



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**“DESEO DE MUERTE EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL QUITO N°1 POLICIA NACIONAL,
DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO DEL MES DE JUNIO DEL
2020”**

Lugar:

Consulta externa del hospital Quito N°1 Policía nacional, de la ciudad de Quito.

Autores:

Md. Stephany Correa Escobar

Md. Linda Pérez Lara

Director de tesis:

Dra. Susana Tito Lucero.

Director Metodológico:

Dr. Alexis Rivas

Quito, 2020

Dedicatoria

A todos los adultos mayores que han formado parte de nuestras vidas, a aquellos que sufren sin ser vistos y a aquellos que nos han enseñado que la vida es bella en cualquier etapa.

Agradecimiento

Se da un especial agradecimiento al Hospital Quito No 1. Policía Nacional, por la apertura que nos dio para poder conocer un pedacito del corazón de los sus adultos mayores.

Se debe reconocer que es una población de adultos mayores que se encuentra muy bien controlada a nivel de su salud, y que los participantes estuvieron abiertos a colaborar con la investigación haciéndonos parte de sus vidas, pues solo en quien se confía se le confía la vida.

Agradecemos a nuestros tutores quienes nos han guiado con su sabiduría y nos han dado el empuje para enfocar este tema, un tanto delicado, de la forma más noble que se lo puede percibir.

Agradecemos a nuestras familias y amigos que nos han apoyado durante todo este tiempo con su convicción como investigadoras, podríamos lograr con éxito plasmar los matices del deseo de muerte en el adulto mayor.

Nos agradecemos también entre investigadoras por el apoyo mutuo, la paciencia y la fortaleza de cada una, para como un equipo sacar esta investigación.

Tabla de contenidos

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
Tabla de contenidos.....	4
Tabla de figuras	7
Índice de tablas	8
Resumen	9
Abstract.....	10
Capítulo I: Introducción	11
Capitulo II: Marco teórico	13
2.1 Deseo de muerte.....	13
2.1.1 <i>¿Qué es el deseo de muerte?</i>	13
2.1.2 <i>El buen morir y muerte digna</i>	14
2.1.3 <i>Sentido de vida</i>	15
2.1 Envejecimiento	17
2.1.1 <i>¿Qué es el envejecimiento?</i>	17
2.1.2 <i>Experiencia de envejecimiento</i>	18
2.2 Sufrimiento	19
2.2.1 <i>¿Qué es el sufrimiento?</i>	19
2.2.2 <i>Problemas físicos y psicológicos</i>	20
2.2.3 <i>Problemas sociales</i>	21
Capitulo III: Metodología.....	23
3.1 Justificación:	23
3.2 Planteamiento del problema.....	24
3.3 Objetivos de la investigación.....	24
3.3.1 <i>Objetivo general</i>	24
3.3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	24
3.8. Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	33
3.9. Universo y selección de informantes.....	33
3.9. Instrumentos de investigación.....	34

3.9.1. Entrevista personal semiestructurada	34
3.9.2. Historias de vida	35
3.10. Criterios de inclusión y exclusión.....	36
3.9. Plan de recolección de datos	36
3.10. Análisis e Interpretación	37
3.11 Aspectos bioéticos	37
Capítulo IV: Resultados de la investigación	39
4.1. Características socio-demográficas	39
4.2 Características biológicas	40
4.2.1 Análisis univariado.....	40
4.3 Características socioculturales	41
4.3.1 Análisis univariado	41
4.4 Análisis bivariado de las dimensiones sociodemográficas, biológicas y socioculturales	42
4.5 Perfil de los informantes	45
4.5.1 Perfil de los informantes de entrevistas semiestructuradas	45
4.5.2 Perfil de las historias de vida	46
Capítulo V: Análisis	49
5.1: Deseo de muerte	49
5.2 Experiencia de envejecer	57
5.3 Problemas de salud	63
5.5 Sentido de vida.....	79
5.6 Sufrimiento	84
Capítulo VI: Limitaciones de la investigación	89
7.1 Emergencia sanitaria por COVID-19 y situación de confinamiento	89
7.2 Medios para la realización de entrevistas e historias de vida	91
7.3 Medidas de bio seguridad	93
7.4 Acceso a la información	94
Capítulo VII: Conclusiones	96
6.1 Deseo de muerte.....	96
6.2 Experiencia de envejecimiento	96
6.3 Problemas físicos	98
6.4 Problemas sociales	99

6.5 Sentido de vida.....	100
6.6 Sufrimiento	100
6.7 Conclusiones generales.....	101
Capítulo VIII: Recomendaciones	103
7.1 Funciones del Estado y normativas legales: el deseo de muerte desde las políticas públicas	103
7.2: Las instituciones encargadas del adulto mayor: repensar la institucionalidad ..	106
7.3 Los actores sociales alrededor de las personas adultas mayores: revalorando la multidimensionalidad de los cuidados	109
7.4 Tejido social: la importancia de las redes de apoyo y afectos	111
Bibliografía.....	113
Anexos.....	116
Anexo 1: Consentimiento informado.....	116
Anexo 2: Entrevista semiestructurada	117
Anexo 3: Escalas de valoración geriátrica integral.....	120
Anexo 4: Historia de vida	125
Anexo 5: autorización de la PUCE por el subcomité de bioética para la realización de a la investigación.	128
Anexo 6: autorización del Hospital Quito N°1 Policía Nacional para la realización de la investigación	129
Anexo 7: Perfil de informantes para entrevistas del Hospital Quito N°1 Policía Nacional	130

Tabla de figuras

Figura 1: Relación de variables	27
figura 2: Organización de variables cualitativas.....	32
Figura 3: Palabras claves al momento de analizar el deseo de muerte.....	49
Figura 4: Deseo de muerte.....	56
Figura 5: Palabras claves al momento de analizar la experiencia de envejecimiento de las personas entrevistadas	57
Figura 6: Experiencia de envejecer	62
Figura 7: Palabras claves para analizar los problemas de salud de las personas entrevistadas	63
Figura 8: Problemas de salud.....	68
Figura 9: Palabras claves para entender los problemas sociales de la muestra	69
Figura 10: Problemas sociales	78
Figura 11: Palabras claves al analizar el sentido de vida de las personas de la muestra	79
Figura 12: Sentido de vida.....	83
Figura 13: Palabras clave para entender el sufrimiento de las personas de la muestra ..	84
Figura 14: Sufrimiento	88

Índice de tablas

Tabla 1: Operacionalización de variables.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2: descripción de indicadores cualitativos.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3: definición conceptual de variables cualitativas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4: distribución del universo	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5: análisis univariado de los resultados de la investigación	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6: distribución de la muestra en función de valoraciones geriátricas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7: perfil de informantes para entrevistas	46
Tabla 8: perfil de informantes para historias de vida	48
Tabla 9: distribución por sexo de las causas de deseo de muerte de la muestra	51
Tabla 10: distribución de deseo de muerte en función de su satisfacción de vida	55
Tabla 11: distribución de la muestra y su percepción subjetiva de la experiencia de envejecer en función de la escala de Yesavage de la muestra.....	60

Resumen

El envejecimiento de la población en el mundo es una realidad que implica retos y desafíos para los sistemas de salud pública y la sociedad, especialmente alrededor de la muerte en la vejez. La siguiente investigación busca analizar las dimensiones sociodemográficas, culturales y biológicas que intervienen en la construcción del deseo de muerte de las personas adultas mayores. El proceso de envejecimiento de la población como resultado del conjunto de acciones individuales y colectivas para garantizar condiciones dignas para atravesar esta etapa es el principal determinante de como las personas perciben a la muerte y desean o no su llegada; el deseo de muerte analizado desde el proceso de envejecimiento implica entender los problemas de salud, los problemas sociales, el sentido de vida y el sufrimiento como articuladores de este.

Esta investigación analiza a través de entrevistas e historias de vida las situaciones de desarrollo de sus cotidianidades de 72 personas adultas mayores usuarias de la consulta externa del Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional de la ciudad de Quito en el periodo del mes de junio del 2020 y como estas intervienen en la presencia o no del deseo de muerte en ellas. Este trabajo ha permitido evidenciar como las redes de apoyo, la multidimensionalidad de los cuidados y la atención medica oportuna tienen impactos positivos para que las personas quieran seguir viviendo, así como también el impacto de la espiritualidad en la construcción de los imaginarios de lo que significa el buen morir y como esta impacta en el desarrollo de sus vidas cotidianamente.

Palabras clave: deseo de muerte, buen morir, proceso de envejecimiento.

Abstract

The aging of the population around the world is a reality that implying challenges for the public health system and the society, especially around the death in old age. The following research work try to analyse the socio-demographic, cultural and biological dimension that interfere in the desire of death to the older adults. The process of aging to the population because of the set to individual and collective actions is the principal determinant to how people perceive death and if they desire or not it arrival; the desire of death analysed from the process of aging implies understanding the health problems, social problems, the meaning of their lives and the suffer as articulators of this desire of death.

This investigation analyse through interviews and construction of lives stories the everyday life situations to 72 older people usuaries of the outpatient clinic in the Hospital Quito N°1 to Policía Nacional in the period of June 2020 and how these intervene in the presence or not to the desire of death in they. This work has allowed to see how the support networks, the multidimensionality of care and the timely medical care have positive impacts for the desire of keep living to the people, as well as the impact of the spirituality in the construction of imaginaries about what is the personal meaning of the dying well and what is the impact of this in the development of their lives every day.

Key words: desire of death, dying well, process of aging.

Capítulo I: Introducción

El envejecimiento de la población a nivel mundial es el resultado de la implementación exitosa de políticas públicas en materia de salud que ha aumentado la esperanza de vida de las personas, a pesar de esto, no ha sido acompañado de una transformación de los imaginarios alrededor de la vejez que implica una serie de vulnerabilidad y problemas que pueden provocar el deseo de muerte en las personas adultas mayores. El análisis de la presencia o no del deseo de muerte en personas adultas mayores implica entender tres macro categorías: el envejecimiento, la experiencia de las personas al envejecer, los problemas sociales y físicos alrededor de la vejez y el deseo de muerte.

Según los datos del (INEC, 2009), el Ecuador tiene 1,2 millones de personas mayores a 60 años con una tasa de 8,8 personas adultas mayores por cada 100 habitantes; la esperanza de vida en el país es de 78 años en las mujeres y 72 en los hombres; según el (INEC, 2009) en el 2050 el Ecuador tendrá una población adulta mayor de 2,34 millones de habitantes, por lo cual es necesario que se empiece a replantearse el lugar de los adultos mayores en la sociedad; esto como un ejercicio de repensar la relación de los individuos con la vejez para resignificarla y aminorar los problemas sociales, físicos y psicológicos del que viene acompañado dicho proceso.

Las carencias que como sociedades se tienen para incluir a las personas adultas mayores en la sociedad, se puede traducir en la presencia de deseo de muerte en ellas; este se entiende como *“la idea y el sentimiento de que su vida está terminada y no vale la pena seguir viviendo¹”* (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) , esta idea y sentimiento trae consecuencias físicas y mentales que deterioran la calidad de vida y la

¹ Life is completed and no longer worth living (texto original)

percepción del proceso de envejecimiento de las personas, creando un círculo de vulnerabilidades y problemas que deben entenderse para proponer cambios estructurales que se puedan traducir en políticas públicas y protocolos de atención y cuidados necesarios para garantizarles a las personas adultas mayores vidas que merezcan ser vividas.

Capítulo II: Marco teórico

El deseo de muerte en los adultos mayores y su presencia o no en su cotidianidad se produce por la relación de las experiencias individuales y colectivas alrededor del proceso de envejecimiento y la percepción subjetiva del sufrimiento en sus vidas; siendo estos los determinantes de la presencia o no del sentimiento de que la vida se ha terminado. A continuación se desarrollará estos tres bloques conceptuales necesarios para analizar y entender al deseo de muerte como el resultado de procesos sociales e interacciones humanas alrededor de las vidas de las personas adultas mayores.

2.1 Deseo de muerte

A lo largo de la vida de las personas hay momentos en los que siente el deseo de terminar con esta, que no le encuentran sentido a su existencia y que la desesperanza y la tristeza se vuelven sentimientos permanentes que influyen en como las personas se desenvuelven con su entorno; sin embargo, el deseo de muerte en los adultos mayores tiene características que lo diferencian de la presencia de este sentimiento en otros grupos etarios, de los cuales se hablará a continuación.

2.1.1 ¿Qué es el deseo de muerte?

En las últimas décadas ha habido un incremento importante en el interés científico por analizar el deseo de muerte en las personas mayores, sin embargo, aún queda mucho por estudiar y entender sobre este. La muerte como el fin de la vida tiene significados más complejos para las personas, para (Hernandez Arellano, 2006) va más allá de un hecho biológico; la muerte debe entenderse como un proceso físico, social, legal y hasta religioso; sin embargo, según (Lynch & Oddone, 2017) en las personas adultas mayores la muerte es percibida como un *“cambio que pudo haber implicando asumir nuevas responsabilidades, enfrentar la soledad, sufrir transformaciones en la situación*

económica, etc.”, esto confirma que la muerte en las personas mayores es una idea multidimensional.

La presencia del deseo de muerte o su ausencia, es el resultado de una serie de factores más allá de los que están relacionados con la salud y la enfermedad. (Delbeke, 2012) define al deseo de muerte como “*el sufrimiento mental de una persona cuya calidad de vida no está asegurada debido a una combinación de factores médicos y no médicos que tienen como consecuencia que prefiera la muerte antes que la vida*”²; este sufrimiento también puede manifestarse en los adultos mayores según (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) como una sensación de agotamiento, sentimientos depresivos, sensación de haber terminado su vida y no tener nada más por hacer o cumplir que lo inspire a seguir viviendo.

Para (Van Den Noortgate, y otros, 2017) el deseo de muerte tiene dos formas de representarse, la primera es la de la *vida plena*³ el cual hace referencia a aquellas personas que por problemas de salud físicos y mentales pierden la autonomía y la independencia, lo cual genera sentimientos de pérdida de la dignidad y de humanidad; la segunda forma de manifestarse es a través de la *vida terminada*⁴, es decir, que las personas han vivido tanto que se sienten satisfechas con su vida, alcanzado sus logros y consideran a su vida como un proceso terminado.

2.1.2 *El buen morir y muerte digna*

Al ser la muerte también un proceso social, implica que las personas creen imaginarios alrededor de lo que esperan de este suceso. El *buen morir* es un concepto que busca definir

² De geestelijk lijden van een persoon wiens kwaliteit van leven is niet (of meer) of onvolmaakt verzekerd, vanwege (een combinatie) medische en / of niet-medische factoren, en die bijgevolg de dood verkiest boven leven" (texto original)

³ Vie accomplie (texto original)

⁴Vie achevée (texto original)

lo que las personas entienden por una muerte que no les genere rechazo, temor o ansiedad, una idea que les permite convivir en paz con la idea del fin de la vida; como lo sostiene (Pochintesta, 2017) los procesos estatales para mejorar la salud pública aumentaron la esperanza de vida y volvió a la muerte un hecho cada vez más lejano que lo empujó casi a un tabú al cual hay que negarlo y rechazarlo; sin embargo, la autora también muestra que a finales de los '70 comienza un proceso de implementación de la idea del derecho a una muerte con dignidad y de la importancia de los cuidados paliativos, marcando con esto una transformación en la idea de la vivencia de la muerte para las personas.

Desde el punto de vista médico, (Alonso, 2012) sostiene que el *buen morir* es una muerte donde la sintomatología es controlada para paliar el dolor y el sufrimiento de las personas; sin embargo, las críticas a la hospitalización y medicalización de la muerte también es cuestionada bajo el mismo concepto de *buen morir*. (Pochintesta, 2017) Sostiene también que el *buen morir* es un ideal de muerte que las personas construyen en función de su experiencia con la muerte de personas cercanas, simbolizando a este proceso como contrario a lo que esa experiencia les hace percibir como dolor y sufrimiento tanto físico como psicológico y social. Para (Pochintesta, 2017) las ideas de *buenas* y *malas muertes* están ligadas al nivel de conciencia que la persona pueda tener al momento de experimentarlas: “*Los buenos modos de morir son caracterizados por muertes que ocurren ‘sin darse cuenta’. Morir dormido se convierte en el ideal*” y las malas muertes son aquellas largas, dolorosas y acompañadas en el sufrimiento por toda la familia.

2.1.3 Sentido de vida

Las personas buscan dar significado a los sucesos por los que atraviesan, el sentido de vida es un ejercicio de encontrar una justificación a la existencia misma tanto de forma individual como dentro de una colectividad; para (Grondin, 2012) el dotar de significado

a la vida puede hacerse desde varios enfoques como son: el de la espiritualidad donde se encuentra una guía y justificación a los accionares y sucesos, puede también tener un enfoque social a través de como las relaciones entre personas dotan de significado la existencia misma.

Para (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) el sentido de vida se adquiere a través de las experiencias que se atraviesan en la vida, el conjunto de valores y las ocupaciones, oficios y trabajos que han desempeñado; en el caso de la tercera edad está influido por la construcción de relaciones familiares a través de lazos sanguíneos, el cumplimiento de valores neoliberales basados en la capacidad de adquisición y la independencia de realizar sus actividades cotidianas.

El sentido de vida es importante al momento de analizar el deseo de muerte ya que se construye en oposición a este (Ohnsorge, Gudat, & Rehmann-Sutter, 2014), el sentido que las personas dan al deseo de muerte parte de cómo perciben su vida y de cómo perciben la capacidad de realizar las acciones o vivir experiencias que den sentido a su existencia. (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) muestra como las vidas *meaningless*⁵ son aquellas más propensas a desarrollar deseos de poner fin a su existencia. Así también, el sentido de vida se ve mediado por la experiencia que tienen las personas con su religiosidad (Bonnewyn A. , Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2016) al ser una de las formas en que las acciones que realizan en su día a día tienen sentido y justificación, dándole una serie de valores morales y éticos que permiten entenderse en función de la pertenencia a un grupo de personas con ideas comunes y dar y recibir soporte social; otra de las variables a tomar en cuenta es como el sexo y las identidades que se construyen influyen en este, (Bonnewyn A. , Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2014) sostiene que

⁵ Sin sentido, carecen de metas (N.T)

la forma en que las personas viven sus identidades masculinas y femeninas determina la manera de relacionarse con los otros y dar significado a sus vidas: mientras las mujeres encuentran sentido en las actividades relacionadas al cuidado a la familia, los hombres lo hacen a través de la capacidad de adquisición monetaria que tengan.

2.1 Envejecimiento

Como parte del desarrollo natural de la vida, la última etapa por la que las personas deben atravesar es la de la vejez; como sostienen (Alvarado Garcia & Salazar Maya, 2014) para el 2050 el 25% de la población mundial será mayor a 60 años, por lo cual el Estado y la sociedad tendrán que conocer nuevas formas con las que se relacionan con este grupo poblacional.

2.1.1 ¿Qué es el envejecimiento?

El concepto de envejecimiento tiene varios posibles abordajes tanto desde la biología y el concepto del deterioro de la salud de manera natural, como desde la sociedad y el concepto que se socializa alrededor de la identidad del adulto mayor. La (OMS, 2015) sostiene que el principal desafío al momento de hablar del envejecimiento es la diversidad de estados de salud, estados funcionales y contextos sociales en las que el proceso se lleva a cabo; el desafío más grande es el de romper con los estereotipos sociales que cargan de significado negativo a este grupo de personas. Teniendo en cuenta estas consideraciones, (Bonetto, 2014) desde la gerontología sostiene que *“El envejecimiento no es un fenómeno pasivo, sencillo, de desgaste por el simple paso del tiempo, sino activo, insospechadamente enmarañado y complejo, integrado por numerosos sucesos que se imbrican e interactúan entre sí”*.

El envejecimiento puede definirse a través de gerontología social como *“los procesos biológicos, psicológicos y sociales que afectan a las personas a medida que se hacen*

mayores” (Giddens & Sutton, 2013), este enfoque también recalca que el envejecimiento varia su significado para las personas según las experiencias personales y colectivas, sin que esto impida crear una *identidad* común en este grupo poblacional. Para (Lacub, 2014) esta identidad de ser adulto mayor está relacionada a la memoria y el sentimiento que genera al momento de relacionarse con las otras personas, es decir, el momento en que la persona articula su temporalidad con los cambios físicos y mentales de su cuerpo.

2.1.2 Experiencia de envejecimiento

A pesar de que como se ha dicho previamente, el envejecimiento es una experiencia común, no es la misma la percepción que las personas tienen sobre esta; (Giddens & Sutton, 2013) sostienen que hay tres campos a través de los cuales se puede analizar el envejecimiento: el envejecimiento biológico, psicológico y social; el primero de ellos es aquel que implica disminución de la visión y la audición, aparición de arrugas, disminución de la masa corporal y una disminución de la capacidad cardiovascular; el segundo de ellos se manifiesta a través del deterioro de las capacidades cognitivas como la memoria y el generar nuevos conocimientos así como las actividades manuales y algunas enfermedades como el Alzheimer y el Parkinson ; y por último, el envejecimiento social es el que se da a partir de las visiones colectivas que la sociedad tiene alrededor de una edad cronológica.

La percepción subjetiva del envejecimiento dependerá de las formas en que las personas creen una identidad social de esta y determine su forma de relacionarse con quienes le rodean; la (OMS, 2015) sostiene que la reducción del tamaño de las familias reduce el número de personas que puedan brindar soporte y cuidados al adulto mayor; sin embargo, la generación de mediados del siglo XX que ahora está envejecida tuvieron acceso a más capital lo cual facilita que puedan recibir cuidados remunerados o no; así mismo, (Lacub,

2014) sostiene que las identidades alrededor del sexo y la clase social determinarían también como las personas adultas mayores atraviesen este proceso de envejecimiento y como se van a asegurar las redes de cuidado que les permitan tener un envejecimiento saludable, activo, digno, participativo.

2.2 Sufrimiento

El sufrimiento es inherente al ser humano, en cualquier etapa de su vida se va a encontrar con situaciones en las que va a sentir tristeza y desesperación, a pesar de esto, en la adultez mayor las formas de afrontarlo y referirse a este son diferentes a las de otros grupos etarios

2.2.1 ¿Qué es el sufrimiento?

No son pocas las ramas que han intentado dar una definición alrededor de lo que es el sufrimiento, desde la gerontología (Van Den Noortgate, y otros, 2017) proponen entenderlo en oposición al *bienestar*⁶ y como un proceso individual en cada persona, este depende de las experiencias personales concretas sobre las causas de los acontecimientos que le han generado ese sentimiento en el pasado; así también, los mismo autores sostienen que otro factor a considerarse es que tan soportable es este sentimiento para poder dimensionarlo y entender los resultados que puede generar, como el deseo de muerte. (Tijoux Merino, 2016) sostiene que la percepción del sufrimiento en las personas mayores, se realiza en función del lugar que la sociedad brinda a los adultos mayores: en aquellas sociedades en que estos se encuentran integrados a la vida cotidiana tienen formas más resilientes de sobrellevar los problemas, experimentando el sufrimiento de forma diferente a aquellas que viven en sociedades que los excluyen y discriminan.

⁶ bien-être (texto original)

El sufrimiento existe para (Tijoux Merino, 2016) en función del deterioro de los lazos que unen a las personas en la vida social, y estos pueden salir a la luz a través de formas físicas y/o somáticas; así también, no todos los sufrimientos son iguales ya que para (Van Den Noortgate, y otros, 2017) el *sentir* que las personas tienen del sufrimiento, puede cuantificarse en función de cuan tolerable es para esa persona y cuan aceptable es para la sociedad en la que se ve inmersa. A pesar de estos esfuerzos por intentar definir qué es el sufrimiento, se puede coincidir con (Bayés, 1998) que es difícil llegar a eso, muchos de los autores aquí citados coinciden en ver al sufrimiento como un estado de malestar relacionado a la pérdida de integridad y de los lazos sociales que unen los unos a los otros

2.2.2. Problemas físicos y psicológicos

El sufrimiento tiene varios factores que pueden desencadenarlo, entre ellos pueden estar factores físicos relacionados al quiebre de la salud. Para (Van Den Noortgate, y otros, 2017) los factores físicos que provocan el sufrimiento en las personas son aquellos relacionados a las atroñas musculares, el ralentizar de las actividades que generan sentimiento de fragilidad, que en términos médicos se relaciona con la comorbilidad, la pérdida de la independencia y el deterioro cognitivo. Así también, (Bayés, 1998) sostiene que ese dolor físico que producen las enfermedades causa el sufrimiento, pero también el sufrimiento psicológico puede traducirse en problemas somáticos en los cuerpos. La relación entre sufrimiento y dolor que plantea (Bayés, 1998) es que la una no siempre está ligada a la otra, sino que el sufrimiento es el resultado de cómo se afronta y se maneja ese dolor, el resultado de cómo se valora y se significa ese dolor.

El sufrimiento se manifiesta también de forma psicológica a través de las enfermedades mentales como la depresión y los pensamientos suicidas que puedan tener las personas, y estos generar síntomas somáticos que empiecen una cadena de deterioro físico y mental.

Como lo sostiene (Correa Maturana, 2016) otras enfermedades de deterioro cognitivo como la demencia o el Alzheimer, serían manifestaciones de sufrimiento. Tanto los problemas físicos como psicológicos pueden ser analizados desde la gerontología y la psiquiatría, y desde estas mismas ramas abordarlas en los sujetos para cambiar su experiencia personal con el sufrimiento.

2.2.3 Problemas sociales

Los problemas sociales que dan pie a la percepción de sufrimiento según (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) son los que están vinculados con la soledad que experimentan los adultos mayores y como lo relacionan a que dejan de sentirse y reconocerse como humanos; la soledad también es abordada por (Van Den Noortgate, y otros, 2017) como uno de los factores de riesgo para que las personas caigan en actividades autodestructivas que generen sufrimiento no solo en ellos mismos, sino también en quienes los rodean. Otros de los factores que (Van Den Noortgate, y otros, 2017) tratan como problemas sociales es la falta o deterioro de las competencias sociales que les permita relaciones plenas con otros sujetos, dificultando los procesos de comunicación y de creación de lazos sociales que les permitan sostenerse.

Por último (Correa Maturana, 2016) sostiene que los problemas sociales son procesos de sufrimiento colectivos, los cuales deben analizarse desde una visión fenomenológica-contextual para entender como las experiencias determinan los sentimientos de las personas, y como esas experiencias tienen un origen social aceptado o rechazado por un grupo de personas en común. La aversión o aceptación de ciertas actitudes son para (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) factores claves de como las personas adultas mayores expresan el sufrimiento social, estas pueden ser más o menos explícitas según las personas,

sin embargo, tienen la misma raíz del miedo a la dependencia, la soledad y el abandono.

Capítulo III: Metodología

3.1 Justificación:

El envejecimiento fisiológico, cognitivo o social se asocia con patrones de desvinculación o retiro intencional o no intencional, consciente o inconsciente, aceptado o rechazado, permanente o temporal de cualquier actividad en la sociedad. En este sentido, el deseo de muerte en una persona mayor sería el resultado de una serie de factores más allá de los que están relacionados con la salud y la enfermedad, y que producen la sensación de haber terminado su vida y no tener nada más por hacer o cumplir, conocida como “muerte social”, que generalmente antecede a la muerte biológica.

La incesante búsqueda de la medicina, para prolongar la vida cronológica, aún a costa de su calidad y la presencia de una muerte social pueden tener como consecuencia la aparición de deseos pasivos de muerte en las personas mayores. El deseo de muerte, es entonces un factor de riesgo y una manifestación del deterioro de la salud, lo cual implica que se comprometa la funcionalidad y el bienestar de las personas, ahondando el sentimiento de poner fin a sus vidas; por esto es importante identificar las dimensiones y representaciones sociales de la construcción del deseo de muerte para así proponer posibles formas de intervención.

Esta investigación trata de entender las características sociales, demográficas, culturales y biológicas que intervienen en la construcción del deseo de muerte en las personas mayores; enmarcada en el ejercicio de reconocer y rescatar como válidas sus voces, expresiones y percepciones alrededor de la vida y de sus vivencias de la muerte, permitiendo así proponer nuevos abordajes que se puedan traducir en acciones públicas, privadas, individuales o colectivas para mejorar la vida de las personas y resignificar a la muerte desde el buen morir.

3.2 Planteamiento del problema.

Para caracterizar el problema de investigación, se utilizó la siguiente pregunta:

1. ¿Cuáles son las dimensiones socioculturales, sociodemográficas y biológicas que intervienen la construcción del deseo de muerte en los adultos mayores usuarios de la consulta externa del Hospital Quito N°1 Policía Nacional, de la ciudad de Quito, en el periodo del mes de junio del 2020?

3.3 Objetivos de la investigación.

3.3.1 Objetivo general

Describir y analizar las dimensiones sociodemográficas, culturales y biológicas que intervienen la construcción del deseo de muerte, en los adultos mayores usuarios de la consulta externa del Hospital Quito N°1 Policía Nacional, de la ciudad de Quito, en el periodo del mes de junio del 2020.

3.3.2 Objetivos Específicos

- 1) Describir las características socioculturales, sociodemográficas y biológicas de los adultos mayores usuarios de la consulta externa del Hospital Quito N°1 Policía Nacional, de la ciudad de Quito, en el periodo del mes de junio del 2020
- 3) Explicar y analizar las representaciones sociales del deseo de muerte, en los adultos mayores usuarios de la consulta externa del Hospital Quito N°1 Policía Nacional, de la ciudad de Quito, en el periodo del mes de junio del 2020.

3.4. Hipótesis

La construcción del deseo de muerte en las personas mayores, es el resultado de la interacción de dimensiones y condiciones de desventaja social, soledad, falta de reconocimiento, presencia de dependencia y entornos sociales poco protectores. El deseo de muerte, se representaría como la pérdida de la significancia y la vinculación social.

3.5. Perfil del hospital de la Policía Quito No. 1

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital de la Policía Quito N°1, ubicado en la provincia de Pichincha al noroccidente de la ciudad de Quito; este centro es considerado como una entidad operativa desconcentrada, cuya área de influencia son las provincias de: Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua y Pichincha; sin embargo, en un menor porcentaje acuden pacientes de otras provincias de la Sierra. Es un hospital de Especialidades de tercer nivel de atención y complejidad del Sistema de Salud Policial, este a su vez forma parte de la Red Pública Integral del MSP y brinda atención integral a sus beneficiarios y derecho habientes; el hospital cuenta con áreas de Consulta Externa, Emergencia, Quirófanos, Hospital del Día, Unidad de Diálisis y Hospitalización. Este centro de salud está ubicado en la calle Av. Mariana de Jesús y Av. Mariscal Sucre, sector las casas en el noroccidente de la ciudad.

Fue inaugurado el 9 de abril de 1991, el 22 de enero 1999 se creó la Unidad Materno Infantil, equipada con quirófano, sala de partos y recuperación, en junio 2015 se inauguró el nuevo edificio de la Consulta Externa, mismo que cuenta con 57 consultorios habilitado para dar atención ambulatoria, lo cual beneficia a 300000 usuarios. El área de Consulta externa cuenta con una nueva edificación de cinco pisos con 47 consultorios de diferentes especialidades atendiendo un aproximado de 500 usuarios diarios, siendo los más relevantes en atención: Dermatología, Pediatría, Ginecología, Traumatología y Urología,

las citas se agenda previa cita telefónica, o de forma directa, durante el año 2015 se han atendido 133.862 consulta externa en las diferentes especialidades, con un promedio de 11.155 pacientes al mes.

En cuanto a la población adulta mayor, en el periodo enero-junio 2019, atendieron entre primeras consultas y consultas subsecuentes 21.272 pacientes adultos mayores a 65 años; las principales consultas fueron: Cardiología, Endocrinología, Neumología, Geriatria y Traumatología.

Luego de la revisión de la base de datos provista por el hospital, se determinó un universo de 5.434 personas usuarias de la consulta externa, en los servicios de: Geriatria, Cardiología, Nefrología, Neumología, Neurología y Oncología.

3.6. Relación de variables

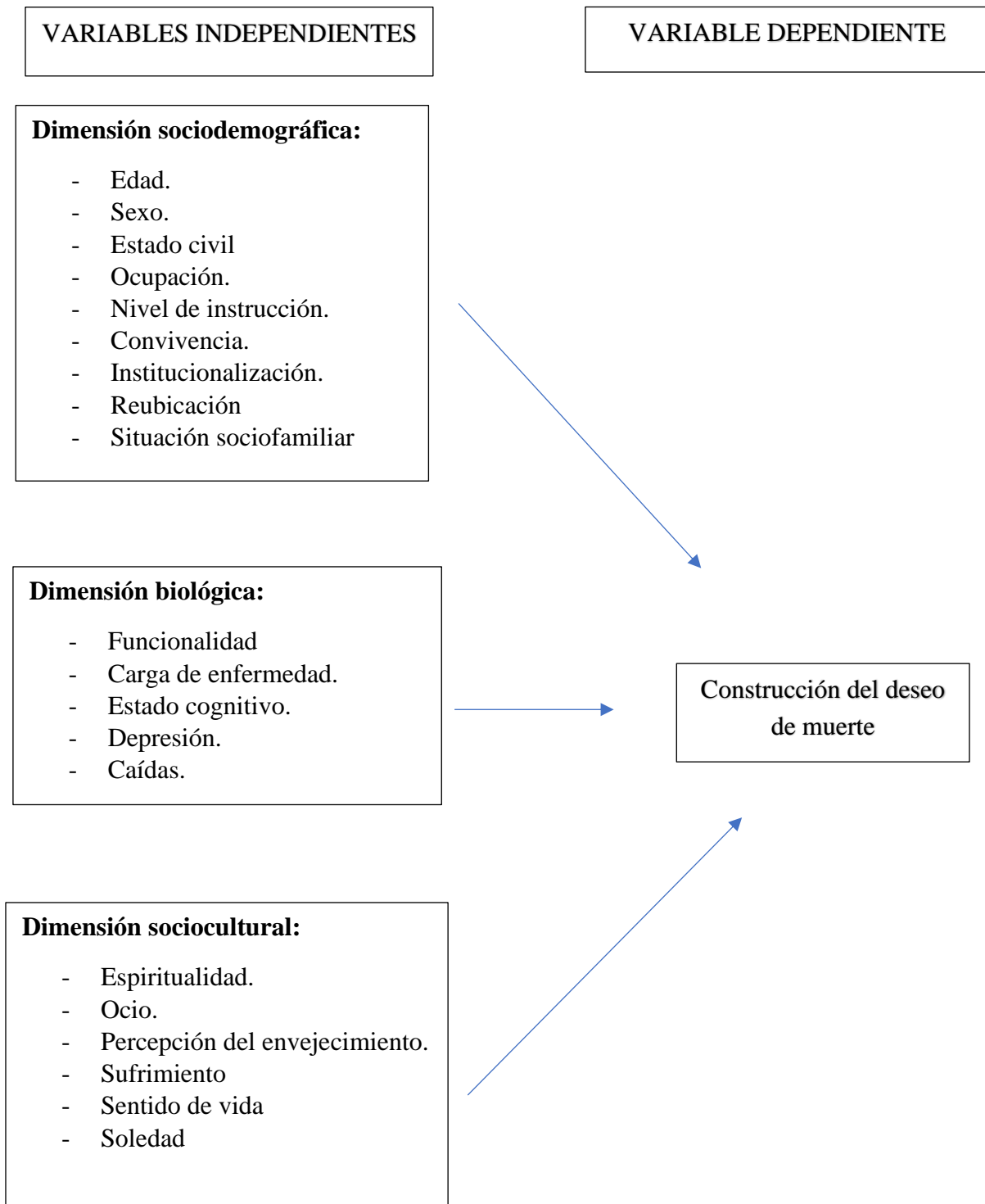


Figura 1: Relación de variables
Elaborado por: Las Autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

3.7. Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de variables					
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Identificación de la variable	Escala / Categoría	Escala de medida
Edad	Tiempo vivido de un ser vivo.	Cuantitativa Politémica Discreta	Fecha de nacimiento Años cumplidos al momento de la entrevista	Numérica	Promedio Proporción Mínimo Máximo Escala Ordinal.
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujeres y a los animales como macho y hembra.	Cualitativa. Categorica Nominal Binaria	Observación	Femenino Masculino	Proporción Escala Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Politémica	¿Cuál es su estado civil?	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado	Proporción
Ocupación	Actividad o función que se realiza para tener un ingreso económico.	Cualitativa	¿En estos momentos a que se dedica?	Trabajo activo remunerado Jubilados Tareas domésticas No trabaja Sin jubilación	Frecuencia absoluta y relativa Escala nominal
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa Politémica	¿Qué nivel de instrucción alcanzo usted?	Ninguno Primaria Secundaria Superior.	Proporción.
Convivencia	Vida en común que un ser humano lleva ya sea con una o varias personas.	Cualitativa Politémica	¿Con quien vive?	Solo Hijos Cónyuge Nietos Cuidador	Proporción

Institucionalización	Ingreso de una persona en una residencia o servicio de cuidado formal y prolongado.	Cualitativa Discreta	¿Vive en algún centro o residencia geriátrico?	1. Si 2. No	Proporción Escala nominal
Situación Socio familiar	Posición que ocupa una persona mayor en la familia y su entorno social, que determina en gran medida el bienestar de la persona afectada	Cualitativa Ordinal	Escala de valoración socio familiar Gijón: Permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social.	Buena /aceptable situación social (5-9) Existe riesgo social (10-14) Problema social (mayor a 15)	Escala nominal
Funcionalidad de actividades de la vida diaria	Capacidad de la persona mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria	Cuantitativa Discreta	Índice de Barthel para medir capacidad de las personas de realizar su vida cotidiana	Dependiente leve (61-99) Dependiente moderado (41-60) Dependiente severo (21-40) Dependiente total (menos de 20)	Promedio Frecuencia Escala ordinal
Nivel del estado cognitivo	Se refieren a lo relacionado con el procesamiento de la información, esto es la atención, percepción, memoria, resolución de problemas, comprensión, establecimientos de analogías, etc.	Cuantitativa Discreto	Test de Pfeiffer o PMSQ, cuestionario que miden el grado de deterioro cognitivo.	Deterioro cognitivo leve (3 a 4 errores) Deterioro cognitivo moderado (5 a 7 errores) Deterioro cognitivo severo (8 a 10 errores)	
Depresión	Trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.	Cuantitativa Discreta	Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS)	Ausente (0-5) Depresión probable (6-9) Depresión establecida (10-15)	Promedio Escala Nominal
Caídas	Precipitación del paciente al suelo, en contra de su voluntad.	Cualitativa Binaria	¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 6 meses?	Si No	Proporción Escala Nominal

Carga de enfermedad	Afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria a menudo relacionada con la discapacidad, pero no se relacionan con ella.	Cualitativa Politómica	Test de Charlson	C. baja (2 pt.) C. alta (3 pt.) Nota: la predicción de mortalidad se corrigió por la edad. (1 pt. por cada década desde los 50 años.)	Proporción
Espiritualidad	Conjunto de los principios o actitudes que configuran la vida espiritual de una persona o de un colectivo	Cualitativa Binaria	Espiritual Hope: ¿Sus creencias en Dios o en un ser superior le ayudan a mantener su salud?	1.Si 2.No	Proporción Binaria
Ocio	Diversión u ocupación reposada, especialmente en obras de ingenio, que se toman regularmente por descanso de otras tareas.	Cualitativa Discreta	1. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio al aire libre? 2. ¿Con que frecuencia tiene usted salidas vacacionales?	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Ocasionalmente 4. Casi todos los días 5. Todos los días	Proporción
Experiencia de envejecimiento	Conocimiento de la vida adquirida por las circunstancias o situaciones vividas y su influencia en la percepción del proceso de envejecimiento	Cualitativa Binaria	Entrevista semiestructurada Historia de vida Observación	Experiencia personal al envejecer. 1.Positiva 2.Negativa Trascendencia Condiciones desfavorables experimentadas Soledad Sentimiento de aislamiento Sentimiento de rechazo Incomprensión Vergüenza Cambios laborales Tiempo libre Discapacidad Condiciones de salud Miedo a la pobreza Discriminación Reubicación	Ninguna

Sufrimiento	“El estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad (intactness) o desintegración de la persona, con independencia de su causa”. Cassell, E.J. (1992)	Cualitativa Binaria	Entrevista semiestructurada y observación	1.Percepción de sufrimiento 2.No percepción de sufrimiento Causas del sufrimiento Afrontamiento del sufrimiento Redes de apoyo en momentos difíciles.	Ninguna
Sentido de vida	Sistema de objetivos que justifican a plenitud la existencia de un individuo, analizada en su totalidad ante sus propios ojos	Cualitativa	Entrevista semiestructurada y observación	Realización personal Existencialismo (quien soy y por qué estoy aquí) Propósito Motivación Felicidad Espiritualidad Actividades	Ninguna
Deseo de muerte	El deseo de muerte entendido como la idea y el sentimiento de que la vida se ha terminado y ya no vale la pena vivirla.	Cualitativa	Entrevista semiestructurada, observación, historia de vida.	Momentos del deseo de morir. Razones para desear morir. Condiciones en el momento de la muerte (cómo, cuándo, donde) Aspectos positivos de la muerte. Aspectos negativos de la muerte	Presente Ausente

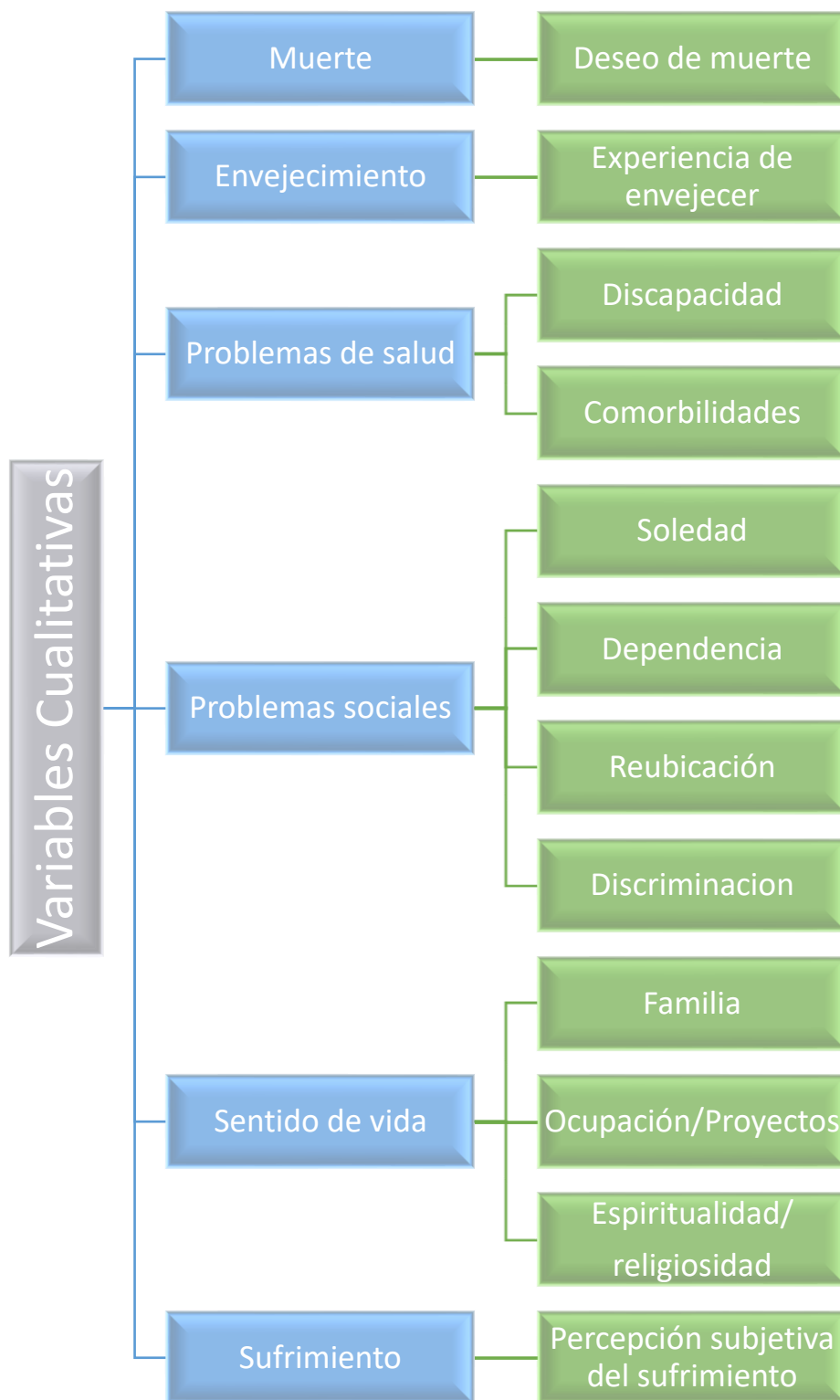


Figura 2: Organización de variables cualitativas
Elaborado por: las Autoras
Fuente: revisión bibliográfica

3.8. Tipo de estudio y diseño de la investigación.

Esta investigación es transversal, analítica y de carácter cualitativa.

Es transversal porque se ejecutó en el mes de junio del 2020. Es analítica porque describe y analiza las dimensiones sociodemográficas, culturales y biológicas que intervienen en la construcción del deseo de muerte y, explica las representaciones sociales de este deseo.

Se utilizó el método *etnográfico*, que en palabras de (Duranti, 2000) es “*la descripción escrita de la organización social de las actividades, los recursos simbólicos y materiales, y las prácticas interpretativas que caracterizan a un grupo particular de individuos*”; mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas, historias de vida y observación participativa de las reacciones de las personas con respecto a la presencia del deseo de muerte, su relación con el pasado como causante de su presente o “curso de vida”, tanto a nivel físico, emocional, cultural y espiritual. La utilización de estos tres métodos permitió **triangular** la información recogida.

3.9. Universo y selección de informantes.

Para calcular la muestra se tomó en cuenta el universo de 5.434 personas mayores atendidas en la consulta externa en el 2019. La frecuencia de presentación o heterogeneidad utilizada fue del 4,5%; con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra calculada fue de 66 personas y en previsión de una pérdida de datos se aumentaron 6 sujetos de investigación, usando la siguiente fórmula:

$$\frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + (Z^2 * p * q)}$$

Para **saturar** la información se aplicaron 72 entrevistas semiestructuradas y se elaboraron seis historias de vida.

Para la selección de los informantes se procuró una distribución **plural y diversa**, que represente a todo el universo en función de: grupos de edad (65 a 74 años, 75 a 84 años y 85 en adelante), sexo (hombres y mujeres) y carga de enfermedad (alta carga de enfermedad y baja carga de enfermedad). Para la elaboración de historias de vida, se seleccionaron adultos mayores cognitivamente competentes y dispuesto a colaborar en esta investigación.

3.9. Instrumentos de investigación.

Para **triangular** la información, se utilizaron los siguientes instrumentos de investigación:

3.9.1. Entrevista personal semiestructurada.

La entrevista personal semiestructurada que se empleó en este estudio abarcó las siguientes dimensiones:

1. **Dimensión socio-demográfica:** edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, institucionalización, convivencia.
2. **Dimensión biológica:** Caídas, Carga de enfermedad, Funcionalidad, Nivel de estado cognitivo, presencia de depresión, situación socio familiar.
3. **Dimensión socio-cultural:** espiritualidad, ocio, percepción del envejecimiento, sufrimiento, sentido de vida, soledad y deseo de muerte.

Se utilizaron preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas. El tema central, sobre la presencia del deseo de muerte fue comunicado de modo indirecto, para evitar deserciones.

El tiempo promedio de duración fue de 60 minutos. Debido a la pandemia del COVID-19, las entrevistas se realizaron mediante: video llamada, llamada telefónica, entrevista

cara a cara y visita domiciliaria. Para las entrevistas presenciales, se adoptó el protocolo de bioseguridad del servicio de Nefrología del HPQ N.1. Además, se procuró intencionalmente se generó un ambiente confortable y de confianza, dada la naturaleza del tema.

3.9.2. Historias de vida

Se realizaron seis historias de vida (tres hombres y tres mujeres), que permitieron explicar cómo los imaginarios culturales, religiosos y espirituales, las condiciones de salud, la dependencia, el tipo de convivencia, la condición socio económica y el curso de vida, influyeron en la presencia o no del deseo de muerte.

3.9.3. Observación participante, directa.

Para comprender mejor la construcción del deseo de muerte, las investigadoras se acercaron e interactuaron con los participantes, empleando una observación estructurada, su subjetividad y sus sentidos. Los espacios de abordaje fueron la consulta externa, el centro de diálisis y los hogares de los pacientes.

Además, una de las investigadoras se vinculó activamente a un grupo terapéutico de apoyo espiritual on-line, del cual formaba parte una de las informantes clave. Aquí, el soporte espiritual, la comunicación de las emociones, sentimientos, significado y vivencia de la muerte y del deseo de muerte, fue emitido mediante: palabras, mensajes, videos, libros, audios y emoticones.

De este modo, las investigadoras pudieron verificar las definiciones de los términos que los participantes usaron en las entrevistas, observar eventos que los informantes no podían o no querían compartir, observar las situaciones que los informantes describieron en las entrevistas y advertir sobre distorsiones o imprecisiones en la descripción proporcionada.

3.10. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron los siguientes:

- Pacientes mayores de 65 años.
- Usuarios de la consulta externa de los servicios de: Geriátría, Cardiología, Nefrología, Neumología, Neurología y Oncología del Hospital Quito N°1 Policía Nacional
- Pacientes que acepten formar parte del estudio de forma voluntaria

Los criterios de exclusión para esta investigación fueron:

- Pacientes con deterioro cognitivo severo
- Pacientes con discapacidad psico-social moderada y severa.
- Pacientes que no aceptaron formar parte del estudio

3.9. Plan de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó por entrevistas personales, por videollamada y llamada telefónica; todas ellas fueron grabadas para posteriormente transcribir textualmente la información obtenida; así también, estas cuentan como comentarios sobre percepciones y anotaciones relevantes por parte de las investigadoras.

3.10. Análisis e Interpretación

Para analizar la información demográfica y biológica obtenida mediante las entrevistas semi-estructurada, se levantó una base de datos en Excel, que fue examinada con medidas de tendencia central. Las narraciones fueron transcritas textualmente, en el programa Microsoft Office Word, codificadas por las investigadoras, organizadas en categorías mediante el programa Atlas Ti y ponderadas mediante el programa Word Salad.

Para determinar los **significantes** (forma material que toma el signo) y **significados** (concepto que representa este) del deseo de muerte, se realizó un **análisis semiótico** de las historias de vida, tomando en cuenta el contexto de los pacientes. Para esto se utilizaron las categorías de análisis determinadas mediante el programa Atlas Ti. Los diarios de campo de las investigadoras y los memos generados en el programa Atlas Ti, también fueron analizados semióticamente. Los contenidos gráficos del grupo de apoyo espiritual on-line fueron sometidos a una observación estructurada

3.11 Aspectos bioéticos

Uno de los principales documentos sobre los aspectos bioéticos al momento de realizar un estudio con seres humanos es la declaración de Helsinki, Finlandia, en la cual se incorporan los 10 puntos del código de Núremberg y la declaración de Ginebra. A diferencia del código de Núremberg con la declaración se puede obtener el consentimiento no sólo del individuo en cuestión, sino que se algún familiar cercano o representante legal.

Este estudio cumplió con el derecho a la privacidad (la información obtenida se manejó de manera codificada y no se difunde identidades), además el entrevistado tuvo la opción

de detener la entrevista en cualquier momento si así lo decidía, se realizó protección contra daños (físico, emocionales o de cualquier tipo de daño), se utilizaron medidas de protección con trajes de bioseguridad y siguiendo protocolos internacionales en pacientes que así lo requieran, cumpliendo así uno de los principios básicos de la bioética que es el de la no maleficencia.

También se respetó el principio de autonomía, preguntando siempre al paciente si desea ser entrevistado y haciéndole firmar un consentimiento informado o en su defecto su aceptación verbal (revisar anexo 1). En cuanto al principio de beneficencia, se busca con este estudio, escuchar a los adultos mayores, respetar sus opiniones y de alguna manera sentar un precedente de sus enseñanzas y pensamientos.

El principio de justicia se respeta sin discriminación de edad, de sexo, de etnia y además mediante la autorización expresa del paciente; siempre se garantizará que este estudio tiene fines científicos y en ningún momento se divulgará el nombre de los participantes, respetando su identidad y su espacio. (Revisar anexo 1).

A los participantes del estudio que presentaron un deseo de muerte activo, y además a quienes se les identificó un test positivo para depresión fueron remitidos a la especialidad de Geriatria del Hospital Quito N°1 Policía Nacional, para su debida referencia a Psicología.

Capítulo IV: Resultados de la investigación

4.1. Características socio-demográficas.

4.1.1. Análisis univariado.

El análisis univariado de las características socio-demográficas demostró lo siguiente.

TABLA 2: distribución sociodemográfica de la muestra				
Variable	Categoría	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
Edad	65-69 años	15	0,2083	20,83%
	70-74 años	5	0,0694	6,94%
	75-79 años	20	0,2778	27,78%
	80-84 años	7	0,0972	9,72%
	85-89 años	21	0,2917	29,17%
	90-94 años	4	0,0556	5,56%
	Total	72	1	100%
	Promedio de edad (años)	79		
Sexo	Femenino	36	0,5	50%
	Masculino	36	0,5	50%
	Total	72	1	100%
Auto identificación étnica	Blanco	13	0,1806	18,06%
	Mestizo	57	0,7917	79,17%
	Indígena	2	0,0278	2,78%
	Total	72	1	100%
Estado civil	Casado	45	0,6250	62,5%
	Soltero	3	0,0417	4,17%
	Viudo	21	0,2917	29,17%
	Divorciado	2	0,0278	2,78%
	Otros	1	0,0139	1,39%
	Total	72	1	100%
Instrucción	Analfabeto	2	0,0278	2,78%
	Primaria	32	0,4444	44,44%
	Secundaria	25	0,3472	34,72%
	Superior	13	0,1806	18,06%
	Total	72	1	100%
Situación de convivencia	Conyugue	40	0,5556	55,56%
	Hijos	14	0,1944	19,44%
	Solo	16	0,2222	22,22%
	Nietos	1	0,0139	1,39%
	Otra situación de convivencia	1	0,0139	1,39%
	Total	72	1	100%

Tabla 1: distribución sociodemográfica de la muestra

Elaborado por: las Autoras

Fuente: entrevistas a los participantes

El promedio de edad de la población estudiada fue de 79 años, predominó la representación de adultos mayores con edades entre 85 a 89 años con el 29 % (n=21).

Debido a que se utilizó un muestreo propositivo, la frecuencia de mujeres fue similar a la de hombres. La mayoría de personas se identificaron como mestizos con el 79% (n=57); en el análisis del estado civil predominó el grupo de personas casadas en un 64% (n=45), seguido por el grupo de viudas 30% (n=21). El 44% (n=32) tenían estudios de primaria, seguidos de instrucción secundaria con un 35% (n=25)

De las 72 personas entrevistadas, la mayoría de los participantes convive con su cónyuge 56% (n=40), viven solos con 22% (n=16), en un menor porcentaje viven con sus hijos 19% (n=14), y convive con otras personas el 2% (n=2) de los participantes.

Del total de la muestra, el 83% de los hombres entrevistados son casados, en relación al 42% de las mujeres; las mujeres se concentran en el estado civil viudo con el 50%, mientras que los hombres solo son el 8% viudos.

4.2 Características biológicas.

4.2.1 Análisis univariado

TABLA 3: análisis univariado de dimensión biológica				
Variable	Categoría	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
<i>Funcionalidad</i>	Independencia	56	0,78	78%
	Dependencia moderada/leve	16	0,22	22%
<i>Carga de enfermedad</i>	Comorbilidad baja	35	0,49	49%
	Comorbilidad alta	37	0,51	51%
<i>Estado cognitivo</i>	No deterioro cognitivo	54	0,75	75%
	deterioro cognitivo leve/moderado	18	0,25	25%
<i>Depresión</i>	Ausencia de depresión	57	0,79	79%
	Depresión probable/establecida	15	0,21	21%

Tabla 3: análisis univariado de dimensión biológica de la muestra

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

En la dimensión biológica se encontró que el 78% (n=56) de los entrevistados tenían independencia funcional ; la presencia de carga de enfermedad alta o baja es similar el 75% (n=54) no presentaron deterioro cognitivo; el 79% (n=57) no presentan depresión.

4.3 Características socioculturales

4.3.1 Análisis univariado

TABLA 4: análisis univariado de dimensión sociocultural				
Variable	Categoría	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
<i>Espiritualidad</i>	Si cree en Dios	71	0,99	99%
	No cree en Dios	1	0,01	1%
<i>Ocio</i>	Dedica tiempo a actividades de ocio	33	0,46	46%
	No dedica tiempo a actividades de ocio	39	0,54	54%
<i>Experiencia de envejecimiento</i>	Percepción positiva de envejecimiento	33	0,46	46%
	Percepción negativa de envejecimiento	39	0,54	54%
<i>Sufrimiento</i>	Percepción de sufrimiento	35	0,49	49%
	No percepción de sufrimiento	37	0,51	51%
<i>Soledad</i>	Percepción de soledad	22	0,31	31%
	No percepción de soledad	50	0,69	69%
<i>Sentido de vida</i>	Si encuentra sentido a su vida	67	0,93	93%
	No encuentra sentido a su vida	5	0,07	7%
<i>Deseo de muerte</i>	Si tiene deseo de muerte	14	0,19	19%
	No tiene deseo de muerte	58	0,81	81%

Tabla 4: análisis univariado de dimensión sociocultural de la muestra

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

El análisis de las características socioculturales de las personas entrevistadas demuestra que el 99% (n=71) si cree en Dios;3,9); el 54% (n= 39) no dedica tiempo a actividades de ocios; el 93% (n=67) si encuentran sentido a su vida; el 81% (n=58) no tienen deseo de muerte.

4.4 Análisis bivariado de las dimensiones sociodemográficas, biológicas y socioculturales

TABLA 5: Análisis bivariado de dimensiones sociodemográficas, biológicas y socioculturales						
VARIABLES			DESEO DE MUERTE			Chi-cuadrado de Pearson
			SI	NO	TOTAL	
Edad	de 65 a 75 años	Recuento	3	21	24	1,108a
		Recuento esperado	4,7	19,3	24	
	de 76 a 94 años	Recuento	11	37	48	
		Recuento esperado	9,3	38,7	48	
Sexo	Femenino	Recuento	6	30	36	0,355
		Recuento esperado	7	29	36	
	Masculino	Recuento	8	28	36	
		Recuento esperado	7	29	36	
Nivel de Instrucción	Analfabeto/Primaria	Recuento	7	27	34	0,054*
		Recuento esperado	6,6	27,4	34	
	Secundaria/Superior	Recuento	7	31	38	
		Recuento esperado	7,4	30,6	38	
Convivencia	Solo	Recuento	3	13	16	0,006*
		Recuento esperado	3,1	12,9	16	
	Acompañado	Recuento	11	45	56	
		Recuento esperado	10,9	45,1	56	
Situación Sociofamiliar	Existe riesgo social/ Problema social	Recuento	2	10	12	0,71
		Recuento esperado	2,3	9,7	12	
	Buena o aceptable situación social	Recuento	12	48	60	
		Recuento esperado	11,7	48,3	60	
Funcionalidad	Dependiente	Recuento	3	13	16	0,006*
		Recuento esperado	3,1	12,9	16	
	Independiente	Recuento	11	45	56	
		Recuento esperado	10,9	45,1	56	
Comorbilidad	Comorbilidad Alta	Recuento	8	28	36	0,355
		Recuento esperado	7	29	36	
	Comorbilidad Baja	Recuento	6	30	36	
		Recuento esperado	7	29	36	

Estado Cognitivo	Normal	Recuento	10	44	54	0,118
		Recuento esperado	10,5	43,5	54	
	Deterioro Cognitivo	Recuento	4	14	18	
		Recuento esperado	3,5	14,5	18	
Depresión	Deprimido	Recuento	12	45	57	0,452
		Recuento esperado	11,1	45,9	57	
	No deprimido	Recuento	2	13	15	
		Recuento esperado	2,9	12,1	15	
Espiritualidad	Si	Recuento	13	52	65	0,132
		Recuento esperado	12,6	52,4	65	
	No	Recuento	1	6	7	
		Recuento esperado	1,4	5,6	7	
Actividades de Ocio	No realiza actividades de Ocio	Recuento	5	34	39	2,384
		Recuento esperado	7,6	31,4	39	
	Si realiza actividades de Ocio	Recuento	9	24	33	
		Recuento esperado	6,4	26,6	33	
Experiencia del Envejecimiento	Percepción negativa de envejecimiento	Recuento	12	47	59	0,167
		Recuento esperado	11,5	47,5	59	
	Percepción positiva de envejecimiento	Recuento	2	11	13	
		Recuento esperado	2,5	10,5	13	
Sufrimiento	Si	Recuento	8	27	35	0,506
		Recuento esperado	6,8	28,2	35	
	No	Recuento	6	31	37	
		Recuento esperado	7,2	29,8	37	
Soledad	No soledad	Recuento	10	40	50	0,032*
		Recuento esperado	9,7	40,3	50	
	Se siente solo	Recuento	4	18	22	
		Recuento esperado	4,3	17,7	22	
Sentido de vida	No sentido de vida	Recuento	3	2	5	5,642
		Recuento esperado	1	4	5	
	Si hay Sentido de vida	Recuento	11	56	67	
		Recuento esperado	13	54	67	

(*) Las variables, nivel de instrucción, convivencia, funcionalidad y soledad se asociaron con deseo de muerte.

Tabla 5: Análisis bivariado de dimensiones sociodemográficas, biológicas y socioculturales

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

4.5 Perfil de los informantes

La información necesaria para el análisis cualitativo se obtuvo a través del método etnográfico usado para realizar 72 entrevistas semiestructuradas, de las cuales se eligió 6 participantes cuyas experiencias personales contribuyeron a entender mejor el fenómeno estudiado a través de la realización de historias de vida.

4.5.1 Perfil de los informantes de entrevistas semiestructuradas

Las características de las personas entrevistadas fueron las siguientes:

Tabla 6: perfil de informantes para historias de vida			
N.º	Informante	Deseo de muerte	Perfil del informante
1	001-AC	No	Hombre, 67 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, es independiente, no depresión, no deterioro cognitivo, buena/aceptable situación social, percepción positiva del envejecimiento. Sentido de vida es la vida misma.
2	002-BR	No	Hombre, 70 años, viudo, expolicía, solo, tiene comorbilidad alta, es independiente, no depresión, no deterioro cognitivo, existe riesgo social, percepción negativa del envejecimiento. Sentido de vida pobre, velar por su hija.
3	003-BM	SI	Mujer, de 79 años, casada, tareas domésticas, vive con sus hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida no está claro.
4	004-BA	Si	Mujer 86 años, soltera, jubilada, vive sola, tiene comorbilidad baja, independiente, tiene depresión probable, no presenta deterioro cognitivo, buena situación social, percepción negativa del envejecimiento, su sentido de vida se centra en ella.

5	005-CE	No	Hombre 80 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, presenta comorbilidad alta, es independiente, no deprimido, no presenta deterioro cognitivo, se detecta riesgo social, tiene una percepción positiva del envejecimiento, su sentido de vida se centra en la familia.
---	--------	----	---

Tabla 6: Perfil de informantes para entrevistas

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

4.5.2 Perfil de las historias de vida

Tabla 7: perfil de informantes para historias de vida			
N.º	Informante	Deseo de muerte	Perfil del informante
1	001-DG-HV	No	Hombre, 94 años, actividades agrícolas, casado, vive con hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no tiene depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena, tiene satisfacción plena por la vida que ha tenido junto a su esposa, tiende a ser repetitivo con su respuesta a las diferentes preguntas, en su infancia tuvo que ser cuidador de su madre, el evento más triste en su vida es la muerte de su madre, de joven su profesión era agricultor, carpintero y ayudante de dibujante del ferrocarril, se siente orgulloso de su esposa y su trabajo, tiene buena afinidad con sus familiares, indica que en las horas de la mañana se mantiene en actividad, en la tarde descansa de las actividades realizadas, se siente bien de salud, se siente plenamente realizado, paciente muy emocional al hablar de los logros en su vida, no piensa en la muerte pero se siente listo cuando llegue el momento, tiene muchos deseos de vivir por más tiempo, su sentido de vida es su esposa, familia y salud
2	002-EA-HV	No	Hombre, 78 años, ex policía, casado, vive con hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena, tiene percepción positiva del envejecimiento, su infancia fue relativamente normal, lo cual indica que no fue muy relevante en su vida, gran parte de su adultez joven estuvo en las fuerzas militares y policiales, conoció a su esposa y tuvo 3 hijos, su vida en esta etapa fue satisfactoria debido a sus logros profesionales, en su adultez se siente orgulloso por tener salud e indica que la religión ha sido su apoyo, tiene buen soporte familiar, en horas de la mañana paciente realiza actividades en el hogar, a partir del mediodía procede a descansar, disfruta tiempo con su familia, se siente bien de salud, se siente muy satisfecho con la vida que ha tenido, para él, el buen morir sería en un momento sencillo, no tiene miedo a la muerte y se siente preparado y listo para cuando llegue el momento de morir, lo único que le preocupa es tener una mala muerte

3	003-HF-HV	No	Hombre, 68 años, ex policía, casado, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena, tiene percepción positiva del envejecimiento, sus recuerdos más claros son los de la infancia, el momento más feliz es cuando estaba en la escuela, el recuerdo más triste es cuando falleció su abuelita, en la adolescencia terminó sus estudio y se unió a la vida policial, se conoció con su esposa en el colegio y no recuerda muy bien su matrimonio, se siente orgulloso de su vida profesional, y que sus hijas también los son, tiene buena afinidad con su familia,
			siente una gran diferencia con su yo del pasado, debido que no era tan maduro emocionalmente. En la mañana tiene una rutina para levantarse, realiza tareas del hogar, en la tarde suele salir y descansar, siente que sus días se hacen largos cuando no está en movimiento, le gusta pasar tiempo con su familia, indica que disfruta mucho de la vejez, siente que no tiene nada pendiente que hacer, su estado de salud se maneja con controles de rutina, indica que la vida antes de la policía fue de mucho sufrimiento, después de ser policía el eligió su estilo de vida, no tiene miedo de la muerte, se siente preparado y listo para la muerte, desea morir en gracia de dios, lo que le preocupa es el sufrimiento de sus seres queridos.
4	004-MB-HV	No	Mujer, 88 años, tareas domésticas, divorciada, vive con sus hijos, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión probable, deterioro cognitivo leve, existe riesgo social, tiene percepción negativa del envejecimiento, no recuerda mucho su infancia, no tuvo padre, la madre murió, indica que su infancia fue infeliz, solo tiene 2 años de primaria, trabajaba en la agricultura, trabajaba desde los 10 años, su etapa de enamoramiento fue rápida, lo cual indica que fue un error y se divorció, sufrió mucho con su primer esposo, no se siente orgullosa de su vida, indica que su vida no ha sido buena, no se lleva bien con su familia, paciente piensa que la enfermedad y la enfermedad arruinan su vida, en la mañana realiza quehaceres del hogar, en la tarde ve sus novelas y duerme, se siente mal por no poder realizar actividades que hacía en la juventud, indica que se siente desobligada, siente como que fuera a morir, aunque no desea morir, tiene miedo a la muerte, no sabe si esta lista al momento de su muerte, muestra un gran signo de depresión.
5	005-MR-HV	No	Mujer, 73 años, comerciante, viuda, vive sola, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social, tiene percepción positiva del envejecimiento, Indica que su infancia fue muy buena, llena de dicha, recuerda plenamente los momentos que le marco de felicidad en esta etapa de la vida, la etapa más triste de la misma fue cuando murió su perro, en la

			madurez trabajo como enfermera, su vida laboral empezó muy bien junto con su vida de casada hasta que el esposo la golpeo, se divorció, tuvo tres hijos, conoció a su pareja porque era rector de un colegio, su boda fue estupenda, viajo mucho por su trabajo, en la adultez sufrió maltrato por parte de su esposo, se volvió a casar, y tampoco funciono, después de un tiempo conoce a un hombre que era policía, el cual tuvo una vida feliz,
			hasta que el murió, en la vejez logro estudiar derecho, su proyecto es cambiarse a otro piso por la humedad que le afecta su salud, en la mañana la paciente realiza quehaceres del hogar, estar con su mascota, en la tarde ve novelas y descansa, tiene buen apego familiar, lo que le da sentido a su vida son sus hijos, siente que todavía tiene cosas por hacer antes de morir, se siente bien de salud, paciente bien arraigada en la religión, se siente preparada para la muerte porque tiene la satisfacción del deber cumplido, su buen morir significa estar en la gracia de dios, cuando le llegue la muerte su único deseo es que nadie la vea.
6	006-ZC-HV	No	Mujer, 94 años, no trabaja, casada, vive con su conyugue, comorbilidad alta, tiene dependencia severa, no tiene depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena, tiene percepción positiva del envejecimiento, recuerda mu claramente su niñez, el recuerdo más feliz es cuando vivía su papa y tenían una finca, el momento más triste cuando se enfermó el papa y murió en Guayaquil, en la adolescencia, termino la escuela se graduó de modista, se dedicaba al principio al planchado de camisas, conserje de escuela, conoció a su esposo en la escuela, se siente orgullosa de haber trabajado, de haber encontrado un buen esposo, tiene una buena relación familiar en especial con sus nietos, en la vejez se siente agobiada debido a su problema visual, siente frustración debido a que por su problema visual su día a día es muy complicado ya que necesita de una persona para cada actividad que desee realizar, no sufre mucho por el amor de sus familiares, siente que ha tenido una excelente vida, no piensa en la muerte, desea morir sin dolor alguno, su sentido de vida depende de su familia, no se siente lista para la muerte, su mayor preocupación es que su muerte no sea dolorosa.

Tabla 7: perfil de informantes para historias de vida

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

La vida es socializada por las personas como un ciclo donde ellas nacen, crecen, se reproducen y mueren; la idea de la muerte está relacionada al fin de la vida ante lo que las personas toman dos posiciones respecto a esta: pueden aceptarla y esperar su llegada o pueden desear su pronta llegada, para que termine su vida; la posición que las personas tomen ante esta, suele estar determinada por sus experiencias pasadas y presentes de vida.

Una de las definiciones del deseo de muerte es:

La pulsión de muerte o Tánatos, en oposición a la pulsión de vida o Eros, representa la tendencia fundamental de todo ser viviente a regresar al estado inorgánico desde donde emergió, a través de la reducción completa de las tensiones. (Freud, 1920)

Partiendo de la definición que Freud hace sobre el deseo de muerte, es necesario pensar en cómo las personas mayores viven respecto al deseo de morir, cuáles son las causas ligadas y cómo influye su salud física, mental y social respecto ante la presencia o ausencia de este.

La dimensión sociodemográfica muestra que al momento de cruzar estas variables con el deseo de muerte se evidencia que en los sujetos de la investigación no hay una relación entre deseo de muerte y edad. Lo curioso en esto es que, las personas más jóvenes son quienes más deseo de muerte presentan, esto puede indicar que a pesar de que la edad es un factor importante no es determinante al momento desear morir.

Con respecto al sexo de las personas, como muestra la tabla 3, los hombres son quienes más deseo de morir explícito tienen, casi 4 veces más que las mujeres; muchas de las respuestas afirmativas de los hombres respecto al deseo de muerte están relacionadas a la soledad, al trabajo y al pasado, en contraste con sus compañeras, cuyas causas son: la soledad, tristeza y el no molestar a quienes las rodean. Una de las encuestadas manifestó que *“sí he pensado en la muerte, pero Dios no se ha acordado de mí, todavía estoy pataleando aquí”* (Paciente femenina de 88 años, no deseo de muerte).

TABLA 8: distribución por sexo de las causas de deseo de muerte de la muestra			
Motivo	Total	Femenino	Masculino
Enfermedad	2	0	18%
No molestar	1	33%	0
Pasado	2	0	18%
Problemas	1	0	9%
Todo el tiempo	1	0	9%
Soledad	4	33%	27%
Trabajo	2	0	18%
Tristeza	1	33%	0

Tabla 8: distribución por sexo de las causas de deseo de muerte de la muestra

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

La construcción de las identidades de sexo y como esas tienen una afectación en la vejez, por ende, presentar motivos para querer morir demuestran la pérdida de rol establecida históricamente con la de “brindar cuidado” en las mujeres, y la del “proveer económicamente” en los hombres.

Una de las condiciones que según la literatura, si influyen en el deseo de muerte, es la presencia de un círculo que brinde soporte social a las personas, en nuestra investigación aunque la variable soporte social no tuvo relevancia estadística, a las personas entrevistadas, como muestra la tabla 4, quienes no sienten tener un soporte social son en mayor medida porcentual quienes presentan más deseo de muerte; así también, quienes tienen relaciones más cercanas con sus hijos e hijas y sus convivientes tienen menos deseo de muerte comparados con quienes se encuentran solos. Respecto a esto, un paciente manifiesta:

Si, en primer lugar, mis hijos son muy bien llegados, entonces cualquier cosa tanto nosotros como ellos estamos de acuerdo con lo que se quiera pasar. Los dos

resolvemos todo y nos comunicamos con la familia (paciente masculino 94 años, no deseo de muerte).

Acentuando lo dicho anteriormente, la presencia de problemas sociales influye en el deseo de muerte, pues quienes tienen deseo de morir y tienen problemas sociales (7%) son casi 4 veces más que quienes tienen problemas sociales y no tienen deseo de muerte (2%)

Así también, al analizar deseo de muerte y su percepción positiva o negativa de la muerte en las personas entrevistadas, el 61% de la muestra afirma tener una percepción positiva y solo el 19% de la muestra desea morir, entendiendo así, quienes tienen una percepción positiva de la muerte son quienes más frecuentemente manifiestan deseo de morir, como sostiene (el paciente masculino de 77 años, si deseo de muerte) *“No creo, nadie que se ha muerto ha venido a este mundo a convencer a alguien que ha sido malo”*; mostrando que quienes tienen deseo explícito de morir no ven la muerte como algo malo o con temor, pues como afirma el (paciente masculino 88 años, con deseo de muerte) que ve la muerte como algo positivo al decir *“Claro pues ya termina mi gozo, mis penas y todo”*.

Las respuestas de las personas encuestadas muestran que a pesar de que tienen percepciones positivas de la muerte, de que se sientan satisfechas con sus vidas y no sientan que tienen pendientes que solucionar, no expresan explícitamente deseo de morir, uno de los entrevistados al preguntársele sobre cuál cree que sería el momento aceptable para morir, responde:

No habría momento aceptable, ninguno, porque solamente, que me suicide para ver el momento aceptable, porque yo escojo el momento, mientras que eso no va a suceder nunca, en una persona que está completamente agradecido con la vida,

que soy yo, sino el destino y cuando papito Dios me lleve. (historia de vida de paciente masculino de 68 años, no deseo de morir).

Dentro del análisis de la dimensión biológica, el deterioro cognitivo y el deseo de muerte de las personas encuestadas no se relaciona con el desear morir. Uno de los pacientes con deterioro cognitivo leve responde:

Eso no se piensa yo por mi será que, parece que yo voy a vivir todavía otros 20 años más pues, simplemente cuando uno ya no se puede hacer nada ahí se ha de saber desear la muerte, pero mientras uno se tiene la salud y el amor de los hijos que ya nos lleva el uno no se lleva el otro, uno ni se piensa, ahorita por ejemplo tenemos salud y la salud, es más. (Historia de vida de paciente femenino 73 años, no deseo de muerte)

En concordancia con lo que se suele pensar, en nuestra investigación el deseo de muerte está ligado a la **depresión** (tabla 4, dimensión biológica) siendo tres veces más probable que una persona con depresión establecida muestre deseos de morir contrario a quienes no tienen este diagnóstico. Sin embargo, en el análisis estadístico no se encontró esta asociación, tomando en cuenta que el trasfondo de lo que involucra para una persona estar deprimido, depende de la individualidad de cada uno para desencadenar deseo de muerte, al respecto una paciente comenta.

Ahora que ya toca así, que voy a pensar, no sé qué, por la soledad y que no tengo a quien decir esto necesito esto otro necesito, mejores me gustaría que Dios me lleve. (Historia de vida de paciente femenina 88 años, deseo de muerte).

La **sensación de sentirse capaces de realizar las cosas cotidianas** también es un factor que está relacionado al deseo de muerte, al analizar la capacidad de hacer las cosas de quienes tienen o no deseo de muerte siendo 3 veces más alta que quienes no tienen deseo de muerte; uno de los pacientes afirma “*no ha pasado por mi mente porque tengo muchas*

cosas todavía que hacer” (paciente femenino de 76 años, no deseo de muerte); mostrando que la capacidad de hacer cosas (sobre todo relacionadas al brindar cuidado) dan a las personas motivos para vivir y por ende impide que tengan deseos de muerte. Contrario a lo que piensa una paciente “A veces ya no tengo ni fuerzas para hacer, pero lo que yo tengo lo hago y nada más” (paciente femenino de 88 años, no deseo de muerte).

Al hacer el cruce de deseo de muerte y estado de salud, se puede ver que las personas con deseo de morir presente sí tienden a percibir negativamente su salud. La mitad de las personas con deseo de morir sienten su salud como *regular*, esta cifra baja a 1 de cada 3 en las personas que no tienen deseo de morir.

Desde la dimensión sociocultural, el deseo de muerte suele asociarse con la vejez, la relación entre la percepción de la vejez y el deseo de muerte es negativa, pues se repite la tendencia global a que la mayoría de las personas perciben a la vejez de manera regular-mala. La historia de vida de un paciente masculino de 68 años, no deseo de morir sostiene alrededor de este proceso:

Yo me siento satisfecho, y realizado en calidad de viejo, de lo que digan las otras personas, a mí no me importa lo que digan, no tiene más nada que decirme, y yo ya no ofrezco nada a la vida, que me digan viejo, bonito que me digan viejo, que me digan viejo que ya no vale, eso queda en el corazón y en el sentimiento de la persona, pero yo sé que estoy con dios y punto.

Ya me toca, de pensar en eso, ¡no me parece bien! (paciente femenino de 88 años, si deseo de muerte)

Así mismo, el análisis sobre la satisfacción de vida de las personas encuestadas muestra que esta juega un papel importante en el deseo de muerte, pues al parecer a menos satisfacción de vida hay más deseo de muerte, pues las personas que no se sienten

satisfechas con su vida son el 29% de quienes tienen deseos de muerte, 3 veces más que quienes no tienen deseo de morir.

Mi vida tiene sentido porque, las cosas que quiero hacer hago, y quiero acabarlos porque de hoy a mañana ya no estoy. (paciente femenino de 73 años, no deseo de muerte).

La siguiente tabla nos demuestra la satisfacción de vida con deseo de muerte

TABLA 9: distribución de deseo de muerte en función de su satisfacción de vida		
Satisfacción de vida	Si hay deseo de muerte	No hay deseo de muerte
si se siente satisfecho	71%	90%
no se siente satisfecho	29%	10%

Tabla 2: distribución de deseo de muerte en función de su satisfacción de vida

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

La soledad es un papel vital al momento de pensar el deseo de muerte, no solamente es la causa principal por la que las personas sostienen desear morir (tabla 4, variables socioculturales), el 60% de la muestra dice no sentirse solo, sin embargo, cuando existe deseo de muerte si hay una diferencia mínima comparado con los que no. Ambas variables con un índice relacional de 0,055021064; esto puede interpretarse como que la soledad es un factor de bajo impacto en los deseos de muerte de la muestra, contrario a lo que se podría pensar de la soledad y la adultez mayor.

A partir de aquí, se puede sostener que el deseo de muerte tiene 4 categorías importantes para su análisis como muestra el siguiente diagrama.

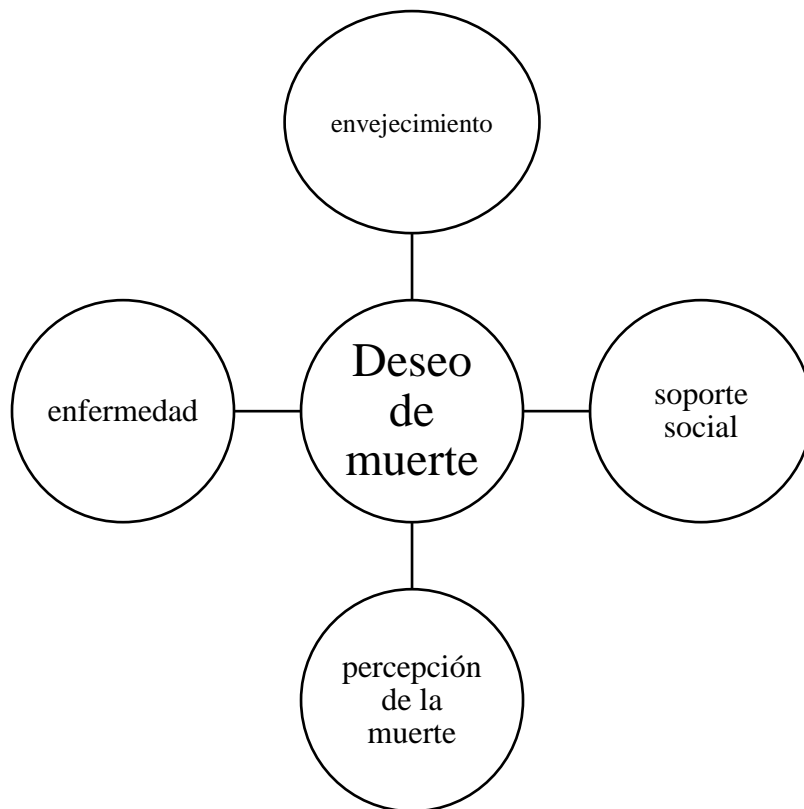


Figura 4: Deseo de muerte
Elaborado por: las Autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

vivencia de este proceso puede tener diferentes percepciones según las experiencias individuales de los sujetos, esta percepción puede estar influida por una serie de factores relacionados al estado de salud, la soledad y el acceso a redes de cuidado. Como muestra la figura 17, el 47% de la muestra manifiesta tener una percepción negativa de la experiencia de envejecer; de estos, solo 1 de cada 5 manifiesta una percepción positiva del envejecimiento.

Así como las personas, las causas de la percepción negativa de la vejez, son diversas, desde una dimensión biológica están ligadas a la enfermedad y a la discapacidad; como muestra la entrevista a un paciente masculino de 65 años con experiencia negativa de envejecimiento donde el manifiesta *“No quisiera porque, por ejemplo, una enfermedad, ya es bastante difícil, no ser útil, tener alguna enfermedad catastrófica”*, mostrando no solo que la percepción de la vejez está ligada a la enfermedad, sino también un miedo ante esta y sus consecuencias; otra de las causas de la percepción negativa de la vejez está ligada a la soledad, por ejemplo la entrevista a una paciente femenina de 88 años con experiencia negativa de envejecimiento donde manifiesta: *“Bueno, yo como digo de la soledad, parece sola, parece que se me quitan los ánimos, pienso que soy más vieja, más inútil”*; además de estas, otra de las condiciones que influyen en la percepción negativa de la vejez está relacionada la falta de recursos económicos como muestra la entrevista de un paciente masculino de 88 años con experiencia regular de envejecimiento que sostiene: *“Todo lo que se ha adquirido, se tiene y ahora con lo poco que se gana hay que dividirlo para las necesidades en especialmente para la salud”*; por último, la independencia para realizar las actividades cotidianas también es un factor que pesa al momento de percibir de manera negativa el envejecimiento, la entrevista a una paciente femenina de 66 años con experiencia negativa muestra este motivo al sostener que *“De*

malo que yo no pueda hacerme mis propias cosas, como decirle, mi aseo personal por mi propia cuenta, que tenga que estar pidiendo auxilio a mis hijos, eso es lo que no quisiera”.

Desde el análisis de la dimensión sociocultural, la experiencia positiva o negativa del proceso de envejecimiento puede variar en función de la edad y el sexo de las personas, donde se puede observar que el aumento de la edad también significa una percepción más negativa de a la experiencia de envejecer pues mientras que de las personas del primer rango de edad 65-69 años tan solo 3 de cada 10 tiene una percepción negativa del envejecimiento, en el último rango de edad de 90-94 años todas manifestaron que su proceso de envejecimiento ha sido malo.

Desde lo sociodemográfico, con respecto a la distribución por sexo, el análisis de las entrevistas muestra que las mujeres tienden a percibir este proceso de manera negativa más frecuente que los hombres, pues mientras que la mitad de las mujeres perciben a su proceso de envejecimiento como negativo, solo 2 de cada 5 hombres hace lo mismo.

Como sostiene la OMS en su Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015) “*el aumento de la esperanza de vida debe entenderse como un éxito de las políticas públicas en salud de los Estados*”; sin embargo, países como el Ecuador aún tiene retos que vencer en acceso a salud para las personas mayores, pues como muestra el figura 20, muestra cómo se relaciona la autopercepción de la salud de las personas con su experiencia al envejecer donde a vemos que a mejor percepción de salud mejor percepción de la experiencia de envejecer.

La independencia en los adultos mayores se vuelve vital para que la experiencia de envejecer sea positiva, la entrevista a una paciente femenina de 78 años cuya escala de Barthel lo ubica en *independiente manifiesta*” *Casi no, porque se ve que es horrible, pobre gente que hay veces que no pueden ni alzar ni una taza de agua y todo eso... no*

pues, hasta muy viejita no estaría bueno ni de vivir”; así mismo, un paciente con dependencia severa manifiesta en la entrevista a una paciente femenina de 66 años con experiencia mala de envejecimiento “*Pasar los años y antes que yo era joven y ahora vieja ahora soy inútil*”.

Siguiendo el análisis desde la dimensión biológica se entiende que la salud física es importante, la salud mental juega un papel determinante en como las personas perciben este proceso natural de sus vidas. El análisis de las entrevistas muestra la distribución de las respuestas sobre la percepción del envejecimiento en función de la Escala de Yesavage, mientras que la tasa de la percepción negativa del proceso de envejecimiento tanto de quienes se ubican en *normal* como en quienes tienen depresión establecida es de 2 de cada 5, en quienes tienen depresión probable la tasa se duplica a 4 de cada 5 personas; esto podría deberse al efecto que tendría sobre las personas el tratamiento farmacológico en quienes tienen depresión establecida que mejora su calidad de vida, y por lo tanto, su percepción sobre el envejecimiento;

TABLA 10: Distribución de la muestra y su percepción subjetiva de la experiencia de envejecer en función de la escala de Yesavage			
Escala de Yesavage	Percepción mala	Percepción regular	Percepción buena
Normal	23	21	13
Depresión probable	8	1	1
Depresión establecida	2	2	1

Tabla 3: distribución de la muestra y su percepción subjetiva de la experiencia de envejecer en función de la escala de Yesavage de la muestra

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

Desde la dimensión sociocultural, la soledad es una de las variables que se pudo detectar en el análisis de las situaciones que influyen en la percepción subjetiva de la experiencia de envejecer, las personas que no se sienten solas o lo hacen a veces tienen una mejor experiencia de envejecimiento en comparación a sus pares que si se sienten solos o solas.

El tener un soporte social es vital en el proceso de envejecimiento, muchas veces la familia juega un rol importante en como las personas perciben este proceso; por ejemplo, en la historia de vida 005-MR-HV manifiesta:

Mi hija por ejemplo, que me ha visto tan linda, que dice: vos no estas vieja, vos estás hermosa, esos son los halagos que me dice, déjame peinar el pelo, como siempre pasan con mascarilla aquí dentro me dicen déjame peinar, me peinan, me acarician el cabello y le digo que sientes, a mi hija, dice: mami siento como que en las manos que acaricio seda, dice: me gusta mami tu cabello, dice que lindo que esta, cabello plateado ya, la edad de oro.

Así como la soledad afecta a la experiencia de envejecer, también lo hace el sufrimiento. El sufrimiento influye en la forma en que las personas adultas mayores perciben el atravesar por esta experiencia; mientras que 7 de cada 10 personas que si tienen motivos de sufrimiento perciben al envejecimiento como mala, quienes no tienen motivos de sufrimiento solo llegan a 3 de cada 10; a pesar de esto, 5 de cada 10 personas que sostienen no tener motivos de sufrimiento aun califican su experiencia de envejecimiento como regular, manteniendo la tendencia de la muestra a una mala percepción de esta..

A partir de aquí, se puede sostener que la experiencia de envejecimiento de las personas entrevistadas tiene 4 categorías importantes que se han utilizado para analizarlas como muestra el diagrama

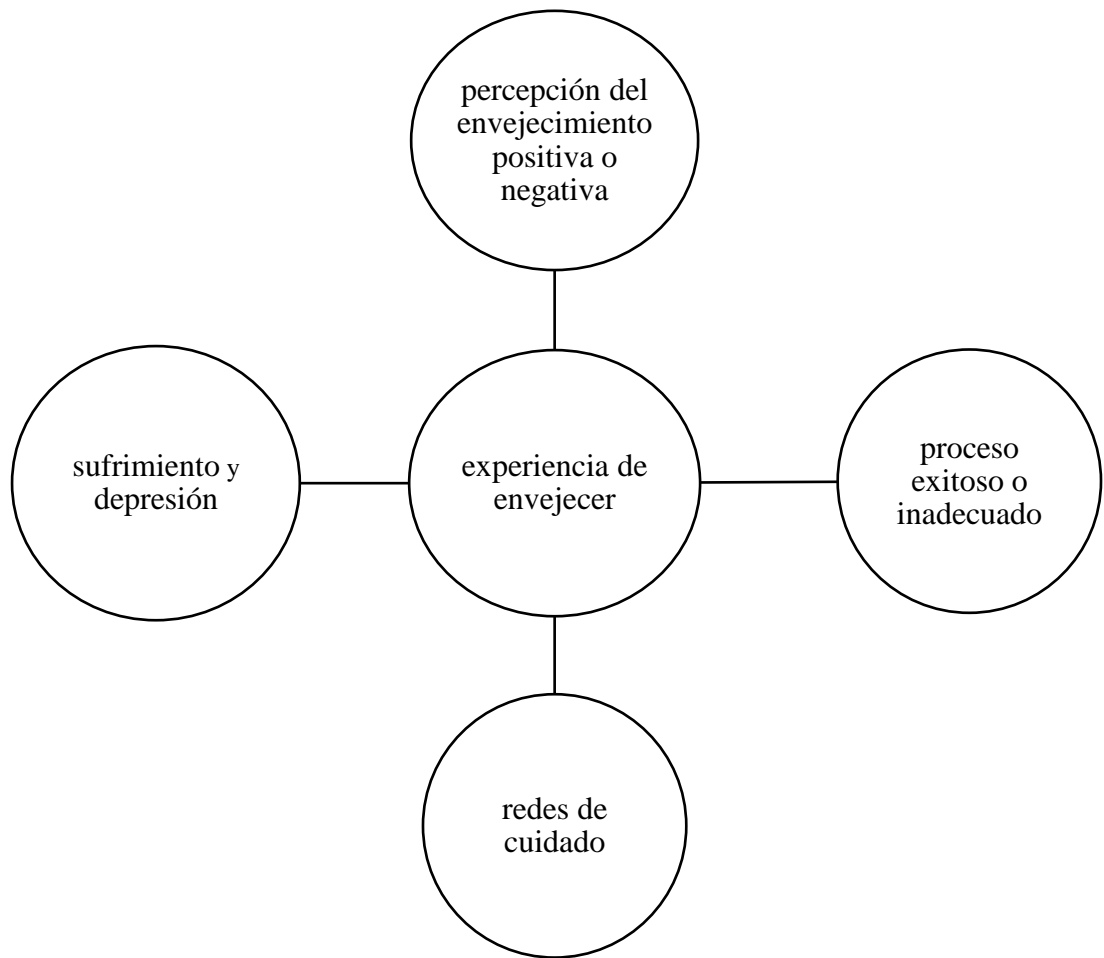


Figura 6: Experiencia de envejecer como determinante en el desarrollo del deseo de muerte

Elaborado por: Las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

más enfermedades crónicas al mismo tiempo y se determina a través del Índice de Charlson hay una división equitativa de la comorbilidad en la muestra.

Así mismo, la dimensión sociodemográfica muestra que la distribución por edad de la comorbilidad muestra que a pesar de tener mayor edad la comorbilidad no va aumentando, volviendo a esta una variable que no impacta en los problemas de salud y sus percepciones y consecuencias en las vidas de las personas de la muestra

Por último, la distribución por sexo de la comorbilidad de las personas entrevistadas brinda una visión sobre la diferencia entre hombres y mujeres, pues las mujeres tienden a tener comorbilidad baja más que los hombres; esto mostrará más adelante la influencia del sexo de las personas en las afectaciones de los problemas de salud en sus cotidianidades.

En las entrevistas a las personas se puede observar como las enfermedades tienen un impacto en la salud de las personas en función de su sexo; en la entrevista a una paciente femenina de 93 años con capacidad para realizar acciones cotidianas manifiesta *“No pasar sana, me duele las piernas, los brazos, cuello, me duele los brazos, entonces hay esas molestias que tengo, las enfermedades, los sufrimientos de la vida, para estar tranquila, a veces nunca me hace doler, a veces nomas.”*; esta visión se ve contrapuesta por las vidas más activas e independientes que llevan los hombres, la entrevista a un paciente masculino de 65 años con capacidad para hacer las cosas *“No, ahorita por ejemplo estoy en la terapia todas la mañanas entonces me mantengo. Si me gusta correr bueno corro, bueno así.”*, esto muestra que la independencia de los hombres en la vejez les permite llevar una vida más activa y por lo tanto tener una mejor condición física. Así mismo, el tratamiento necesario para sobrellevar las enfermedades son respuestas más frecuentes en los hombres que en las mujeres como muestra la entrevista a un paciente

masculino de 88 años con capacidad de hacer las cosas manifiesta “*He...tengo Parkinson, no me causa sufrimiento porque tengo medicinas adecuadas el médico que me atiende, me atiende bien*”. La importancia de un tratamiento y seguimiento adecuado a los problemas de salud de las personas se vuelve vital para que los problemas de salud no tengan impactos negativos en sus vidas.

El nivel de independencia de las personas afecta en como perciben su capacidad de realizar sus actividades cotidianas, teniendo una relación negativa entre ambas variables; las entrevistas y su análisis muestran la sensación de capacidad de realizar acciones diarias de la muestra, en donde 4 de cada 5 personas afirma que aún se siente capaz de desarrollar su cotidianidad sin limitaciones físicas o de edad.

Sin embargo, el nivel de independencia tiene un impacto en la capacidad de realizar actividades cotidianas, pues a pesar de que la mayoría de las personas no encuentran problemas para hacerlo, a nivel que aumenta la dependencia también lo hace la percepción de no poder hacer las cosas.

Las personas ejemplifican el impacto de la percepción de la capacidad para hacer las cosas está influenciada por su nivel de independencia-dependencia para desenvolverse en la cotidianidad a través de la tristeza, el sufrimiento y la nostalgia. La entrevista a un paciente masculino de 76 años con capacidad de hacer sus actividades cotidianas el paciente comenta “*Si por mi estado de salud, por lo que le conté que me caí y a raíz de eso no puedo caminar bien, y siempre me viene la nostalgia, disculpe doctora, la tristeza*”; otro de los impactos en la vida de las personas que tiene los problemas de salud es haber tenido que retirarse de la vida laboral, la entrevista paciente masculino de 88 años con capacidad de hacer sus actividades cotidianas dice alrededor de esto “*Uno ya no puede en primer lugar yo soy agricultor, uno ya no puede trabajar, me da ganas por*

hacer mi trabajo y ahora ya no puedo, mi tiempo se me fue y ya no vuelve más”; también la entrevista a una paciente de 93 años con capacidad de hacer sus actividades cotidianas manifiesta *“Si, también me ha gustado o sea si fuera un poco más joven me gustado hacer más que todo, el trabajo, porque eso es lo que me dolió más cuando me retire del trabajo”*; estas dos entrevistas muestran como el alejarse del campo laboral afecta tanto a hombres y mujeres en la forma en la perciben su salud y su capacidad de desenvolverse cada día.

Las diferencias de sexo en la percepción de capacidad de hacer cosas en su día a día muestra que las mujeres se sienten más capaces que los hombres en desenvolverse en su cotidianidad como se puede apreciar en la entrevista a una paciente femenina de 83 años con capacidad de hacer actividades cotidianas que dice *“No me impide, porque me va a impedir, mi vida yo la sé sobrellevar”*, siendo esta un ejemplo de las respuestas comunes en las entrevistas a pacientes de sexo femenino.

Otro de los factores que influye en las discapacidades, su percepción y su vivencia es la edad, el análisis de las entrevistas muestra como al avanzar la edad las personas entrevistadas no ven afectada su capacidad de realizar sus actividades cotidianas; sin embargo, al aumentar la edad si aumenta las personas que perciben dificultades en llevar estas tareas a cabo; las personas si encuentran dificultades al pasar los años como muestra la entrevista a un paciente masculino de 89 años con capacidad de hacer sus acciones cotidianas que sostiene *“Desde luego ya los ochenta y nueve años ya no puedo realizar lo que yo desearía, pasearme, salir de gira, pero ya no puedo”*

La discapacidad que se genera en función del estado de salud de las personas transforma sus vidas tanto en lo físico como en lo mental; la autopercepción de las personas se transforma como muestra la entrevista a una paciente femenina de 89 años sin capacidad

de realizar acciones cotidianas que sostiene *“Pasar los años y antes que yo era joven y ahora vieja ahora soy inútil”*; otro paciente alrededor de esto sostiene *“Claro, claro, no ve que ya se van acabando las fuerzas, todo mismo ya se acaba la voluntad de uno, o que le diré, la fuerza de carácter”*.

Otro de los impactos que tiene la discapacidad en las personas está relacionado a su vida sexual, la entrevista a un paciente masculino de 68 años con capacidad para realizar acciones cotidianas dice alrededor de esto *“No, por ejemplo el sexo por mi enfermedad casi no tengo, no tengo el apetito en eso, pero por una parte me siento estable, me siento bien”*, la cual muestra que a pesar de que hay un impacto en esta, el paciente no muestra que le afecte en su cotidianidad.

A partir del análisis de la información provista por las personas entrevistadas, los problemas de salud se pueden abordar desde las categorías descritas en el siguiente diagrama.

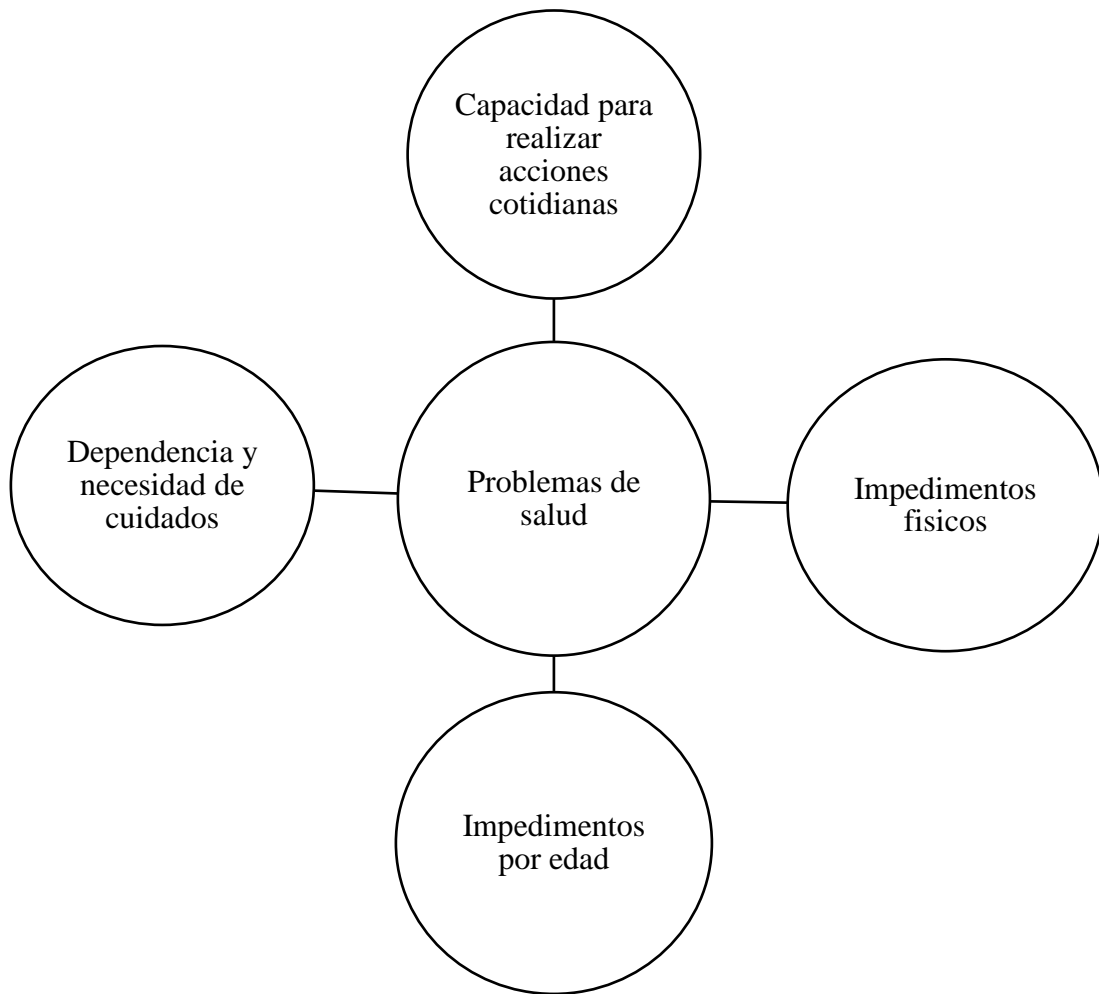


Figura 8: Problemas de salud como determinante en el desarrollo del deseo de muerte

Elaborado por: Las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

vulnerabilidades, discriminación y otros problemas sociales que afectan su salud tanto física como social. La (CEPAL, 2002) define a la vulnerabilidad social como “*potencial de un evento, característica o proceso para generar condiciones de incertidumbre y/o adversidad para determinadas unidades de referencia, sean personas, hogares, comunidades, regiones o naciones*”, mostrando que es necesario que las personas que atraviesan esta etapa de su vida tengan atención prioritaria en sus necesidades.

La muestra con la que se trabajó en la siguiente investigación está compuesta en su mayoría por personas con una buena y aceptable situación social, sin que esto signifique no se haya tenido acceso a entrevistar a personas quienes están en riesgo o en problemas social.

La presencia o no de riesgo sociales está influida por dos factores importantes: la edad y el sexo de las personas. Respecto a la dimensión sociodemográfica. El análisis en función de la edad muestra que contrario a lo que podría pensarse, las personas mayores no presentan problemas sociales contrarios a sus pares más jóvenes, siendo el rango 75-79 años y menores sean quienes más problemas sociales muestran cara a quienes están en una buena/aceptable situación social.

Así mismo, la distribución por sexo de cada una de las categorías de la escala Gijón muestra que a pesar de que los hombres están en mejor situación social que las mujeres de manera general, son los únicos que se encuentran dentro de una dimensión sociocultural esto muchas veces está relacionado a la construcción de las masculinidades en función del conflicto y la autoridad que impide una relación con redes de apoyo que puedan sostenerlos y evitar así un riesgo social. Las masculinidades en función de la jerarquía se muestran frecuentemente en las entrevistas de la muestra, una de ellas sostiene “*bueno yo tengo un carácter un poco..., soy muy recto, y cuando las cosas*

termino, termino, no estoy a medias, puede traerme más problemas” (paciente masculino, 77 años, riesgo social). Estas construcciones responden a lo que (Segato, 2003) analiza como *estructuras de la violencia*, resultantes de los parámetros que impone el sistema patriarcal sobre lo que se espera que deben ser los hombres y les impide conectarse con sus afectos para sí mismos y para quienes los rodean.

Las redes de apoyo y afectos son importantes al momento de analizar la vulnerabilidad social de las personas en su adultez mayor; las personas entrevistadas muestran lo vital que es la convivencia con otras personas para evitar estos riesgos; el análisis de las entrevistas muestran que quienes viven solos son las únicas personas que presentan problemas sociales, como un alto número de personas en riesgo social; quienes conviven con otras personas muestran que están en mejores condiciones comparados con quienes no, esto está estrechamente relacionado con los trabajos de cuidado. El acceso a los cuidados necesarios para el desarrollo pleno humano de las personas en la adultez mayor es el determinante al momento de hablar de riesgo social para (Domínguez Guedea, 2016), la capacidad de respuesta de forma material y social de los actores y actoras que rodean al adulto mayor evitan el deterioro de su vida.

Pero así como la dimensión de los cuidados está ligada a la capacidad de recibir cuidados, esta es solo una de las esferas que (Perez Orozco, 2014) identifica al hablar de trabajos de cuidados; las otras dos esferas son la capacidad de brindar cuidados a otras personas y la capacidad de autocuidado de estas. Al brindado de cuidados se lo ha ligado históricamente con la esfera de lo femenino, poniendo a las mujeres una carga de cuidar a otras personas que supera la edad, pero, dándoles acceso a redes de cuidado más fácil que los hombres, sin que esto signifique que no tengan riesgos sociales como muestra la figura 32. Una respuesta común al momento de analizar las variables de problemas

sociales es que un gran número de mujeres, por no decir todas, encuentran en el proveer cuidados a hijos y nietos un sentido en sus vidas; por ejemplo, una de las entrevistas sostiene *“sé que mi hijo está trabajando, mi hija se fue la Universidad entonces yo me pongo a preparar la comida, que tienen que venir y todo eso me pasa el tiempo.”*. La capacidad de proveer de cuidados a otros ha asegurado a las mujeres tener acceso a redes de cuidado en su adultez mayor, pero por esta misma razón, suelen presentar riesgos sociales más frecuentemente que sus pares hombres por estar ligadas a la dependencia económica y social de quienes les proveen de esos cuidados, independencia que los hombres han logrado a través del trabajo y el acceso a recursos económicos

Otro de los factores que influyen en la presencia o ausencia de problemas sociales es la autopercepción de salud que tienen las personas; desde la dimensión sociocultural, la presencia de riesgos sociales es inversamente proporcional a la percepción de salud; es decir, quienes peor percepción de salud tienen en mayor riesgo social se encuentran. Los problemas sociales son una categoría que en este estudio pareciera no tener relación con la autovaloración de salud por su baja representación; sin embargo, sigue respondiendo a la tendencia de la inversión proporcional descrita anteriormente.

Desde la visión de desarrollo que propone (Domínguez Guedea, 2016), las vulnerabilidades sociales tienen repercusiones en la vida de las personas, las cuales impiden su desarrollo humano pleno. Una de las consecuencias más visibles en la muestra es el impacto en la salud mental que tiene en las personas estar en situaciones de vulnerabilidad social, quienes están en un riesgo social han desarrollado depresión, este diagnosticada o sea probable; sin embargo, quienes están en riesgo social se concentran en depresión probable, cuya explicación a la falta de diagnóstico responda a la

implicación propia de esta situación que los priva de acceso a servicios de atención que puedan establecer o no el diagnóstico de depresión y el tratamiento que este conlleva.

Siguiendo esta línea de las implicaciones mentales que tiene la vulnerabilidad social en la adultez mayor, el deterioro cognitivo de las personas también se ve influido por esta; a medida que el riesgo social aumenta en las personas, también lo hace su deterioro cognitivo; sin que esto sea una regla pues en todas las categorías existen personas sin deterioro de sus capacidades mentales.

Retomando la línea de reflexión alrededor de las esferas del cuidado, la vulnerabilidad social está estrechamente ligada a los niveles de dependencia y necesidad de cuidados brindados por otras personas para poder realizar sus actividades diarias. La dependencia se puede cualificar a través del índice de Barthel, escala que valora la capacidad de un individuo para realizar actividades de autocuidado, para observar el gran nivel de independencia que muestra las personas entrevistadas. Sin embargo, la distribución por sexo de la escala de Barthel muestra que las mujeres de la muestra si tienen un nivel mayor de dependencia en comparación con sus compañeros, esto puede estar ligada a condiciones sociales y económicas.

Otra de las variables que influyen en los niveles de dependencia de las personas es la edad, al aumentar la edad de la muestra también lo hace la dependencia de estas, concentrándose el nivel de dependencia moderada y severa en la escala de edad de 90-94 años.

Los niveles de dependencia de las personas tienen influencia en la salud mental de estas, pues como a mayor nivel de dependencia mayor nivel de depresión. Lo interesante es que a mayor nivel de dependencia también lo hace la depresión establecida, cambiando una de las tendencias que se venía observando en otras variables donde la depresión probable

solía estar más presente en mayores niveles de vulnerabilidad; el aumento de la necesidad de cuidados, sobre todo médicos, tal vez permita más frecuentemente detectar problemas de depresión y darles seguimiento y tratamiento, lo cual se ve reflejado en la falta de resultados significativos alrededor de percepciones de aspectos de la vida cotidiana. El manejo y tratamiento de la depresión se vuelve entonces, como se ha repetido a lo largo del trabajo, una herramienta vital para garantizar a las personas adultas mayores vidas que merezcan ser vividas.

Los niveles de dependencia están estrechamente ligados a la libertad de las personas, Amartya Sen en (El desarrollo como libertad, 2000) muestra que hay 5 tipos diferentes de libertad para las personas, una de ellas está estrechamente ligada a las oportunidades sociales, siendo estas ocasiones en las que las personas pueden interactuar entre sí y con su entorno. Desde la dimensión sociocultural, el análisis del uso de tiempo que tienen las personas en función de su nivel de dependencia graficado muestra que las personas con niveles de independencia se dedican a trabajos remunerados o de cuidados, mientras que las personas con mayores niveles de dependencia se ven impedidas de ocupar su tiempo en actividades sociales por la presencia de enfermedades en el grupo estudiado.

Otras de las dimensiones de la libertad que Sen aborda en (Sen, El desarrollo como libertad, 2000) es la dimensión económica el acceso a redes de cuidados en la sociedad capitalista está determinado muchas veces por la capacidad de consumo de ellas y las personas que la tienen a cargo; en el análisis de la muestra se puede observar que quienes tienen mayor nivel de dependencia son quienes menos dinero les hace falta, esto puede explicarse que quienes no tienen acceso a recursos económicos muchas veces se vean obligados a ser más independientes para poder sobrevivir.

Junto a la dependencia, las redes de apoyo y cuidados son vitales en el desarrollo de la vida de las personas adultas mayores, las redes de apoyo y los sistemas de apoyo social se vuelven herramientas a través de las cuales se puede mejorar la vida de las personas en la adultez mayor. El soporte social en las personas adultas mayores se vuelve fundamental al momento de pensar la dependencia de las personas, pues quienes no poseen ni son parte de redes de cuidado se ven en mayor nivel de dependencia de quienes si tienen acceso a estas. Así también se puede observar que las hijas y los hijos junto a los convivientes de las personas entrevistadas son el principal soporte que las personas tienen en su adultez mayor.

Así mismo, el soporte social de las personas se ve influido con la presencia o ausencia de riesgo social, la relación entre la valoración de la escala Gijón con el soporte social, en la cual todas las personas de la muestra con problemas sociales no identifican ningún soporte social que pueda apoyarlas en el desarrollo de sus vidas; así también, quienes están en mejor situación social son quienes encuentran en su familia cercana un soporte para atravesar esa etapa de sus vidas.

La soledad también se vuelve un problema social que acompaña al envejecimiento de la población por las mismas causas sociales que se han descrito anteriormente; pudiendo convertirse en un riesgo que amenace la vida de las personas como manifiesta (Gajardo, 2015), aunque la soledad se manifiesta a lo largo de la vida sin que signifique que la adultez mayor es sinónimo de esta, si suelen relacionarse socialmente, el mismo autor muestra que los principales impactos que tiene esta en la vida de las personas adultas mayores conducen a la depresión y al aislamiento social, poniendo en riesgo sus vidas y exponiéndolos a una serie de vulnerabilidades que impiden que tengan vidas que merezcan ser vividas.

Desde el análisis de la percepción subjetiva de sufrimiento, 3 de cada 5 personas entrevistadas afirma no sentirse solas, las mismas que tienen fuertes lazos con familiares cercanos y amigos; por ejemplo, uno de los pacientes manifestó “¿Solo? Mmm No como digo desde que ya salí de la institución, acompañado de la familia con mis hijos, con mi mujer. No, no me he sentido.” (paciente masculino de 87 años, no se siente solo), mostrando la importancia de la presencia de tejidos sociales fuertes para evitar sentirse solos.

Contrario a lo que se podría creer, el avance de la edad no es sinónimo de soledad en las personas entrevistadas, pues los grupos con menor sensación de soledad son quienes mayor edad tienen, las personas que más solas se sienten son las del grupo de edad de 75-84, las más cercanas al promedio de edad de la muestra (79 años). Así también, la soledad tiene una dimensión de sexo que muestra que las pacientes de sexo femenino son quienes más manifiestan sentirse solas en comparación a sus pares masculinos. Esto puede causarse por 2 motivos: el primero es por la construcción de las identidades masculinas desligadas de la capacidad de expresar sentimiento como se ha explicado con anterioridad a través de (Segato, 2003) por lo cual a pesar de sentirse solos podrían demostrarlo menos que las mujeres; pero también puede deberse a imaginarios de dependencia-independencia respecto a la familia y las parejas. En las entrevistas es común que las mujeres se refieran a la soledad como “Yo, en la noche porque nunca me separé de mi esposo, hasta cuando él se fue y le siento a él”(paciente femenina de 78 años, si se siente sola); en ellas la soledad está ligada a la pérdida o ausencia de parejas sentimentales mientras que los hombres está más ligada a la ausencia de personas en general como por ejemplo: “Si varias veces, bueno como le dije vivo solo en la casa, y cuando uno entra a la casa, y ve que no hay con quien conversar. ahí hay un momento de soledad” (paciente masculino de 88 años, si se siente solo).

El uso de tiempo para el ocio y la recreación también es un factor importante el momento de analizar la soledad, la sensación de soledad está relacionado con las personas que dedican su tiempo a brindar cuidados, a si mismas como a otras personas, mientras que las personas que no sienten sensación de soledad son quienes usan su tiempo en actividades relacionadas a compartir espacios donde puedan desarrollarse como son el trabajo y la recreación; ambas actividades tienen en común que implican compartir tiempo con otras personas y en que son medios para alcanzar logros personales. La presencia de tejido social que brinde soporte a las personas también está relacionada con el sentimiento de soledad que las personas adultas mayores pueden desarrollar, las personas que se sienten solas no encuentran soporte social en su familia, siendo esta una relación necesaria para que las personas encuentren apoyo en esa etapa

Las causas por la que las personas adultas mayores tienen sentimiento de soledad son variadas, relacionadas principalmente a la ausencia de miembros de su familia o a situaciones temporales como las noches o la restricción de movilidad producida por la cuarentena; sin embargo, 3 de cada 10 personas que manifestaron sentirse solas lo hacen siempre, mostrando como la falta de tejido social de soporte afecta a sus vidas.

Luego del análisis de la información alrededor de los problemas sociales, se puede definir 4 categorías claves para el abordaje de estos en el siguiente grafico

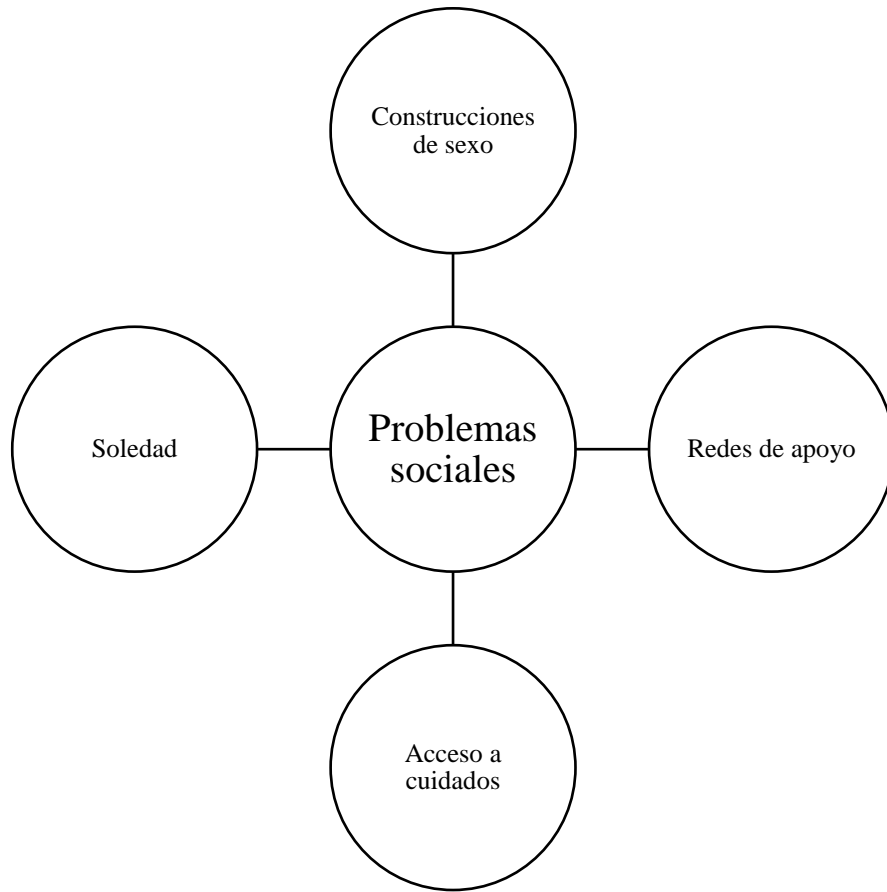


Figura 10: Problemas sociales como determinante en el desarrollo del deseo de muerte
Elaborado por: Las Autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

embargo, para lograr este objetivo se deben incluir a la mayor cantidad de actores sociales posibles, sobre todo las personas que están ligadas a la familia y la atención de los adultos mayores y centrarse en que estas encuentren sentido a sus vidas.

El sentido de vida al ser un concepto subjetivo puede tener varias definiciones según la percepción de las personas, (Aguirre, 2005) sostiene que el sentido de vida está estrechamente ligado a la vivencia de los afectos de las personas tanto en el pasado como en el presente.

Desde un análisis biológico, al avanzar la edad, las personas comienzan a cambiar las formas en que encuentran sentido a sus vidas, mientras que en las edades más tempranas suelen ser motivos ligados a la recreación y a la individualidad, las más tardías encuentran sentido en la familia y la espiritualidad

Otra de las causas por las cuales se ven influido el encontrar sentido a la vida de las personas es el sexo , este análisis sociodemográfica arroja datos interesantes alrededor de cómo se relaciona con el sentido de vida expresado por la muestra en donde solo las mujeres encuentran el sentido a sus vidas ligado a sus hijas e hijos y a la realización de proyectos, así también ellas son quienes no encuentran sentido a sus vidas en comparación con sus pares hombres; mientras que ellos encuentran sentido a su vidas en la belleza y la recreación o en sí mismos. Estas diferencias alrededor de la individualidad muestran de nuevo como la construcción de las identidades de sexo tradicionales ligada a la vivencia o no de los afectos tiene repercusiones en la vejez de las personas.

Uno de los pilares en la vivencia exitosa de la adultez mayor es la relación con la familia cercana, sobre todo en el brindado de cuidados y afectos necesarios para afrontar de forma social e individual el proceso de envejecimiento de las personas. La convivencia con la familia es una de las determinantes al momento de analizar el sentido de la vida, la mitad

de la muestra convive con su pareja al momento de la recolección de los datos, el 19% vive con sus hijas e hijos y el 1% con sus nietas o nietos, dando el total de 76% de las personas entrevistadas conviven con su círculo familiar y tan solo 2 de cada 10 personas entrevistadas vive sola.

Respecto a la convivencia de las personas, el análisis de las entrevistas muestra que existe una tendencia a que con el aumento de la edad, las personas pasan a vivir más con sus hijas e hijos ya que la convivencia con sus conyugues se ve disminuida por razones como la muerte de sus parejas o la separación y divorcio de estas; mientras menos personas conviven con sus conyugues, más pasan a vivir con sus hijas e hijos.

La convivencia se ve influida por el sexo de las persona, desde un análisis sociodemográfico, las mujeres son quienes menos conviven con sus conyugues, pero más conviven solas en comparación con los hombres; mientras que ellos tienden a vivir más con otras personas en comparación a sus pares mujeres, las situaciones de convivencia en las personas adultas mayores tienen un gran impacto en las formas en que actúa la resiliencia y su capacidad de responder ante los problemas que surgen en esa etapa de sus vidas; el acompañamiento es entonces una herramienta que las personas encuentran para dar sentido a sus vidas, este puede ser el de otras personas o el de alguna entidad espiritual donde encuentren ese apoyo necesario para afrontar sus problemas.

La fe y espiritualidad es definida por (Jiménez Segura & Arguedas Negrini, 2004) como un conjunto de actitudes frente a los acontecimientos significativos de la vida atribuyéndoles a seres sobrenaturales; las entrevistas muestran cómo influye la espiritualidad en la vida de las personas y su capacidad de resiliencia, por ejemplo la entrevista a una paciente femenina de 73 años cuyo sentido de vida es la presencia de proyectos manifiesta *“Muy bien, créame cuando yo le pido algo él me lo hace tarde o*

temprano, el me escucha entonces porque no creer; otra respuesta alrededor de la espiritualidad de una paciente de 94 años cuyo sentido de vida es Dios manifestó “No, no quiero envejecer, el vivir en este planeta hermoso que Dios lo creo con todo lo necesario para el hombre.”. El creer en Dios se vuelve para ellas una herramienta de resiliencia y sentido a sus vidas, y al igual que a otras personas, encuentran en la espiritualidad una forma de soporte social.

La convivencia con la soledad de las personas de la muestra ocasiona que no encuentren sentido a su vida, o que ellas mismas sean su propio sentido de vida como muestra la figura 56; esto sirve para insistir en la importancia de que las redes de cuidados y afectos que se configuran por varios actores sociales se vuelven un pilar importante en el hallar el sentido de vida de las personas, quienes viven con sus conyugues son aquellos que encuentran sentido a sus vidas por la presencia de proyectos o de actividades recreativas, creando así ambientes sanos para el desarrollo de sus capacidades en la adultez mayor, y garantizando así un proceso exitoso de envejecimiento

El sentido de vida de las personas entonces puede ser analizado a partir de las 4 grandes categorías recogidas en el siguiente gráfico

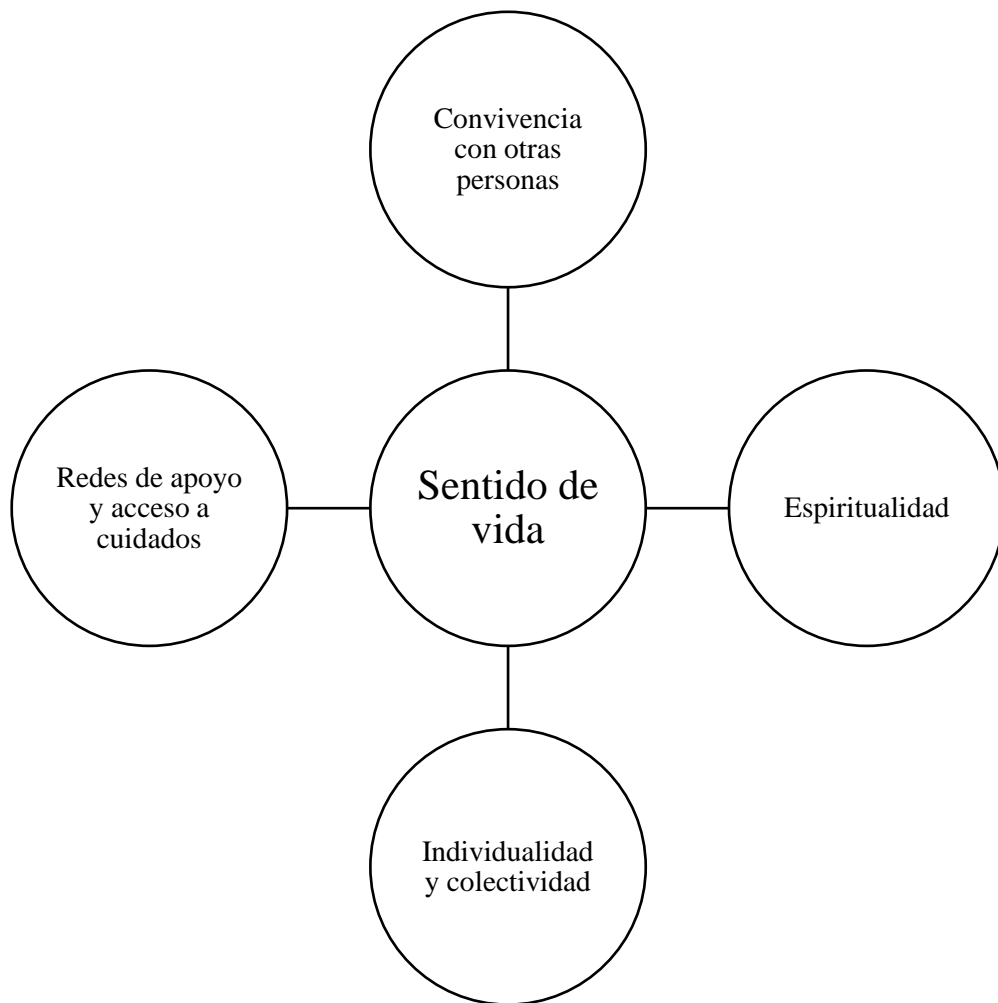


Figura 12: Sentido de vida como determinante en el desarrollo de deseo de muerte

Elaborado por: Las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

factores externos que produce en las personas sentimientos de dolor y malestar. El sufrimiento se vuelve una variable indispensable al momento de analizar el proceso de envejecimiento y el deseo de muerte; el análisis sociocultural muestra resultados similares entre las personas entrevistadas que están sufriendo y las que no. La percepción subjetiva de envejecimiento desde un enfoque sociodemográfico en este estudio se muestra que está influenciada por la edad de las personas pues al avance de los años las personas tienden a sufrir; las implicaciones que el avance de la edad que tiene en la calidad de vida de las personas se puede transformar en motivos para sufrir como es el declive de la salud, la soledad y a la pérdida de redes de soporte y afectos y la visión de la cercanía de la muerte

Así mismo, el sexo también tiene implicaciones en la percepción subjetiva del sufrimiento, los hombres de la muestra sufren menos que las mujeres, esto es explicado por (Valdez Medina, Hernández Ramírez, & colaboradores, 2015) como el resultado de las diferentes condiciones en que hombres y mujeres viven el envejecimiento y las diferentes repercusiones en sus vidas; mientras que al igual que en el estudio anterior, los hombres de la muestra sufren por motivos relacionados al dinero y acceso a otros recursos y las mujeres por violencia y maltrato que han vivido a lo largo de sus vidas; así también, la construcción de las masculinidades tradicionales incapaces de desarrollar cualidades de expresividad de los afectos repercute en que la percepción del sufrimiento. El que los hombres no reconozcan abiertamente el sufrimiento hace que este dato pueda distorsionarse mucho si se hace un análisis cuantitativo no en función de las respuestas sino en la percepción que dan a las entrevistadoras las respuestas.

Las causas del sufrimiento en las personas de la muestra son diversas, una de las más frecuentes está asociada a la percepción de salud de las personas, mientras mejor es

la autopercepción de salud de las personas menos sufrimiento perciben en sus vidas. La autopercepción de salud se ve influida por el acceso a servicios médicos que permitan sobrellevar las diferentes enfermedades que implican el proceso de envejecimiento; desde una dimensión biológica, el análisis de la comorbilidad de la muestra también es determinante al momento de que las personas se encuentren sufriendo, pues quienes tienen comorbilidad baja sufren menos que quienes tienen comorbilidad alta.

La salud mental también se ve impactada por el sufrimiento de las personas, la depresión como consecuencia del dolor total, las personas con depresión son quienes más sufren en comparación a quienes no; sin embargo, es interesante ver que hay más personas que no están sufriendo que tienen diagnóstico de depresión que quienes probablemente estén deprimidas, mostrando el impacto positivo que tiene en las personas el diagnóstico de enfermedades mentales, su seguimiento y tratamiento.

Los factores sociales también tienen un impacto en la percepción subjetiva del sufrimiento de las personas entrevistadas, la relación entre la valoración de la escala Gijón y su relación con el sufrimiento muestra que todas las personas entrevistadas que están en algún problema social muestran que están sufriendo, mientras que aquellas que están en riesgo social sufren menos que las que están en problemas sociales, esto se puede deber a la atención que podría implicar el riesgo social que pallearía de alguna forma las situaciones de vulnerabilidad que hacen sufrir a las personas comparado con la no atención que puede darse a los problemas sociales por no ser extremos y no necesitar del mismo nivel de atención que los riesgos sociales.

Los problemas sociales están relacionados con la presencia y la ausencia de redes de apoyo y afectos, desde un enfoque sociocultural la convivencia y el no sentirse solas tiene

un impacto positivo en la percepción del sufrimiento, pues las personas que menos solas se sienten menos sufren; alrededor de esto, la entrevista a una paciente femenina de 73 años que está sufriendo manifiesta *“no faltan las tristezas, siempre me gusta estar unidos con toda la familia, pero no es eso, siempre tenemos que estar desiguales, uno porque ya cada cual coge su camino y ver a los hijos lejos entonces uno ya sufre”*.

Pero contrario al gráfico de la soledad, la convivencia muestra resultados diferentes a lo que podría pensarse; las personas que más sufren son quienes viven con sus conyugues o con sus hijas e hijos, es decir, personas que encuentran su soporte social en su familia más cercana tiende a sufrir más que quienes incluso no encuentran en quienes apoyarse; en las entrevistas se encuentran razones a esto, por ejemplo, en una de las historias de vida realizada a una paciente de 88 años quien está sufriendo manifiesta: *“Una buena vida no, porque no ha habido quien le considere, quien le quiera, quien tenga lástima”*; mostrando que la presencia de soporte social no siempre significa el acceso a cuidados y afectos; otra de las posibles causas también muestra una de las entrevistas a una paciente femenina de 78 años que está sufriendo dice *“Yo lo que, como yo le decía antes, lo que sufro es la ausencia de mi marido nada más, todavía no lo puedo superar”*, mostrando que la muerte de las parejas también impacta negativamente en la vida de las personas, aunque esto no signifique que dejen de tener personas en quien apoyarse

La sensación de sufrimiento impacta en la forma en que las personas perciben el envejecimiento y la muerte, el sufrimiento determina como se percibe el proceso de envejecimiento que están atravesando, quienes no sufren tienen una mejor percepción del proceso de envejecimiento que quienes si se encuentran sufriendo. Asi también, el sufrimiento afecta al deseo de muerte de las personas, no hay diferencia porcentual en quienes están sufriendo y desean morir con quienes no manifiestan ese deseo, a pesar de

lo que mostraba el gráfico anterior; la percepción de sufrimiento no es un determinante en el deseo de muerte de la muestra.

El sufrimiento es una esfera importante al analizar el deseo de muerte, y esta puede abordarse a través del análisis de las categorías que muestra el siguiente gráfico

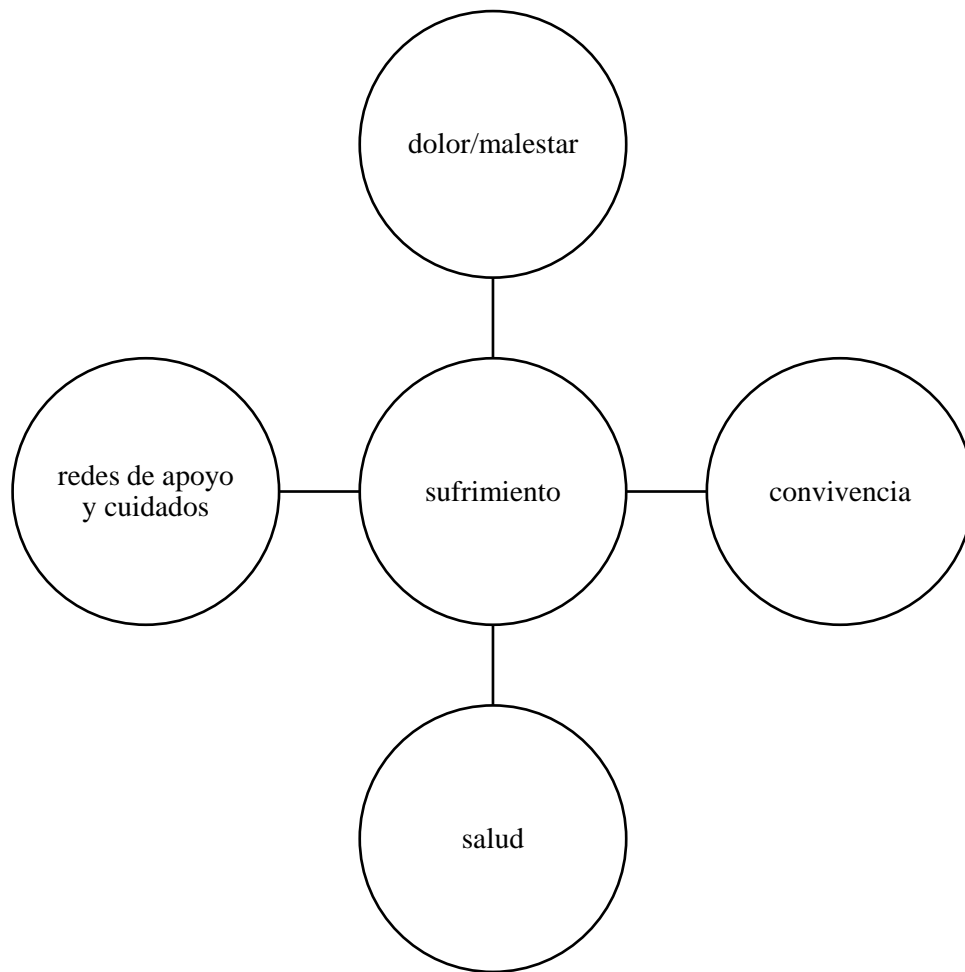


Figura 14: sufrimiento como determinante en el desarrollo del deseo de muerte

Elaborado por: Las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

Capítulo VI: Limitaciones de la investigación

La situación de confinamiento generada a partir de la emergencia sanitaria del COVID-19 en la que se ha realizado el levantamiento de la información debe ser tomada en cuenta ya que sesga la información, sin que esto signifique que todos los sentimientos expresados en las personas tengan relación con el confinamiento. A pesar de que la situación de confinamiento influyó en las personas entrevistadas, el tema de la investigación implicaba posibles manejos de casos de crisis y depresión en las personas por abrir sus sentimientos, su pasado y sus vidas a las investigadoras, por lo cual también significó una limitación la dificultad de acceder a la información tanto de los participantes como de sus familias.

7.1 Emergencia sanitaria por COVID-19 y situación de confinamiento

La situación de emergencia sanitaria para la contención del crecimiento de contagios del virus COVID-19 obligó al gobierno ecuatoriano a declarar medidas de confinamiento para las personas, en especial, para aquellas que representan a grupos vulnerables como los adultos mayores, obligándolos a cambiar su cotidianidad y con ello la forma en la que perciben su entorno. La soledad fue uno de los resultados que tuvo el confinamiento en los adultos mayores, el aislarse de familia y amigos generó en las personas entrevistadas sentimientos de abandono y tristeza, aunque no significó que presenten deseo de muerte.

Así también, el análisis de los datos recogidos en capítulos anteriores mostró un aumento de personas que usaban su tiempo para actividades de recreación que antes no lo hacían, pudiendo esta alterar los datos de uso de tiempo regular en comparación con la situación actual y tal vez haciendo que menos gente tenga deseo de muerte, sin embargo, esta es solo una suposición que podría confirmarse o desecharse con estudios posteriores fuera de la situación de confinamiento; aunque esto signifique que no se pueda analizar la

situación previa a esta. La percepción del transcurso del tiempo también significó una variación para las personas, pues como manifestaban en las entrevistas, muchas de ellas sentían alargados los días; a pesar de esto, tampoco significó una variación significativa en la presencia de deseo de muerte de las personas entrevistadas.

La presencia de proyectos en las vidas de las personas también pudo haber sufrido una transformación, a pesar de que no se manifestó abiertamente en las entrevistas más allá de comentarios aislados en los que no se ahondó; aunque también como se ha dicho en el apartado 6.5 sobre el sentido de vida, el deseo de muerte y la presencia de proyectos no muestran relación en la muestra. Una de las influencias más importantes que cabe destacar es que las personas reconocen que el fin de la cuarentena podría mejorar sus vidas, siendo este un aspecto importante para entender como la persona adulta mayor es consciente de su entorno y que vivir en él tiene afectaciones a su bienestar tanto físico como mental.

El deseo de muerte en relación con la situación de muerte de las personas si se vio influido por la situación de cuarentena, las personas entrevistadas mostraban que querían una muerte que no sea ni en hospitales ni por causa de la enfermedad; esto mostro (apartado 6.1 sobre deseo de muerte) que detrás de las respuestas que daban muchas veces se recalca este rechazo a la realidad de la muerte asociada a la situación sanitaria. Esto es importante que sea tomado en cuenta pues las personas tal vez pudieron haber concebido la idea del *buen morir* desde otros puntos de vista, desde otros deseos y temores que al estar ahora presentes generan o bien la necesidad de estar más cerca de sus seres queridos y en sus hogares como de la muerte fulminante libre de sufrimiento.

A pesar de que en una lectura general los resultados de la investigación no se vieron impactados de forma brusca por la situación de confinamiento, es innegable que este se convirtió en un límite al momento de recoger las percepciones de la cotidianidad de las

personas y de cómo sus imaginarios alrededor de la muerte, la soledad y los problemas sociales fueron modificados; esto no quiere decir de ninguna manera que los resultados de la investigación no tengan aplicación para una situación de post-pandemia, sino más bien, una ventana para que se pueda repetir en un futuro y poder hacer un análisis comparativo de este y poder determinar cómo influyó esto en las personas.

7.2 Medios para la realización de entrevistas e historias de vida

Por la situación de confinamiento de las personas adultas mayores en sus hogares no se pudo acceder de forma física a muchas de ellas, por lo cual el levantamiento de la información tuvo que realizarse a través de medios no tradicionales de etnografía como son las *video llamadas* y las *llamadas telefónicas*; a las personas que se pudo acceder de manera física se lo realizó con las medidas de bioseguridad necesarias que se explicaran en el siguiente apartado a profundidad. En los siguientes párrafos se describirá los alcances y limitaciones que presentaron estas formas alternativas de recolección de datos y los sesgos que pudieron generarse en su realización.

Las entrevistas a través de llamadas telefónicas se realizaron a 54 pacientes y a 4 pacientes para realizar las historias de vida, por lo cual no se requirió desplazamiento ni intervenir con otro tipo de medida de bioseguridad; este ejercicio vio que las principales dificultades para las personas adultas mayores era la mediación y la presencia de sus familiares, sobre todo en aquellas personas con hipoacusia. La mediación de los familiares significó muchas veces que las personas se cohiban u omitan detalles para no incomodar a quienes estaban cerca; otra de las limitaciones fue que algunos casos los familiares intervenían en las entrevistas, lo cual muestra que este puede ser otro sesgo que tenga la intervención al momento de la recolección de datos.

La intervención a través de los familiares fue de 4 casos en el último quintil de edad (90-94 años) en el cual no hay ningún caso de deseo de muerte, pudiendo deberse a la presencia de familiares y su mediación en las respuestas. La principal limitación que tuvo esta herramienta fue que la falta de contacto con la otra persona no permitió hacer anotaciones sobre el lenguaje no verbal alrededor de las preguntas y las respuestas, impidiendo que se pueda hacer lecturas entre líneas o preguntar más a profundidad sobre ciertos temas.

Otro de los métodos usados para la recolección de información fue el uso de videollamadas de WhatsApp, las entrevistas se aplicaron a través de este medio a 6 personas con las cuales se medió a través de sus familiares para que brinden el dispositivo y se pueda entablar una conversación; la principal limitación que esta presentó está relacionada a los problemas de conectividad que surgían y generaban corte en las respuestas o en el ritmo de las respuestas, teniendo que retomar muchas veces desde el inicio las preguntas.

Por último, se realizaron 12 entrevistas personales al grupo de pacientes cautivos de hemodiálisis de la unidad de nefrología por la facilidad de acceso a estos pacientes, lo cual permitió que la presencia física se pueda traducir en mayores acotaciones en el diario de campo que fueron vitales al momento del análisis cualitativo de la información. Así también, una de las historias de vida se realizó de manera presencial y replica esta capacidad de que la presencia física de las personas brinde más información en los lenguajes no verbales, lo cual enriqueció de sobremanera el análisis de sentido de vida, sufrimiento y deseo de muerte realizado en el capítulo anterior.

A pesar de las limitaciones que presentó los medios de recolección de información al momento de realizar la etnografía, la experiencia de compartir tiempo con las personas

mayores ha sido de incalculable valor para abordar el deseo de muerte y entender la multidimensionalidad de este, romper ideas preconcebidas ante el tema: y por sobre todo, valorar los saberes, experiencias y sentires de las personas adultas mayores que fueron parte del estudio

7.3 Medidas de bio seguridad

La principal medida de bioseguridad que se tomó al momento de recoger la información fue la realización de entrevistas e historias de vida a través de medios digitales como las llamadas de teléfono y las videollamadas de WhatsApp, lo cual garantizó la distancia social requerida para no contribuir con el incremento de contagios. Las entrevistas realizadas de forma presencial cumplieron con las medidas de seguridad para la protección de los informantes como de las investigadoras.

El traje de bioseguridad usado para las entrevistas presenciales constó de los siguientes implementos:

- Traje de protección
- Mascarilla
- Gafas
- Visor
- Gorro/cofia
- Botas

Así mismo, las medidas de protección para los instrumentos necesarios para la grabación de las entrevistas constaron de una funda protectora, la cual se sometió a procesos de desinfección antes y después de las entrevistas.

7.4 Acceso a la información

La investigación, al usar métodos alternativos para la recolección de información, mostró ciertos sesgos al momento de acceder la información; el principal problema que presentó estos métodos fue que al ser mediado por sus familiares, los entrevistados muchas veces se cohibían en las respuestas sobre sus sentimientos y percepciones; así también, la intervención de los familiares de los pacientes con hipoacusia al momento de dar las respuestas pudo perderse alguna información en el proceso. La información de estas fuentes, a pesar de haber estado mediada, fue muy útil para entender como la relación con los hijos y convivientes de los pacientes entrevistados influye en la conformación de imaginarios y discursos alrededor de la muerte y la presencia o ausencia del deseo de su llegada.

Otro de los problemas que se presentó al momento de la recolección de la información fue la apertura de las personas mayores entrevistadas para compartir sus vidas y sentimientos con las investigadoras, sobre todo en las preguntas relacionadas con la satisfacción de vida y con el deseo de muerte; las respuestas que daban los pacientes a estas preguntas muchas veces eran cortas o contradictorias entre sí, mostrando lo que (Baron & Byren, 2005) conceptualizan como *disonancias cognitivas*, es decir, muestra “*un estado interno desagradable que ocurre cuando los individuos observan inconsistencias entre dos o más de sus actitudes, o entre sus actitudes y su comportamientos*” (Baron & Byren, 2005); esta disonancia cognitiva se mostró frecuentemente al momento de preguntar sobre como quisieran morir las personas y luego contrastarlo con la presencia o no de deseo de muerte.

Por último, al ser la muerte todavía un tema tabú en las sociedades, las personas entrevistadas algunas veces generaron situaciones de tristeza al recordar sus pasados y

generando situaciones de incomodidad y volver sus respuestas más cortas; así también, al momento de las historias de vida, una de las pacientes elegidas para la realización declino ya que no se sentía cómoda recordando su pasado. A pesar de no haber existido la necesidad de intervención en crisis al momento de hacer las entrevistas, la tristeza y el dolor que impedía abrirse a las personas con las investigadoras también resulto una herramienta valiosa para el análisis de la información generada.

Capítulo VII: Conclusiones

Si bien el proceso de envejecimiento de las personas es un logro de la salud pública de un país, este no viene acompañado de las transformaciones sociales necesarias para hacer de este proceso algo exitoso, la concepción de la vejez como el fin de una etapa excluye a los actores sociales a involucrarse en la vida de las personas adultas mayores para asegurarles condiciones necesarias para que disfruten sus años dorados; las siguientes conclusiones se realizan a partir de las seis categorías macro que se han desarrollado en anteriores capítulos, recogiendo las ideas que se han manifestado y ampliándolas para poder entender el deseo de muerte de la muestra.

6.1 Deseo de muerte

El análisis del deseo de muerte y las esferas relacionadas tienen un matiz de sexo que ha sido imposible de ignorar, las construcciones sociales tradicionales alrededor del *ser* hombres y mujeres permean las experiencias y las vidas de las personas y como se desenvuelven en esta etapa de sus vidas; las opresiones que implica el ser mujer causa sufrimiento en las mujeres, aunque su rol de brindadora de cuidados les asegure redes de apoyo y acceso a recursos no significa que tengan una buena calidad de vida; así también, las masculinidades desapegadas de los afectos genera en los hombres soledad que repercute no solo en la forma en la que atraviesan y perciben la adultez, sino que impide que expresen como se sienten para poder actuar sobre ello.

6.2 Experiencia de envejecimiento

Así también, la edad se vuelve una variable relevante al momento de analizar el deseo de muerte y las causas relacionadas a esta, el avance de los años ha implicado para las personas de la muestra deterioros físicos y pérdida o debilitamiento de las redes de apoyo

y soporte social necesarias para alcanzar procesos exitosos de envejecimiento. La falta de una socialización correcta de los trabajos de cuidado físicos y sociales necesarios en la adultez mayor impide que la sociedad, sus instituciones y las personas cuidadoras puedan garantizar vidas que merezcan ser vividas a las personas, mostrando la urgencia de una transformación en los imaginarios en los que se entiende la vejez.

El deseo de muerte no es un sentimiento aislado que existe per se, sino que puede entenderse como el resultado de un conjunto de condiciones físicas y sociales que generan en las personas deseos de que llegue el fin de sus vidas, estas causas se pueden agrupar en: percepción del envejecimiento, problemas de salud, problemas sociales, sentimiento de soledad y sufrimiento. Aunque muchas veces se relacione la idea de planear la muerte con el deseo de morir, las entrevistas a las personas de la muestra evidencian que el pensar y planear un buen morir no significa que tengan deseo de morir; muchas personas saben cómo quieren que sea ese momento de su vida y lo planean como forma de estar tranquilas para disfrutar la vida que les queda. El *buen morir* está presente en un gran número de personas como forma de afrontar la vejez, de quitarse ese peso de encima que implica la muerte y seguir adelante con sus vidas.

También uno de los hallazgos importantes ha sido entender el impacto de la espiritualidad en la percepción de la muerte y cómo influye está en el deseo de muerte de las personas, la presencia de Dios en las vidas de los entrevistados hace que la idea de *buen morir* esté relacionado a la tranquilidad y la paz, reduzca la sensación de soledad, brinde consuelo al sufrimiento y sea un soporte social para afrontar los problemas de salud y sociales; todo esto genera que las personas tengan menos deseos de morir y encuentren formas de sobrellevar las situaciones de sus vidas cotidianas. Las instituciones encargadas de brindar el apoyo espiritual también han brindado redes de afecto a través de creación de

amistades que mejorar la calidad de vida del adulto mayor, implicando reconocer a las iglesias como actores sociales importantes al momento de pensar los cuidados necesarios para brindar a las personas una vejez digna.

6.3 Problemas físicos

Entre las diversas causas que generan el deseo de muerte en las personas adultas mayores esta la percepción de la vejez que tienen, las personas entrevistadas muestran que esta depende en gran medida de su estado de salud y de su capacidad para realizar actividades cotidianas necesarias para su subsistencia, así también de su uso de tiempo. El proceso de envejecimiento de las personas debe estar acompañado de las acciones necesarias para garantizar su independencia, uno de los pilares fundamentales para que las personas perciban positivamente su vejez; también es importante entender que la compañía construye redes de soporte necesarias para que las personas puedan vivir con autonomía la adultez mayor, recalcando de nuevo la importancia de redes de cuidado y apoyo en la vida de las personas, especialmente en esta etapa de sus vidas

Ligada a la independencia, los problemas de salud impactan negativamente en el deseo de muerte de las personas, ya que estas generan sentimiento de desesperación y tristeza que produce que quieran que llegue el fin a sus vidas; la salud de la muestra abarca tanto los problemas físicos como mentales que se relacionan entre sí, los problemas de salud física ocasionan depresión en las personas y viceversa. Los problemas mentales como la depresión y el deterioro cognitivo fueron variables importantes al momento de analizar el deseo de muerte de las personas, mostrando que el acceso a recursos para detectar y tratar la depresión en la adultez mayor disminuye el deseo de muerte y mejora la percepción del proceso de envejecimiento; sin embargo, el deterioro cognitivo no se relacionó en la

muestra con el deseo de muerte, sin que esto signifique que en otras personas no podría hacerlo

Los problemas físicos de salud vistos desde la comorbilidad y la autopercepción de salud también manifiestan su impacto en el deseo de muerte de las personas, quienes menos acceso tienen al tratamiento de sus enfermedades más probable es que manifiesten abiertamente el deseo de morir; las enfermedades físicas, aunque no son la causa principal del deseo de muerte de las personas, si son una de las causas de la soledad y el sufrimiento. El principal impacto que tienen los problemas de salud y su percepción por parte de las personas entrevistadas es en su autonomía y su capacidad de desenvolverse plenamente en su vida cotidiana, volviendo a remarcar la necesidad de mecanismos de prevención de la dependencia tanto física como emocional para garantizar una vejez digna a las personas adultas mayores.

6.4 Problemas sociales

Del mismo modo, los problemas sociales son no solo la principal causa del deseo de muerte de las personas, sino también de su soledad y sufrimiento; la vulnerabilidad social de las personas entrevistadas no fue alta según la escala Gijón, sin embargo, quienes si presentaron problemas sociales y riesgo social muestran aspectos interesantes a tomarse en cuenta al momento de pensar en la vejez como un proceso macro dentro de una sociedad. Si bien la convivencia con otras personas puede brindar a los adultos mayores redes de cuidado, afectos y acompañamiento, estas pueden darse en relación jerárquica con sus hijas e hijos, generando ansiedad y depresión en las personas entrevistadas. Sin embargo, el tejido social familiar hizo que las personas de la muestra estén en menos riesgo social, siendo la familia el principal actor en el proceso de envejecimiento y deseo de muerte de los individuos.

La cercanía con la familia se da de dos formas dependiendo el sexo de las personas, mientras que las mujeres encuentran sentido a sus vidas a través de brindar cuidados a sus hijos y nietos principalmente, los hombres lo hacen a través del brindar consejos o soporte monetario a sus familias, pero principalmente a sus parejas. La separación por muerte o diferencias de las parejas en la adultez mayor es en la muestra un motivo por el cual puedan estar en vulnerabilidad social; pero también es muy frecuente que el retiro de las actividades productivas como la jubilación de los trabajos exponga a las personas a la soledad y la falta de dinero, empeorando sus condiciones de vida. Contrario también a lo que se puede pensar, varias personas muestran que la implicación y participación social en la vida política del país mantiene a las personas consientes de la realidad y busquen formas de mejorar sus condiciones de vida a nivel individual como colectivo.

6.5 Sentido de vida

La siguiente variable al momento de hablar del deseo de muerte es el sentido de vida de las personas, donde vuelve a aparecer la importancia a la espiritualidad y de como Dios influye en la vida de las personas entrevistadas de manera positiva, dándoles un rumbo a sus vidas y un apoyo emocional a los problemas de su vida. También la familia es una de las principales instituciones en que las personas encuentran sentido a sus vidas, no solo por el apoyo que podrían brindar como se ha dicho anteriormente, sino que las personas entrevistadas asociación a su familia como un motivo de éxito y un logro alcanzado a lo largo de sus vidas, la estabilidad familiar que tengan sus hijas e hijos se vuelven la estabilidad que ellas tengan.

6.6 Sufrimiento

La última de las variables que han sido consideradas para analizar el deseo de muerte ha sido el sufrimiento, que contrario a lo que se podría pensar, en las personas entrevistadas

no se encontró relación entre la percepción subjetiva del sufrimiento con el deseo de muerte, aunque sí este un impacto en como perciben estas sus procesos individuales de envejecimiento. Los hallazgos más interesantes encontrados fueron alrededor de la depresión y la soledad, en la primera se puede observar que quienes tienen depresión probable sufren más que quienes tienen depresión establecida (esto se repite en el análisis de la percepción de salud también descrito anteriormente), esto puede estar relacionado de nuevo a la importancia del tratamiento y seguimiento de la salud mental en la adultez mayor para mejorar su calidad de vida.

También opuesto al impacto que tienen la convivencia en otras variables, en el sufrimiento la sensación de compartir vida con sus convivientes o con sus hijas e hijos genera sentimientos de tristeza y dolor en las personas entrevistadas; entonces se podría entender que la soledad en las personas de la muestra no es un motivo de sufrimiento, sino que se pudiera encontrar información bibliográfica o percepciones de las autoras para explicar esto, pero tampoco debería entenderse como que la ausencia de tejido social de soporte no impacta negativamente generando tristeza y soledad en las personas, siendo este el principal motivo de vulnerabilidad que tienen los adultos mayores entrevistados.

6.7 Conclusiones generales

El deseo de muerte no se relaciona con el suicidio en las personas que conformaron parte de este estudio, sino que el deseo de muerte se ve como una salida y un desencadenamiento lógico al sufrimiento y el dolor tanto físico como emocional que atraviesan al momento de realizarse la investigación; no lo ven como algo feliz ni como el culminar exitoso de sus vidas, sino que está acompañado de tristeza y sufrimiento que muchas veces se pudiera prevenir con acciones tanto desde lo macro y la protección de

derechos como desde lo micro y el acceso a personas que puedan cuidar de ellos y garanticen su autonomía.

Capítulo VIII: Recomendaciones

El deseo de muerte como acción negativa es totalmente prevenible en las personas a través de acciones que se enfoquen en mejorar su proceso de envejecimiento; estas acciones deben venir desde los individuos como las familias y las personas proveedoras de cuidados, pasando por instituciones como centros de cuidados e iglesias y sustentando a nivel de políticas públicas y protocolos de atención a grupos vulnerables, todas estas deben articularse en una serie de acciones y presupuestos que se enfoquen en como fomentar la autonomía, garantizar el acceso a redes de cuidado y apoyo como a brindar las condiciones necesarias para un buen morir alejado del sufrimiento y el dolor. A continuación se presentará una serie de acciones desde lo macro hacia lo micro que podrían tenerse en cuenta al momento de pensar en el deseo de muerte, el envejecimiento y los cuidados de las personas adultas mayores.

7.1 Funciones del Estado y normativas legales: el deseo de muerte desde las políticas públicas

Las normativas nacionales como la constitución del Ecuador y el Código Orgánico de Salud son los lineamientos que dirigen hacia el mismo lugar todas las acciones públicas y privadas dirigidas hacia la vida de las personas adultas; la Constitución de la República del Ecuador (2008) define a las personas mayores de 65 años como grupo de atención prioritaria, y define que las obligaciones del Estado son brindar salud gratuita, empleo en función de sus capacidades, rebajas en servicios, jubilación universal y acceso a una vivienda digna; como plan estatal, el art. 38 reza que se deberá tomar medidas para *“Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social”* (Asamblea Nacional Constituyente, 2008), siendo este en donde las propuestas que se presenten a continuación

se verán enmarcadas, ya que como se ha dicho en las conclusiones, los procesos exitosos de envejecimiento como forma de reducir el deseo de muerte que genere dolor y sufrimiento requerirán formas de transformación de imaginarios alrededor de la vejez.

Partiendo del art. 38 se podría buscar formas de conciliación público-privadas para programas de integración de las personas adultas mayores dentro de sus comunidades que se enfoquen en el uso del tiempo; por ejemplo, en centros de capacitación en nuevas tecnologías o idiomas que tengan como objetivo en primer lugar ofrecer opciones de uso de tiempo de recreación y fomentar la autonomía de las personas para desenvolverse en el mundo digital, en segundo lugar brindar tiempo a las personas cuidadoras para su propio cuidado; y por último, que reduzcan la necesidad de desplazamiento para monitoreo y seguimiento de enfermedades físico y mentales, ya que al estar en un lugar a la misma hora se puede hacer de este un punto de encuentro para garantizar acceso a programas de salud preventiva que garantice procesos exitosos de envejecimiento.

Así mismo, las comunidades deben buscar formas de integración de las nuevas generaciones con las personas adultas mayores para transformar los imaginarios despectivos y de soledad que existen alrededor de la vejez, brindar espacios donde puedan encontrarse ambas generaciones tendría como objetivo de nuevo brindar opciones de uso de tiempo para las personas adultas mayores, pero también la capacidad tanto para la adolescencia como la adultez mayor de crear redes de afecto y soporte social para ambos grupos. Las instituciones del Estado como el MIES y el MSP deben buscar formas eficaces de materializar las normativas estatales de protección y promoción de derechos del adulto mayor donde estos tengan participación política y de acción.

Otra de las normativas importantes para tener en cuenta en materia de Salud es el Código Orgánico de Salud, (2016) en el art. 18 habla de cómo el Estado debe ser garante del

acceso de las personas adultas mayores a sistemas de salud y fomentar el autocuidado; sin embargo podría ampliarse más esto al hablar de la capacidad de brindar cuidados a terceros por parte de las personas de la tercera edad como un mecanismo de alcanzar la autonomía; lamentablemente ambas normativas solo ven al cuidado como una acción independiente de la sociedad de la cual se deben hacer cargo las familias y las instituciones del Estado desde una visión capacitista de esta en lugar de poner en el centro de la política pública las 3 esferas del cuidado: el cuidado que se recibe, el autocuidado y el cuidado que las personas son capaces de brindar a otras. Para transformar los imaginarios alrededor de la vejez es necesario que la normativa encargada en proteger y promover sus derechos cambie su enfoque y reconozca a las personas adultas mayores como actoras importantes y útiles de la sociedad, así como también pensar en la socialización del cuidado como tarea de toda la ciudadanía y no solo a nivel de instituciones.

La participación social de las personas adultas mayores se vuelve fundamental al momento de pensar el envejecimiento como un proceso social y no individual como proponen (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015), las normativas nacionales tienen que transformarse para proponer soluciones a la soledad y al discriminación que viven las personas adultas mayores, pues dicho estudio refleja que la participación en los procesos sociales de estas reduce el sufrimiento, fomenta la autonomía, reduce el sufrimiento y hace que estos dejen de ser marginados sociales a través de la creación de sentimientos de pertenencia a los distintos grupos sociales. Se debe transformar la política pública para poder transformar las realidades sobre las que esta impacta, de las que esta son el reflejo.

7.2: Las instituciones encargadas del adulto mayor: repensar la institucionalidad

Las instituciones sociales también juegan un rol importante al momento de generar condiciones para el proceso exitoso de envejecimiento de las personas y reducir el sufrimiento y la soledad; estas son las que están centradas en el cuidado del adulto mayor como centros de atención de salud y centros geriátricos son las principales instituciones encargadas de brindar cuidados a las personas adultas mayores. Como sostienen (Van Den Noortgate, y otros, 2017), las causas medicas de que las personas tengan un sentimiento de cansancio y fatiga de vivir son consecuencia de la falta de medicina preventiva que se adelante a estas enfermedades y las eviten.

Los centros de salud que brinden sus servicios a personas adultas mayores deberían implementar oficinas o departamentos de seguimiento a la salud de las personas adultas mayores, estas deberían estar en la capacidad de generar proyectos de prevención de enfermedades físicas pero sobre todo mentales; el hospital/clínica/centro de salud podría transformarse también a un punto de encuentro de la comunidad en la que se encuentra inserto, brindado espacios y material para que se socialice las necesidades y los cuidados necesarios por todas las personas de la comunidad donde se encuentran a través de la medicina preventiva. Las entrevistas a las personas muestran como la falta de acceso a información y a servicios de salud causan sensaciones de sufrimiento que pueden derivar en deseo de muerte, ambas totalmente evitables con la correcta administración de recursos económicos y humanos.

La salud mental en la vejez también es un punto importante que debe tomarse en cuenta, pues como se ha visto en los resultados de la investigación, el diagnóstico y tratamiento de la depresión genera cambios positivos en la vida de las personas de quienes las padecen; los centros de salud también deberían abrir espacios de atención psicológica o

grupos de apoyo para los diferentes problemas sociales que se generan en la vejez, sobre todo aquellos relacionados al luto y al buen morir.

Es también importante tener en cuenta la dimensión de sexo que impactó a los hombres de la muestra, mostrando que estos espacios que puedan surgir para el apoyo y sentidos de pertenencia deben hacerse desde una perspectiva de sexo , permitiendo deconstruir los constructos sociales de las masculinidades tradicionales y permitan conectar a los pacientes con sus sentimiento y emociones, reconstruir la capacidad de brindar y recibir afectos; también en las mujeres se debe crear estos espacios donde la perspectiva de sexo puede aportar a la construcción de nuevos imaginarios del ser mujer que se enfoquen en su desarrollo individual y mostrando que pueden hacerlo desde esferas diferentes a la de los cuidados, que son personas que como cuidan también merecen ser cuidadas por otras. La salud mental en la adultez mayor como muestran (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) y (Domínguez Guedea, 2016) es necesaria para crear tejido y soporte social que brinde las herramientas de resiliencia necesarias para afrontar los problemas que surjan en sus vidas.

Alrededor de la salud física, los centros que brindan servicios de cuidado estatales deben buscar la forma de ampliar sus servicios de manera urgente para garantizar una vejez que merezca ser vivida; pero también es necesario transformar los abordajes que se dan del dolor y el sufrimiento de las personas, entendiendo que muchas veces el dolor social puede transformarse en problemas físicos que si no se tratan de manera conjunta, la medicación que se dé solo aliviara los dolores físicos; la necesidad de un abordaje que una a la salud física con la salud mental puede cambiar la situación de vida de las personas adultas mayores, mejorándola y erradicando uno de los motivos más frecuentes de sufrimiento: la salud.

Los centros geriátricos también son actores importantes en la vida de las personas adultas mayores, ya que muchas veces son los principales proveedores de cuidados y de redes de apoyo y afecto de las personas; a pesar de que ninguna de las personas de la muestra ha estado institucionalizada, es innegable la importancia que tienen al momento de pensar en el proceso de envejecimiento de las personas. Los centros de cuidado podrían implementar a sus plantas de colaboradores a especialistas en salud mental, así también como sensibilizar a las personas en temas de resolución de conflictos, apoyo emocional y sensibilidad en temas de sexo para crear ambientes seguros para el desarrollo de las capacidades de las personas en esta etapa de sus vidas con personal que tenga las herramientas necesarias para acompañarlos en su camino.

Otras de las recomendaciones que surgen de la realización del estudio es la necesidad de la ampliación de la cobertura de los centros de cuidados hacia personas que no puedan permitirse afrontar los costos económicos que estos implican, tanto desde lo público y la creación de más centros estatales que brinden este servicio como desde las alianzas público-privadas que garanticen el acceso a condiciones dignas de envejecimiento a las personas, ya que se vio como las personas que están en riesgo social o con problemas sociales no tienen atención pertinente a estos que les permita llevar un proceso exitoso de envejecimiento.

Por último, los servicios que brindan los centros geriátricos necesitan una transformación que brinde una variedad de servicios más allá del internamiento o centros de cuidado matutino; servicios relacionados a grupos de apoyo, lugares de encuentro ocasionales y la apertura de sus espacios para proyectos sociales que impliquen el fomento de la autonomía de las personas que son parte de estos puede enriquecer la experiencia del envejecimiento y mejorar la percepción que las personas tengan de estos, junto a la

incorporación de nuevos pacientes también viene un aumento en el capital que generan que podría traducirse en la inversión en mejoras a nivel estructural y humano que permita hacer de esos espacios más cercanos a la familiaridad de un hogar que al desapegado espacio de una clínica. No solo se necesita que provean cuidados físicos, sino que sean centros de comprensión y cariño, que se vuelvan hogares donde se creen redes de soporte y apoyo para afrontar sus vidas y se les elimine de los imaginarios de abandono y desprecio con los que se los asocia.

7.3 Los actores sociales alrededor de las personas adultas mayores: revalorando la multidimensionalidad de los cuidados

A nivel de individuos se pueden identificar 3 actores sociales que sobresalieron al momento de la investigación: la familia cercana, las personas proveedoras de cuidados y quienes componen tejidos sociales importantes como las personas relacionadas a las iglesias, amigos cercanos y personas conocidas que los rodean y brindan soporte social. Dentro de la familia cercana de las personas entrevistadas se puede diferenciar a los conyugues, hijas e hijos. Los conyugues son las personas más cercanas en las que las personas encuentran un apoyo para afrontar sus vidas; el atravesar por el proceso de envejecimiento junto a alguien en la misma situación permite crear vínculos de empatía y comprensión importantes para evitar la marginación y los sentimientos de incompreensión de las personas que para (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2015) son la principal causa del sentimiento de deseo de muerte en las personas así como también previene la soledad, el cual es una de las principales causas psicológicas de la mortalidad en adultos mayores según (Van Den Noortgate, y otros, 2017).

Así como es uno de los principales soportes sociales de las personas en la adultez mayor, las parejas pueden verse afectadas por los roles de cuidado y de proveedores que asumen

hombres y mujeres dentro de las relaciones. La necesidad de espacios seguros y libres de violencias para las mujeres así como lugares donde los hombres puedan expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgados son importantes para garantizar que ambas personas desarrollen sus capacidades humanas como medio para llegar a la libertad y la dependencia de manera equitativa, tanto en la distribución de recursos y medios necesarios como en la valoración social que estas tengan como propone (Sen, 2000).

Luego de las parejas, las hijas son quienes reciben a sus padres y madres luego de las separaciones o la muerte de estas; el trabajo de cuidado no remunerado muchas veces se vuelve una carga para las mujeres que genera ansiedad y depresión, así como también cuidados desde una posición jerárquica que trasladan esos sentimientos a la persona que los recibe; para (Jesús Izquierdo, 2003) el maltrato que muchas veces reciben las personas adultas mayores por parte de sus cuidadoras primarias generan sentimientos de dependencia y depresión que conducen hacia el desarrollo del deseo de muerte *para no molestar*. Es necesario proponer planes donde las personas adultas puedan ganar autonomía, ocupar su tiempo y distribuir la carga de cuidados de manera que estas hijas que se convierten en cuidadoras primarias tengan tiempo para su autocuidado, relajando la tensión que muchas veces provoca estas situaciones.

Mientras que las hijas de las personas adultas mayores absorben el peso de los cuidados, cuando se trata de los hijos la dependencia es más económica que afectiva, volviéndose a crear relaciones jerárquicas de poder y dependencia que generan desilusión y sentimientos de incapacidad sobre todo en los hombres adultos mayores, por lo cual es más común que las mujeres terminen viviendo con sus hijos y sigan reproduciendo su rol de cuidado de ser madre con ellos y sus familias, generando falta de tiempo para el autocuidado de ellas mismas. La socialización y redistribución de los trabajos necesarios

para el cuidado de las personas sigue siendo de vital importancia para que las personas adultas mayores generen autonomía, pero también para que tengan espacios donde puedan ejercer el autocuidado y se reconozcan como personas capaces de dar y recibir cariño y cuidados; esto mejora la percepción del proceso de envejecimiento, construye nuevas redes de afecto y apoyo que previene la soledad y el abandono y reduciendo el deseo de muerte de estas.

Y aunque en la muestra no se haya tenido estos casos, muchas veces se hacen transferencia de la carga de cuidados a terceras personas encargadas de brindar estos servicios, tanto dentro como fuera de las instituciones. Las personas cuidadoras deben tener en cuenta las situaciones particulares de sus pacientes y estar en la capacidad de brindar soporte social a estas, pues la ruptura de los tejidos sociales por la muerte o el desapego a las personas se vuelve uno de los factores sociales que provoca vulnerabilidades que desencadenan en el desarrollo de deseo de muerte. La práctica del brindar cuidados debe hacerse desde la dignidad, la responsabilidad y la horizontalidad de poder como propone (Van Den Noortgate, y otros, 2017). Crear relaciones personales basadas en estos tres parámetros permitiría no solo un proceso de envejecimiento exitoso, sino que son formas de que las tareas de cuidados sean más sencillas para llevarse a cabo y evitar situaciones que generan traumas y dolor en los adultos mayores.

7.4 Tejido social: la importancia de las redes de apoyo y afectos

Por último, las redes de apoyo que surgen desde las amistades y las instituciones que brindan soporte espiritual son también actores clave en el proceso de generar sentimientos de pertenencia a la sociedad de las personas mayores; estas deben verse como oportunidades para construir independencia y dignidad necesarios para llevar a cabo procesos de envejecimiento exitosos en las personas. Las redes de amistad en los adultos

mayores hacen que tengan compañía y opciones de uso de tiempo que se puede dedicar a la recreación; así mismo las redes de apoyo que surgen de los espacios dedicados a la espiritual son un importante soporte social que fortalece los sentimientos de paz y esperanza, que brindan un apoyo y herramientas para la resiliencia y permite a las personas encontrar sentido a sus vidas y compartirlo con las personas que tienen intereses comunes; la espiritualidad entonces debe ser aceptada y promovida en las personas adultas mayores por el impacto positivo que tiene en sus vidas

Si bien es complicado pensar en proyectos y propuestas que se enmarquen en las necesidades que implican el confinamiento y la nueva normalidad que vendrá luego de la crisis sanitaria producida por el COVID-19, es necesario pensar en alternativas fuera de este problema actual; así mismo, sin un cambio tanto en la política pública enfocada al cuidado del adulto mayor como de los imaginarios sociales alrededor del proceso de envejecimiento, poco o nada se puede hacer en las instituciones y las personas para mejorar las condiciones en las que las personas están llevando esta etapa de sus vidas y el consiguiente sufrimiento, depresión y deseo de muerte que desarrollan. El abrazar a la vejez como una etapa más de la vida y brindarles afecto y seguridad a las personas de la tercera edad que más cercanas estén ha sido el primer ejercicio de transformación de la realidad que ha brindado el estudio a las autoras, buscando con eso promover cambios individuales que puedan traducirse a un más corto que largo plazo en nuevas prácticas médicas dignas, respetuosas y afectivas para los adultos mayores.

Bibliografía

- Aguirre, S. (2005). Manifestación del sentido de vida en personas de la tercera edad no institucionalizadas. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 144-164.
- Alonso, J. P. (2012). Contornos negociados del "buen morir": la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Interface - Comunic., Saude, Educ*, 191-203.
- Alvarado García, A., & Salazar Maya, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* vol.25 no.2, 57-62. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarado Garcia, A., & Salazar Maya, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento . *Gerokomos*, 57-62.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Registro Oficial.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2016). *Código Orgánico de la Salud*. Quito: Registro Oficial.
- Baron, R., & Byren, D. (2005). *Psicología social*. Madrid: Pearson .
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuaría de Psicología* vol. 29, 5-17.
- Bonetto, A. (Julio de 2014). *¿Por qué se envejece? teorías actuales*. Obtenido de Voces en el Fénix: <https://www.vocesenelfenix.com/content/%C2%BFpor-qu%C3%A9-se-envejece-teor%C3%ADas-actuales>
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2014). Are gender and life attitudes associated with the wish to die in older psychiatric and somatic inpatients? An explorative study. *International Psychogeriatrics*.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2016). Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people. *International Psychogeriatrics*, 397-404.
- CEPAL. (22 de Abril de 2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Obtenido de Repositorio CEPAL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13051/S2002632_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Correa Maturana, C. (2016). REflexiones clinicas desde una mirada intersubjetiva sobre el impacto de la vejez y el envejecimiento en las familias actuales: un desafio en curso. En G. (. Guajardo Soto, *Salud mental y personas mayores: reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias* (págs. 35-42). Santiago de Chile : FLACSO-Chile.
- Delbeke, E. (2012). Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde. . *Intersentia*, 395-411.

- Domínguez Guedea, M. (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: reflexión desde el derecho al desarrollo. *Revista CES psicología*, 150-164.
- Duranti, A. (2000). *Antropología Lingüística*. Cambridge - Madrid: University Press.
- Francke Ramm, M., & Colaboradores. (2011). *El sentido de la vida y el adulto mayor en el área metropolitana de Monterrey*. Obtenido de Psicogerontología - Universidad Maimónides: http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/04/El_Sentido_de_la_Vida_y_el_Adulto_Mayor1.pdf
- Freud, S. (1920). *Mas allá del principio de placer*. Amorrortu.
- Gajardo, J. J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioethica*, 199-205.
- Giddens, A., & Sutton, P. (2013). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Grondin, J. (2012). Hablar del sentido de la vida. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 17, núm. 56, enero-marzo, 71-78.
- Hernandez Arellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria - UNAM*, 1-7.
- INEC. (2009). *Salud, bienestar y envejecimiento*. Obtenido de Ecuador en cifras: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf
- Jesús Izquierdo, M. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. En EMKUNDE, *Cuidar cuesta; costes y beneficios del cuidados* (págs. 3-30). Barcelona: EMKUNDE.
- Jiménez Segura, F., & Arguedas Negrini, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 1-27.
- Lacub, R. (2014). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paídos.
- 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, DS-FCS*, 129-150.
- Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmann-Sutter, C. (2014). What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13-38.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Washington DC: OMS.
- Perez Orozco, A. (2014). Crisis multidimensional y ajuste feminizado: retos y oportunidades. En C. e. Carrasco Bengoa, *Con vos propia* (págs. 171-192). Madrid: La oveja roja.

- Pochintesta, P. (2017). Finitud y envejecimiento: un análisis sobre las representaciones de la propia muerte y los significados del mas allá. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*, 42-51.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre genero entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta ecológica*, 14-20.
- Sen, A. (2000). Género y conflictos cooperativos. En M. NAVARRO, & C. STIMPSON, *Cambios sociales, economico y culturales* (págs. 59-110). México Df: Fondo de Cultura Económica.
- Tijoux Merino, M. E. (2016). Contribuciones desde la perspectiva del sufrimiento social para la investigación en vejez y envejecimiento. En G. (. Guajardo, *Salud mental y personas mayores: reflexiones teórico-conceptuales para la investigacion social de las demencias* (págs. 25-34). Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Valdez Medina, J., Hernández Ramírez, V., & colaboradores. (2015). El sufrimiento en la vejez: un análisis por sexo. *Revista electronica de psicologia Iztacala*, 1618-1636.
- Van Den Noortgate, N., Vanden Berghe, P., De Lepeleire, J., Ghijsebrechts, G., Lisaerde, J., & Beyen, A. (2017). Viellesse et fatigue de vivre: la lassitude chez la personne âgée. *Rev Med Liege* , 552-562.
- Van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science and Medicine*, 257-264.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA

“Deseo de muerte en el adulto mayor, en el Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito 2020”

La presente encuesta tiene la finalidad de recolectar información de salud del adulto mayor en consulta externa del servicio de _____ del Hospital Quito N°1 Policía Nacional. Declaro libre y voluntariamente que mi nombre es: _____ y acepto participar en la entrevista para el estudio de: **“Deseo de muerte en el adulto mayor, en el Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito 2020”**

Se me ha informado que como parte del estudio debo responder a una entrevista, que no representa ningún tipo de riesgo para mi salud física, o psíquica: puedo retirarme del mismo si yo lo creyere conveniente y la información que obtengan los investigadores será manejada en forma confidencial y no podrá ser utilizada con otros propósitos que no sean los relacionados con la interpretación de los resultados del estudio o aquellos que yo autorice expresamente.

Puedo solicitar más información acerca del presente estudio si así lo deseara a los doctores investigadores del estudio: MD. Stephany Correa y MD. Linda Pérez.

Ratifico libre y voluntariamente mi aceptación de participar en el presente estudio.

Firma del Paciente

Nombre: _____

C.C. _____

Firma del Investigadora:

Linda Pérez

C.C. 1720311479 Telf. 0983475984

Correo electrónico: lindanathaly27@gmail.com

Firma del Investigadora:

Stephany Correa

C.C. 1713069688 Telf. 0999906726

Correo electrónico: stephy3do@hotmail.com

Anexo 2: Entrevista semiestructurada

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA

ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA

“Deseo de muerte en el adulto mayor, en el Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito 2020”

I DATOS DE FILIACIÓN

Nombre _____ Edad _____

Sexo: ① F ② M FN. _____

Etnia: ① Blanco ② Afroecuatoriano ③ Mestizo ④ Indígena

Procedencia: : ① ecuatoriano ② Otros _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Estado civil: ① Soltero ② Casado ③ Viudo ④ Divorciado ⑤ Otros

Instrucción: ① Analfabeto ② Primaria ③ Secundaria ④ Superior

Ocupación: ① Trabajo activo remunerado ② Jubilado ③ Tareas domésticas ④ No trabaja actualmente (sin jubilación)

Nombre su ocupación: _____

Convive: ① Solo ② Cónyuge ③ Hijos ④ Nietos ⑤ Cuidador 6 Otros 7 No refiere.

Se encuentra institucionalizado: ① Si ② No

II VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Caídas últimos 6 meses: ① Si ② No

Autopercepción de salud: ¿Cómo considera su estado de salud?

Muy buena ① Buena ② Regular ③ Mala ④

Test de Charlson:

① Comorbilidad baja ② Comorbilidad alta

Escala de Barthel:

① Independencia ② Dependencia leve ③ Dependencia moderada ④ Dependencia severa ⑤ Dependencia total

Escala de Yesavage:

① Normal ② Depresión probable ③ Depresión establecida

Pfeiffer:

① No deterioro ② Deterioro cognitivo leve ③ Deterioro cognitivo moderado
④ Deterioro cognitivo grave

Espiritual Hope:

① Si ② No

Escala Gijón

① Buena /aceptable situación social ② Existe riesgo social ③ Problema social

Ocio

¿Con qué frecuencia realiza ejercicio al aire libre?

① Nunca ② Casi nunca ③ Ocasionalmente ④ Casi todos los días ⑤ Todos los días

¿Con que frecuencia tiene usted salidas vacacionales?

① Nunca ② Casi nunca ③ Ocasionalmente ④ Casi todos los días ⑤ Todos los días

III. PREGUNTAS ABIERTAS

Envejecimiento

1. ¿Qué significa para usted envejecer?
2. ¿Se siente satisfecho con la vida que ha tenido?
3. ¿Haciendo un balance, mirando hacia atrás en su vida tiene una sensación de felicidad?
4. ¿Qué logros cree usted que alcanzado en su vida que considera importantes?
5. ¿En general cuales serían los aspectos positivos de envejecer?
6. ¿En general cuales serían los aspectos negativos de envejecer?
7. ¿Se ha sentido solo?
8. ¿Cuáles serían los momentos en los que experimenta mayor soledad?
9. ¿Cree que su familia cuenta con usted para tomar decisiones importantes?
10. ¿Siente que alguien quiere compartir la vida con usted?

11. ¿Cree que puede hacer las cosas que quiere hacer?
12. ¿Cree que su edad le impide hacer las cosas que le gustaría hacer?
13. ¿Cree que su estado físico le impide hacer las cosas que le gustaría hacer?
14. ¿En que ocupa la mayor parte de su tiempo?
15. ¿Cómo considera su estado de salud?
16. ¿Cree que la falta de dinero le impide hacer las cosas que quiere hacer?

Sufrimiento

17. ¿Pensando en el día de ayer, el tiempo se le hizo corto o largo? ¿Usted qué diría?
18. ¿Usted al momento tiene algo por lo que esté sufriendo?
19. ¿Tiene familiares o amigos en los que confía ante cualquier necesidad o situación difícil y a quien comunicar sus problemas? ¿Por qué?

Sentido de vida

20. ¿Qué le da sentido a su vida?
21. ¿Tiene algún proyecto en curso o planificado actualmente?
22. ¿Cree que la vida está llena de oportunidades? ¿Por qué?
23. ¿Qué le motiva para continuar viviendo?
24. ¿Qué podría pasar para mejorar su vida?
25. ¿Cree usted en Dios o en un ser superior? ¿Y cómo esto influye en su vida?

Deseo de muerte

26. ¿Usted ha pensado en la muerte?
27. ¿Cree usted que es importante pensar en la muerte?
28. ¿En qué situación usted desearía morir?
29. ¿Cuáles serían las razones de desear morir, en general o en relación con lo que ha escuchado a otros adultos mayores?
30. ¿Cuáles serían los Aspectos positivos de la muerte?
31. ¿Cuáles serían los Aspectos negativos de la muerte?
32. ¿Usted cree que ha vivido lo suficiente?
33. ¿Alguna vez ha pasado por su mente el deseo de morir?
34. ¿En qué situaciones?

Anexo 3: Escalas de valoración geriátrica integral.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA

ESCALAS DE VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Baño	Independiente	5	Traslado sillón- cama	Independiente	15
	Supervisión	4		Supervisión	12
	Ayuda ocasional	3		Ayuda de una persona	8
	Asistencia en todos los aspectos	1		Ayuda continuar (colabora en algo)	3
	Dependencia total	0		Ayuda de 2 personas (no colabora)	0
Vestido	Independiente	10	Escaleras	Independiente	10
	Mínima ayuda	8		Supervisión ocasional	8
	Ayudar a quitar y poner	5		Supervisión continua (ayuda ocasional)	5
	Gran ayuda (colabora en algo)	2		Ayuda continua	2
	Dependencia total	0		Incapaz de subir escaleras	0
Aseo (higiene corporal)	Independiente	5	Micción	Continente independiente	10
	Mínima ayuda	4		Incontinencia ocasional menos 1 vez/día	8

	Moderada ayuda	3		Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa o pañal	5
	Ayuda continua (colabora en algo)	1		Incontinencia día y noche (colabora)	2
	Dependencia total	0		Incontinente y dependiente: sonda vesical	0
Ir al retrete	Independiente	10	Deposición	Contigente independiente	10
	Supervisión	8		Incontinencia ocasional (1 vez /semana)	8
	Moderada ayuda (alguna tarea)	5		Incontinencia frecuente (se limpia solo)	5
	Continua ayuda	2		Incontinencia frecuente (colabora en algo)	2
	Dependencia total	0		Incontinente y dependiente total	0
Deambulación	Independiente	15	Alimentación	Independiente	10
	Supervisión continua menos de 50 metros	12		Mínima ayuda independiente se prepara solo la bandeja	8
	Ayuda de una persona	8		Come solo con supervisión	5
	Ayuda continua de más personas				
	Ayuda continua de más personas Dependiente	3		Ayuda de otras personas puede comer algo	2
	Dependiente	0		Dependiente de otra persona o SNG	0
Puntos de corte	Dependiente leve (61-99)		Dependiente moderado (41-60)		

TEST DE PFEIFFER (VALORACION COGNITIVA)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿En qué fecha nació (día, mes, año)?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál era el primer apellido de su madre? (que nos diga su segundo apellido)
10. Si a 20 le restamos 3 quedan.... ¿y si le quitamos otras 3?

Interpretación

De 0 a 2 errores: no deterioro cognitivo

De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.

De 5 a 7 errores: moderado deterioro.

De 8 a 10 errores: grave deterioro.

YESAVAGE (EVALUACION DE DEPRESION)

	SI	NO
1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Se aburre con frecuencia?	1	0
3. ¿Se siente inútil frecuentemente?	1	0
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
5. ¿Se siente con frecuencia desvalido o que no vale nada?	1	0

Interpretación

Depresión: mayor o igual a 2

Modificado de Rev.méd. Chile v128n. 11 Santiago nov 2000

ESCALA GIJÓN (VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR EN EL ANCIANO)

A. Situación familiar

1. Vive con familia sin dependencia físico-psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad
3. Vive con familia y/o conyugue y presenta algún grado de dependencia
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.

B. Situación económica

1. Más de 1.5 veces el salario mínimo
2. desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive
3. desde el salario mínimo o pensión mínima contributiva
4. Pensión contributiva
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior

C. Vivienda

1. Adecuado a las necesidades
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o en el portal de la casa
3. Humedades mala higiene, equipamiento inadecuado.
4. Ausencia de ascensor o teléfono
5. Vivienda inadecuada

D. Relaciones sociales

1. Relaciones sociales
2. Relación social solo con familiar o vecinos
3. No sale del domicilio recibe visitas
4. No sale y no recibe visitas.

E. Apoyo de la red social

1. Con apoyo familiar o vecinal
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo
4. Pendiente de ingreso en residencia Geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes

Interpretación Gijón:

De 5 a 9 Buena/aceptable situación social.

De 10 a 14 Existe riesgo social.

Más de 15 Problema social.

ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

Infarto agudo de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca	1
Enfermedad arterial periférica	1
Enfermedad cerebro vascular	1
Demencia	1
Enfermedad respiratoria crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera gastroduodenal	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa	2
Diabetes con lesión en órgano diana	2
Tumor o neoplasia sólida	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido	6

Total :

Comorbilidad baja (2 puntos) Comorbilidad alta (3 puntos) Nota: la predicción de mortalidad deberá corregirse por la edad. (1 punto por cada década desde los 50 años.)

ESPIRITUAL HOPE

¿Sus creencias en Dios o en ser superior le ayudan a mantener su salud?

Si () No ()

Anexo 4: Historia de vida

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

HISTORIA DE VIDA

“Deseo de muerte en el adulto mayor, en el Hospital Quito N°1 Policía NacionalN°1, Quito 2020”

Nombre _____ Edad _____

Sexo: ① F ②M Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Esta entrevista tiene el objetivo de conocer su autobiografía y se le realizará preguntas abiertas sobre las diferentes etapas de su vida y se preguntarán varios aspectos de éstas, están distribuidas en infancia, adolescencia, juventud, madurez y sus intereses.

También tendrá una segunda fase de preguntas relacionadas con la vida y la muerte, usted puede sentirse libre de parar la entrevista en cualquier momento, o realizarla en varios tiempos si es necesario.

1. Historia de vida

Infancia:

- ¿cuáles son los primeros recuerdos que vienen a su mente cuando piensa en su infancia?
- ¿Cuál fue el momento más feliz de esta etapa? Y ¿la más triste?

Adolescencia y adultez joven

- **¿Dónde** curso sus estudios? ¿a qué edad comenzó a trabajar y cuál fue su primer trabajo?
- ¿Cómo conoció a su pareja? ¿cómo fue su boda? ¿Qué recuerda de su matrimonio?

Adultez

- ¿De qué se siente orgulloso/a de haber logrado en su vida?
- ¿cómo se lleva con su familia? ¿son muy cercanos? ¿con qué miembro de su familia tiene más afinidad? ¿y confianza?

Vejez

- ¿Cuáles son las diferencias entre su yo del pasado y su yo actual? ¿Qué podía hacer antes que ahora no?
- ¿cómo es su rutina del día?
 - Al levantarse ¿qué es lo que hace? (preguntar cuanto tiempo dedica a cada actividad)
 - ¿Y al medio día?
 - ¿Y en la tarde hasta ante de dormir? (intentar que todo sume 24 horas)
 - ¿Si le alcanza el día? ¿Le faltan o le sobran horas?
- ¿comparte mucho tiempo con su familia? ¿disfruta ese tiempo?
- ¿Qué tal está viviendo la vejez? ¿y para los que le rodean?
- Si mira al pasado y lo revisa hasta el día de hoy ¿se siente satisfecho con su vida? ¿cree que aún le queda algo por hacer?
- ¿Cómo se ha sentido de salud?

2. Entrevista a profundidad sobre el tema de tesis a tratar, preguntas en relación con la vida y a la muerte

¿Usted cree que una buena vida es el presagio de una buena muerte?

¿usted ha tenido una buena vida?

¿Qué es para usted el buen morir?

¿Cómo se siente ante la posibilidad del fin de la vida?

¿cree estar listo para cuando el momento llegue?

¿Cómo se siente al respecto de la posibilidad de la muerte?

¿cuál cree usted que sería el momento más aceptable para que una persona muera?

¿cree usted estar listo para el momento de su muerte?

¿qué es lo que más le preocupa alrededor de la muerte?

¿se siente listo para afrontar esta etapa de la vida o cree que aún le quedan cosas por vivir?

Anexo 5: autorización de la PUCE por el subcomité de bioética para la realización de a la investigación.



PUCE

Facultad de Medicina

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 27 de mayo de 2020

SB-CEISH-POS-391

Doctoras

Stephany Doria Correa Escobar

Linda Nathaly Pérez Lara

Estudiantes del Posgrado de Geriatría y Gerontología de la Facultad de Medicina de la PUCE.

Presente. -

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"DESEO DE MUERTE EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL QUITO N°1 POLICIA NACIONAL, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO DEL MES DE JUNIO DEL 2020"**.

Por disposición del Consejo de Facultad, usted tiene a partir de esta fecha (27 de mayo de 2020) 12 semanas (20 de agosto de 2020) para presentar borradores de la disertación en la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Carlos Acurio Velasco".

Dr. Carlos Acurio Velasco

Anexo 6: autorización del Hospital Quito N°1 Policía Nacional para la realización de la investigación

**POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO No. 1
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Oficio No-100-DDI-HQ-PN
Quito DM, 30 de abril del 2020

Señor Doctor
Francisco Javier Pérez Pazmiño
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
Presente.-

Estimado Doctor,

Luego de un cordial saludo, y en atención al Oficio No.2020-015-CEAS-HQPN de fecha 27 de abril del 2020, una vez recibido el informe del comité de Bioética de nuestro hospital ha revisado el protocolo de trabajo de investigación de las estudiantes: Stephany Doria Correa Escobar y Linda Nathaly Pérez Lara, titulado "DESEO DE MUERTE EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL QUITO No.1 DE LA POLICIA NACIONAL, DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO DEL MES DE JUNIO DEL 2020; el cual recomienda la ejecución del mismo, por lo tanto por parte del departamento de docencia se aprueba y se autoriza el presente trabajo de investigación.
Solicito se les permita a las estudiantes proceder con los trámites correspondientes.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD


Dra. Ana Ramos Sellán
Capitán de Policía
JEFE DEL DPTO. DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL QUITO N. 1 POLICÍA NACIONAL



AS



Anexo 7: Perfil de informantes para entrevistas del Hospital Quito N°1 Policía Nacional

1		001-AC	No	Hombre 77 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, presenta comorbilidad alta, es independiente, no deprimido, no presenta deterioro cognitivo, se detecta riesgo social, tiene una percepción positiva del envejecimiento, su sentido de vida se centra en la familia.
2		002-BR	Si	Mujer 86 años, soltera, jubilada, vive sola, tiene comorbilidad baja, independiente, tiene depresión probable, no presenta deterioro cognitivo, buena situación social, percepción positiva del envejecimiento, su sentido de vida se centra en ella.
3		003-BM	No	Mujer, de 79 años, casada, tareas domésticas, vive con sus hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida no está claro.
4		004-BA	Si	Hombre, 77 años, viudo, expolicía, solo, tiene comorbilidad alta, es independiente, no depresión, no deterioro cognitivo, existe riesgo social, percepción positiva del envejecimiento. Sentido de vida pobre, velar por su hija.
5		005-CE	Si	Hombre, 67 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, es independiente, no depresión, no deterioro cognitivo, buena/aceptable situación social, percepción positiva del envejecimiento. Sentido de vida es la vida misma.
6		006-CEF	No	Mujer, 73 años, casada, no trabaja (QQDD), vive con su conyugue, comorbilidad baja, tiene dependencia leve, no depresión, no deterioro cognitivo, buena/aceptable situación social, percepción del envejecimiento positiva, su sentido de vida depende de ella y su familia.
7		007-CP	No	Mujer, 76 años, viuda, no trabaja, convive con nietos, comorbilidad alta, es independiente, no depresión, no deterioro cognitivo. Su situación social es buena, tiene una percepción del envejecimiento negativa. Sentido de vida es pobre.
8		008-CL	Si	Hombre, de 89 años, casado, no trabaja, vive con su conyugue, comorbilidad alta, es independiente, no depresión, no deterioro cognitivo. Su situación social

				es buena/aceptable, su percepción del envejecimiento es negativa, Su sentido de vida depende de sí mismo
9		009-DM	No	Hombre, 94 años, casado, vive con su conyugue e hijos, no trabaja era agricultor, comorbilidad baja, independiente, no depresión, deterioro cognitivo leve, situación social buena, su percepción del envejecimiento es positiva, Su sentido de vida depende de su familia.
10		010-DS	No	Mujer de 75 años, casada, convive con su conyugue, no trabaja (QQDD), comorbilidad independiente, no depresión, deterioro cognitivo leve, existe riesgo social, su percepción del envejecimiento es normal, Su sentido de vida depende de su familia.
11		011-DR	No	Hombre, 88 años, casado, convive con su conyugue, expolicía, comorbilidad alta, independiente, no depresión, no deterioro cognitivo, buena situación social, Su sentido de vida es simple, aparentemente no tiene un enfoque claro. Su percepción del envejecimiento al parecer es normal, pero está ligada a la muerte para el paciente.
12		012-EJ	Si	Hombre, 78 años, casado, expolicía, vive solo, independiente, comorbilidad alta, depresión probable, no deterioro, tiene problema social, su percepción es negativa del envejecimiento, su sentido de vida no tiene sentido de vida.
13		013-EC	No	Mujer, 88 años, casada, no trabaja (QQDD), vive con su conyugue, comorbilidad baja, tiene dependencia leve, no depresión, es dependiente leve, tiene deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su sentido de vida es simple, aparentemente no tiene un enfoque claro. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su nieta, y su salud
14	014-EF		No	Mujer, de 88 años, viuda, no trabaja (antes costurera), vive con sus hijos, comorbilidad alta, presenta dependencia leve, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento, al parecer es negativa, su sentido de vida es dependiente de su salud.
15	015-EM		No	Mujer, de 86 años, viuda, no trabaja (antes secretaria), vive con sus hijos, comorbilidad baja, independiente, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su salud.
16	016-EG		No	Mujer, de 78 años, casada, no trabaja (QQDD), vive con su conyugue, comorbilidad alta, tiene dependencia leve, depresión probable, deterioro cognitivo leve, su situación social: existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su familia.

17	017-FM	No	Mujer, de 80 años, soltera, no trabaja (QQDD), vive con sus hijos, comorbilidad alta, independiente, no depresión, no deterioro cognitivo, su situación social: existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y su salud.
18	018-GG	No	Hombre, de 87 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, sin deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su familia.
19	019-HA	No	Hombre, de 68 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y salud.
20	020-JV	No	Hombre, de 69 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su salud.
21	021-JT	No	Hombre, de 69 años, casado, agricultor, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de sí mismo y es claro.
22	022-JS	No	Hombre, de 76 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, dependencia leve, depresión probable, deterioro cognitivo moderado, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida depende de su salud y en cierto modo en sus creencias religiosas.
23	023-JP	No	Hombre, de 83 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su familia y salud.
24	024-JG	No	Hombre, de 83 años, casado, maestro mayor, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida depende de su familia.
25	025-LR	No	Hombre, de 80 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión probable, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida depende de su familia y salud.
26	026-LG	Si	Hombre, de 86 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es algo pobre, dependiente de su salud
27	027-MM		Hombre, de 79 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, dependencia leve, depresión establecida,

		No	no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es muy fuerte relacionado a su salud y esposa
28	028-MR	No	Mujer, de 78 años, casada, tareas domésticas, vive con su conyugue, comorbilidad alta, dependencia leve, no depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su creencia religiosa y de su salud.
29	029-MM	No	Mujer, de 75 años, casada, tareas domésticas, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su creencia religiosa y su familia.
30	030-MM	Si	Mujer, de 72 años, casada, tareas domésticas, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión establecida, deterioro cognitivo leve, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es pobre, dependiente de su familia y de su salud e independencia física
31	031-MA	No	Mujer, de 86 años, viuda, tareas domésticas, vive con sus hijos, comorbilidad baja, dependencia moderada, no tiene depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su familia
32	032-MR	No	Mujer, de 73 años, viuda, comerciante, vive sola, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y al parecer de su creencia religiosa
33	033-ML	No	Mujer, de 78 años, viuda, expolicía, vive sola, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia.
34	034-ND	No	Hombre, de 66 años, casado, comerciante, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su salud y su familia.
35	035-RM	No	Mujer, de 80 años, viuda, contadora, vive sola, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia
36	036-RM		Mujer, de 67 años, casada, tareas domésticas, vive con el conyugue, comorbilidad baja, dependencia leve, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es

		No	buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida depende de su familia principalmente
37	037-RP	No	Mujer, de 77 años, viuda, comerciante, vive sola, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es un tanto negativa, aunque la considera normal, su sentido de vida es el ser independiente, y también su familia.
38	038-RM	Si	Mujer, de 72 años, viuda, realiza quehaceres domésticos, vive sola, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión probable, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es pobre y dependiente de su bisnieto quien es el que le da alegría en su vida.
39	039-SF	No	Mujer, de 72 años, viuda, agricultor, vive con sus hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida son sus hijos, nietos y bisnietos.
40	040-SD	No	Mujer, de 68 años, casada, expolicía, vive con el conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no tiene depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su creencia religiosa y de su familia
41	041-FB	No	Hombre, de 67 años, soltero, expolicía, vive con familiares, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia.
42	042-CG	No	Hombre, de 88 años, viudo, expolicía, vive solo, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es aceptable. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su funcionalidad, y su familia.
43	043-CE	No	Hombre, de 75 años, casado, realiza fletes, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su familia y salud.
44	044-DN	No	Hombre, de 87 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, dependencia leve, no depresión, no tiene deterioro, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia.
45	045-EA	No	Hombre, de 80 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su

			percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su espiritualidad y de su salud
46	046-HF	No	Hombre, de 68 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y salud.
47	047-HV	No	Hombre, de 86 años, casado, expolicía, vive con sus hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, deterioro cognitivo leve, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida parece no estar claro
48	048-JR	No	Hombre, de 77 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de las creencias en Dios
49	049-JG	No	Hombre, de 66 años, estado civil otros, expolicía, vive solo, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión probable, deterioro cognitivo leve, problema social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su familia.
50	050-LL	No	Hombre, de 66 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de sí mismo y de su salud.
51	051-LP	No	Hombre, de 73 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida está muy dependiente de su esposa.
52	052-MP	No	Hombre, de 79 años, casado, construcción, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida esta dictaminado por el mismo (yo) y también por su familia
53	053-NB	Si	Hombre, de 85 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, dependencia leve, depresión establecida, deterioro cognitivo moderado, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su esposa.
54	054-RT	No	Hombre, de 88 años, viudo, expolicía, vive solo, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del

			envejecimiento es positiva, su sentido de vida es su familia y salud.
55	055-SG	No	Hombre, de 65 años, divorciado, bodeguero, vive con sus hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de sí mismo.
56	056-SH	No	Hombre, de 87 años, casado, no trabaja, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su esposa.
57	057-VF	No	Mujer, de 78 años, casada, tareas domésticas, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de su familia, siente con resignación, el “seguir adelante” como una obligación determinada por su creencia religiosa
58	058-VC	No	Hombre, de 89 años, casado, expolicía, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, depresión establecida, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es algo pobre, indica que es dependiente de su familia, pero lo más importante es que quiere vivir un día más en tranquilidad.
59	059-BR	No	Mujer, de 93 años, viudo, tareas domésticas, vive con sus hijos, comorbilidad baja, dependencia leve, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida dependiente de sus hijos.
60	060-MB	No	Mujer, de 88 años, viuda, tareas domésticas, vive sola, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida está claramente determinado por su núcleo familiar actual (especialmente por su nieta)
61	061-CV	No	Mujer, de 75 años, viuda, jubilada, vive sola, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y su independencia.
62	062-BM	No	Mujer, de 86 años, casada, costurera, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia, y su esposo, influye gran parte su creencia religiosa.

63	063-BS	Si	Mujer, de 91 años, viuda, comerciante, vive con sus hijos, comorbilidad alta, dependencia severa, depresión establecida, deterioro cognitivo moderado, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es pobre, la paciente al parecer ya no tiene sentido de vida, aunque si menciona a su familia como aliciente.
64	060-MB	No	Mujer, de 66 años, casado, comerciante, vive con su conyugue, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y salud.
65	065-FT	Si	Mujer, de 65 años, viuda, tareas domésticas, vive con sus hijos, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión probable, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es dependiente de sus hijos.
66	066-LM	No	Mujer, de 66 años, casada, modista, vive con su conyugue, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia y salud.
67	067-BM	No	Mujer, de 88 años, viuda, tareas domésticas, vive sola, comorbilidad alta, dependencia leve, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida es pobre, depende su creencia religiosa
68	068-MB	Si	Mujer, de 88 años, divorciada, tareas domésticas, vive con sus hijos, comorbilidad alta, no tiene dependencia, depresión probable, deterioro cognitivo leve, existe riesgo social. Su percepción del envejecimiento es negativa, su sentido de vida no es claro, lo que da la impresión es que le gustaría encontrar la tranquilidad
69	069-MA	No	Mujer, de 82 años, viuda, operadora de llamadas, vive sola, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida depende de su entorno familiar.
70	070-VV	No	Mujer, de 81 años, viuda, tareas domésticas, vive sola, comorbilidad alta, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es dependiente de su familia, y de su creencia religiosa
71	071-VZC	No	Mujer, de 94 años, casada, tareas domésticas, vive con el conyugue, comorbilidad alta, dependencia severa, no depresión, deterioro cognitivo leve, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida es muy arraigado a su entorno familiar, los cuales indica dependen de ella y viceversa

72	072-EA	No	Hombre, de 78 años, casado, expolicía, vive con sus hijos, comorbilidad baja, no tiene dependencia, no depresión, no tiene deterioro cognitivo, su situación social es buena. Su percepción del envejecimiento es positiva, su sentido de vida está muy arraigado a su responsabilidad de padre, ya que tiene una hija menor de edad
----	--------	----	--