



ISSN: 1697-090X

Letters to the Editor / Cartas al Editor

Inicio Home

Indice del  
volumen Volume  
indexComité Editorial  
Editorial BoardComité Científico  
Scientific  
CommitteeNormas para los  
autores  
Instruction to  
AuthorsDerechos de autor  
Copyright

Contacto/Contact:



## AUTOPERCEPCIÓN ANTE LA MUERTE DE ALGUNOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL.

Lisbet María Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, Marlene García Orihuela<sup>1,2</sup>, Ismary Alfonso Orta<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Geriatría y Gerontología, <sup>2</sup>Farmacología e <sup>3</sup>Infectología.  
Centro de Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud.  
Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas  
"Calixto García Iñiguez"  
La Habana. Cuba.

[isma.alfonso@infomed.sld.cu](mailto:isma.alfonso@infomed.sld.cu)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2010;1:47-52.

Sr. Editor:

Durante las tres últimas décadas ha sido evidente el aumento progresivo de las personas de la tercera edad en el mundo, esta visibilidad de los ancianos en el entorno mundial ha llevado a diversos sectores de la sociedad a poner su mirada en este grupo poblacional. En Cuba se asiste a un aumento de la expectativa de vida y junto a este envejecimiento se incrementan en el país los llamados "viejos-viejos"<sup>1</sup>. Según datos internacionales de la Organización de Naciones Unidas, en 1950 habían 200 millones de personas de más de 60 años en el mundo, en 1975 aumentó en 350 millones, en el 2000 era de 590 millones y se estima que para el 2025 habrá 1200 millones de personas de edad avanzada. En el 2050 América Latina tendrá más personas de 80 años que niños menores de 5 años.

Con el cursar de los años, en las personas de la tercera edad aparecen varias entidades clínicas que pueden conducir a un estadio terminal más o menos prolongado: el cáncer, la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas y otras enfermedades degenerativas, siendo el cáncer el que nos aporta mayor número de pacientes terminales a nuestras áreas de salud. En estos pacientes terminales, el tratamiento curativo debe inexorablemente ser sustituido por el enfoque paliativo, que tiene entre sus objetivos, fundamentalmente, preparar para la muerte del paciente, tanto al enfermo mismo, como a sus familiares.

La muerte es considerada un hecho natural y universal, que afecta a todos los seres vivos, a pesar de lo cual es habitualmente ignorada y, por supuesto, no deseada. A veces la muerte ocurre de manera repentina, pero en las enfermedades que llevan a situación de terminalidad la muerte no aparece de forma inesperada, es posible "verla venir" casi con fecha fija. La mayoría de las personas mayores no suelen tener miedo a la muerte, su biografía, sus creencias y sus experiencias le apoyan. Sí tienen miedo al proceso, al dolor, al abandono y al sufrimiento<sup>2</sup>.

Hoy en día, basados en la actuación ética de nuestros profesionales en correspondencia con las exigencias de la Medicina contemporánea y con las características de nuestro Sistema Nacional de Salud, se brinda apoyo multidisciplinario por parte de los especialistas en Geriatría a todos los pacientes y familiares que sufren de una enfermedad en estadio terminal. Brindarle además, apoyo psicológico para que sean capaces de afrontar el sentido de la muerte y el sufrimiento que lleva implícito, y que consideren el aspecto espiritual para poder ayudarles a encontrar un sentido a la vida que han tenido y a la que se les presenta a partir de la enfermedad, a la aceptación de la muerte y poder apoyarles en la ansiedad y la angustia implícitas en su estado de salud.

Teniendo en cuenta las necesidades crecientes de atención a estos enfermos y a su familia, surgen los Cuidados Paliativos como una forma de alcanzar mejor calidad de vida, de ofrecer alivio físico y espiritual a aquellos que lo necesitan. Los cuidados paliativos pueden desarrollarse en todo ámbito asistencial, necesitando una formación básica adecuada para aplicar, allí donde fuese necesario, el axioma de las tres "C": "Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, calma. Si no puedes calmar, consuela."

Es precisamente en estas circunstancias cuando se debe manifestar, y de hecho así ocurre en la gran mayoría de los casos, esa vocación médica, necesariamente existente en todos los miembros del equipo de salud, expresada en forma contundente en la carta de Esculapio a su hijo "...pero si te juzgas pagado lo bastante, con la dicha de una madre, con una cara que sonrío porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si deseas conocer al hombre y penetrar en lo más trágico de su destino, entonces hazte médico hijo mío". Y una última reflexión, si bien, la comprensible actitud hostil del enfermo y familiar en condiciones de gravedad los lleva a comportamientos poco favorecedores del establecimiento de relaciones interpersonales positivas, esta situación es la idónea para aplicar el principio ético deontológico expresado en un pensamiento chino de varios siglos de existencia: "Ámame cuando menos lo merezca porque es cuando más lo necesito"<sup>3</sup>.

Actualmente el tema sobre una "muerte digna" se ha convertido en uno de los aspectos más discutidos y controvertidos en el mundo. Es imposible ofrecer normas específicas acerca de cuál debe ser la actuación del equipo médico ante un anciano moribundo, es necesario individualizar cada caso teniendo en cuenta personalidad del enfermo, tipo de enfermedad, entorno socio-familiar, de lo que se trata es de mantener una conducta que respete las necesidades básicas del enfermo a lo largo de su enfermedad, alivie sus dolores y temores, dar muestras de solidaridad y comprensión, orientar y

apoyar a familiares y cuidadores en todo lo posible, mantener una buena comunicación con el enfermo y su familia y ofrecer información adecuada sobre el proceso, prever las complicaciones y tratarlas.

En su trayectoria hacia la muerte inevitable, los enfermos terminales enfrentan múltiples temores (a la muerte en sí, a lo desconocido, al dolor, a perder su familia, su identidad, etc.), pero en muchos casos experimentan precisamente temores a compartir sus temores con sus familias, lo que representa algo así como una condena a permanecer en silencio con la consiguiente reducción de la comunicación y aislamiento.

En verdad en la sociedad moderna no hay tiempo ni ganas de pensar en la muerte. Hay una tendencia a la ocultación mediante censura social rígida, que lleva incluso a engañar al moribundo, y lo convierte en un ente solitario lleno de desesperación y con atención insuficiente o deshumanizada. La capacidad para aliviar con la palabra, con los gestos y con el trato humano ha disminuido sin lugar a dudas en el médico de hoy. Los factores que determinarán las necesidades del paciente terminal ante la proximidad de la muerte son cuatro fundamentalmente: las características personales, las características de las relaciones interpersonales del moribundo, los factores socioeconómicos y las características de la enfermedad. La interacción de estas variables nos hará comprender una u otra reacción que el paciente asumirá ante su enfermedad terminal, y el curso que habrá de tomar el proceso tendiente a la aceptación del final. Hoy en día se reconoce que "morir es saber perder". El médico, sin embargo, cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal; parece ser que los médicos tienen más miedo a la muerte que los propios enfermos, y en un estudio realizado en diferentes profesiones, el grupo de médicos resultó ser el que menos pensaba en ella y el que más le temía.

El incremento de los adultos mayores, y en especial aquellos que están en estadio terminal, y el hecho de que cada día aumente el número de ellos que fallecen en sus casas, hace que los especialistas de atención primaria se preparen para cubrir su atención, especialmente psicológica, a fin de ayudarlos a transitar por la etapa final de sus vidas, que sean capaces de afrontar el sentido de la muerte y del sufrimiento y la angustia que lleva implícito tanto para el paciente como para la familia<sup>4</sup>.

Si bien en el policlínico "Vedado" existe un grupo que desarrolla los cuidados paliativos, y asegura una atención biomédica a estos pacientes terminales, carecen de la intervención psicológica en este sentido para con estos pacientes, donde no existe un conocimiento acerca de las valoraciones de este ante su muerte, y si está preparado o no para la misma. Dicha carencia de intervención psicológica, por este equipo, al grupo de pacientes terminales fue lo que nos motivó a la realización de la siguiente investigación, planteándonos la siguiente pregunta: "¿Cuál es la autopercepción que tienen algunos adultos mayores con enfermedad terminal ante la muerte?".

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la autopercepción que tienen ante la muerte algunos adultos mayores con enfermedad en fase terminal, pertenecientes al área de salud del Policlínico Comunitario Docente "Vedado", del Municipio Plaza de la Revolución, de la Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre septiembre y diciembre de 2006. Del universo de 1005 ancianos que tiene el policlínico, se tomó una muestra no probabilística de 130 ancianos con enfermedad terminal residentes en el área, identificados en el registro de dispensarizados por el equipo multidisciplinario de atención al adulto mayor del Policlínico, confeccionado en julio del 2006.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores de 60 años o más con cualquier entidad clínica en estadio terminal que conocen el diagnóstico de su enfermedad; adultos mayores con posibilidades de ser encuestado, capaz de cooperar en la entrevista y que desearon participar voluntariamente en la investigación. Fueron excluidos los adultos mayores con deterioro o trastorno de las funciones mentales y/o físicas que pueden en consecuencia impedir o distorsionar la entrevista.

Para dar salida a los objetivos del estudio se realizó un análisis descriptivo de la información. Primero se caracterizó la muestra estudiada, para lo cual se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables edad, sexo y nivel escolar. Se calculó la distribución de frecuencias absoluta y relativa de todas las variables involucradas. Las variables cualitativas se reflejaron en tablas de contingencia. En algunos casos de interés se realizaron tablas descriptivas bivariadas.

En la muestra estudiada hubo un predominio de ancianos en estadio terminal en el subgrupo de edad de 81 y más años con 57 personas para un 43.84%, prevaleciendo el sexo femenino con 82 personas (63,07 %) en este mismo grupo etáreo (tabla 1). Los datos sociodemográficos encontrados son los esperados, ya que se ha reportado demográficamente, como las mujeres tienen una supervivencia mayor que los hombres, lo que coincide con estudios realizados por Esequiel Hernández quien plantea que en la población mayor de 60 años, la tasa de crecimiento del sexo femenino ha superado la del sexo masculino, comportamiento asociado con la sobremortalidad masculina, y con el fenómeno "el envejecimiento de los envejecidos" que está ocurriendo en nuestra población, lo cual cobrará mayor valor en un futuro próximo.

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según grupos de edad y sexo.

Grupos de edad (Años)	Sexo				Total	
	F	%	M	%	No	%
60-65	11	8.46	9	6.92	20	15.38
66-70	5	3.84	17	13.07	22	16.92
71-75	6	4.61	4	3.07	10	7.69
76-80	16	12.30	5	3.84	21	16.15
81 y más	44	33.84	13	13.10	57	43.84
Total	82	63.07	48	36.92	130	100.00

Morales González en su trabajo observó que dentro de la población anciana el 51.4% corresponde al sexo femenino y se espera que para el 2025 aumente hasta el 55.0%<sup>5</sup>. Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado la pirámide poblacional, constituye una preocupación para los años futuros<sup>6</sup>. Al estudiar la escolaridad de esta población de adultos mayores, tenían en su mayoría un nivel primario con un total de 48 (36.92%), seguido por el nivel secundario 34 (26.15%). (Tabla 2).

Esto coincide con las investigaciones de Maldonado Jorge quien encontró en su estudio que el nivel de instrucción que predominaba en la tercera edad era el nivel primario, con valores algo mayores para las mujeres<sup>7</sup>. Es necesario señalar que esta escolaridad no se corresponde con la realidad actual de nuestros adultos mayores de menos edad. Según el estudio SABE más de un 44% de los adultos mayores de 60 años de Ciudad de La Habana tenían un nivel de escolaridad medio o superior, resultado de los beneficios de los programas educacionales que el país ha desarrollado, aún en las personas de edad avanzada<sup>8</sup>. En Cuba, antes del triunfo de la Revolución, la mayoría de la población no contaba con los recursos económicos para su desarrollo cultural y educacional, debido a que tenían que trabajar desde edades tempranas para poder sustentar sus vidas, y con un sistema de educación que no garantizaba su instrucción. Este nivel de escolaridad bajo no le permite estar bien preparado para adoptar actitudes positivas ante la vida y su enfermedad, aunque el modo de enfrentar la muerte tiene un carácter individual para cada persona<sup>9</sup>.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo.

Escolaridad	Sexo				Total	
	F	%	M	%	No	%
Primaria	36	27.69	12	9.23	48	36.92
Secundaria	27	20.76	7	5.38	34	26.15
Pre-Universitario	10	7.69	16	12.30	26	20.00
Universitario	9	6.92	13	10.00	22	16.92
Total	82	63.07	48	36.92	130	100.00

Al caracterizar el tipo de afección psicológica que acompañaba al adulto mayor en esta etapa, Tabla 3, la mayoría de los encuestados mostraron mayor preocupación por la muerte interpersonal en un 57.69%, es decir la asociada con la partida del compañero, el amigo, amante, protector, familiar, padre o madre, quedándole mayor dolor y miedo a lo desconocido, lo que coincide con estudios realizados por Muñoz Rodrigo<sup>10</sup>. Freud decía: "La propia muerte es inimaginable, siempre que intentamos aproximarnos a ella lo hacemos con respecto a la muerte de otros, adoptamos una actitud convencional que se derrumba cuando se trata de la pérdida de una persona amada"<sup>4</sup>. Cuando se llega a viejo y la compañera o el compañero nos abandonan para siempre, se inicia el proceso de duelo más doloroso que existe, según estudios de Ángel Cabrera Rodríguez y Luis Vázquez Álvarez, pues deja una herida emocional inevitable.

Tabla 3. Autopercepción de los adultos mayores según Dimensiones de la Muerte.

Afectación Psicológica	No	%
Muerte Impersonal (Yo-El hecho)	10	7.69
Muerte Interpersonal (Yo-Tú)	75	57.69
Muerte Intrapersonal (Yo-Yo)	45	34.62
Total	130	100.00

El anciano es consciente, además, de que la sociedad está organizada en función de la juventud y de la productividad, lo que acentúa su sensación de estorbo. Además, en muchos casos, él mismo espera y hasta desea la muerte. Ha sufrido suficientes pérdidas en su entorno para sentirse muy solo -con frecuencia de hecho lo está - en un mundo que él no entiende ni le entienden. El "dejarse morir" constituye un fenómeno mucho más común de lo que habitualmente se piensa en personas de edad avanzada. Con todo, ninguna de estas consideraciones evita, aunque sí matiza, el carácter conflictivo con que el proceso de morir se plantea en el anciano<sup>11</sup>. Es en este proceso donde la familia es muy importante porque puede ayudar en el miedo a la transición que está experimentando, puede convertirse en su fuente de apoyo, de intimidad, compañía y consuelo, para que éste no quede solo<sup>12</sup>.

Entre los miedos cabe destacar en primer lugar el temor a la propia muerte, y aquí cabría recordar los trabajos realizados por Elizabeth Kübler- Ross con su sistematización de las cinco fases por las que suele pasar el moribundo. A menudo, estos miedos se traducen en pérdidas de esperanza, en sentimientos de frustración cuando se analiza la vida pasada, o en exageración del sentido de la responsabilidad al pensar en los problemas que se dejan pendientes.

El miedo se expresa también en aspectos mucho más concretos: al dolor que puede llegar, a los efectos del tratamiento, a la situación económica o al rechazo y abandono por parte de la familia y los amigos. En el caso del anciano, estos conflictos normalmente se multiplican. Piensan que ya han vivido demasiado y que "los otros" lo saben, que por ello no se le trata como a los jóvenes y que su pérdida será menos llorada. Con frecuencia se sienten como una carga y que lo suyo sería estar ya muerto<sup>13</sup>.

Aplicándolo en nuestro estudio observamos que la fase que con más fuerza se manifiesta en los ancianos al encontrarse cercanos a la muerte es la depresión, con un total de 70 personas para un 53.84 %, Tabla 4, lo cual coincide con estudios realizados por M. Milagros<sup>14</sup>.

Tabla 4. Autopercepción de los adultos mayores acerca de las fases de la agonía.

Fases de Kubler-Ross	No	%
Negación	12	9.23
Ira	2	1.53
Pacto o Negociación	9	6.92
Depresión	70	53.84
Adaptación o Resignación	37	28.46
Total	130	100.00

En cuanto a las actitudes de las personas mayores frente a la muerte, autores como Esequiel Hernández y Velázquez Zúñiga han estudiado ampliamente estos temas y plantean que la actitud que cada cual adopte ante la muerte dependerá de las creencias religiosas ya que éstas juegan un papel relevante a la hora de influir de forma positiva, negativa o neutra en todas las personas al pensar en su propia muerte<sup>5</sup>. Además hay que tener en cuenta que la falta de finalidad para vivir produce desesperanza y depresión. El enfermo mantiene la esperanza cuando tiene una meta. Frecuentemente es de ayuda procurar encontrarle unas pocas metas realizables, que pueden cambiar conforme la muerte se acerca. Una manera de ayudarlo es interesarse por su vida pasada, por los eventos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos.

Algunas personas mayores derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico. El apoyo religioso puede ser importante para el creyente, por lo que las preguntas sobre el tema espiritual deben hacerse delicadamente y con respeto. El deber de la familia y de los profesionales es facilitarle, si lo desea, la participación en las actividades religiosas y darles la necesaria intimidad y el acceso a los consejeros espirituales<sup>15-16</sup>.

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

En relación al lugar donde el anciano prefiere para morir, ocupó el número uno el hogar con un total de 84 que representa el 64.61% de los encuestados. (Tabla 5). Hasta hace 40-50 años no se moría en los hospitales. El gran desarrollo de la medicina hospitalaria y la tecnificación de la profesión son los que han determinado este problema; así como, el derecho que asiste al anciano a poder renunciar a algunas de sus "ventajas". La muerte en el propio domicilio, con preferencia a la que se produce en la institución, sea ésta hospitalaria o no, se asocia habitualmente a un menor riesgo de agresión médica para el anciano moribundo y también a una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que ha vivido<sup>2</sup>.

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según la valoración donde desea morir.

Lugar	No	%
Hogar	84	64.61
Hospicios	7	5.38
Hospital	39	30.00
Policlínico	0	0.00
Total	130	100.00

El lugar donde debería morir el adulto mayor en fase terminal depende de dos factores, lo cual con frecuencia no sucede: de las necesidades del paciente, pero para algunos pueden estar bien asistidos en su casa, para otros necesitan cuidados técnicos o humanos que sólo un hospital u otra institución les puede proporcionar; así como del deseo del paciente, ya que algunos desean permanecer hasta el final en su domicilio, pero otros quieren ser asistidos por profesionales y expertos en esos momentos tan difíciles. No parece exagerado conceder "el último deseo" a quien así lo demanda.

La asistencia domiciliar de ancianos con alto grado de dependencia es primordial para minimizar el efecto del deterioro y facilitar la permanencia en su entorno habitual en las mejores condiciones de calidad posible, según estudios realizados por José Gómez que plantean que numerosos ancianos expresan no tener miedo a la muerte, sino al sufrimiento por deterioro terminal. La esperanza de morir en casa, en paz, con dignidad y respeto de su voluntad, ayuda a afrontar el final de la vida con más tranquilidad. El médico aporta seguridad y alivio sintomático durante el proceso terminal, pero es la familia la que contribuye a la buena muerte<sup>6</sup>.

Al observar la Tabla 6 sobre la actitud mostrada por los familiares ante sus enfermos predominó la sobreprotección con un 60.0%. Lo anterior se evidenció en estudios realizados por Espín Andrade y Bayarre Veá donde se plantea que los cuidadores de personas con enfermedades terminales tienen tendencia a evitar que estos realicen las actividades habituales por miedo a la aparición de complicaciones<sup>12</sup>. Esto no coincide con Menéndez González, quien plantea que la familia y más específicamente el cuidador debe convertirse en fuente de apoyo, intimidad, compañía y consuelo, de esta forma el anciano podrá sentirse orgulloso de estar en un hogar enriquecido por el amor mientras continúa con una vida lo más activa posible<sup>17</sup>.

Aunque el maltrato en nuestra muestra no fue un dato representativo, solo prevaleciendo el verbal y el afectivo con dos pacientes respectivamente,

tenemos que mantenernos alerta todo el personal que atiende a estos pacientes y ante aquellos grupos con alto riesgo de maltrato como ancianos solo con dependencia funcional, ancianos que conviven con alcohólicos, ancianos con deterioro mental, ancianos cuyos cuidadores manifiestan frustración en relación con la responsabilidad de los mismos, ancianos atendidos por cuidadores estresados y ancianos que conviven con familiares que tienen historia de violencia.

Tabla 6. Autopercepción de los adultos mayores acerca del comportamiento de la familia con ellos.

Actitud	N (130)	%
Sobreprotección	78	60.00
Permisividad	48	36.92
Maltrato físico	1	0.77
Maltrato verbal	2	1.54
Maltrato afectivo	2	1.54
Maltrato social	0	0.00
Negligencia	0	0.00

Cifras alarmantes en el mundo reportan que cerca de dos millones de adultos mayores son víctimas de maltrato hoy en día y lo más preocupante es que el hecho tiene una tendencia creciente<sup>18</sup>. En Cuba se desconoce la magnitud de este flagelo en cuanto a su incidencia y prevalencia, no obstante algunos estudios locales han constatado la presencia del mismo, con un predominio del maltrato psicológico, razón suficiente para llevar a cabo intervenciones encaminadas a su detección, sin las cuales raramente desaparece sino que tiende a intensificarse con el tiempo, de ahí la importancia de abordarlo.

Dado que el profesional que tiene el primer contacto con el anciano en la comunidad es el médico de familia, este deberá pesquisar los factores de maltrato anteriormente señalados, con el objetivo de referir, ante la duda, el caso en cuestión al Equipo Médico de Atención Gerontológica (EMAG). Éste será el encargado de aplicar todo el mecanismo de evaluación que permitirá una vez confirmada y esclarecida la procedencia del maltrato, quién o quienes lo producen, poner en marcha el método de intervención como se describe<sup>19</sup>. La favorable estructura socio-política en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas las premisas en este programa, asegurándose además la participación activa de la familia, la comunidad y el propio adulto mayor como protagonista.

#### REFERENCIAS

1. Anuario Estadístico Cuba, 2006, ONE.
2. Madison Suliman E. Tratamiento en ancianos terminales. Rev Científico- Técnica; 2004; 5:103-115.
3. SEPCAL. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2005. <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos>,
4. Clavé Eduardo. Ante el dolor: Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte. Madrid; 2005:12-17, 60-78.
5. Morales González R A, Esequiel Hernández A, Velázquez Zúñiga G A. Enfermo terminal; neoplasmas; dolor/etiología pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. Policlínico Docente Dr. Mario Escalona Reguera. Rev Cubana Oncol; 2006; 16:158-162
6. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. Fundamento de medicina Geriátrica. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2006; 3-8.
7. Maldonado Jorge L. El paciente terminal y la muerte. Colegio interamericano de médicos y cirujanos. 2004; 18:558-561
8. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE-CEPAL). América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL; 2004 (Boletín Demográfico 73).
9. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor [serie en Internet]. [citada 2005]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html>
10. Muñoz Rodrigo A. MD. Etapas de adaptación psicológica y retos para el Médico. Médico Interamericano. 2007; 19 : 302-304.
11. Cabrera Rodríguez A, Vázquez Álvarez L. Repercusión del envejecimiento en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32: 11-17.
12. Domínguez González TB, Espín Andrade AM, Bayarre Vea H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 17:418-422.
13. Pérez Cárdenas C. El dolor episódico en el cáncer terminal, un concepto poco conocido. Rev Cubana Med Gen Integr; 2005; 19: 65-67.
14. Milagro M. Envejecimiento y cambios psicológicos. Psicología. Santiago de Chile: 2004; 10 :37-40.
15. Mirand Sánchez J M, Gutiérrez C A. Aspectos éticos acerca de los Cuidados en etapas terminales de la vida en unidades de cuidados intensivos Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario "General Calixto García". Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 2005; :23-36.
16. Casas Martínez M, L. Sedación terminal, eutanasia y bioética. Ciudad de la Habana. Sept.-Dic. Rev cubana med, 2005; 44: 14-17.

17. González Menéndez R. La relación equipo-paciente-familiar cuando la muerte acecha. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Rev. Cubana Salud Pública, 2006; 32: 11-17.

18. Anuario Estadístico 2005 [serie en Internet]. [citada 2006]. Disponible en:  
<http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anoario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2005>

19. Cano Amaro M C. Consideraciones históricas, culturales y éticas acerca de la Muerte del ser humano. Fac Ciencias Med "Calixto García". Rev. Cub. Salud Publ. Abril-Jun 3 (2):2005.

---

**Correspondencia:**

**Ismary Alfonso Orta**

**Farmacología e Infectología. Centro de Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García Ñíguez"**

**La Habana. Cuba.**

**Mail: [isma.alfonso@infomed.sld.cu](mailto:isma.alfonso@infomed.sld.cu)**

---

**Recibido 25 de enero de 2010.**

**Publicado: 27 de marzo de 2010**