

# Buen morir en la persona mayor: ¿qué hemos aprendido en los últimos diez años?

## Good Dying in the Elderly: What Have We Learned in the Last Ten Years?

Recibido: 02 agosto 2022 | Aceptado: 27 septiembre 2022

### ANDREA MEJÍA GRUESO<sup>a</sup>

Médica residente de Geriátría, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0378-9399>

### JERÓNIMO RAMÍREZ PAZOS

Médico residente de Geriátría, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5607-0791>

### MARÍA CAMILA ROLDÁN BERNAL

Médica cirujana, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4654-8990>

### ANDREA LÓPEZ SANMIGUEL

Estudiante de noveno semestre de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8558-8194>

### DARÍO ALEJANDRO VELÁSQUEZ

Antropólogo, Miembro del Semillero de Arte, Salud y Humanidades, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0901-5906>

### RESUMEN

El buen morir es un fenómeno que se construye desde múltiples perspectivas de los actores involucrados en la atención del adulto mayor. El objetivo de este trabajo fue llevar a cabo una revisión temática con análisis cualitativo del contenido 50 artículos relacionados con el buen morir en el adulto mayor, publicados en los últimos 10 años. Se encontró que el buen morir carece de una definición universal y está configurada por elementos que varían según el actor involucrado, las variables sociodemográficas y los aspectos culturales. Visibilizar los elementos más relevantes de lo que configura el buen morir permite ampliar su comprensión, con el objetivo de mejorar la atención en el fin de vida del adulto mayor.

### Palabras clave

anciano; muerte; morir; cuidados paliativos; final de vida.

### ABSTRACT

The *good dying* is a phenomenon that is constructed from multiple perspectives of the actors involved in the care of the elderly. The aim of this work was to carry out a narrative review with qualitative analysis of the content of 50 articles related to good dying in the elderly published in the last 10 years. It was found that good dying lacks a universal definition and is configured by elements that vary according to the actor involved, sociodemographic variables, and cultural aspects. Making visible the most

<sup>a</sup> Autora de correspondencia: [mejia-andrea@javeriana.edu.co](mailto:mejia-andrea@javeriana.edu.co) or [andreamegru@gmail.com](mailto:andreamegru@gmail.com)

**Cómo citar:** Mejía Grueso A, Ramírez Pazos J, Roldán Bernal MC, López Sanmiguel A, Velásquez DA. Buen morir en la persona mayor: ¿qué hemos aprendido en los últimos diez años? *Univ. Med.* 2022;63(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-4.bmpm>

relevant elements of what makes the good dying allows us to broaden its understanding, with the aim of improving end-of-life care for the elderly.

**Keywords**

elderly; death; dying; palliative care; end-of-life.

## Introducción

La muerte es un fenómeno universal, común en todos los organismos vivos, por lo cual la relación del ser humano con la muerte se remonta hasta el inicio de nuestra especie. Esta relación es heterogénea, ya que varía según el grupo cultural y social, lo cual ha llevado a múltiples interpretaciones de este fenómeno. Contemporáneamente, los aspectos sobre la muerte priorizados para su conceptualización son los relacionados con procesos biológicos, como es el caso del final de la vida en la persona mayor. Sin embargo, una visión holística de la muerte debe dar cuenta de esta como un evento físico y social, respecto a un contexto histórico, religioso y cultural (1-3). Desde un punto de vista lingüístico, también encontramos dificultades, ya que se utiliza como sinónimo *morir* y *muerte*, que son términos que aluden a aspectos temporales diferentes de un mismo evento (1). En consecuencia, la comprensión de la muerte, del proceso de morir y de la experiencia positiva de estos procesos, es decir, el buen morir, resulta dinámico, pues no solo está atravesado por los elementos mencionados, sino que es intrínseco al proceso individual de las personas, las cuales determinan qué constituye una buena muerte y un buen morir (2-7).

Parte de la literatura que se ha descrito con el tema ha tenido en cuenta procesos relacionados con el buen morir: aspectos sociales y psicológicos relacionados con la reflexión y la aceptación de la muerte (3,8-11). De la misma forma, en la literatura se utilizan términos como *muerte ideal*, *calidad de muerte*, *muerte decente*, *pacífica*, *no dolorosa*, para referirse a una buena muerte. Sin embargo, no existe una definición universal en torno a la noción de un *buen morir*, lo que dificulta su comprensión (2,3,6,11,12).

Las cuestiones que rodean el buen morir han ganado una importancia significativa para

ser estudiadas desde diferentes disciplinas y perspectivas, con el propósito de influir en la atención del final de la vida. El objetivo de esta revisión es dar cuenta de la literatura escrita sobre el buen morir en los últimos diez años, en relación con la atención de la persona mayor.

## Metodología

Con el propósito de reunir la información correspondiente, se utilizaron las bases de datos: Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scopus y Science Direct, en el intervalo septiembre de 2020-abril de 2022. Según los requerimientos de cada una de las bases de datos, las estrategias de búsqueda emplearon los siguientes términos clave: *buen morir*, *anciano*, *adulto mayor*, *persona mayor*, *buena muerte*, *good death*, *death perspectives*, *elderly*, *older adult*. Se seleccionaron 1269 artículos, de los cuales 151 cumplieron con los criterios de inclusión considerados: relación con el tema, disponibilidad del texto, artículos publicados entre 2011 y 2021 que estuvieran en español o inglés. Uno de los investigadores seleccionó los artículos. Posteriormente, se utilizó el *software* Rayyan, para eliminar los artículos duplicados (23 en total). Así, quedaron 128 artículos para la revisión inicial, a partir de la cual se eliminaron 68 artículos que no estaban relacionados con el tema. De los 60 artículos que quedaron, luego se eliminaron de forma manual 2, por no cumplir con los criterios de inclusión. De este modo, la muestra estuvo constituida por 58 artículos. A través de la lectura crítica de estos, se consideró eliminar 8 artículos que no estaban dentro del alcance del tema (figura 1).

## Resultados

A partir del análisis de la información, se establecieron cuatro categorías emergentes, para clasificar el contenido de la búsqueda: 1) desarrollo histórico, 2) perspectivas y percepciones de los actores involucrados, 3) comunicación y autonomía y 4) elementos socioculturales (tabla 1).

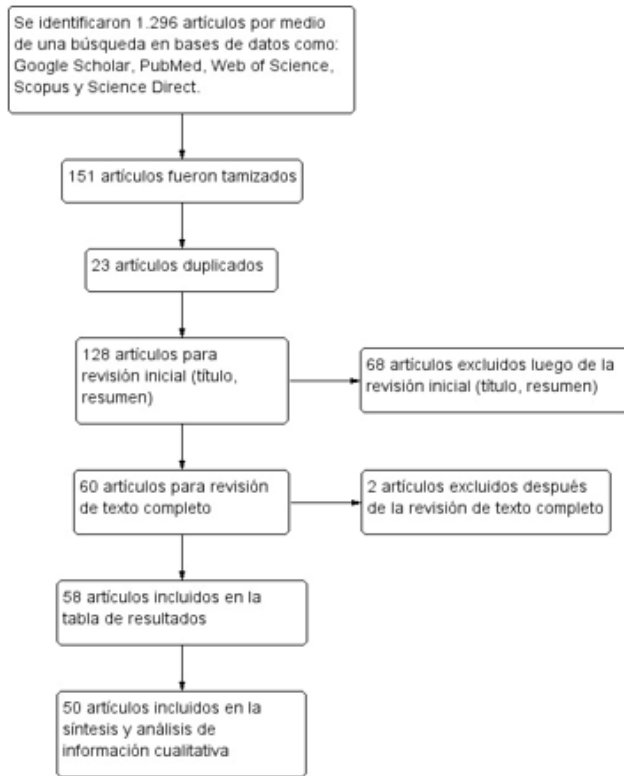


Figura 1  
Distribución de los artículos evaluados para el desarrollo del tema

Cinco investigadores recolectaron la información de los artículos seleccionados, por medio de una base de datos en Excel®, y quienes tuvieron en cuenta el país de desarrollo, los objetivos, la metodología, los hallazgos, los temas explorados, los resultados y las definiciones explícitas sobre buen morir. Toda la información se analizó identificando los temas que surgieron a partir de la lectura, que incluyeron el resumen y el cuerpo del artículo, considerando el tipo de publicación, la perspectiva y los temas abordados en torno al buen morir, así como la disciplina desde la cual fue desarrollada cada una de las investigaciones. Posteriormente, la información se trianguló en reuniones programadas entre los cinco autores, para la presentación y discusión de los resultados.

Tabla 1  
Análisis de la información de los artículos seleccionados

Autores	Año	País	Disciplina	Tipo de estudio
Steiner	2011	EE. UU.	Medicina	Comentario
Shin et al.	2011	Corea del Sur	Medicina	Encuesta transversal multicéntrica
Granda-Cameron et al.	2012	EE. UU.	Medicina	Revisión de la literatura
Alonso et al.	2012	Argentina/Brasil	Medicina	Estudio cualitativo etnográfico y con entrevistas semiestructuradas
Hattori et al.	2012	EE. UU.	Medicina	Revisión narrativa, diarios de campo, entrevistas
Carr	2012	EE. UU.	Sociología	Revisión temática
Akechi et al.	2012	Japón	Medicina	Encuestas
Graham et al.	2013	Sudáfrica	Medicina	Estudio cualitativo de corte transversal con entrevistas semiestructuradas
Hagan	2013	EE. UU.	Medicina	Editorial
Bastante	2013	México	Ciencias sociales	Revisión bibliografía histórica
Donnelly	2013	Nueva Zelanda	Medicina	Revisión de la literatura
Romanto et al.	2014	Brasil	Medicina	Revisión de la literatura
McLeod-Sordjan	2014	EE. UU.	Enfermería	Revisión de la literatura
Morita et al.	2014	Japón	Medicina	Análisis secundario
Ko et al.	2015	EE. UU.	Medicina	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas
Cagle et al.	2015	EE. UU.-Canadá	Medicina	Encuestas
Hatano et al.	2015	Japón	Medicina	Encuestas
Kim et al.	2015	Japón	Medicina	Revisión de la literatura
Gempeler	2015	Colombia	Medicina	Artículo de reflexión
Shinjo et al.	2015	Japón	Medicina	Encuesta transversal
Shin et al.	2016	Corea	Medicina	Revisión narrativa
Meier et al.	2016	EE. UU.	Medicina	Revisión de la literatura
Cottrell et al.	2016	Canadá	Enfermería	Revisión integradora de la literatura de datos experimentales y no experimentales

Tabla 1 (cont.)

Burles et al.	2016	Canadá	Enfermería	Revisión de la literatura
Wylie et al.	2017	EE. UU.	Medicina	Capítulo de un libro
Tenzek et al.	2017	EE. UU.	Medicina	Revisión de la literatura
Sukraandini et al.	2017	Indonesia-Tailandia	Enfermería	Revisión de la literatura
Brown et al.	2017	EE. UU.	Medicina	Revisión sistemática de la literatura
Flaskerud	2017	EE. UU.	Enfermería	Reseña histórica
Zuleta	2017	Colombia	Ciencias Sociales	Revisión bibliografía histórica
Banfi	2018	Argentina	Medicina	Reflexión
Macbride-Stewart	2018	Reino Unido	Ciencias Sociales	Revisión de la literatura
Pollock et al.	2018	Reino Unido	Sociología / Enfermería	Comentario
Rainsford et al.	2018	Australia	Medicina	Revisión de alcance
Mori et al.	2018	Japón	Medicina	Encuestas
Brady	2018	Reino Unido	Medicina	Revisión narrativa
Griffiths	2019	Reino Unido, Suecia, Brasil, Suráfrica, Holanda	Enfermería	Revisión de la literatura
Cain et al.	2019	EE. UU.	Sociología	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas
Kim	2019	Corea del Sur	Trabajo social	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas
Clark et al.	2019	EE. UU.	Medicina	Estudio ecológico
Portales et al.	2020	Chile	Medicina	Carta al editor
Krikorian et al.	2020	Colombia	Medicina	Revisión de la literatura
Chaiyasit et al.	2020	Tailandia	Enfermería	Revisión integradora de la literatura de estudios cualitativos
Say Şahin, et al.	2020	Turquía	Medicina	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas
Gurdogan et al.	2020	Turquía	Medicina	Estudio descriptivo transversal
Borrat-Besson et al.	2020	Suiza	Medicina	Encuesta y entrevista estructurada
Ricken et al.	2020	EE. UU.	Medicina	Revisión sistemática de la literatura
Gafaar et al.	2020	Tanzania	Medicina	Estudio cualitativo
Koksvik	2020	Noruega	Medicina	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas
Modesto et al.	2020	Brasil	Medicina-ciencias humanas	Revisión sistemática de la literatura
Simpson et al.	2021	Inglaterra	Medicina	Estudio cualitativo etnográfico y con entrevistas semiestructuradas
Widyaningsih et al.	2021	Australia	Medicina	Revisión sistemática de la literatura
Lim pawattana et al.	2021	Tailandia	Medicina	Estudio cualitativo con encuesta
Kim et al.	2021	Corea del Sur	Enfermería	Estudio cualitativo con encuesta
Requena	2021	España	Medicina	Reseña bibliográfica
Smlatic	2021	EE. UU.	Medicina	Revisión sistemática de la literatura
Borbasi, et al.	2021	Australia	Medicina	Estudio cualitativo etnográfico con entrevistas semiestructuradas y grupos focales
Kuczmariski et al.	2021	EE. UU.	Medicina	Revisión narrativa

La mayoría de los estudios encontrados se realizaron en Estados Unidos, Japón y Corea del Sur, utilizando con mayor frecuencia una metodología basada en revisiones de la literatura y estudios cualitativos etnográficos con entrevistas semiestructuradas. Las disciplinas a través de las cuales se abordaron los temas fueron las ciencias de la salud, donde la medicina es el área más frecuente; seguida por la sociología.

Dentro de los resultados se encontraron tres estudios colombianos: una revisión sistemática de la literatura, una revisión histórica y un artículo de reflexión.

### Desarrollo histórico

La literatura sobre el tema se refiere a un proceso de transformación y cambio en la interpretación de la muerte. Por lo general, esta transformación se ha presentado desde épocas premodernas y se ha referido a un proceso en el cual la anticipación, la predicción y el control son las características de la modernidad. Estas capacidades se asocian con el desarrollo del conocimiento biomédico sobre la vida y con el desarrollo de la tecnología para su mantenimiento. Para la época premoderna, la literatura resaltaba la noción comunitaria, y en la Edad Media se contempla la relación con los ritos fúnebres, que se consideraban como el resultado de una vida bien vivida (2,10,13,14). Además, se hace referencia a los cambios en las artes para representar dicho proceso, lo que familiarizó y aumentó la sensibilidad colectiva sobre el tema (10). Por otro lado, se describe que en la Modernidad, como consecuencia de la tecnificación y la regulación de la salud, se modificó la experiencia de la muerte y emergieron conceptos como la medicalización de la muerte, el fracaso médico, la institucionalización de la muerte y la marginalización del proceso de morir (2,3,15). Por último, desde la época posmoderna a la actualidad, se ha relatado la introducción de la tanatología como el estudio científico del proceso de la muerte, y se habla de la muerte como un proceso en el que interviene tanto el paciente como el médico (16).

La reacción contra el concepto de muerte medicalizada, entendida como aquella en la que se considera el uso de intervenciones para prolongar la vida desde la visión de la medicina curativa convencional, motivó dos importantes contribuciones (17). La primera en 1967, de Cicely Saunders, quien inició el movimiento de hospicios, con la creación de un marco de atención del paciente en fin de vida. La

segunda en 1969, de Elizabeth Kübler-Ross, quien trabajó con pacientes en estadio terminal y describió teorías sobre los estados de la muerte y las distintas emociones relacionadas, lo que detonó así investigaciones en los cuidados paliativos, enfermedades particulares y el enfoque de comprensión sobre los pacientes a partir de investigaciones cualitativas (4). Asimismo, en 1972, Weisman introdujo el concepto de *buen muerte*, que se definió como “un estado transicional en el que todos los que están involucrados saben y aceptan la proximidad de la muerte, y resuelven las preocupaciones sociales, emocionales y materiales de la persona en el proceso de muerte” (4). Posteriormente, el Instituto de Medicina de Australia, en 1997, desarrolló la definición de que una buena muerte es “una que está libre de angustia y sufrimiento para el paciente, familia y cuidadores, en general de acuerdo con los deseos del paciente y sus familias y razonablemente consistente con estándares clínicos, culturales y éticos” (4). Esta definición fue criticada por varias disciplinas, porque consideran que no existe un criterio externo adecuado sobre el buen morir, ya que la perspectiva del individuo que muere es la que principalmente configura el criterio (4,18).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud se manifestó frente a este tema, al ampliar la definición de cuidado paliativo, al criticar nociones que únicamente se enfocan en los aspectos físicos de la muerte y al considerar la buena muerte el alivio del dolor para que el paciente pueda cumplir sus deseos antes de este desenlace (1,3,15,19). Ello ha llevado a una concepción acerca de la buena muerte contemporánea occidental como una muerte pacífica y digna, libre de dolor y malestares físicos, que se enmarca en un contexto oportuno, porque ocurre en la vejez y sigue un curso predecible (9).

Así es como, a partir de la evolución que ha tenido el concepto de buena muerte y su asociación con el buen morir, se han encontrado descritas diferentes herramientas para indagar sobre qué elementos son relevantes para que se dé un buen morir. Un ejemplo es el Good Death Inventory (GDI), que tiene 10 dominios centrales, universales e independientes

del contexto cultural, que configuran el buen morir como “estar libre de dolor y sufrimiento físico” o “no ser tratado como objeto” (13,20-22). Teniendo en cuenta que el contexto cultural modifica la percepción del buen morir, el GDI tiene dominios opcionales que pueden modificarse según el contexto cultural. Un ejemplo es el GDI modificado a la población japonesa, que incluye los dominios de *omakase* (dejar la decisión a un experto médico) y *pokkuri* (tener una muerte súbita). Es llamativo que, dentro de una misma población, por procesos de aculturación, se modifica la prioridad que se les otorga a ciertos dominios (23).

### *Perspectivas y percepciones*

#### *Médicos*

En varios artículos, en el proceso de buen morir se identificó que el médico debe tener claridad y preparar al equipo médico y a la familia ante el suceso, reevaluando el manejo que se brinde de forma integral, en relación con los objetivos de cuidado (1,11,16). Para conducir a un buen morir, lo primordial es la toma de conciencia del límite de las acciones que no beneficien al paciente, sean molestas o prolonguen la muerte (7,11,16,24). Se ha evidenciado que una de las perspectivas más significativas para la profesión médica en el proceso de buen morir es una muerte libre de dolor físico y sintomatología asociada con los procesos de enfermedad, así como el alivio de la angustia moral (17,25).

#### *Enfermería*

En el personal de enfermería se ha evaluado el grado de conocimiento del buen morir y las actitudes y prácticas en el cuidado durante el final de la vida, y se ha documentado que su conocimiento sobre el buen morir se relaciona con mayor experiencia clínica en el cuidado al final de la vida, con haber recibido educación al respecto y con haber tenido apoyo espiritual y psicosocial (26). Por otro lado, en un estudio

con proveedores de cuidado de personas mayores institucionalizadas en un hogar geriátrico, ellos relacionaron la buena muerte como aquella que no es traumática para nadie y que cuenta con apoyo de cuidado paliativo, como aspecto relacionado con la dignidad, paz, gratitud y hacer el cuidado al final de la vida como algo satisfactorio (3,27).

El personal de enfermería otorga un rol importante a la atención al final de la vida, debido a la proximidad física y a la cantidad de tiempo que pasan con los pacientes que están próximos a morir. Se reconoce que brindar cuidados al final de la vida es una obligación tanto integral como ética de estos profesionales (28). Un estudio con personal de enfermería en Tailandia determinó la importancia de siete aspectos principales que deben recogerse para brindar un proceso de atención que lleve a la buena muerte del paciente: 1) la conciencia y aceptación de la muerte por parte del paciente y su familia, 2) la preparación para la muerte, 3) un muerte sin sufrimiento, 4) que ocurra en un ambiente privado, 5) que los pacientes puedan estar con los familiares o seres amados, 6) el respeto a la dignidad del paciente incluso después de la muerte y 7) involucrar las prácticas espirituales y religiosas respectivas para cada paciente (29).

Por otro lado, en estudios con personal de enfermería que trabaja en la unidad de cuidados intensivos se documentó que, a menudo, sentía que faltaba claridad sobre cómo lograr este objetivo en la práctica, debido a la falta de protocolos sobre la forma de brindar atención adecuada al final de la vida, en especial en ambientes hostiles e intrusivos, como pueden ser estas unidades (28).

Adicionalmente, se encontró que existe una noción colectiva de que la existencia de una guía de atención al final de la vida visibilizaría un modelo de atención holístico que incluya la atención del paciente y su familia, con el objetivo de disminuir la presentación de desenlaces no deseados, como la angustia en torno al proceso de morir (28,29).

### *Trabajo social*

En un estudio con trabajadores sociales de Corea del Sur se evaluó cómo describirían una “buena” y una “mala muerte”, las experiencias con familiares y el fallecimiento. Las percepciones sobre un buen morir implicaron la ausencia de sufrimiento físico y psicológico, una estancia hospitalaria reducida, tener presentes a los familiares, haber vivido una buena vida para tener una buena muerte y creer en una buena vida después de la muerte (30).

### *Pacientes*

Se han evaluado las dimensiones a las que se les da importancia durante el proceso de muerte y el buen morir, siendo estas la disminución del dolor, la habilidad para comunicarse hasta el momento de morir, el tener la oportunidad de despedirse de los seres queridos, el morir durante el sueño, no ser una carga para la familia, morir alrededor de los familiares, tener contacto físico y haber cumplido con las labores de padres (3,6,12,14,25,31-33).

En algunos estudios realizados con pacientes se ha evidenciado la necesidad de tener respuestas para la selección del lugar de muerte, despedirse de los familiares y hacer rituales, así como la importancia de la planificación de los eventos posteriores a la muerte y el decidir con anticipación los tratamientos médicos. Estas actividades preparan a los pacientes y los ayudan a confrontar la muerte con una mente tranquila y consciente (3,6,33).

En un estudio realizado en Suiza, donde se estudió la asociación entre preferencias al final de la vida y su relación con características sociodemográficas en adultos mayores, se encontró que el nivel educativo y el género de la persona que muere cambia su perspectiva sobre el final de la vida. A menor nivel educativo, se identificó en menor proporción, la percepción del sobretatamiento como problema. Los autores explican este hallazgo mencionando que un menor nivel educativo puede estar asociado con limitaciones de acceso a los servicios de salud, por

lo cual es menos probable que un tratamiento, al ser ofrecido, sea rechazado o percibido como un problema. Adicionalmente, el nivel educativo genera diferencias en las experiencias de vida que modifican la aproximación a la muerte. En relación con el género, se describieron diferentes estrategias de afrontamiento en el contexto del final de vida, como el uso del apoyo social y emocional por las mujeres, más que los hombres. El estudio concluyó mencionando que para el adulto mayor es importante el control sintomático en el final de la vida, la confianza con su médico tratante, evitar sentirse como cargas para la sociedad o su familia, compartir tiempo con personas cercanas, hablar de sus miedos y planificar su muerte (33).

#### *Familiares y cuidadores*

Con respecto a los miembros de la familia que han tenido experiencias positivas con el proceso del final de la vida, se ha visto que tienen un mejor entendimiento y concepción positiva de la muerte, sobre todo aquellos que han participado en todos los estados del cuidado (34).

Se ha descrito que en los pacientes que se encuentran con una enfermedad terminal en fin de vida, haber participado del cuidado de un familiar con un diagnóstico previo de cáncer, repercute en la calidad de la muerte, ya que aumenta la conciencia que tiene el núcleo familiar sobre la importancia de una buena muerte, por la experiencia propia de vivencia de la enfermedad (19).

Por otro lado, se ha evaluado la relación de una buena muerte y el impacto de la participación de los cuidados de un hospicio, en familiares de pacientes que tenían cáncer y fallecieron. La mayoría de los que fallecieron en un hospicio consideraron que su familiar había tenido una buena muerte. La ausencia de dolor intenso fue la variable principal que asoció al hospicio con la buena muerte (3,25,35-37).

En relación con el impacto que genera el proceso de final de vida en familiares y cuidadores, se ha descrito que la calidad de la muerte se relaciona con la elaboración del duelo.

Se ha propuesto que un buen morir se puede asociar con efectos psicológicos positivos en el cuidador, cuando su familiar experimenta control sintomático, una buena relación equipo-médico y el ámbito de atención deseado. Así mismo, se ha descrito el crecimiento postraumático como un desenlace positivo; sin embargo, hasta el momento no hay evidencia que establezca una relación causal entre el buen morir y este fenómeno (6,21,23,27).

#### *Comunicación y autonomía*

##### *Comunicación*

Se han descrito unos atributos para la preparación de la muerte como lo son: la interacción entre el paciente, la familia y el equipo tratante, mediante la comunicación del pronóstico y la exploración de actitudes relacionadas con las decisiones al final de la vida; la aceptación, la conciencia y la transición en las actitudes hacia la muerte; el reconocimiento de la participación en la toma de decisiones al final de la vida, y la planeación al final de la vida (7,38,39). Adicionalmente, se han identificado como temas centrales el confort, el control sintomático y el cierre (3,8).

Tenzek et al. (34) describieron que la comunicación interpersonal se caracteriza por la confianza, la intimidad, la empatía y la escucha. Encontraron que cuando se utilizaban descriptores como falta de empatía y ausencia de participación en la toma de decisiones, para describir un encuentro entre un familiar y el personal de la salud, se asociaba con una experiencia negativa al final de la vida. Al relatar la importancia de la comunicación como habilidad interpersonal, proponen formalizar el entrenamiento del personal de la salud para mejorar la interacción con pacientes y su familia, que permitiría una mejor adaptación al proceso de muerte y podría atribuirle connotaciones positivas (7).

### *Autonomía*

En el 2014, la Comisión de la Calidad del Cuidado describió la autonomía en relación con el cuidado de la salud como “permitir a la persona que utiliza un servicio de salud, la oportunidad de ejercer al máximo sus preferencias y control en relación con su plan de cuidado y tratamiento individualizado” (1). En la actualidad, el concepto de buena muerte se encuentra ligado con la autonomía, donde desde una visión contemporánea, se considera la muerte “natural” como una donde el individuo tiene control y logra comunicar sus preferencias sobre la muerte que es esperada (2,3,40). Adicional a esto, la persona está activamente involucrada en las decisiones de su cuidado y puede elegir una muerte menos medicalizada (2).

Existen situaciones en las cuales los pacientes mayores no pueden expresar su autonomía por múltiples razones, como es el deterioro cognitivo o situaciones de enfermedad crítica, contextos en los que la autonomía del paciente puede ser manifestada a través de su familia o cuidadores, o mediante documentos legales previamente diligenciados, como las voluntades anticipadas o el testamento vital (1,3,6,7,11,32,39).

Así mismo, existen situaciones en las cuales, a pesar de conocer los deseos de la persona que se encuentra en fin de vida, el personal de la salud a cargo opta por tomar otras conductas para evitar desenlaces no deseados. Esto se describe como *muerte suficientemente buena*, descrita en la atención de paramédicos en Reino Unido, donde se da una negociación entre los deseos del paciente y las limitaciones que tiene el personal que lo atiende en ese momento, para llegar a un escenario con desenlaces aceptables para ambos actores (1).

### *Elementos socioculturales*

#### *Cultura*

El morir es una experiencia individualizada, en la cual hay un constructo de una buena muerte, establecido a partir de diversas creencias

y tradiciones, relacionado con el escenario ideal de muerte para cada persona, que en algunas ocasiones puede no cumplirse (3,8,11,16,41). Con la tecnología, muchos rituales y prácticas alrededor de la muerte se han remplazado, y han dado paso al concepto de medicalización de la muerte. Esta, en muchos contextos, se percibe como una muerte que presenta el riesgo de no ser “natural”, sobre todo en situaciones donde se requieren opciones terapéuticas invasivas para mantener la funcionalidad de los órganos (3,42).

Se describen conceptos como el *Ho-Sang*, que corresponde a tener una muerte después de una vida larga y próspera. Una buena muerte significa que los hijos vivan más tiempo que sus padres, morir rodeado de su familia, no ser una carga para los hijos, morir sin dolor y cumplir el orden natural de la vida (14).

La pandemia por covid-19 transformó las configuraciones sociales que se tenían sobre el buen morir, al generar cambios en la manera en la que las personas experimentaban una hospitalización, se desarrollaban los ritos funerarios y se manipulaban los cadáveres (43). Se ha documentado que el respeto a las preferencias de la familia, sobre estos dos últimos elementos se relaciona con el concepto de buen morir (44).

Se ha descrito que, a medida que se consolidan normas y expectativas sobre el buen morir, surge una línea de investigación para las ciencias sociales que puede enriquecer la identificación de los obstáculos para una buena muerte. Esto permitirá orientar a los profesionales de la salud y a los responsables de la realización de políticas públicas, desarrollar e implementar intervenciones que ayuden a garantizar un buen morir (6,40).

### *Religión y espiritualidad*

Desde la denominación judeocristiana, se ha documentado como una opción para el buen morir el ideal de una muerte cristiana, que denota un imaginario sobre la muerte que parte de la creencia en la existencia de un “más allá” y la esperanza de la vida eterna, en la



que el buen morir garantiza la salvación del alma y la estancia conjunta con Dios (10). De esta manera, es necesario mantener una buena relación personal con Dios durante el transcurso de la vida (10,45,46). En consecuencia, se describen prácticas religiosas que preparan al individuo para su muerte y tránsito hacia la vida eterna, como la absolución del pecado para lograr la salvación del alma (10).

En Corea del Sur predominan tres religiones: el budismo, el confucianismo y el taoísmo, en las cuales la muerte se ve como un proceso natural y ello influye en la manera en que se entiende y se aproxima a la muerte. Desde la perspectiva del budismo, los organismos vivos se entienden como entidades compuestas que tienen las características de emerger para desintegrarse, por lo cual la muerte se ve en relación con la vida que ocurre en un ciclo llamado el *Samsara*. Este ciclo se rompe cuando la persona alcanza la iluminación. Ser consciente del *Samsara* lleva al creyente a entender y aceptar la muerte (14,29). Por otro lado, se ha descrito que en el confucianismo, la muerte es un fenómeno que no puede comprenderse desde el pensamiento racional y que es parte del orden natural, y en el taoísmo, la vida se entiende como la misma entidad a la muerte, como expresiones diferentes del cosmos (14).

En algunos estudios realizados, los pacientes describen la importancia de tener acompañamiento por parte de líderes religiosos en el lecho de la muerte o durante el proceso de morir, la lectura de escrituras religiosas y los rituales de oración para hallar consuelo y aceptación de la muerte (10). Además, los líderes y las comunidades religiosas proporcionan apoyo a la persona enferma y su familia, aconsejándolos, aliviando sus temores y ejerciendo actos de perdón sobre los pecados cometidos en vida (10,46,47).

Desde la perspectiva de la espiritualidad, un estudio con enfermeras en Tailandia relata la importancia percibida en esta población en relación con invitar a figuras líderes espirituales a los lechos de muerte, así como a hallar consuelos en rituales que guardan algún significado espiritual especial para cada individuo, sin

que esto incluya necesariamente una filiación religiosa particular (29).

Por otro lado, un estudio realizado en Sudáfrica evidenció la importancia de incluir a los curanderos tradicionales en los contextos en los cuales se intentan construir perspectivas acerca del buen morir, ya que por su alta relevancia cultural, se considera que pueden proveer diferentes puntos de vista sobre los procesos de muerte y nutrir la práctica clínica. Se menciona la importancia de una adecuada relación y conexión espiritual al final de la vida para la existencia de una buena muerte. Desde esta perspectiva, surge la importancia de que se elaboren rituales después de la muerte, enmarcados en el contexto espiritual y cultural, que puede diferir según costumbres familiares y deseos del paciente. El propósito de estos rituales, principalmente, es amenizar el paso del espíritu a la vida no terrenal para que pueda encontrarse con sus ancestros y, posterior a esto, realizar un ritual para darle la bienvenida al espíritu del difunto a la casa, para que proteja a su familia después de la muerte (48).

En otro estudio realizado en Brasil se aborda la perspectiva de la espiritualidad en torno al proceso del buen morir, por medio de un concepto nativo denominado *resgate*, que comprende la resolución de los asuntos personales pendientes, en relación con la resolución de aspectos legales, la pacificación de conflictos familiares y la realización de los deseos del enfermo (17).

## Discusión

No existe un modelo específico que permita definir de forma adecuada una buena muerte, y no hay una definición universal del buen morir; por el contrario, existen interpretaciones y percepciones de este proceso, a través de las cuales se pueden comprender y satisfacer las particularidades, las preferencias y los deseos relacionados con el buen morir. Las percepciones y normas sociales acerca de la muerte y el proceso de morir han cambiado a lo largo del tiempo, de acuerdo con valores culturales, creencias y

actitudes (3,9,11,16). Como se puede ver en la tabla 1, predomina la ausencia de una definición concreta del buen morir, y surge entonces la necesidad de trascender de una definición particular del buen morir como concepto, al buen morir como una noción, basada en contextos históricos, diferentes disciplinas, experiencias y constructo de elementos.

Llama la atención que en la mayoría de los artículos revisados se utilizó como sinónimos el buen morir y la buena muerte, a pesar de ser elementos diferentes en el sentido de su extensión temporal, por lo cual se requiere una mayor diferenciación de estos dos elementos conceptuales.

En estos trabajos fue muy evidente la especificidad temporal del concepto, es decir, que los factores que contribuyen a un buen morir han variado a lo largo del tiempo, ya que las preferencias sociales han fluctuado y la tecnología médica ha avanzado; en consecuencia, las percepciones de estos factores son individuales (8). Sin embargo, se ha visto que la mayoría de estas recogen aspectos que incluyen experiencias de cuidado, para asegurar un buen morir, que involucran las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales del cuidado holístico en el final de vida (11,29).

Además, la mayoría de la literatura encontrada se centra en países como Corea del Sur, Japón y Estados Unidos, aun cuando también hubo algunos artículos de Tailandia, Australia, países nórdicos (Suecia y Noruega), países europeos (España, Reino Unido, Suiza y Holanda), Sur y Centroamérica (México, Brasil, Argentina, Colombia y Chile), Tanzania y Sudáfrica. Las diferentes regiones y países que tratan y abordan temáticas asociadas con el buen morir nos dan una visión de la diversidad cultural que implica el fenómeno, así como las formas en que se comprende. Esto permite reconocer la falta de artículos que reflejen o propongan reflexiones a partir de las experiencias y factores relacionados con el contexto nacional colombiano. Así mismo, la predominancia de unas regiones sobre otras en el desarrollo temático y literario señala también que existen variables y contextos que, tal vez, no

se han explorado lo suficiente en ciertas regiones geográficas.

Resaltamos que el personal de la salud debe tener en cuenta elementos socioculturales que modifiquen la aproximación conceptual al final de la vida, como es el género y la escolaridad, para que la persona enferma pueda participar de manera activa en una situación de igualdad, que le permita la expresión de sus preferencias con su equipo tratante (33). Adicionalmente, promover la formación en estrategias de comunicación para que se logre una mejor comunicación interpersonal entre todos los actores involucrados.

Para los investigadores y profesionales que participan en los procesos de final de vida, es importante conocer y entender los elementos que hacen del proceso de morir algo bueno, esto con el fin de modificar y promover la inclusión de protocolos o participación de otros elementos relacionados (2,6,11,48). De esta manera, si entendemos que el buen morir es una noción sociocultural, interpretativa y construida a partir de procesos de socialización y representaciones de esa experiencia, se plantearía que el modelo conceptual más apropiado es una definición relacional.

Dentro de los artículos encontrados, predominaban las situaciones y contextos donde la persona era capaz de manifestar sus preferencias durante el fin de la vida, para alcanzar el buen morir. Esto deja de lado situaciones en las cuales la persona presenta disminución en su capacidad de manifestar su autonomía, como es el caso de aquellas con trastorno neurocognitivo mayor (49). De aquí la importancia de la elaboración de voluntades anticipadas o testamento vital, para respetar las preferencias en este tipo de contextos. En casos en que no exista este tipo de documentos, o no se conozcan las preferencias del paciente, el buen morir pasa a ser determinado por sus representantes legales. Esto lleva a situaciones en las cuales la configuración del buen morir es establecido por otro, lo cual puede o no corresponder a las preferencias del paciente.

Durante la pandemia del covid-19, quedó en evidencia cuán importantes son los elementos

socioculturales en relación con el fin de la vida, que al ser modificados, llevaron a configuraciones diferentes sobre el buen morir, teniendo en cuenta las condiciones de aislamiento, incertidumbre, cambios en ritos fúnebres y manejo de cadáveres (43,44,50). Esto hizo patente la manera en que este es un concepto modificable y dependiente de factores contextuales históricos.

Por último, se identificó que religión y espiritualidad son términos que se utilizaban en conjunto, aun cuando son conceptos diferentes. Esto deja la oportunidad para que, a futuro, se desarrollen aspectos espirituales en relación con el final de la vida que sean independientes de la religión.

## Conclusiones

Cuando se reflexiona acerca del proceso de morir, es inevitable abordar la manera y los contextos en los que se produce y los adjetivos que se pueden asociar, como lo es comprender el proceso de morir como bueno. La muerte es un acontecimiento que aborda aspectos físicos, socioculturales e históricos, que han influenciado a los individuos y las comunidades a través del tiempo. Estos se encuentran directamente vinculados con las perspectivas y las reflexiones en torno a conceptos como el buen morir, como parte de una socialización de diferentes representaciones sociales.

Uno de los grandes problemas que se ve reflejado en la literatura, y que se puede extrapolar a la realidad del ámbito hospitalario, es la falta de conexión entre lo que el personal de salud y lo que la población general considera que es buen morir. Si no hay divulgación de los dos puntos de vista, no hay reconciliación de conceptos que permitan tener actitudes y llevar a cabo diferentes prácticas. De esta manera, es importante promover la comunicación bidireccional entre el personal de la salud y la población que está relacionada con los procesos de final de vida.

Buscar una definición universal o una lista de chequeo que permita poner en casillas lo

que se considera buen morir, es tratar de hacer homogéneo un proceso inherentemente heterogéneo, producto de las experiencias subjetivas en un entorno histórico y sociocultural que se encuentra constantemente en cambio.

## Limitaciones

Nuestra revisión narrativa se propuso explorar, desde un ámbito teórico, el tema propuesto. Está limitada por las estrategias de búsqueda y la habilidad de reflexión de los investigadores. Aun cuando un solo investigador seleccionó los artículos, su lectura, análisis y categorización la realizó todo el grupo de investigadores. Adicionalmente, con los criterios de búsqueda utilizados se pudo haber excluido documentos valiosos publicados previo al 2011 y en otros idiomas.

## Conflicto de intereses

Declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A la doctora Ana María Medina Chávez, por su tiempo, motivación y valioso apoyo para la reflexión de este tema.

## Referencias

1. Brady M. Exploring the role that autonomy plays in achieving a good death: a case study. *J Paramed Pract.* 2018 Sep 26;8(1):18-24. <https://doi.org/10.12968/jpar.2016.8.1.18>
2. Wylie B, Smith M. End of life. En: Riby L, editor. *Handbook of gerontology research methods - understanding successful aging.* New York: Taylor & Francis Group; 2017.
3. Rainsford S, MacLeod RD, Glasgow NJ, Wilson DM, Phillips CB, Wiles

- RB. Rural residents' perspectives on the rural "good death": a scoping review. Vol. 26: Health and social care in the community. New York: Blackwell; 2018. p. 273-94. <https://doi.org/10.1111/hsc.12385>
4. Flaskerud JH. Individual and dynamic: western views of a good death. Vol. 38: Issues in mental health nursing. New York: Taylor and Francis; 2017. p. 865-8. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1295492>
  5. Smlatic E. Literature review: improving end-of-life care and creating a good death [Internet]. Vol. 492: Honors program theses. Iowa: University of Northern Iowa; 2021. Available from: <https://scholarworks.uni.edu/hpt>
  6. Pollock K, Seymour J. Reappraising "the good death" for populations in the age of ageing. Vol. 47: Age and ageing. Oxford: Oxford University Press; 2018. p. 328-30. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy008>
  7. Gempeler FE. Derecho a morir dignamente. Univ Méd [Internet]. 2015;56(2):178-85. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16356>
  8. Burles MCA, Peternelj-Taylor CA, Holtslander L. A "good death" for all?: examining issues for palliative care in correctional settings. Mortality. 2016 Apr 2;21(2):93-111. <https://doi.org/10.1080/13576275.2015.1098602>
  9. Cottrell L, Duggleby W. The good death: an integrative literature review. Palliat Support Care. 2016 Dec 1;14(6):686-712. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001285>
  10. Zuleta Gómez DA, Salcedo Martínez JE. A buena vida buena muerte: prácticas de la congregación de la buena muerte en Bogotá (1884-1911) [Tesis de maestría]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
  11. Kim M, Cho C, Lee C. A Concept Analysis of Quality of Dying and Death (QODD) for non-cancer patients: from the perspective of palliative care. Human Asian J Human Serv. 2015;9:96-106. <https://doi.org/10.14391/ajhs.9.96>
  12. Ko E, Kwak J, Nelson-Becker H. What constitutes a good and bad death?: perspectives of homeless older adults. Death Studies. 2015 Aug 9;39(7):422-32. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.958629>
  13. Limpawattana P, Srinonprasert V, Manjavong M, Yongrattanakit K, Kaiyakit S. Comparison of the perspective of a "good death" in older adults and physicians in training at university hospitals. J Appl Gerontol. 2021 Jan 1;40(1):47-54. <https://doi.org/10.1177/0733464819896571>
  14. Shin DW, Lee JE, Cho B, Yoo SH, Kim S, Yoo JH. End-of-life communication in Korean older adults: with focus on advance care planning and advance directives. Geriatr Gerontol Int. 2016 Apr 1;16(4):407-15. <https://doi.org/10.1111/ggi.12603>
  15. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients. Am J Hosp Palliat Med. 2012 Dec;29(8):632-9. <https://doi.org/10.1177/1049909111434976>
  16. Modesto CP, de Andrade AMLC, de Albuquerque LTC, Aguilera KC, Granja TA, de Albuquerque ABTC, et al. Thanatology under the perspective of ethics and bioethics: a systematic review. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2020 Jul 16;12(9):e3734. <https://doi.org/10.25248/reas.e3734.2020>

17. Alonso JP, Aisengart Menezes R. Variaciones sobre el “buen morir”: un análisis comparativo de la gestión del final de la vida en cuidados paliativos en Argentina y Brasil. *Intersecc Antropol.* 2012;13:461-72.
18. Meier EA, Gallegos JV, Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste D v. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016 Apr 1;24(4):261-71. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.13>
19. Gurdogan EP, Aksoy B, Kinici E. The concept of a good death from the perspectives of family caregivers of advanced cancer patients. *Omega (United States).* 2020; 85(2):303-16. <https://doi.org/10.1177/0030222820945082>
20. Clark J, Barnes A, Campbell M, Gardiner C. A life or “good death” situation? A worldwide ecological study of the national contexts of countries that have and have not implemented palliative care. *J Pain Symptom Manag.* 2019 Apr 1;57(4):793-801.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.007>
21. Hatano Y, Fujimoto S, Hosokawa T, Fukui K. Association between “good death” of cancer patients and post-traumatic growth in bereaved caregivers. *J Pain Symptom Manag.* 2015;50:e4-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.05.002>
22. Shin DW, Choi J, Miyashita M, Choi JY, Kang J, Baik YJ, et al. Measuring comprehensive outcomes in palliative care: Validation of the Korean version of the good death inventory. *J Pain Symptom Manag.* 2011;632-42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.12.012>.
23. Mori M, Kuwama Y, Ashikaga T, Parsons HA, Miyashita M. Acculturation and perceptions of a good death among Japanese Americans and Japanese living in the U.S. *J Pain Symptom Manage.* 2018 Jan 1;55(1):31-8.
24. Banfi N. About dying well and other issues. Vol. 10: *Neurología argentina.* s. l.: Doyma; 2018.
25. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Shimizu M, Tsuneto S, et al. Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *J Pain Symptom Manag.* 2015 Jan 1;49(1):45-54. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.010>
26. Kim SH, Kim EY. Effects of awareness of good death and end-of-life care attitudes on end-of-life care performance in long-term care hospital Nurses. *Korean J Hosp Palliat Care.* 2021 Mar 1;24(1):26-35. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.1.26>
27. Borbasi JAL, Tong A, Ritchie A, Poulos CJ, Clayton JM. “A good death but there was all this tension around”: perspectives of residential managers on the experience of delivering end of life care for people living with dementia. *BMC Geriatrics.* 2021 Dec 1;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02241-7>
28. Griffiths I. What are the challenges for nurses when providing end-of-life care in intensive care units? *Br J Nursing.* 2019;28(16):1047-52. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.1047>
29. Chaiyasit Y, Thong-on R, Chanbunlawat K, Soonthornchaiya R. Thai nurses’ perceptions of a good death: an integrative review. *Bangkok Med J.* 2020 Feb

- 25;16(1):102-8. <https://doi.org/10.31524/bkkmedj.2020.13.003>
30. Kim E. Perceptions of good and bad death among Korean social workers in elderly long-term care facilities. *Death Studies*. 2019 May 28;43(5):343-50. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1478471>
31. Say Şahin D, Örnek Büken N. Death anxiety and concept of good death in the elderly. *Turk Geriatri Dergisi*. 2020;23(1):18-26. <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2020.133>
32. Hattori K, Ishida DN. Ethnographic study of a good death among elderly Japanese Americans. *Nursing Health Sci*. 2012 Dec;14(4):488-94. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00725.x>
33. Borrat-Besson C, Vilpert S, Borasio GD, Maurer J. Views on a “good death”: end-of-life preferences and their association with socio-demographic characteristics in a representative sample of older adults in Switzerland. *Omega (United States)*. 2020; 1-20. <https://doi.org/10.1177/0030222820945071>
34. Tenzek KE, Depner R. Still searching: a meta-synthesis of a good death from the bereaved family member perspective. *Behav Sci*. 2017;7(2):25. <https://doi.org/10.3390/bs7020025>
35. Cagle JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. *Support Care Cancer*. 2015 Mar 1;23(3):809-18. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2404->
36. Morita T, Kuriya M, Miyashita M, Sato K, Eguchi K, Akechi T. Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med*. 2014 Aug 1;17(8):887-93. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0625>
37. Ricken N, Kim A, Khaled M, Corner G, Beam C. Systematic review of grief interventions. *Innovation Aging*. 2020;4(S1):420. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.1354>
38. McLeod-Sordjan R. Death preparedness: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014 May 1;70(5):1008-19. <https://doi.org/10.1111/jan.12252>
39. Steiner JL. Quality care and a good death. *Mayo Clin Proc*. 2011;86(3):227-8. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0751>
40. Carr D. Death and dying in the contemporary United States: what are the psychological implications of anticipated death? *Soc Person Psychol Compass*. 2012 Feb;6(2):184-95. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00416.x>
41. Cain CL, McCleskey S. Expanded definitions of the “good death”? Race, ethnicity and medical aid in dying. *Sociol Health Illness*. 2019 Jul 1;41(6):1175-91. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12903>
42. Koksvik GH. Medically timed death as an enactment of good death: an ethnographic study of three European intensive care units. *Omega (United States)*. 2020 May 1;81(1):66-79. <https://doi.org/10.1177/0030222818756555>
43. Portales V MB, Beca I JP. Buen morir en pandemia. *Rev Med Chile*. 2020;148:708-9. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000500708>
44. Simpson N, Angland M, Bhogal JK, Bowers RE, Cannell F, Gardner K, et al. Good’ and bad’ deaths during the COVID-19 pandemic: insights from a rapid qualitative study. *BMJ Global Health*. 2021;6(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005509>

45. Krikorian A, Maldonado C, Pastrana T. Patient's perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literature. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59:152-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033>
46. Bastante P. Helping others to die well: The congregación de la buena muerte at the templo de San Felipe Neri (La Profesa) in Mexico City. *Dieciocho.* 2013;36(1):7-18.
47. Gafaar TO, Pesambili M, Henke O, Vissoci JRN, Mmbaga BT, Staton C. Good death: an exploratory study on perceptions and attitudes of patients, relatives, and healthcare providers, in northern Tanzania. *PLoS One.* 2020 Jul 1;15(7 July).
48. Graham N, Gwyther L, Tiso T, Harding R. Traditional healers' views of the required processes for a "good death" among xhosa patients pre- and post-death. *J Pain Symptom Manage.* 2013;46(3):386-94. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.08.005>
49. Read S, Macbride-Stewart S. The "good death" and reduced capacity: a literature review. *Mortality.* 2018;23(4):1-28. <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1339676>
50. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet.* 2022 Feb 26;399(10327):837-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)