pérdida, en el 48,6% de los casos era inferior a un año. En la tabla 1 se muestran las principales características sociodemográficas de los participantes.

PERCEPCIÓN EN PERSONAS MAYORES DE QUÉ PODRÍA AYUDARNOS A MORIR EN PAZ

Tabla 1.
Características sociodemográficas de la muestra

| | Media (DT) |
|---|------------|
| Edad | 61,6 (4,9) |
| | % |
| Género | |
| Hombres | 31,6 |
| Mujeres | 68,4 |
| Estado civil | |
| Soltero | 7,2 |
| Casado | 64,5 |
| Viudo | 19,7 |
| Separado/divorciado | 7,9 |
| Pareja de hecho | 0,7 |
| Religión | |
| Ateo/agnóstico | 13,2 |
| Católico practicante | 28,3 |
| Católico no practicante | 56,6 |
| Otras religiones | 0,7 |
| Padecen una enfermedad | |
| Sí | 28,9 |
| No | 68,4 |
| Experiencia pasada de enfermedad propia cercana a la muerte | |
| Sí | 19,7 |
| No | 78,3 |
| Experiencia de muerte persona cercana | |
| Sí | 91,4 |
| No | 6,6 |

MÉTODO

Instrumento

El Cuestionario de Ayuda a Morir en Paz (Bayés et al., 2000), consta de dos partes. La primera, evalúa qué aspectos podrían ayudar a las personas a morir en paz, a través de la valoración de once enunciados, a los que se responde siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta (0= nada; 4= muchísimo). Una vez analizadas las posibilidades de la primera pregunta, se solicita al participante que priorice de entre los once, aquellos dos aspectos que más le ayudarían en el proceso de morir. En este estudio nos centramos en los datos obtenidos en la primera parte del citado cuestionario, la cual presenta una fiabilidad evaluada a través de su consistencia interna (alfa de Cronbach) en población general de 0,74. Esta cifra coincide con la obtenida en el contexto de UCI (Ballester, Abizanda, Edo, Ibáñez, Gil y Bernat, 2007) y es similar (0,77) a la mostrada por el grupo de Bayés y Limonero en otra investigación realizada con profesionales sanitarios (2000).

Procedimiento

Los participantes del estudio fueron informados de los objetivos y características del mismo. Complimentaron el cuestionario en el aula de forma voluntaria, anónima y confidencial. Durante el tiempo dedicado a la evaluación los participantes contaron con el apoyo de un psicólogo especialmente entrenado en este ámbito para atender cualquier duda que pudiera surgir. Asimismo, el profesional, para garantizar la privacidad y anonimato, se aseguró de que hubiera una distancia adecuada en el aula entre los distintos participantes.

RESULTADOS

Los resultados relativos a la valoración de las personas mayores sobre los diferentes factores que podrían facilitar una muerte en paz muestran que los aspectos que más les ayudarían llegado el momento serían “poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar vínculos afectivos con mis personas queridas” ($\bar{x}=3,2$; $DT=0,8$); “pensar que los médicos puedan controlar dolor y síntomas generadores de malestar” ($\bar{x}=2,8$; $DT=0,9$); “pensar que mi vida ha tenido algún sentido” ($\bar{x}=2,8$; $DT=1$); “pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una Unidad de Cuidados Intensivos” ($\bar{x}=2,7$; $DT=1,3$); “pensar que mi proceso de morir si me produce sufrimiento será corto” ($\bar{x}=2,6$; $DT=1,2$); “pensar que si la situación se me hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez” ($\bar{x}=2,6$; $DT=1,3$). En cambio, los dos factores menos valorados han sido “creer en otra vida después de la muerte” ($\bar{x}=1,4$; $DT=1,4$), y “pensar que podré morir en casa” ($\bar{x}=1,7$; $DT=1,4$). En la tabla 2 se muestran por orden de prevalencia los porcentajes de respuesta obtenidos en cada una de las alternativas posibles de los once enunciados del cuestionario.

Tabla 2.
Ordenación de factores que facilitarían una muerte en paz

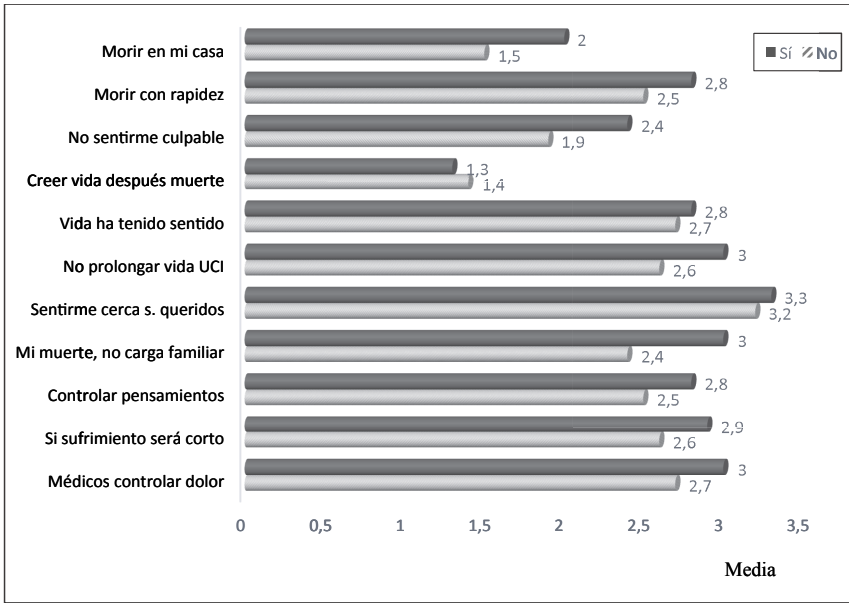
| Ítems | Nada | Un poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
|---|------|---------|----------|-------|-----------|
| Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas. | 1,3 | 1,3 | 12 | 42 | 43,3 |
| Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar. | 1,3 | 3,3 | 32,2 | 41,4 | 21,7 |
| Pensar que mi vida ha tenido algún sentido. | 4,1 | 5,4 | 27 | 36,5 | 27 |
| Pensar que, si no tengo una esperanza real de recuperación, no se prolongará artificialmente mi vida en una UCI. | 11,5 | 9,5 | 10,8 | 30,4 | 37,8 |
| Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto. | 7,2 | 10,5 | 25 | 27 | 30,3 |
| Pensar que si la situación se me hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez. | 12,2 | 6,1 | 18,4 | 34,7 | 28,6 |
| Pensar que mi muerte /desaparición no supondrán una carga insoportable (económica, afectiva o de otro tipo) para mis personas queridas. | 9,3 | 12,6 | 17,9 | 34,4 | 25,8 |
| Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas. | 5,3 | 14 | 24 | 33,3 | 23,3 |
| No sentirse culpable por conflictos personales del pasado. | 23,1 | 15 | 17 | 27,2 | 17,7 |
| Pensar que podré morir en mi casa. | 31,1 | 16,9 | 15,5 | 27,7 | 8,8 |
| Creer en otra vida después de la muerte. | 40,3 | 20,1 | 12,8 | 15,4 | 11,4 |

Al analizar la influencia de ciertas variables sociodemográficas en el afrontamiento de la muerte de las personas mayores, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en función de haber sufrido o no alguna enfermedad cercana a la muerte y las creencias religiosas, así como correlaciones también significativas en función de la edad. En este sentido observamos que

PERCEPCIÓN EN PERSONAS MAYORES DE QUÉ PODRÍA AYUDARNOS A MORIR EN PAZ

las personas mayores que han padecido una enfermedad cercana a la muerte valoran más que quienes no la han padecido, el “pensar que su muerte o desaparición no suponga una carga insoportable (económica, afectiva o de otro tipo) para sus personas queridas” ($t=2,18$; $p=0,031$) (gráfica 1).

*Gráfica 1.
Diferencias en función de haber sufrido o no una enfermedad cercana a la muerte*



Las diferencias en función de la religión (tabla 3) muestran que las personas mayores ateas/agnósticas son las que menos importancia dan a la “creencia de otra vida después de la muerte” frente los católicos practicantes y no practicantes ($F=18,73$; $p=0,000$). En cambio, son los mayores ateos/agnósticos quienes valoran más de forma significativa “pensar que si la situación se hace insoportable podrán disponer de ayuda para morir con rapidez” ($F=11,15$; $p=0,000$). Otro aspecto valorado también de forma diferencial al final de la vida es el “pensar que los médicos puedan controlar el dolor y otros síntomas generadores de malestar” ($F=4,38$; $p=0,014$) siendo en este caso los católicos practicantes los que menos lo valoran, así como “no sentirse culpable por conflictos personales del pasado” ($F=3,45$; $p=0,034$) menos valorado por los mayores católicos no practicantes.

Tabla 3.
Diferencias en función de las creencias religiosas

| Ítems | Ateo/Agnóstico (N=20) | | Católico practicante (N=43) | | Católico no practicante (N=86) | | F | p | BONFERRONI |
|--|-----------------------|-----|-----------------------------|-----|--------------------------------|-----|-------|-----------------|------------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | | | |
| 1. Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar. | 2,8 | 0,8 | 2,5 | 0,9 | 2,9 | 0,8 | 4,38 | 0,014* | 2<1,3 |
| 2. Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto. | 2,7 | 1,2 | 2,3 | 1,3 | 2,7 | 1,1 | 1,66 | 0,193 | |
| 3. Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas. | 3 | 1 | 2,4 | 1,2 | 2,5 | 1,1 | 1,85 | 0,161 | |
| 4. Pensar que mi muerte /desaparición no supondrán una carga insoportable (económica, afectiva o de otro tipo) para mis personas queridas. | 2,7 | 1,3 | 2,3 | 1,3 | 2,6 | 1,2 | 0,98 | 0,379 | |
| 5. Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas. | 3,1 | 1 | 3,2 | 0,8 | 3,3 | 0,8 | 0,61 | 0,543 | |
| 6. Pensar que, si no tengo una esperanza real de recuperación, no se prolongará artificialmente mi vida en una UCI. | 3,2 | 1,3 | 2,4 | 1,4 | 2,8 | 1,3 | 2,53 | 0,083 | |
| 7. Pensar que mi vida ha tenido algún sentido. | 2,7 | 1 | 2,9 | 1,2 | 2,7 | 0,9 | 0,58 | 0,563 | |
| 8. Creer en otra vida después de la muerte. | 0,6 | 1,3 | 2,3 | 1,4 | 1 | 1,2 | 18,73 | 0,000*** | 1<2,3 |
| 9. No sentirse culpable por conflictos personales del pasado. | 2,4 | 1,3 | 2,4 | 1,4 | 1,7 | 1,4 | 3,45 | 0,034* | 1,2>3 |
| 10. Pensar que si la situación se me hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez. | 3,1 | 1 | 1,8 | 1,5 | 2,8 | 1 | 11,15 | 0,000*** | 2<1,3 |
| 11. Pensar que podré morir en mi casa. | 1,4 | 1,6 | 2 | 1,4 | 1,5 | 1,3 | 1,53 | 0,219 | |

*p<.05;

**p<.01;

**

Según el género, la valoración diferencial de los distintos factores que podrían ayudar a morir en paz no llega a la significación estadística. No obstante, las mujeres valoran más que los hombres casi a nivel estadísticamente significativo “no sentirse culpables por conflictos personales del pasado” ($t=-1,95$; $p=0,053$) (tabla 4).

Tabla 4.
Valoración diferencial en función del género

| Ítems | Hombre (N=48) | | Mujer (N=104) | | t | p |
|--|---------------|-----|---------------|-----|-------|-------|
| | Media | DT | Media | DT | | |
| 1. Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar. | 2,7 | 0,9 | 2,8 | 0,8 | -0,38 | 0,704 |
| 2. Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto. | 2,7 | 1,1 | 2,6 | 1,2 | 0,28 | 0,776 |
| 3. Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas. | 2,3 | 1,2 | 2,7 | 1,1 | 1,69 | 0,092 |
| 4. Pensar que mi muerte /desaparición no supondrán una carga insoportable (económica, afectiva o de otro tipo) para mis personas queridas. | 2,5 | 1,2 | 2,6 | 1,3 | -0,33 | 0,742 |
| 5. Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas. | 3,1 | 0,9 | 3,3 | 0,8 | -1,47 | 0,144 |
| 6. Pensar que, si no tengo una esperanza real de recuperación, no se prolongará artificialmente mi vida en una UCI. | 2,5 | 1,4 | 2,8 | 1,3 | -1,07 | 0,285 |
| 7. Pensar que mi vida ha tenido algún sentido. | 2,7 | 1,1 | 2,8 | 1 | -0,59 | 0,559 |
| 8. Creer en otra vida después de la muerte. | 1,2 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | -0,90 | 0,368 |
| 9. No sentirse culpable por conflictos personales del pasado. | 1,7 | 1,5 | 2,2 | 1,4 | -1,95 | 0,053 |
| 10. Pensar que si la situación se me hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez. | 2,5 | 1,2 | 2,6 | 1,3 | -0,43 | 0,665 |
| 11. Pensar que podré morir en mi casa. | 1,5 | 1,4 | 1,7 | 1,4 | -0,95 | 0,343 |

*P <.05

PERCEPCIÓN EN PERSONAS MAYORES DE QUÉ PODRÍA AYUDARNOS A MORIR EN PAZ

Atendiendo a la edad de nuestros mayores los resultados muestran correlaciones significativas y de signo negativo en “pensar que si la situación se hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez” ($r=-0,29$; $p=0,000$); “pensar que mi muerte o desaparición no supondrán una carga insoportable para mis personas queridas” ($r=-0,26$; $p=0,001$); “pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se alargará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos” ($r=-0,25$; $p=0,002$); “pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas” ($r=-0,30$; $p=0,003$); “pensar que el proceso de morir si me produce sufrimiento será corto” ($r=-0,23$; $p=0,004$); “pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar” ($r=-0,22$; $p=0,005$); y “poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar vínculos afectivos con mis personas queridas” ($r=-0,18$; $p=0,025$) (tabla 5). Todos estos aspectos que acabamos de señalar son más importantes para ayudar a morir en paz cuanto menor es la edad de los sujetos o también podríamos decir que son menos importantes a medida que aumenta la edad de las personas mayores.

*Tabla 5.
Relación entre la edad y los distintos factores que ayudarían a morir en paz*

| Ítems | r | p |
|--|-------|-----------------|
| 1. Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar. | -0,22 | 0,005** |
| 2. Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto. | -0,23 | 0,004** |
| 3. Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas. | -0,30 | 0,003** |
| 4. Pensar que mi muerte /desaparición no supondrán una carga insoportable (económica, afectiva o de otro tipo) para mis personas queridas. | -0,26 | 0,001*** |
| 5. Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas. | -0,18 | 0,025* |
| 6. Pensar que, si no tengo una esperanza real de recuperación, no se prolongará artificialmente mi vida en una UCI. | -0,25 | 0,002** |
| 7. Pensar que mi vida ha tenido algún sentido. | -0,11 | 0,200 |
| 8. Creer en otra vida después de la muerte. | 0,14 | 0,099 |
| 9. No sentirse culpable por conflictos personales del pasado. | -0,10 | 0,213 |
| 10. Pensar que si la situación se me hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez. | -0,29 | 0,000*** |
| 11. Pensar que podré morir en mi casa. | -0,06 | 0,493 |

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Finalmente, en cuanto al análisis diferencial en función de variables sociodemográficas cabe mencionar que no se han obtenido diferencias significativas en ninguno de los aspectos valorados en función de padecer o no una enfermedad y haber vivido la muerte de un ser querido.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo pueden considerarse pioneros ya que no conocemos ningún estudio previo sobre el afrontamiento de la muerte llevado a cabo en población adulta general, lo cual dificulta la comparación de nuestros hallazgos. Si bien hemos comentado que la literatura científica sobre el tema es reducida, tendremos al menos la posibilidad de comparar nuestros resulta-

dos con los obtenidos en otras investigaciones llevadas a cabo con pacientes, profesionales sanitarios familiarizados con la muerte, estudiantes de enfermería y jóvenes.

A la luz de los datos obtenidos podemos decir que para las personas mayores los aspectos prioritarios al final de la vida serían aquellos relativos a la cercanía de las personas queridas, el control del sufrimiento físico y lo espiritual. Los tres factores más importantes hallados en nuestro estudio van en la línea de los del estudio de Bayés et al. (2000) llevado a cabo con profesionales sanitarios españoles. Asimismo, nuestros resultados coinciden en parte con los obtenidos en estudios previos realizados con estudiantes de enfermería, tanto en nuestro contexto (Colell, 2005; Colell, Limonero & Otero, 2003) como en Chile (Brito, Bocaz, Bustos & González, 2009), y con los resultados obtenidos en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (Ballester et al., 2011). Para todos ellos lo más importante llegado el momento de la muerte era “poder sentirse cerca, comunicarse y estrechar vínculos con sus personas queridas”.

Si nos centramos exclusivamente en el factor más importante a la hora de facilitar una muerte digna, nuestros datos difieren de los obtenidos en otros estudios llevados a cabo con pacientes. En este sentido Singer et al. (1999), en una muestra de pacientes crónicos en Canadá, encontraron que ante el final de la vida lo prioritario era evitar una inapropiada prolongación del proceso de morir. En esta misma línea, un estudio realizado con pacientes críticos en España (Gil, Ballester, Ibáñez, Gómez & Abizanda, 2010), muestra que lo más importante llegado el momento de la muerte no sería poder estar con los seres queridos, sino que en primer lugar estaría el poder controlar los síntomas generadores de malestar.

En cuanto a los aspectos que menos ayudarían a morir en paz desde el punto de vista de las personas mayores se encuentran el hecho de “morir en casa” y “creer en otra vida después de la muerte”. Cabe señalar que estos dos aspectos han sido los menos valorados en prácticamente todos los estudios comentados, tanto los llevados a cabo con profesionales sanitarios y estudiantes de enfermería como los de familiares y pacientes críticos. Asimismo, los resultados de un estudio realizado con población general joven en España también muestran como menos importantes ante el final de la vida los dos factores citados (Gil, Ballester, Ibáñez, Gómez & Giménez, 2010). Estos datos podrían indicar que lo más importante para las personas mayores no es dónde sino cómo y con quién se muere. Por otra parte, el creer en otra vida después de la muerte podría estar condicionado por el tipo de creencias religiosas de nuestros mayores. De hecho, al profundizar en el análisis de los aspectos más importantes ante el final de la vida en función de variables sociodemográficas, observamos diferencias significativas en función sus creencias religiosas, siendo los mayores ateos/agnósticos los que menos importancia dan a la “creencia de otra vida después de la muerte” y los que más valoran “pensar que si la situación se hace insoportable podrán disponer de ayuda para morir con rapidez”. Asimismo, las personas mayores que han sufrido alguna enfermedad cercana a la muerte valoran significativamente más que los que no la han padecido, el “pensar que su muerte o desaparición no suponga una carga insoportable para sus personas queridas”. Otra variable importante en la valoración diferencial en el afrontamiento de la muerte ha sido la edad. En este sentido podemos decir que a medida que aumenta la edad de las personas mayores ciertos aspectos relacionados con el control de síntomas físicos de malestar y la parte más relacional/emocional son menos valorados.

Es importante tener en cuenta que no se han obtenido diferencias significativas en función de otras variables que a priori podían parecer relevantes como el haber perdido a un ser querido.

Si bien es cierto que los resultados de este estudio proporcionan información valiosa sobre aspectos prioritarios al final de la vida desde la perspectiva de las personas mayores, permitiéndonos proporcionar una atención más ajustada a las necesidades de este colectivo, es necesario ser

PERCEPCIÓN EN PERSONAS MAYORES DE QUÉ PODRÍA AYUDARNOS A MORIR EN PAZ

prudentes en la generalización de estos hallazgos. Para ello sería importante ampliar muestra con personas mayores de contextos diferentes. Asimismo, es imprescindible considerar la existencia de diferencias individuales teniendo en cuenta que el hecho de que algunos factores hayan sido menos valorados en general no significa que no sean importantes para algunos mayores en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, B. (2015). Los fines de la medicina. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30, 8-12.
- Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte. *Medicina Paliativa*, 7(4), 145-156.
- Ballester R, Abizanda R, Edo MT, Ibáñez MP, Gil B, Bernat A. ¿Qué nos ayudaría a morir en paz? Análisis diferenciales en los diferentes agentes implicados en una Unidad de Cuidados Intensivos. V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies, Barcelona 12,13 y 14 de Julio de 2007.
- Ballester, R., Gil, B., Gil, M.D. & Gómez, S. (2011). Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Medicina Paliativa*, 18, 46-53.
- Ballester, R., Gil, B., Ibáñez, M.P., Gómez, S. & Gil, M.D. (2010). What could help to die peacefully from young people's perspective? *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 174.
- Barbero, J., Bayés, R., Gómez, M. & Torrubia, P. (2007). Sufrimiento al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 14, 93-99.
- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina Clínica (Barc)*, 122, 539-541.
- Bayés, R. & Borrás, F.X. (2005) ¿Qué son las necesidades espirituales? *Medicina Paliativa*, 12, 99-107.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Romero, E. y Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Medicina Clínica*, 115, 579-582.
- Benito, E. & Barbero, J. (2008). Espiritualidad en Cuidados Paliativos: la dimensión emergente. *Medicina Paliativa*, 15, 191-193.
- Brito, D., Bocaz, T., Bustos, M., González, R. (2009). Actitudes, emociones y percepción de la preparación asistencial y emocional de los estudiantes de enfermería ante la muerte y el enfermo terminal. *Medicina Paliativa*, 16, 152-158.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine*, 342, 654-656.
- Colell, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Colell, R., Limonero, J. & Otero, M.D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, vol. V, núm. 2. Agosto, 2003. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250205>
- Gil, B., Ballester, R., Ibáñez, M.P., Gómez, S. & Abizanda, R. (2010). Influencia de las variables sociodemográficas en los factores que ayudarían a morir en paz en pacientes de UCI. VIII Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. A Coruña, 5-8 mayo. Publicado en: *Medicina Paliativa*, 17, 67.
- Gil, B., Ballester, R., Ibáñez, M.P., Gómez, S. & Giménez, C. (2010). ¿Qué factores ayudarían a los jóvenes a morir en paz? VII Congreso de la AEPCP. Benicásim, 21-23 Octubre.
- Limonero, J.T., Bayés, R., Piriz, I. & Fisman, N. (2003). Afrontando el proceso de morir. Comparación entre las percepciones de los profesionales sanitarios españoles y argentinos.

Oncología Clínica, 8, 946-948.

Singer, P.A., Martin, D.K. & Kelner, M. (1999). Quality end of life care. Patients' perspectives. *JAMA*, 281, 163-168.

Sleeman, K.E. (2013). End-of-life communication: let's talk about death. *The Journal of the Royal College of Physicians Edinburgh*, 43,197-199.

