



## Percepción del concepto de muerte en personas mayores, de la región de los lagos

Lic. en Psicología Minier Francisca Bauer Mancilla

[Minierfrancisca.bauer@alumnos.ulagos.cl](mailto:Minierfrancisca.bauer@alumnos.ulagos.cl)

Facultad de Psicología, Universidad de Los Lagos,  
Campus Puerto Montt, Chile,

Lic. en Psicología Estefani Andrea Mancilla Muñoz

[Estefaniandrea.mancilla@alumnos.ulagos.cl](mailto:Estefaniandrea.mancilla@alumnos.ulagos.cl)

Facultad de Psicología, Universidad de Los Lagos,  
Campus Puerto Montt, Chile,

Mag. Mauricio Alejandro González Sepúlveda

[Mauricio.gonzalez@ulagos.cl](mailto:Mauricio.gonzalez@ulagos.cl)

<https://orcid.org/0000-0001-8123-1369>

Psicólogo, Académico de la Facultad de Psicología,  
Universidad de los Lagos, Campus Puerto Montt, Chile,

### RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer la percepción del concepto de muerte en personas mayores, de la Región de los Lagos. Se utilizaron entrevistas aplicadas a personas mayores, las cuales fueron previamente definidas como población objetivo para la investigación; Esta fue realizada bajo la metodología cualitativa utilizando técnicas descriptivas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Las personas mayores sienten tristeza al pensar en la muerte, lo cual asocian a no volver a ver a sus familiares cercanos en un periodo indeterminado de tiempo, generando así un estado de sufrimiento psíquico, de estos se desprender dos factores fundamentales en el concepto de muerte en personas mayores, el proceso de duelo y las relaciones familiares.

En conclusión y en relación a las categorías de análisis de resultados, están estrechamente relacionadas con los vínculos afectivos que logran generar las personas mayores con su entorno afectivo y significativo, lo cual nos muestra que, no tienen miedo a sentir dolor físico, padecer una enfermedad terminal y/o fallecer en causas imprevistas, sino, el miedo y tristeza se vincula directamente a la pérdida física de sí mismos que tendrán sus familiares y/o personas cercanas, incluso sus creencias religiosas les genera la esperanza de reencontrarse de cierta manera en otro espacio no físico, con sus familiares fallecidos tanto como las personas y familiares que dejaron en el espacio terrenal.

**Palabras Claves:** *persona mayor; muerte; percepción.*

Correspondencia: [Minierfrancisca.bauer@alumnos.ulagos.cl](mailto:Minierfrancisca.bauer@alumnos.ulagos.cl).

Artículo recibido 11 octubre 2022 Aceptado para publicación: 11 noviembre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar Bauer Mancilla, M. F., Mancilla Muñoz, E. A., & González Sepúlveda, M. A. (2022). Percepción del concepto de muerte en personas mayores, de la región de los lagos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 2675-2704. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3721](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3721)

## Perception of the concept of death in the elderly, in the los lagos region

### ABSTRACT

The main objective of this research is to know the perception of the concept of death in older people, in the Los Lagos Region. Interviews applied to older people were used, which were previously defined as the target population for the research; This was carried out under the qualitative methodology using descriptive techniques. The results obtained were the following: Older people feel sad when thinking about death, which they associate with not seeing their close relatives again in an indeterminate period, thus generating a state of mental suffering, from these two detachment fundamental factors in the concept of death in older people, the grieving process and family relationships.

In conclusion and in relation to the categories of analysis of results, they are closely related to the affective bonds that older people manage to generate with their affective and significant environment, which shows us that they are not afraid of feeling physical pain, suffering from a disease terminal and / or dying in unforeseen causes, but, fear and sadness are directly linked to the physical loss of themselves that their relatives and / or close people will have, even their religious beliefs generate the hope of being reunited in a certain way in another non-physical space, with their deceased relatives as well as the people and relatives they left in the earthly space.

*Keywords: elderly person; death; perception.*

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento genera cambios importantes en los ámbitos biopsicosociales de una persona, como ésta se relaciona con su entorno y como el entorno se relaciona con ellos, además cómo estos perciben la realidad en su día a día (Organización mundial de la Salud (OMS), 2018). Los cambios que ocurren con el envejecimiento, así como los problemas físicos y/o mentales que son ocasionados por problemas de salud y experiencias de cercanía a la muerte pueden ocasionar miedo ante esta, pudiendo favorecer el deterioro de la calidad de vida (Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2011; Mendoza y Martínez, 2013). Si bien estos autores mencionan que la muerte puede generar cierto grado de miedo en las personas mayores y favorecer el deterioro de su calidad de vida, no registra dentro de este estudio qué es lo que realmente ellos sienten, piensan, creen acerca de la muerte.

“En los 15 últimos años se han referido al tema 29 artículos, de los cuales dos de ellos corresponden a Chile” (Águila, Godoy y González, 2020, p.71). Esto según lo indica el artículo de los autores sobre la “Caracterización de la producción científica Iberoamericana sobre la percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte”. Estas investigaciones vuelven a señalar la importancia de indagar e investigar más acerca de la persona mayor. Un artículo de las autoras Lynch y Oddone, (2017), que se plantea conocer la percepción de la muerte a lo largo de la vida, en este estudio no se especifica ser un estudio dirigido a las personas mayores, sino que abarca desde el comienzo de la vida hasta el término de ésta, en diferentes etapas del ciclo vital.

En la búsqueda de literatura no se identificaron estudios en los que se analice la relación entre el miedo ante la muerte y el proceso de morir con la calidad de vida en las personas mayores. Existe poca evidencia empírica del estudio del miedo ante la muerte y el proceso de morir, en Colombia se encontró que el 63.5% de las personas mayores resultaron con miedo ante la muerte (Uribe, Valderrama y López, 2007). En psicología el concepto de muerte se define como un fenómeno que sucede a todos los seres vivos, es irreversible y comporta el cese de los procesos vitales (Domènech y Baños, 2005). Las personas mayores tienen miedo a la muerte y al mismo tiempo este temor provoca diferentes respuestas que vienen además acompañadas por una diversidad de factores ya sea situacionales, sociodemográficos y sociales, el temor se produce por lo impredecible por no saber con certeza lo que pasara cuando ya no esté él o ella y así tantas interrogantes más que actúan como condicionante en los comportamientos de las

personas mayores y de paso en la sociedad en el cual este mismo se encuentra inmerso (Duran, Maldonado, Martínez, Gutiérrez, Ávila y López, 2020). Actualmente la esperanza de vida en Chile tendrá un aumento en ambos sexos, alcanzando para el año 2050 a 83,2% para los hombres y 87,8% para las mujeres, específicamente población de 65 años y más lo que representará un 25% de la población para 2050 lo que constituye un claro ejemplo del proceso de envejecimiento de la población (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2014). La percepción de muerte conlleva una seguidilla de sentimientos y no siempre es posible, para todos los sujetos, evitar este miedo y algunas personas pueden desarrollar diversas psicopatologías derivadas del enfrentamiento doloroso de una pérdida o de la reflexión sobre la propia idea de la muerte (Swanson y Byrd, 1998), La aceptación consciente y realista de la muerte como proceso que forma parte de la vida, puede ser muy beneficiosa para los individuos y nuestra sociedad (Vilches, 2001). “La muerte puede sobrevivir en cualquier etapa de la vida, sin embargo, el orden natural supone que se produzca al final del ciclo completo, cuando su cercanía forma ya parte de la experiencia cotidiana”. (Isla, 2005; p.9).

En la etapa de las personas mayores (tercera edad) la persona evalúa todo lo acontecido a lo largo de la vida, en donde por un lado acepta la manera como ha vivido y muestra interés para encontrar motivaciones que le permitan tener una mayor aceptación de la muerte propia o de algún familiar (Alvarado y Salazar, 2014). A partir de la conciencia de finitud de la propia vida, esta se vive de dos modos, según se trate de la propia muerte o de la ajena (Zegers, 2002). Por el contrario, tienden a presentar emociones negativas, al saber que se encuentra en su etapa final y no se atreven hablar abiertamente sobre ello. Estas emociones tienen gran impacto en el significado que la persona mayor tiene acerca de la muerte y sobre el proceso de morir, lo cual le provoca sufrimiento y puede alterar sus pensamientos y retrasar la aceptación de la muerte (Viel, 2019).

### **Políticas Públicas para personas mayores en Chile**

El envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital es un proceso complejo y multidimensional de los seres humanos, por otro lado la vejez es un proceso individual en la cual se acumulan necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas y fortaleza (Kornfeld, Directora Nacional - SENAMA); El Sistema de Salud en Chile debe adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.(OMS, 2019) Desde la década de los 90 en Chile se han comenzado a diseñar

políticas públicas y acciones en pro de la calidad de vida de este creciente grupo de personas, este escenario conlleva la necesidad de revalorar al envejecimiento como un logro que genera oportunidades y al mismo tiempo significa un desafío en términos de políticas públicas (Minsal, 2018). Este incremento demográfico de personas mayores hace que la sociedad tenga que aumentar sus recursos para este grupo etario ya que serán una población más demandante en servicios de salud, seguridad, educación, transporte, economía, cultura, vivienda y por ende como resultado del acelerado envejecimiento aumentan consigo las enfermedades crónicas, discapacidad funcional, aislamiento social, además se predisponen enfermedades psicológicas que generan resultados negativos que afectan la salud de la Persona mayor (SENAMA, 2017), por lo cual, la Estrategia Nacional de Salud de Chile para el periodo 2011 – 2020 ha desarrollado objetivos estratégicos en los que la atención de salud de las personas mayores, es reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital (Minsal, 2014).

#### **De Adulto Mayor a Persona Mayor**

Davobe, Fernández y Nawojcky (2017, p.4) refieren que, “la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores (PM) define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor”. En cuanto a la Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital, menciona que “Al ratificar la Convención Interamericana de Protección de los Derechos de las Personas Mayores, Chile adopta cierta terminología asociada a conceptos teóricos y enfoques como el de Género y Curso de Vida, esto con el objetivo de proporcionar expresiones adecuadas para referirse a las personas mayores, disminuir el estigma asociado a la vejez y el envejecimiento, dar a conocer que las personas mayores aumentan sus niveles de bienestar subjetivo en la última etapa de sus vidas, desincentivar los adjetivos relacionados con el sufrimiento y padecimiento de quienes viven con enfermedades como la Demencia y se encuentran en cuidados paliativos” Davobe, (2016, p.16).

## **El envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial**

Ahora bien, el envejecimiento se les denomina así a todos los cambios biológicos estructurales y funcionales que acontecen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senectud denominamos envejecimiento. (OMS, 2018) Se trata de un proceso dinámico, complejo, irreversible, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética de éste y su medio ambiente. Los cambios biológicos producen, en los órganos, pérdida de función y una disminución de la máxima capacidad funcional, pudiendo muchos sujetos seguir con su capacidad de reserva funcional, más allá de las necesidades comunes. Los sistemas de reparación, durante la época post madura, no van a ser capaces de eliminar completamente las lesiones de la acción de envejecer sobre las células, tejidos y órganos produciéndose, como resultado, el deterioro progresivo de los sistemas por acumulación de lesiones. (Salgado, Guillén y Ruipérez, 1993; Ceballos, 2014). Hay dos tipos de envejecimiento, normal y patológico; Es la suma de la senectud biológica y de las consecuencias psíquicas del percatarse de que la muerte se va acercando. Si el anciano se aísla emotivamente y deja caer lo que fue valioso, los objetos internos y los proyectos amados que antaño le fueron significativos, se apagará su deseo de vivir. También es importante que retenga o establezca vínculos con gente próxima que lo apoye física y emocionalmente. (Ceballos, 2014).

### **1. Envejecimiento normal**

Se denomina envejecimiento normal, al proceso que implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento del pelo). Muchas personas mayores logran avanzar sus vidas sin apenas mostrar un declive cognitivo que dificulte su capacidad de vivir como lo han hecho siempre (Burgos, 2019; Wilson, Bennett y Swartzendruber, 1997).

### **2. Envejecimiento Patológico**

En la otra vereda, se determina como envejecimiento patológico o secundario a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos y que no forman parte del envejecimiento normal, como, por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo leve (DCL), depresión. (Bondi y Tröster, 1997; Barrera y Donolo, 2009).

En conclusión, las personas mayores de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cuales quiera que sean los hábitos y comportamientos es relevante mencionar que en este grupo se encuentran las personas cuya sobrevivencia depende de terceros. (González, Ham-Chande, Demogr; 2017)

### **3.Envejecimiento Óptimo**

Dentro de estas distinciones también encontramos el envejecimiento óptimo el cual refiere al envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales), teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades. (Sarabia y Castillo, 2009). De acuerdo con lo antes mencionado, el envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud (física y psicológica), fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludables, entre otros, de forma que eviten en la medida de lo posible la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo, de redes sociales. La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando, por tanto, un envejecimiento óptimo. (Baltes, 1990; Sarabia, 2009; Castillo, 2010; Schaie, 1996). Se hace sumamente relevante investigar e indagar acerca de los diversos conceptos de muerte que podrían tener las personas mayores.

#### **Concepto de Muerte**

La muerte es la cesación o el término de vida. El acto de morir es un proceso normal que le ocurre a todos los seres vivos. Y al igual que el acto de nacer, constituye una parte más de la existencia. Es una experiencia única de cada persona, que representa la culminación del proceso global de envejecimiento. Para algunas personas, el proceso de la muerte ocurre de una forma rápida, sólo en un período de unas cuantas horas o días. Sin embargo, para otras personas el proceso que conduce a la muerte resulta un proceso

lento y de deterioro, que se puede prolongar durante meses y posiblemente años (Ceballos, 2014). La muerte se muestra lo suficientemente compleja, ambigua y desconocida como para escapar una y otra vez a todos los intentos de aprehender intelectualmente y de conceptualizar. La muerte es concebida como algo aleatorio, indeterminable, ya que no sabemos el cuándo ni el cómo, ni el porqué. La muerte es universal, todo lo que vive está destinado a desaparecer y es único ya que constituye para cada uno de nosotros un acontecimiento sin precedentes y que no se ha de repetir. (Picabia y Antequera, 1993).

### **1. Distinción entre Concepto de Muerte y el concepto de Finitud**

Es relevante señalar que la palabra muerte está comúnmente asociada a la palabra finitud, la cual hace referencia a el fin de la vida, el término de algo, sin esperanzas de que haya algo más, el término (ya sea muerte o finitud) tiene una carga cultural importante (creencias religiosas) por quienes la utilicen. (Águila, Godoy y González, 2020). La muerte y el morir son eventos no sólo biológicos sino como ya mencionamos abarca una dimensión religiosa, social, filosófica y antropológica. En la sociedad occidental, hay una tendencia de alejarse de la idea de muerte, con una falsa creencia de la inmortalidad. Hay dificultad en pensar el tema de la muerte y el morir en sus aspectos de proceso y con sus múltiples significados. Este punto de vista implica una visión de muerte injustificada o inesperada. (Raylane da Silva, Araújo Lima, Freitas da Silva, Ferreira de Souza y Santiago, 2015).

### **2. Relación entre concepto de muerte y Persona Mayor**

Por otra parte, para los ancianos, la muerte es una realidad cercana y latente, ya que muchos de sus compañeros de vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectados por enfermedades incurables y da lugar a que sea un tema más próximo y tangible que en generaciones anteriores, considerando también en la etapa de desarrollo de su ciclo vital en que estos se encuentran. (Duran et al, 2020) La muerte contiene una enorme cantidad de incógnitas, pero es un hecho inevitable, natural a la condición humana, como lo es el rechazo que despierta, con la consiguiente angustia y temor. (Ceballos, 2014). La muerte abarca ciertas trayectorias, actitudes, miedos, temores para la población de personas mayores, en esta parte del proyecto de investigación, se abordará cómo pueden sentir, pensar y ver la muerte (Ceballos, 2014).

### **3. Procesos ante el concepto de muerte**

Desde la mirada de la psicología y la trayectoria de la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual (Kastenbaum y Costa, 1977). Aunque en realidad, la muerte en sí misma, es un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico entre otros aspectos. (Ceballos, 2014). Por ejemplo, Muchas personas mayores de nuestra sociedad comienzan una muerte psicosocial mucho tiempo antes de que el cuerpo desarrolle enfermedades físicas, las personas mayores se van desligando progresivamente de su entorno y se van retrayendo de modo paulatino en un estado de aislamiento. Las enfermedades crónicas causan un trastorno en las relaciones sociales, ya que alteran la movilidad, el discurso y la facultad auditiva, entre otros problemas (Cummings; Henry; 1961). La gran mayoría de las personas de 60 o más años se mantienen activas y saludable, hay algunas, que tienen condiciones emocionales tales como lo son: La 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. (Torregrosa, Núñez, Morales y Sablón, 2005). Estas circunstancias o la combinación de ellas afectan la independencia, la imagen propia y el sentido de respeto y confianza en sí mismo. En el presente trabajo, nos centraremos netamente en los aspectos psicológicos de la percepción de muerte en las personas mayores, de cómo estas perciben, sienten, cuál es la actitud que tienen las personas mayores y como ven e interpretan la muerte.

### **4. Actitud ante la muerte**

La actitud está compuesta por 3 elementos fundamentales, los cuales son lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual. Lo cognitivo se refiere a las ideas y creencias sobre el objeto de la actitud. Por otro lado, lo afectivo, son las emociones que produce el objeto de la actitud y finalmente lo conductual que hace referencia a la acción respecto al objeto de la actitud (Ceballos, 2014); Allport, 1935) Aunque se afirma que la medida de las actitudes carece de valor predictivo sobre la conducta, porque las actitudes sólo son uno de los factores que determinan la conducta. Los componentes pueden o no estar relacionados, debido a que a veces hay contradicciones entre ellos. Por ejemplo: realizar acciones totalmente opuestas a lo que el sujeto cree (Ceballos, 2014; Allport, 1935). La muerte

genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes en las personas mayores (y en algunas personas con trastornos psicológicos como lo son las patologías de carácter depresivas y ansiosas), La ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, de ya no estar en la tierra, que se desvaneció que simplemente llegó su fin, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, entre otros factores (Limonero, 1994). La actitud frente a la muerte, como ya hemos mencionado a lo largo del proyecto de investigación, está compuesta de múltiples factores, algunos de ellos son la personalidad de la persona mayor, su estilo de vida, el contexto sociocultural, las relaciones humanas que se han tenido y las que se mantienen con la familia y los amigos, el dolor padecido, entre otros, es una actitud individual de la persona mayor, en relación a las actitudes se distinguen cuatro tipos de actitudes entre las personas mayores y el concepto de muerte.

Barraza y Uranga, (2006); Uribe, Valderrama Orbegozo y López, (2007); Ceballos, (2010); Plantean que estas actitudes son:

#### ***4.1. Actitud de indiferencia***

El adulto mayor se muestra resistente al tema de la muerte, quitándole importancia a dicho momento; como, por ejemplo: “era normal que un día sucediera...”, “a todos nos toca”, “cuando se llega a viejo ya no queda de otra que morir”, entre otras.

#### ***4.2. Actitud de temor***

Puede verse reflejada en el momento en donde la persona mayor, trata en lo posible evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte, y sus expresiones sólo se orientan a manifestar sus quejas de dolor y sufrimiento. Quizás no están tan ligadas a la muerte en sí sino en cómo será el proceso individual de cada persona mayor, como, por ejemplo: temor al dolor a causa de alguna enfermedad terminal, al sufrimiento inútil que causa alguna enfermedad, y cómo estos vivirán el proceso.

#### ***4.3. Actitud de descanso***

El tema de la muerte es entendido como la culminación del sufrimiento y por ende de la llegada de paz y de tranquilidad, esta actitud está más presente en las personas que han padecido de alguna enfermedad crónica o de aquellas que han experimentado mucho sufrimiento y dolor a lo largo de su vida, ya sea por alguna enfermedad orgánica o psicológica.

#### **4.4. Actitud de serenidad**

Puede darse cuando el adulto mayor se siente satisfecho con lo vivido y por tanto se siente preparado para la llegada de la muerte. El anciano tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás. Según la Autora Grisela Ceballos, 2014 “Las personas mayores, revisan su propia vida y puede que se sienta satisfecho de que valió la pena su vida, o trate de reparar fracasos anteriores. A muchas personas mayores les preocupa la carga que pueden representar para su familia, especialmente para el cónyuge anciano. Algunos mayores optan por ir a vivir a un asilo de ancianos, pues consideran que vivir con los hijos resulta destructivo para la familia. Además, las personas mayores se aferran con más fuerza a la tradición religiosa, y es más probable que crean en la vida después de la muerte, más que las personas jóvenes...”

#### **5. Miedo**

Según la psicología experimental, existen seis emociones primarias: alegría, sorpresa, ira, tristeza, asco, y miedo, el miedo es una de las emociones más básicas del ser humano, así como de cualquier mamífero (Paul Ekman, 1979). Es una emoción que cumple un papel fundamental: la supervivencia, es una emoción básica y primaria, ya que se encuentra en todas las culturas y sentirla trae grandes consecuencias sobre el organismo. (Camacho, 2015). En otras palabras, el miedo es la sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario. Según la Asociación de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores del Sector Solidario (LARES) se categorizan cuatro tipos de miedo:

##### **5.1. Miedo a la muerte**

Se refiere a la respuesta consciente que tienen las personas ante la muerte, en donde las variables se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte. (Gesser, Wong y Reker, 1988).

##### **5.2. Miedo al dolor**

El miedo al dolor es universal, no es únicamente una experiencia sensorial, ya que también implica múltiples factores psíquicos y emocionales. (Sánchez, 2009). Aun así, el dolor en la persona mayor es de algún modo diferente. La tolerancia al dolor, medida por la presión en el tendón de Aquiles, disminuye a medida que aumenta la edad. Sin embargo, otros han advertido que a medida que las personas envejecen, su tolerancia al

dolor en respuesta a los estímulos periféricos o de la piel en realidad aumenta (Woodrow, 1975). El dolor es subjetivo y causa temor, bien sea real o imaginado por ciertas psicopatologías (Ej. Algofobia)

### **5.3. Miedo a la Soledad**

La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad. La soledad es un hecho cada vez más estudiado e investigado por diferentes autores. Aun así, no se empezó a tener en cuenta desde la dimensión psicológica recién en los años 50 del pasado siglo, y es a partir de los 80 cuando se comienzan a publicar diferentes estudios empíricos (Rodríguez, 2009). El miedo a la soledad se ve intensificado en el caso de los ancianos que mueren internos en una institución. Pueden demostrar este miedo en muchos aspectos. El acto de morir es una experiencia individual como ya hemos mencionado anteriormente. Cada uno de nosotros debemos afrontarla solos, pero el hecho de estar acompañados o no en el proceso de morir dependerá de quien se encuentre en su lecho de muerte y de las condiciones sociales y familiares en que se encuentre (tener o no familiares, amigos, etc.) (Ceballos, 2014; Rodríguez, 2009).

### **5.4. Miedo al sin Sentido**

Si los ancianos obtienen pocos logros y consideran su vida actual improductiva, puede que rememoren continuamente experiencias del pasado que justifiquen su independencia y capacidad productiva, así como lo describe Erick Erikson en las Etapas del desarrollo Psicosocial, estarían en un estado de crisis, desesperanza. Los ancianos que están en la etapa de morir pueden pasar muchas de sus últimas horas rememorando el pasado, recordando lo bueno y lo malo de esta (Ceballos, 2014). Esta revisión de la vida responde a un deseo de reconciliar el pasado con el presente, de modo que la vida pueda seguir evolucionando y cambiando hasta el final de la vida misma. Indicó que este proceso mental permite al anciano adaptarse a las nuevas circunstancias de la fase final de la vida (Buter, 1974).

## **6. Lugar de la Muerte de la Persona Mayor**

El lugar donde pasamos nuestros últimos momentos sin duda es un lugar significativo tanto para la persona mayor, como para la familia, amigos, o su entorno. Es probable si es que, se tuvieran las condiciones para decidir donde fallecer, la mayoría de las personas

mayores elegirían, quizás, su propio hogar. Sin embargo, el lugar donde se produzca el hecho o muerte de los sujetos, tienen sus propias ventajas y desventajas (Ceballos, 2014):

### **6.1. Muerte en casa**

Como se mencionó anteriormente, si las personas en sí tuvieran la posibilidad de elegir el lugar donde morir, lo más probable es que sea en su propia casa. Una persona que decide morir en casa les está pidiendo a los seres queridos que asuman la responsabilidad de dejarles morir. Esta situación suele suponer una responsabilidad emocional tan importante que la familia se ve obligada a ingresar a la persona en el hospital cuando se encuentra ya en la fase agonizante. Es una petición devastadora solicitar de un ser querido que asuma la responsabilidad de dejarte morir. (Ceballos, 2014). Sobre el derecho a la muerte en casa refleja todos los elementos de un proceso adecuadamente elaborado y controlado: Un enfermo competente e informado capaz de planificar explícitamente el proceso de final de vida; Un control de síntomas adecuadamente controlados; La ausencia de dolor u otros síntomas refractarios al tratamiento establecido previamente al momento de la detección de alguna enfermedad; Un intenso y efectivo soporte familiar y social que esté totalmente dispuesto a estar con la persona en todo el proceso de su vida y también de su muerte, y un apoyo sanitario comunitario y especializado en cuidados paliativos domiciliarios como la atención primaria y salidas a terreno para evaluar a personas mayores que requieran de cuidados en casa (Tuca y Santiña, 2014; Duran et al, 2020; Torregrosa, Núñez , Morales, Sablón , 2005.). Ante esta situación, la muerte en casa, en un entorno familiar, donde el sujeto pueda sentirse acompañado por las personas más significativas, es una forma de despedirse de manera tranquila y afectiva de quienes ellos consideren personas cercanas y que tuvieron un lugar importante a lo largo de su vida. (Duran et al, 2020)

### **6.2. Muerte en el Hospital**

Cuando un paciente llega a la sala de urgencias, se verá rodeado de diligentes enfermeras, practicantes, internos, residentes, quizás un técnico de laboratorio, que le extraerá un poco de sangre, un técnico de electrocardiogramas que le hará un electrocardiograma. Lenta, pero inexorablemente, está empezando a ser tratado como una cosa. Ya no es una persona. A menudo, las decisiones se toman sin tener en cuenta su opinión. Puede que le lleven a la sala de operaciones o a la unidad de tratamiento intensivo, y se convertirá en objeto de gran interés y de una gran inversión financiera,

casi como un objeto de estudio digno de investigar, experimentar que es lo que mejor resulta para su condición (Ceballos, 2014). Sin embargo, en algunas ocasiones es la única alternativa de deceso, dado a la gravedad de la enfermedad, o bien si es algo repentino en un ser humano y presenta ciertas afecciones médicas de forma inesperada ya sea por la familia como por el sujeto. En Europa los porcentajes de muerte hospitalaria van desde 33,9% (Holanda) a 62,8% (Gales). En aquellos países con mayor proporción de muertes hospitalarias, se han realizado políticas públicas específicas para disminuir este porcentaje con resultados favorables (Ej. Inglaterra o Francia). Sin embargo, en Canadá, sin esfuerzos específicos también se ha visto una reducción, quizás porque los pacientes no alcanzan a llegar al recinto hospitalario o bien fueron diagnosticados y desahuciados en su hogar con tratamientos paliativos (Browne, Castro y Pavlovic, 2014). Desde un punto de vista nacional, en Chile, en cambio, los estudios que han analizado el lugar de muerte son escasos. En 2007 con el objetivo de describir las causas de muerte en una región en particular, Leiva y León describieron el lugar de muerte para la población general chilena usando datos entre 1990 y 2003. A pesar de lo mencionado, hasta donde sabemos no existen estudios que analicen datos actualizados (Browne et.al, 2014). En el mismo estudio mencionado de Browne et al. (2014) se denomina como “El Lugar de muerte en Chile: un estudio descriptivo de serie temporal entre 1990-2014” refieren que el 43% de la muestra ocurrieron en hospitales y que fallecer en casa está asociado directamente a la buena calidad de vida que tenga el sujeto a la hora de fallecer, tornándose de esta manera como un privilegio social y afectivo de parte de las personas que están ad portas de fallecer. Para finalizar, cabe destacar que de forma predictiva se espera que, en el año 1980, el 40 % de toda la asistencia directa de los hospitales fue administrada a personas que sobrepasan los 65 años. Para el año 2050 las personas mayores requerirán casi el 80 % de la asistencia hospitalaria. (Oakley, 1986)

### ***6.3. Muerte en un Hogar de ancianos/as***

La familia juega un papel fundamental, se la puede considerar el principal soporte social y afectivo del o la anciano/a, considerando las relaciones y el amparo en los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra la soledad. El rol de abuelo podría ser una muy buena solución para conseguir una mejor relación familiar. (Rodríguez, 2009); Pero hay quienes no encajan en el prototipo de familia nuclear, y donde por voluntad propia o por decisión familiar, son trasladados hasta hogares de ancianos/as para pasar

los últimos años de vida. La escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa (Rodríguez, 2009). Por otra parte, los hogares de ancianos proporcionan un ambiente adecuado para el cuidado a largo plazo en la atención de personas mayores, por lo general hasta su muerte, y están altamente diseñados y capacitados para poder cuidarlos y acompañarlos hasta el último suspiro y aliento de vida de las personas mayores que asisten de forma permanente en dichos lugares. En este sentido, los hogares de ancianos/as o centros gerontológicos pueden suponer una oportunidad de desarrollo de los cuidados paliativos y pueden constituir una alternativa al cuidado a domicilio y la hospitalización en aquellos pacientes que así lo requieran (Hall, Petkova, Tsouros, Costantini y Higginson, 2011).

#### ***6.4. Muerte en Personas mayores en situación de Calle***

El estar en la calle y el consecuente rompimiento con el entorno familiar y/o abandono de estos, obedecen a un conjunto de factores tales como violencia, maltrato y el abuso sexual, la pobreza e insuficiencia de recursos materiales, abandono, aburrimiento, sobrecarga de tareas en el hogar. Lejos de las explicaciones absolutistas que enfatizan un solo factor (económico, psicológico, etc.), esta salida representa un fenómeno multicausal (Makowski, 2010). Estas personas son una parte importante de la sociedad, la cual a veces se estigmatiza y se le pone etiquetas, violando sus derechos individuales (Fuentes y Flores, 2016). En esta misma línea los autores (2016, p.165-167) mencionan que “Los actos de discriminación también colocan en situación de riesgo al discriminado, al aislarlo tanto física como psicológicamente de su propio entorno, no considerarlo en la toma de decisiones como en situaciones extremas, proceder al despojo de sus propios bienes por parte de aquellos que tienen la obligación moral y jurídica de procurarlos”. Estas personas, mueren solos, muchas veces acompañados de otros indigentes o las mascotas que van adquiriendo al paso de los años, este tipo de condición genera una muerte indigna en nuestras personas mayores, considerando el abandono y soledad, como principal causa de su situación.

#### ***6.5. Muerte digna***

El derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida, esto implica que el significado que se atribuye al concepto "morir con dignidad" es en efecto, lo que se entiende por "derecho a una muerte digna" lo cual alude al derecho a vivir

humanamente la propia muerte. (Taboada, 2000). Esta requiere de ciertas condiciones, como lo son, por ejemplo, un entorno estable y cómodo, con la posibilidad de que el sujeto cuente con un alivio físico, psicológico y espiritual (Por ejemplo, acompañados de algún sacerdote o pastor), exige confortabilidad, un dolor mínimo, tranquilidad y la ausencia de medidas heroicas que prolonguen innecesariamente la vida. (Sims, 1975; Fayback, 1975; Cooper, 1973).

### **7. Suicidio en Personas Mayores, Perspectiva Nacional (Chile)**

La subsecretaria de Salud Pública Sra. Paula Daza recalcó en la conmemoración del día mundial de la prevención del suicidio, que por cada persona que se suicida en Chile, hay al menos 20 personas que han tenido la intención y hay 50 que han tenido la ideación. Es decir, han ideado cómo hacerlo. La tasa de suicidio en adultos mayores sobre 60 años alcanza 12,45 x 100.000 habitantes. Es decir, en Chile 360 adultos mayores se quitan la vida cada año (Minsal, 2019). Según cifras que señala el Ministerio De Salud De Chile (Minsal) refiere que los adultos mayores consumen en promedio cinco medicamentos distintos cada día y, entre sus enfermedades crónicas más habituales está la hipertensión arterial, diabetes, colesterol, problemas para dormir y depresión. Además, agregaron que de manera concreta que 1.800 personas se suicidan al año en nuestro país, tasa que es liderada por las personas mayores. Entre quienes tienen 80 años y más, este índice aumentó en 133%, siendo el grupo etario donde más creció, pasando de 27 casos a 63. Lo siguen los adultos mayores de entre 60 y 69 años, entre los cuales los suicidios se incrementaron un 76%. (Minsal, 2019). Según señala el Servicio Nacional Del Adulto Mayor En Chile (SENAMA) En el año 2018, a nivel nacional, se realizaron cerca de 4 millones de consultas de salud mental en el sector público (Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centro de Salud Mental (COSAM)), de las cuales aproximadamente 800 mil fueron dirigidas a personas mayores.

### **MÉTODO**

La metodología que se utilizó para esta investigación fue de tipo cualitativa; Según Blasco y Pérez (2007, p.25) “Estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes”; Lo cual responde en concreto a los

métodos que deberemos utilizar, el cómo se recopila la información y cómo se interpretara los datos e información; se considera en la metodología cualitativa que el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo (Taylor y Bogdán, 1987); Se estudia a las personas en el contexto de su pasado y las situaciones actuales en que se encuentran. (Creswell, 1998:65; Blasco y Pérez, 2007).

### **Tipo de estudio**

Se utilizó el enfoque biográfico el cual constituye una metodología de investigación cualitativa, que integra los relatos de toda una vida o de determinadas etapas o acontecimientos biográficos de relevancia de la persona estudiada, además de toda la información o documentos de los que se pueda disponer sobre la vida del sujeto objeto de estudio, con el propósito de conocer y analizar la percepción de la realidad social de la persona estudiada. (Cornejo, 2006). Además, también se utilizó la técnica de relatos de vida, el cual se trata de una técnica cualitativa a partir de la cual un investigador recoge la narración biográfica de un sujeto. (Cornejo, 2008; Meneses y Cano, 2008). El objetivo del relato de vida no es necesariamente la elaboración de una historia de vida a menos que sea muy excepcional, pero más bien, toma relevancia y es eficaz como método para la obtención de información para cualquier tipo de estudio, más aún el de contenido cualitativo. (Cornejo, Morales, Kovalskys y Sharim, 2006; Cornejo, Rojas y Mendoza, 2007).

### **Tipo descriptivo**

Este tipo de estudios, ponen su interés en la descripción de la información obtenida, sin conceptualización ni interpretación (en realidad tienen un bajo nivel de interpretación). Pretenden describir de forma fiel la vida, lo que ocurre, lo que la gente dice, cómo lo dice y de qué manera actúa. Se suelen presentar como una narración (Taylor y Bogdan, 1984). Desde la mirada cualitativa, también se indica que quien investiga se limita a definir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, tal sería el caso de estudios que por ejemplo, describen la presencia de un determinado factor ambiental, una determinada enfermedad, mortalidad en la población, etc., pero siempre referido a un momento concreto de la vida del sujeto o bien de la contingencia que se puede estar viviendo en el momento de la investigación (Acosta, 2015).

### **Población Objetivo y Criterios**

La población objetivo de la investigación realizada se centró netamente en personas mayores de tercera edad (60-79 años) que pertenezcan a la Región de Los Lagos, los cuales pueden ser mujeres y hombres, y pueden variar de sectores siempre y cuando sean de la Región (urbana, rural, comunas, etc.). Para fijar la población objetivo se utilizaron criterios de inclusión, los cuales se describirán a continuación:

#### **Criterios de inclusión**

- A. Ser autovalente
- B. Contar con acceso a internet
- C. Participación voluntaria
- D. Dar consentimiento para grabar la entrevista
- E. Manejo básico en plataformas virtuales y RRSS (como lo son Meet, Zoom y WhatsApp)
- F. Que sepan escribir y leer
- G. Disponer de un ordenador/computador o teléfono con el cual se pueda conectar para la entrevista.

#### **Muestra**

El tamaño de la muestra fue de un total de 4 sujetos. Según, Glaser y Strauss, 1967; Taylor y Bogdán, 1984, para iniciarse en la investigación cualitativa esta puede comenzar con un número pequeño de informantes por ejemplo 4 o 5 participantes.

Por otro lado, acerca del enfoque biográfico y la técnica de relatos de vida con pautas semiestructuradas Cornejo et.al, (2008, p.33) recomiendan que “Junto con definir al inicio los criterios de inclusión y exclusión, también es necesario considerar que, dado que el objeto de estudio se irá reconstruyendo a medida que avanza el proceso de investigación, el muestreo se guiará en función de cómo avancen y se vayan desarrollando los análisis realizados. Respecto a cuántos narradores convocar, las decisiones serán en gran parte determinadas por las características, propósitos y orientaciones particulares de cada investigación, así como por criterios relativos al tiempo disponible para realizar la investigación”.

#### **La técnica de muestreo**

Se utilizó la técnica de muestreo intencionado/a, ya que, permite seleccionar casos característicos de una población, limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en los que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es

muy pequeña. Da la flexibilidad de que, puede ser el investigador quien seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. (Otzen y Manterol, 2017)

### Técnicas para la recolección de información

La técnica que se aplicará es el relato de vida a través de una pauta semiestructurada de preguntas, que se busca dar naturalidad, incluso pueden tener varias fases o realizarse durante varios días, generalmente se basan en preguntas abiertas y neutrales, el entrevistado es quien debe expresar sus opiniones o juicios (Mata, 2020).

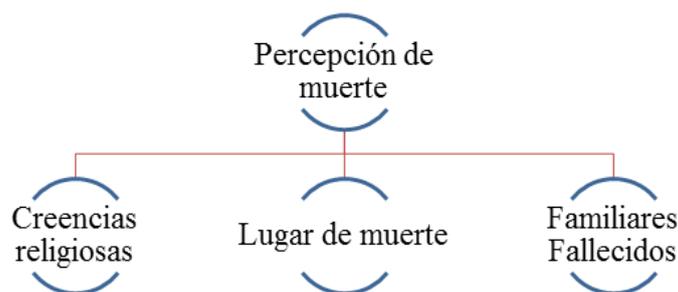
Para la presente investigación se utilizó el criterio de la saturación teórica, la cual se refiere “al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, grupos de discusión, etc. El material cualitativo deja de aportar datos nuevos, en ese instante, los investigadores/as dejan de recoger información” (Bonilla y Rodríguez, 1997, p. 158).

Por otra parte, se utilizó el análisis de contenido; esta es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados u otros, se basa en la lectura como instrumento de interpretación de datos. Esta lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser sistemática, objetiva, replicable, y válida. (Andreu, 2018)

Es importante señalar que el relato de vida con pautas semiestructuradas se realizó a través de llamadas telefónicas y por la red social WhatsApp de forma virtual, Esto dada la contingencia por el Coronavirus del 2019 (COVID-19), que mantiene vigente una pandemia mundial y donde nuestra población de estudio, corresponde a la categoría de población de riesgo de este nuevo COVID-19. (OMS, 2020).

## RESULTADOS

Figura 1



Durante la aplicación y análisis de las entrevistas se consideraron las siguientes categorías, las cuales predominaron en las respuestas de los entrevistados (Fig. 1):

### 1) Percepción de muerte

La percepción del concepto de muerte que presenta la muestra, indica que la perciben como algo natural, un proceso biológico que debe ocurrir. Sin embargo, manifiestan sentir tristeza, la cual predomina en cuanto a las otras emociones y sentimientos, las/el participante/s se refieren, principalmente a felicidad, alivio y miedo. Expresan en su totalidad que el mayor motivo por el cual pueden sentir miedo y/o tristeza es debido al hecho de no volver a ver a sus familiares cercanos y que ellos sufran su pérdida y no puedan superarlo. Por ende, la percepción de muerte está ligada de manera directa con el posible sentir de sus familiares con respecto a sus muertes.

Las respuestas a continuación responden a ¿Qué crees que va a sentir tu familia al momento de tu muerte?

“Bueno, si yo creo que de repente me pongo a pensar es tristeza porque pienso que dejo a mis hijos, a mi nieto y bisnieto, que no los voy a ver más. Todas esas cosas pienso y me da tristeza de dejar a mis seres queridos porque sé que van a sufrir, pero. Bueno, es algo de la vida, pero cuando me pongo a pensar es tristeza, me da por todo lo que no voy a ver más a mis seres queridos”. E1

“Para mí no sé, pero pa’ mi familia yo creo que no sería posible y sufriría mucho, la pena de que siempre estoy. No, no sé explicarlo, pero. Creo que resignación nomá, con resignación”. E2

“La muerte es el final de un ser vivo. La muerte no es un estado positivo o negativo...es un estado natural que tiene que llegar más...temprano que tarde... pero que sea lo menos traumático para mi familia y seres queridos”. E3

“Me siento mal porque ojalá ninguna persona muriera, pero el destino de la vida. Y así tenemos que morir. Sí que le tengo miedo a la muerte. No dejar a mis hijos solos. Sería triste, porque cuando uno ya está grave, yo creo que uno presiente que va a morir y no sé, me sentiría súper triste en ese momento”. E4

En estas respuestas podemos analizar que la familia juega un rol importante a la hora de la percepción del proceso de muerte de la persona mayor, ya que la familia es un soporte social y afectivo que debiese cumplir funciones como socialización, cuidado, estatus y afecto que brindaran herramientas para enfrentar la propia muerte.

## 2) Familiares Fallecidos

Las/el participante/se asocian a este sentimiento de tristeza por experiencias previas relacionado a perder a una persona significativa para ellas/el, cómo su entorno y ellas/el mismas/o llevaron el duelo, como lo asimilaron y como ahora, a pesar del tiempo siguen sintiendo dolor al recordar el momento de la pérdida. Las respuestas a continuación responden a ¿Alguien cercano a usted ha muerto en los últimos años?, ¿quién, quienes? “La persona que falleció, que era mi mano. Fue una muerte repentina porque él no estuvo enfermo, es decir, un día viene y fallece, un lunes. Entonces nos tomó todo de sorpresa. Él es sano...sano, trabajando falleció, pues nos llamó, nos pegó muy, muy, muy fuerte. Bueno, hasta el día de hoy. Cuando me acuerdo de mi mano y siempre. Siempre lo recuerdo con mucha pena”. E1

“Fue un proceso de aceptación muy duro. Todavía lo es y fue muy duro enfrentar la muerte, porque perdí a mi esposo, durante cinco o diez años de puro recuerdo y sentirse sola y que son muchas cosas. Y todavía..., estoy superando algunas cosas, pero estoy más tranquila”. E2

“Me sentí muy mal cuando falleció mi esposo y hasta la fecha no lo puedo superar porque era lo máximo para mí, para mi persona y lo sigo extrañando mucho a mí, a mi esposo y a Carlitos. A mi hijo igual porque fue tan seguido a su muerte que siguieron 11 meses con mi esposo y murió mi hijo. Así que he sufrido mucho por la pérdida de mi hijo Jimmy, dos seres queridos más mi madre que murió también si se siguieron los 3 11 meses y fallecieron los tres, entonces me siento, no sé, frustrada, me siento mal, me encierro en mi pieza a llorar a veces porque no lo puedo superar, me siento muy mal”. E4

En base a las presentes respuestas, se concluye que el duelo no resuelto es un factor que interviene al momento de pensar en la propia muerte, esto sucede porque se crean vínculos dependientes que nos ayudan a sobrevivir en el entorno, dentro de estos vínculos dependientes, cuando fallece el conyugue, la familia toma un papel importante, por ejemplo: cuando muere la esposa él se da cuenta que ella preparaba todo y que el no sabe hacer nada, por lo que la familia adopta un papel de redistribución de roles el padre o madre pasa a ser hijo/a y el/la hijo/ pasa a tomar el rol de padre/s.

## 3) Creencias Religiosas

La totalidad de los participantes refieren ser de religión católica, pero solo 3 creen que existe algo más allá de la muerte, un cielo o una reencarnación, a pesar de que consideran

que la vida biológica (el cese del organismo) llega a término, piensan que hay algo que los trasciende de lo físico, 3 de los 4 participantes mencionan que esperan que sea así, pues sería aliviante sentir o pensar que algún día volverán a encontrarse con sus familiares o bien reencontrarse con aquellos que ya no están.

Las respuestas a continuación responden a ¿Cree usted que al morir las personas pueden reencontrarse con sus seres queridos ya fallecidos?

“Pienso que es algo natural la muerte. Pienso que hay más allá de la muerte. O sea, no lo veo como un final, sino que pienso que hay más allá de la muerte por algo, no sé, me imagino algo bonito, algo que uno se puede reencontrar con sus seres queridos que ya no están. Eso es lo que pienso... La muerte, para mí igual, es dejar a todos mis seres queridos. No puedo volver a verlos. No puedo. No poder volver a verlos nunca más. Y quizá esté equivocada y quizá lo vea arriba, arriba, en el cielo, cuando todos nos juntemos. No sé, esos son los pensamientos que tengo yo. Así que sería bonito eso. Maravilloso sería”. E1

“Yo creo en la reencarnación. Yo creo que me puedo convertir, volver a la vida convertida en cualquier animalito, persona o destino siempre”. E2

“Es el final de la vida... incuestionablemente...y no existe un más allá...si no solo el final”. E3

“Mire, pienso que hay algo más y ojalá que algo más para que alguna vez uno se junte con sus familiares”. E4

De las respuestas a los/as entrevistados, se entiende que las creencias religiosas en cierta manera entregan seguridad y consuelo en la persona mayor y al adoptar una religión es buscar un significado existencial para ciertas situaciones estresantes de la vida.

#### **4) Lugar de muerte**

Respecto al lugar de muerte, 3 de los 4 participantes concuerdan con morir en casa con sus familiares cercanos y con quienes más lo aprecian y uno de ellos prefiere fallecer solo en el hospital para evitar que sus familiares sufran aún más por verlo morir.

Las respuestas a continuación responden a la pregunta ¿Dónde crees tú que sería cómodo el momento de tu muerte?

“Me gustaría morir en mi cama, rodeada con gente o con mi hijo, mis nietos, Me gustaría viajar con ellos para despedirme de ellos. Porque han sido pucha toda mi vida”. E2

“Me gustaría morir solo...pero sin mirar atrás o arrepentirme de lo obrado. Más aliviante y menos traumante para la familia... preferiría morir en un hospital...” E3

“Yo me sentiría feliz de morir en mi casa, al lado de mis hijos. ¿Por qué? Porque en el hospital, tengo muchas malas experiencias y le tomé mucho miedo. Así que prefiero morir en mi casa”. E4

La investigación nos describe que la percepción de muerte que tienen las personas mayores, los cuales generan sentimientos de miedo y de tristeza, tiene un vínculo importante con dos factores los cuales son derivados de las categorías de resultados analizados durante la investigación: Relaciones afectivas y proceso de duelo.

## DISCUSIÓN

Los resultados de estas entrevistas están soportados por el desarrollo de respuestas abiertas, se presentó una entrevista semiestructurada que fue aplicada a personas mayores de entre 69 y 77 años. En estas entrevistas se recogió información de las narrativas de vida de las personas mayores con respecto a su percepción ante el concepto de muerte, estas entrevistas permitieron entender y conocer que es lo que ocurre con ellos cuando piensan en su propia muerte.

Según Lazarus (2000a) Agrupa las emociones identificadas en los adultos mayores en: emociones existenciales como la ansiedad, miedo, culpa y vergüenza; y las emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables, como la esperanza, la tristeza y la depresión

Los resultados más significativos obtenidos en las entrevistas fueron que la mayoría de las personas mayores relatan pensar en el sufrimiento que les dejaran a sus familiares. Respecto a las razones por las que se sufre, los participantes consideran que se sufre por las pérdidas de sí mismos a la hora de su partida y como está afecta a sus familias y personas significativas, desde lo emocional predomina el estado de tristeza. La tristeza muchas veces se confunde con la depresión (sin embargo, no se cumplen todos los criterios para que lo sea), pero es netamente la tristeza la que predomina cuando se sufre una pérdida importante. El significado personal de la tristeza por la pérdida puede variar de persona a persona, Además los tipos de pérdidas en la vejez van desde la pérdida de la salud, a la pérdida de los seres queridos o bien la pérdida de un estatus o posición social que otorga identidad (Lazarus. 2000b) los participantes coinciden en un estado de sufrimiento causado por pensar en dejar de ver a sus seres queridos, esta respuesta surge

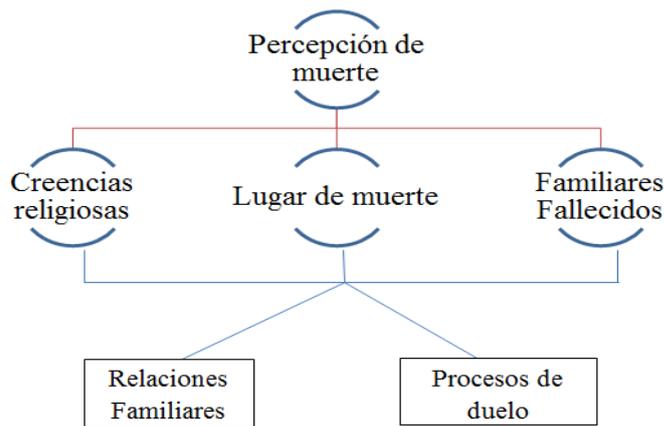
de la pregunta ¿Qué piensa que sentirán las personas más cercanas a usted en el momento de su muerte?, algunos autores como Arés Muzio, p.10,2010. “La familia es el grupo natural del ser humano. Es único y particular, Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional”. la familia es uno de los grupos más importantes de la sociedad, por ser la institución en la que las personas encuentran el apoyo para hacer frente a su entorno por lo tanto el vínculo afectivo como resultado de los entrevistas es muy importante considerar a la hora de su partida ya que cuando la construcción de vínculo afectivo se forma con satisfacción y saludable, se percibe una representación mental de apego seguro, lo que proporciona el desarrollo de características personales como lo son el autoestima, empatía y competencia social, pues en caso contrario la relación puede ser vulnerable frente a situaciones difíciles (Calessio, 2007). Citado lo anterior en base a la respuesta para el entrevistado/a los seres queridos son una parte importante al momento de pensar en su propia muerte.

“Cuando el otro fallece da una señal de alarma de preparación para el propio fallecimiento” (Tangia, 2008) respecto a lo que comenta el autor, cabe señalar que con la recopilación de información y actuales resultados, las personas mayores tienden a asimilar el proceso de fallecimiento de familiares o personas significativas, de manera personal, es decir, el sufrimiento que estos sintieron en el momento de la pérdida y su proceso de duelo, lo proyectan hacia sus propios familiares cuando este fallezca. Interiorizan las emociones y el sentir de él o ella como familiar o cercano en duelo y piensan que sus familiares sentirán lo mismo que ellos sintieron en momentos de pérdida.

Con respecto a lo que relata la autora Ceballos, 2014, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, si este proceso será físicamente doloroso para ellos, entre otros factores. Según los resultados de esta investigación el miedo a la muerte y el miedo al proceso no se centra netamente en el dolor físico que este pudiera llegar a padecer, sino más bien, en el sufrimiento emocional que su pérdida podría producirle a sus familiares y personas cercanas, de esto

desprende el miedo y la tristeza, que según refiere los resultados, es a causa de la pérdida, como su familia se tomará su fallecimiento y que este luego de fallecer ya no podrá ver más a sus familiares, amigos, cercanos. Ninguno de los entrevistados de esta investigación comenta sobre el miedo al dolor físico que podría generarse durante el proceso de muerte, sino más bien, el sentir que ya no estarán más con quienes ellos aman y tienen vínculos afectivos importantes y que estos sufrirán por su ausencia.

Figura 2



## CONCLUSIÓN

Mediante a lo previamente expuesto en la investigación, se distinguen dos factores que se pueden inferir de las entrevistas y sus respectivas categorías (Fig.2):

**Relaciones familiares:** El miedo y tristeza que señalan los participantes de esta investigación está ligada a la incertidumbre en qué situación quedarán sus familiares una vez que ellos fallezcan, no refieren temer al dolor que pueden sentir, ni a la enfermedad que puedan estar cursando, sino netamente a lo que su familia puede sentir con el proceso. Por otro lado, está la tristeza y/o miedo de no volver a ver a sus familiares, no poder seguir sumando recuerdos y momentos junto a ellos, y perderse, quizás, de momentos importantes de la vida de sus seres queridos.

**Procesos de duelo:** este es un factor significativo a la hora de que las personas mayores evalúen el sentir acerca de su propia muerte, ya que, de manera inconsciente, lo asimilan a sus propios procesos de duelo que han tenido a lo largo de su vida, como así también a duelos recientes, por lo tanto, proyectan sus propios dolores emocionales de

experiencias previas acerca del duelo en la forma que sienten y piensan que sus familiares vivirán y llevarán el duelo.

Podemos concluir que, en relación a las categorías de análisis de resultados, están estrechamente relacionadas con los vínculos afectivos que logran generar las personas mayores con su entorno afectivo y significativo, lo cual nos indica que, no tienen miedo a sentir dolor físico, padecer una enfermedad terminal y/o fallecer en causas imprevistas, sino, el miedo y tristeza se vincula directamente a la pérdida física de sí mismos que tendrán sus familiares y/o personas cercanas, incluso su creencia religiosa les genera la esperanza de reencontrarse de cierta manera en otro espacio no físico, con sus familiares fallecidos tanto como las personas y familiares que dejaron en el espacio terrenal.

Se sugiere para futuras investigaciones de esta temática, indagar respecto a las perspectivas de género para determinar si existe o no alguna diferencia entre sexos en cuanto a la propia percepción de muerte en personas mayores.

#### REFERENCIAS

Águila, Y., Godoy, K., González. (2020) Caracterización de la producción científica Iberoamericana sobre la percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte, Revista Salud y Bienestar colectivo, vol. 4 (2),66-78. Puerto Montt, Chile.

Recuperado en:

<https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/85/7>

7

Beca, J., Ortiz, A., Solar. (2005). Derecho a morir: un debate actual. Revista Médica de Chile, 133 (5), 601-606. Recuperado en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500014)

[98872005000500014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500014)

Benavides, J., Apolo, D. (2017). El enfoque biográfico como estrategia metodológica de investigación. Universidad San Francisco de Quito y Universidad Nacional de la Plata, Ecuador. Recuperado

en:[https://www.researchgate.net/publication/320966203\\_El\\_enfoque\\_biografico\\_o\\_como\\_estrategia\\_metodologica\\_de\\_investigacion](https://www.researchgate.net/publication/320966203_El_enfoque_biografico_o_como_estrategia_metodologica_de_investigacion)

[o como estrategia metodologica de investigacion](https://www.researchgate.net/publication/320966203_El_enfoque_biografico_o_como_estrategia_metodologica_de_investigacion)

Biblioteca Digital de la Fundación Universitaria San Pablo. En Trastornos Mentales 2:

Tratamiento, (11): 347-386. Recuperado en

<https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/2227/3/Cap.%20XI%20->

[%20Trastornos%20mentales%20II%20%20tratamiento%28P%C3%A1ginas%20347-386%29.pdf](#)

Browne, J., Castro, I., Pavlovic, A. (2019). Lugar de muerte en Chile: un estudio descriptivo de serie temporal entre 1990-2014. *Revista médica de Chile*, 147 (6), 727-732. Recuperado en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000600727](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000600727)

Bullón Zegarra, C.V., Echeandía Arrellano, J. (2005). Percepción del adulto mayor respecto a la muerte, albergue central, "Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro" Octubre-noviembre 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana E.A.P de Enfermería, Lima, Perú. Recuperado en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/intra\\_docs/Lista-tesis-Cybertesis.xlsx](https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/intra_docs/Lista-tesis-Cybertesis.xlsx)

Caballero. (2010). Aspectos Generales de Envejecimiento Normal y Patológico, (3), 41-60. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=185285>

Camacho., Carvajal, L., Girardo, L. (2016). Estrategias de Afrontamiento a la muerte en el Adulto Mayor. 1-27. Recuperando en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14698/4/2016\\_estrategias\\_afrontamiento\\_muerte.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14698/4/2016_estrategias_afrontamiento_muerte.pdf)

Camacho, R., & Camacho, R. (2020). ¿Para qué sirve el miedo? *Psicología y Mente*. Recuperado en: <https://psicologiymente.com/psicologia/para-que-sirve-miedo>

Castillo., (2009). Envejecimiento Exitoso, *Rev. Médica Clínica de las Condes* 20 (2), 167-174. Recuperado en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/26>

Condeza, Ana Rayén, Bastías, Gabriel, Valdivia, Gonzalo, Cheix, Consuelo, Barrios, Ximena, Rojas, Rodrigo, Gálvez, Myrna, & Fernández, Francisco. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva, (38), 85-104. <https://dx.doi.org/10.7764/cdi.38.964>

Cornejo, M., Mendoza, F., Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Revista PSYKHE*, Vol.17 (1), 29-39. Santiago, Chile. Recuperado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf>

- Da Silva Machado, R, De Araujo Lima, L.A., Freitas da Silva, G.R., De Souza Monteiro, C.F. y Rocha, S.S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital),20 (45), 91-97. Recuperado en:<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>
- Duran-Badillo, T., Maldonado Vidales, M., Martínez Aguilar, M., Gutiérrez, Sánchez, G., Ávila Alpirez, H., & López Guevara, S.J. (2020) Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores, *Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT)*; *Enferm. glob.* vol.19 (58), 287-304. Murcia; México. Recuperado en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000200010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200010)
- Echávarri., Maino., Fischman., Morales., Barros. (2017). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente, *Facultad de medicina, Pontifica Universidad Católica de Chile, Temas de la Agenda Pública, Año 10 (79), 2-16.*, Santiago, Chile. Recuperado en:<https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
- Espinoza, M. (2011) *La Cercanía de la Muerte en la Etapa de la Vejez. Conflictos y Reflexiones*, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, México, vol. 3 (1). Recuperado en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22832/21557>
- Garriga, J. (2018). ¿Cuál es la denominación correcta? Persona Mayor o Adulto Mayor. *Plena Identidad*. Recuperado en:<http://plenaidentidad.com/cual-es-la-denominacion-correcta-persona-mayor-o-adulto-mayor/>
- Gobierno de Chile. (2019). *Minsal lanza primera guía para la prevención del suicidio en adultos mayores y los insta a sumarse al #ExigeElAmarillo*. Ministerio de Salud-Gobierno de Chile. Recuperado en:<https://www.minsal.cl/minsal-lanza-primer-guia-para-la-prevencion-del-suicidio-en-adultos-mayores-y-los-insta-a-sumarse-al-exigeelamarillo/>
- Instituto nacional de Geriatria, (2017), *Envejecimiento*, Gobierno De México. Recuperado en:<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

- L. CV (2015). Miedo en los adultos mayores. Lares Comunidad Valenciana. Recuperado en <https://www.larescvalenciana.org/miedos-en-los-adultos-mayores/>.
- Lynch, G., & Oddone, M.J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 30 (40), 129-150. Recuperado en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/racs/v30n40/v30n40a07.pdf>
- Martínez-González, L., Villaroel-Ríos, E., Camacho-Calderón, N. (2008). Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte, *Rev. Enferm inst mex seguro soc*, vol 16(1),31-36. México. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18923>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Informe de Política Social, Envejecimiento.186-205. Recuperado en: [http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/ijos-2012/media/ijos\\_2012\\_pp\\_186-205.pdf](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/ijos-2012/media/ijos_2012_pp_186-205.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Paredes, E. (2020). 141 personas se suicidaron en la región de los lagos durante el 2019. Recuperado en: <https://www.radiosago.cl/141-personas-se-suicidaron-en-la-region-de-los-lagos-durante-el-2019/>
- Regadera, J. (s. f.). Función principal del psicólogo en la tercera edad -Cattell Psicólogos Murcia. Cattell Psicólogos. Recuperado en: <https://www.cattell-psicologos.com/index.php?q=servicios/otras-especialidades/tercera-edad>
- Rivera Navarro, Mancinas Espinoza, S.E. (2007). El anciano ante la muerte: análisis del discurso en el norte de México, *Estudios sociológicos*, Vol. 25(74),341-367, El colegio de México AC, México. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/598/59825203.pdf>
- Rodríguez, M., (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4),159-166. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003)
- Rodríguez, A., Valderrama, L., Molina, J., (2010). Intervención Psicológica en Adultos Mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25),246-268.Colombia. Recuperado en <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>

- Rodríguez., Osorio., Osorio. (2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. Tesis Psicológica, 9(1),50-63. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1390/139031679005>
- SENAMA, 2020, recuperado en:<http://www.senama.gob.cl/>
- Tau, R., (2014). La noción de la muerte como objeto de investigación de la psicología del desarrollo. Cuadernos de Neuropsicología Panamericana Journal Of Neuropsychology,8(1),10-19. Recuperado en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4396/439643137001>
- Uribe Rodríguez, A., Valderrama, O. López, Santiago (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. Pensamiento Psicológico, 3(8),109-120. Recuperado en:<https://www.redalyc.org/pdf/801/80130809.pdf>
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Revista médica de Chile, 139(8),1006 1014. Recuperado en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872011000800005>
- Vilches S., L. (2012). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores a nivel de Educación Superior. Revista de Psicología,9 (1),1-16. Recuperado en:<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2000.18549>