

ACTITUD HACIA LA MUERTE DE
MEDICOS ESPECIALISTAS DE LA
CIUDAD DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ROCIO CACHO FIGUEROA

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez

México, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IN MEMORIAM

A mi extrañado tío
Sr. Miguel Figueroa Arce.

Con todo mi amor,

Rocio.

Dedico:

A mi madre,
Sra. Eva Figueroa Arce,
por su apoyo incondicional y cariño
siempre presente en el tiempo vivido.

A mi esposo,
Dr. José Luis Domínguez C.,
por su orientación, apoyo y motivación
que me ha brindado desde siempre.

A mis hermanas y hermano,
Margarita, Rosa, Wendy, Luisa,
Guadalupe, Gerardo y Lourdes,
que me han acompañado
en presencia y ausencia.

Al "grupo de amigos",
que siempre están presentes,
por su compromiso y amistad
que en todas las distancias
me demuestran.

Mi agradecimiento:

Al Dr. José Luis Domínguez C.,
por haberse convertido en
mi compañero permanente de trabajo.

Al Lic. Víctor Hugo Dorantes G.,
por su acertada dirección de mi tesis,
como por sus actuaciones durante su enseñanza.

A la Srita. Gloria Inés Arzate A.,
por su amplio apoyo en
mis búsquedas bibliográficas y
la amistad que me ha ofrecido.

Al Dr. Gerard Phyllippe D.,
y a todos los médicos que contribuyeron como población,
a la cual, se le aplicó el instrumento de trabajo
de mi tesis.

A la Mtra. Sofía Rivera
por su asesoría y contribución
que me brindó en la realización de mi tesis.

INDICE

	INTRODUCCION	I
I	MARCO TEORICO	1
	1.1 Actitud	2
	1.2 Muerte	11
	1.3 Actitud hacia la muerte	23
	1.4 Actitud hacia la muerte en médicos	41
II	METODOLOGIA	60
	2.1 Planteamiento del problema	61
	2.2 Delimitación del problema	61
	2.3 Formulación de hipótesis	61
	2.4 Formulación de variables	61
	2.5 Instrumento de medición de las variables	63
	2.6 Diseño y tipo de investigación	66
	2.7 Descripción de la población de la muestra	67
	2.8 Procedimiento	68
	2.9 Análisis y sistematización de datos	68
	2.10 Análisis estadístico	69
III	RESULTADOS	70
IV	CONCLUSIONES	86
	4.1 Limitaciones y sugerencias	91
	ANEXO	94
	BIBLIOGRAFIA	97

INTRODUCCION

Se considera que es vano "contemplar" la muerte dado que la única manera de conducir nuestra vida, es a través de la "contemplación" diaria de ese inevitable momento al que llega todo individuo.

Desde algunos puntos de vista impregnados de biologismo se debería aceptar por un lado, que la muerte es sólo la culminación de un proceso orgánico de la vida y por otro que ésta es el hecho supremo de la existencia humana, es decir, un acto que "rubrica" el significado de la vida, y que la muerte aniquila todos los valores que se desarrollan durante su transcurso; además de que realza los valores, elevándolos al nivel más alto del ser.

Es de todos conocido que el miedo a la muerte es instintivo, enraizado profundamente en la naturaleza humana, amén de que en las profundidades de la psique, ninguno de nosotros puede admitir verdaderamente o aún entender la afirmación categórica de que somos mortales, ya que como señalara Freud, S. (1915), en lo inconsciente (nos sentimos inmortales).

Ahora bien, viendo a la muerte como el acontecimiento con el que termina el proceso de la vida, hablar de la muerte en México, no es pretender que ésta sea diferente, sin embargo, siempre que un ser humano muere, lo hace en un entorno específico de salud o enfermedad y de diversas circunstancias: económicas, sociales, educacionales, culturales, etc.

El mexicano de hoy sigue angustiado ante la perspectiva de morir como toda la humanidad; pero debido a diferencias culturales con respecto a otros pueblos no se esconde ante la muerte: "vive" - con ella, la desafía, le canta, la festeja y la burla; lo cual - podría representar un tipo de formación reactiva ante el inevitable hecho.

Bartra, R. (1987), señala que: "para el hombre primitivo, el tiempo no tiene sentido; para el civilizado, en cambio, es la muerte la que no tiene sentido"

Por otro lado Weber, M. (1967), explica una peculiar angustia de la modernidad: el campesino de los viejos tiempos moría "saciado de vivir" y "satisfecho", pues la vida ya le había ofrecido todo y ya no quedaba "ningún enigma que quisiera descifrar" En cambio, el hombre civilizado -sumergido en una insensata progresividad-- no se satisface de vivir, y sabe que "nunca habrá podido captar más que una porción mínima de lo que la vida del espíritu alumbraba continuamente" Concluye "la muerte resulta así para él un hecho sin sentido"

Westheim, P. (1953), cita a Villaurrutia, X; quien describe así la dualidad frente a la muerte: en México se tiene una gran "facilidad" para morir, que se intensifica cuanto mayor es el origen indígena, mientras que para el criollo, el temor hacia la muerte es mayor. Estas posturas tomadas por el grueso de la población acrecientan el mito del mexicano indiferente ante la muerte.

Westheim, P. (1953) afirma: la carga psíquica que da un tinte trágico a la existencia del hombre mexicano hoy como hace dos y tres mil años, no es el temor por la muerte, sino la angustia vital, la fatalidad de la vida, la conciencia de estar expuesto, y con insuficientes medios de defensa, a una existencia llena de peligros y carencias.

En este primer sentido, el origen del desprecio a la muerte es el tradicional fatalismo que se suele asignar a los campesinos y a todos aquellos hombres expuestos directamente, sin apenas protección, a las inclemencias de la sociedad y de la naturaleza.

Suponer que hay pueblos que son indiferentes ante la muerte es falso, ya que como indica Rulfo, J. (1953), "la indiferencia por la muerte" podría tener su origen en el desprecio por la vida ajena.

Al tratar de analizar en forma sistematizada los contenidos culturales que se describen en las líneas anteriores surge el interés por realizar esta investigación que pretendió establecer las actitudes prevalecientes entre médicos especialistas con respecto a la muerte, planteándose que existían diferencias con respecto a la especialidad y el sexo, lo anterior se confirmó de forma significativa, ya que las mujeres en general su actitud hacia la muerte es negativa en comparación con los hombres y por otro lado, la actitud hacia la muerte en las mujeres a mayor edad fué más positiva en frente de los hombres. Otros autores como Lester, D. (1967); Berman, L. A. y Hays, J. E. (1973); Templer, I.

D. (1974); McDonald, G. W. (1976) han encontrado que las mujeres tienen más reacciones negativas hacia la muerte que los hombres, pero Lester, D. (1970); Ray & Najman, (1974); Krieger, R. S. (1974); Cole, A. M. (1978) han señalado que los hombres reaccionan más negativamente y Middleton, W. C. (1936); Templer, I. D. y - Dotson, (1970); Kickstein, L. (1972); Durlak, A. J. (1972) no encuentran diferencias entre los sexos.

I MARCO TEORICO

1.1 Actitud

La naturaleza humana es sumamente compleja y multifacética, presenta infinidad de variantes en su comportamiento, tanto a nivel individual como social. Por ello, el hombre y su medio han constituido uno de los principales focos de atención dentro del campo científico y filosófico desde tiempos remotos.

El concepto de actitud es probablemente el más característico e indispensable en la Psicología Social, por lo que su investigación se ha extendido durante varias décadas.

El término actitud, como la mayoría de los términos abstractos, puede tener más de un significado. Deriva del latín *APTUS*, que significa disposición o adaptación y de *APTITUDE* que connota un estado mental o subjetivo de predisposición a la acción.

Uno de los primeros psicólogos que definió el término fué Spencer, H. (1862) considerándola como un estado mental, luego hacia 1888 enfocó el aspecto motor de las actitudes y aún hoy parece connotar ambos significados (Allport, F. H. 1954).

Allport, G. W. (1935) define:

La actitud es un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos lo objetos y todas las situaciones con que se en

cuentra relacionado.

En lo que atañe a la formación de actitudes, menciona cuatro condiciones comunes.

En primer lugar está el acrecentamiento de la experiencia, que es la integración de numerosas reacciones concretas de tipo semejante. Esto se complementa, en segundo lugar, por la individualización, la diferenciación y la segregación. Las experiencias adicionales hacen que la actitud se vuelva más concreta y la distingue de otras actitudes conexas. Una tercera causa posible de la formación de una actitud, es un trauma o una experiencia dramática. Por último, puede adoptarse una actitud ya formada, imitando a los padres, maestros, compañeros de juego, etc.

Klinberg, O. (1940), dice que los psicoanalistas han indicado que ciertas actitudes pueden ser el reflejo directo o indirecto de las relaciones familiares y que tienen diversos atributos o dimensiones que son: Dirección, Grado, Intensidad, Consistencia y Prominencia.

Thurstone, L. L. y Chave, E. J. (1929) al hablar sobre la actitud mencionan: "Es el grado de afectividad positiva o negativa, que se tiene frente a un objeto psicológico; es decir, una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia ciertas clases de objetos".

Young, K. (1931) indica:

La tendencia a la acción es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción no necesariamente se complementa. Más tarde afirma: Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de todo afectiva a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positivo o negativo (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales o a una persona o grupo de personas (1967). Refiere que la opinión es la expresión de una actitud, que a su vez, es de carácter verbal y simbólico, por lo tanto, es posible su medición.

Igualmente, Sheriff, M. (1975) afirma que:

Las actitudes pueden definirse en un sentido que conduzcan a operaciones de investigación para una misma evaluación. Estableciendo que: una actitud es el conjunto de categorías que un individuo emplea para evaluar un dominio de estímulos sociales (objetos, personas, valores, ideas, etc.) que el, ha establecido a partir del dominio (en interacciones con otras personas, como regla general) y que lo relaciona con los subconjuntos del dominio en diversos grados de afecto (motivación-emoción) positivo o negativo.

Para Newcomb, T. M. (1963), hay que entender primero la diferencia entre los motivos y las actitudes. Estas son características exclusivamente humanas y se refieren a la posibilidad de que un

tipo dado de motivo se suscite; en cuanto que su meta no es inmediata, necesita una serie de motivos que estén caracterizados al rededor de un objeto o símbolo. Así, las actitudes tienen dos características básicas:

1. Dirección: se refiere a que siempre serán hacia un extremo, - ya sea positivo o negativo.
2. Intensidad o grado de afectividad: se refiere a lo extremadamente bonito o feo, agradable o desagradable, etc; que nos pueda parecer un objeto.

Las definiciones de actitud presentan algunos elementos en común, tales como que son aprendidas, que tienen un tono afectivo ya - sea positivo o negativo, que pueden inferirse a partir del comportamiento característico y estable, así como selectivo dentro de un período de tiempo.

En otra cita Newcomb, T. M. (1950) habla de la actitud como un - estado de disposición para despertar motivos; una actitud del individuo hacia algo es su predisposición para realizar, percibir, pensar y sentir en relación con ello. Es su disposición a reaccionar. Las opiniones se encuentran estrechamente relacionadas - con las actitudes, puesto que lo que creemos que es cierto respecto a un objeto o a un grupo, manifiestamente desempeñará su parte en la determinación de nuestra disposición para reaccionar de cierta manera, en lugar de hacerlo de una manera distinta. Sería conveniente reservar el término actitud para indicar lo que estamos preparados a hacer, y el concepto opinión para represen-

tar lo que creemos, o lo que consideramos que es cierto. Ambas - generalmente van juntas, pero no necesariamente.

Las actitudes son adquiridas como resultado de la incorporación del individuo a los modos y costumbres de una sociedad; pueden - considerarse en el más amplio sentido de la palabra, como representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad y de la cultura sobre el individuo. En general, son inseparables del contexto social que las produce, las mantiene y las suscita en circunstancias apropiadas.

Hollander, E. (1967) dice que la adquisición de actitudes y valores es parte esencial del proceso de incorporación a las costumbres de una sociedad. Unas y otros constituyen las representaciones psicológicas de las influencias sociales retenidas por el individuo. El concepto de actitud es importante en Psicología Social en cuanto resume de modo conveniente la experiencia pasada del individuo, con el fin de explicar sus acciones presentes. En ese sentido, las actitudes permiten elucidar las diferentes respuestas de las personas frente a situaciones en apariencia idénticas.

Una actitud es, en esencia, una organización de creencias que dispone al individuo a preferir una respuesta.

Las actitudes poseen tres componentes fundamentales: el cognitivo de creencia-descreimiento, el afectivo de simpatía-antipatía y el de acción de disposición a responder. Estos no se diferen -

cian de modo tajante, sino que, por el contrario, comparten una relación común. Los aspectos interconectados en el estudio de las actitudes son tres: las relaciones entre sus componentes; su fuente, en términos de las pautas por las que se las aprende, y el cambio actitudinal, referido a las influencias que las afectan, incluyendo nuevas informaciones.

En otro sentido -la escuela psicoanalítica menciona que- las actitudes de un individuo pueden ser inconsistentes. A menudo, las presiones sociales hacen que una persona sienta la necesidad de actuar en forma contraria a sus actitudes. Por consiguiente, puede haber disparidad entre sus actitudes privadas y sus compromisos públicos. Puede ocurrir, así mismo, que haya inconsistencia entre los componentes cognitivos y afectivos, en función de sus creencias y sentimientos.

La adquisición de actitudes y valores es parte del proceso de introducción en las formas de la sociedad, proceso que se denomina socialización. Las actitudes son adquiridas de tres maneras: mediante el contacto directo con el objeto, a la interacción con quienes sustentan dicha actitud, y a las experiencias vinculadas con la crianza dentro de la estructura familiar. Las actitudes concuerdan con las afiliaciones a los grupos de referencia y pueden variar cuando se adoptan nuevos grupos de referencia.

Al igual que otros autores, McDavid, J. W. y Harari, H. (1974) dicen que puede definirse una actitud como un sistema relativamente estable de organización de la experiencia y la conducta re

lacionada con un objeto o suceso particular y que cada actitud - incluye tres componentes:

1. Núcleo cognoscitivo (creencia o idea)
2. Valores afectivos
3. Tendencias en la acción conductual (predisposiciones)

1. Núcleo cognoscitivo (creencia o idea): El núcleo racional de una actitud es la categoría conceptual de objetos o sucesos a los que se dirige la actitud. Este concepto define al objeto de ella. Por tanto, en Psicología el término actitud va usado siempre en referencia a un objeto conocido.

2. Valores afectivos: Toda actitud incluye también un componente afectivo (sentimientos y emociones) que acompañan a la idea o creencia nuclear. Estos sentimientos engloban aquello que los psicólogos llaman un valor.

3. Tendencias en la acción conductual (predisposiciones): Son las orientaciones motivacionales que participan en una actitud.

Asch, S. E. (1952) comenta que las actitudes se dirigen hacia objetos, grupos y personas; que las relaciones que establecemos con ellos deben, consiguiente y necesariamente, depender de la información y la creencia acerca de sus propiedades y procesos. En el ejemplo más simple una actitud dada no puede llegar a existir si falta el objeto apropiado en el medio natural o social.

Puesto que las actitudes poseen objetos, el contenido de las mismas emana de estos últimos de manera tan directa e ineluctable -

como una emoción particular surge de una opinión cognoscitiva dada respecto de una situación.

Kothandapani, V. (1971), realizó un experimento donde trató de validar cuál de los tres componentes de la actitud predecía mejor el comportamiento; encontró que entre los sentimientos, creencia e intenciones de actuar, éste último era el mejor predictor. Estudios como el anterior, han brindado un verdadero apoyo y soporte a las teorías de la actitud.

Como se ha visto, las actitudes dependen del medio social. Existen factores que favorecen su cambio, por lo tanto, deben considerarse estables durante cierto período de tiempo.

De esta manera, se producen cambios aparentes de actitud con las variaciones que el individuo percibe en su situación, teniendo en cuenta lo que será conveniente o aprobado. Kelman, H. C. (1950), distingue entre el acatamiento, que sólo revela expresión manifiesta de una actitud como consecuencia social, y otros dos procesos, la identificación e internalización. La primera entraña grandes cambios en el campo psicológico de la persona sobre la base de la moldeación, mientras que la segunda, representa un cambio fundamental. En general, cuando un individuo adquiere información nueva, puede ocurrir que merced a una reorganización de su campo psicológico, sus actitudes se modifiquen. El potencial de la experiencia nueva se inclina siempre hacia dicho cambio. La estructura de las actitudes, no obstante, tiende a la estabilidad. Anteriormente se ha hablado que las actitudes del in-

dividuo se apoyan, por lo común, en uno o más grupos a los cuales pertenece o en todo caso a los que acepta como estándar. En la medida que dicha persona se encuentre motivada para identificarse con un grupo, es improbable que sus actitudes cambien si obtiene el apoyo de ese grupo. De la misma manera, un grupo puede ser un vehículo favorecedor del cambio de actitud.

Los dictámenes de la sociedad, expresados a través de las pautas culturales, influyen en forma concreta sobre las expectativas de sus miembros acerca de los hechos y cosas del ambiente. Si nuestras expectativas son contradictorias, en particular cuando la cuestión tiene importancia para nosotros, probablemente experimentemos cierta inquietud. Esta capacidad para conformar la experiencia, determina la enorme importancia de las actitudes como fenómenos que influyen sobre la vida humana. Algunos autores al referirse a este efecto, han dicho que la conducta que no concuerda con el sistema del individuo, provoca respuestas de cólera, temor o por lo menos desaprobación, por lo que el presente trabajo está motivado y orientado, a detectar algunas de las actitudes de los médicos hacia un hecho y una idea que mayor perturbación causa: la muerte.

1.2 Muerte

La muerte queda al margen de toda categoría: "Es inclasificable, es el acontecimiento singular por excelencia, único en su género, monstruosidad solitaria, sin relación con todos los demás acontecimientos que, sin excepción, se sitúan en el tiempo" (Jankélévitch, W. 1977).

Para Anguera, O; y Sellares, M. (1975), la muerte es la compañera de la vida y lo expresan de la siguiente manera: "El equilibrio de la vida total implica la muerte inexorable de cada parte es indispensable que viva la muerte para sostener la vida de la totalidad: la muerte es la compañera inseparable de la vida".

Viorst, J. (1990), dice que nuestra existencia es finita; que el yo que hemos creado a lo largo de tantos años de esfuerzo y sufrimientos ha de morir. Y que aunque vemos un apoyo en la idea, la esperanza o la certeza de que una parte de nosotros perdurará, también debemos reconocer que este yo respira, ama, trabaja y se conoce así mismo será para siempre... destruido.

Y que, así vivamos, o no, con las imágenes de la continuidad - o de la inmortalidad-, también tendremos que vivir con un sentido de la transitoriedad, conscientes de que podemos amar apasionadamente pero no tenemos el poder de hacer que nuestro objeto de amor -o nosotros mismos- perdure. Que los poetas han hablado de la brevedad de la existencia durante siglos, y que sus exquisitas imágenes nos dicen que todo es vanidad, que sólo disponemos

de una hora para andar por la escena, que los días de vino y rosas desaparecen velozmente y que debemos morir. Que también nos han brindado el testimonio -con muchas voces y tonos emotivos- de los moribundos cuando dicen adiós.

La mayoría de las personas experimentan temor cuando comprenden que van a morir, aunque diferentes personas lo manejan de manera distinta pero ¿quien puede estar exento de temor a la muerte?

Thomas, L. V. (1991) comenta que la muerte es un proceso. Nada hay más difícil que situar en el tiempo el tránsito de la vida a la muerte. De hecho, la muerte no se produce en un instante preciso, excepto para el médico, que está obligado a extender un certificado autorizando la incineración o la inhumación y, para el forense, que debe determinar en qué momento dejó de vivir un sujeto. Es exacto decir que se muere siempre progresivamente, no sólo en la agonía sino también en la muerte súbita, a la vez por grados y por partes: la muerte es un proceso no un estado.

Chauchard, P. (1977), distingue tres etapas fundamentales de la muerte:

1. Muerte aparente: Disminución a veces renovable, hasta el extremo de manifestaciones vitales, es la etapa de las terapéuticas causales de reanimación. La forman un síncope prolongado, un coma con pérdida de conocimiento, resolución muscular, detención de la respiración; actividades cardiacas y circulatorias débiles y a veces difíciles de poner en evidencia.

2. Muerte clínica: Se presenta suspensión completa y prolongada de la circulación; ningún despertar espontáneo es posible.

3. Muerte total: Descomposición del cadáver, lo importante es la muerte de las neuronas de la corteza cerebral, que manifiesta la destrucción permanente de la conciencia.

Ortiz, O. F. (1988), habla de tres temores asociados a la idea de muerte, a la posibilidad de morir, además, al acto de morir se le asocia, con frecuencia, el dolor, el sufrimiento psíquico y en ocasiones la posibilidad de tener una muerte poco digna. Pero aún cuando cada una de estas ideas es suficiente por sí sola para sobrecoger la conciencia y el solo imaginar a las tres unidades asusta a la imaginación, existe, sin embargo, un miedo mayor: el de morir solo y abandonado. Varios estudios han revelado que lo más importante para el moribundo es sentirse acompañado, en su viaje final, por la presencia de aquellos con quienes compartió la vida. El calor humano vivifica al que se muere y la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida.

Tolstoi, L. (1991), en relación al moribundo maneja cuatro puntos diferentes pero interrelacionados:

1. Es la insistencia en el vacío amoroso en que vive el moribundo.
2. Es el error que se comete con frecuencia, que consiste en que para evitarle molestias al paciente y sus familiares, se intenta mantenerlo sedado, lo cual, trae como consecuencia un resultado indeseable.

3. La aceptación sana de la muerte ahorra mucho dolor; el rechazo insano a este fenómeno inherente a la vida conduce a un sufrimiento patológico.

4. Es lo referente a las mentiras que se le dicen a un moribundo. La mentira constante aparece una y otra vez cuando se enfrenta - este hecho existencial y cotidiano, pan nuestro de cada día, al que no podemos acostumbrarnos y que por ello negamos.

Por otro lado, Weisman, A. D. (1980), indica las diversas etapas por las que puede pasar un moribundo:

1. Es la de apuro existencial, en ésta el enfermo enfrenta la - realidad de la vulnerabilidad humana y la idea de la muerte inminente; en este período el doliente y sus familiares se sienten - sobrepasados por las circunstancias y muestran síntomas evidentes de torpeza intelectual.

2. Esta fase se caracteriza por el "acomodo" psicológico que sigue al trauma inicial; en ésta el enfermo y sus familiares tienden a adaptarse a la realidad en que se encuentran, y se entabla una lucha contra la invalidez y la enfermedad; es entonces cuando puede desarrollarse una negación de la realidad.

3. En ésta aparece el "deterioro" conforme la enfermedad avanza y la muerte se convierte en algo tangible; es aquí, también, - cuando el médico puede ayudar en los diferentes aspectos psíquicos y físicos.

4. Esta es el estadio terminal, la respuesta al tratamiento es - mínima o nula; el enfermo y sus familiares se dan cuenta de que - el tiempo que queda es poco y actúan en respuesta a esta circuns

tancia de acuerdo con su estructura de carácter.

También Kübler, R. E. (1969), después de estudiar a varios cientos de moribundos, describe las fases por las que se pasa al enfrentar un diagnóstico de muerte, las cuales, no son características omnipresentes en todo ser humano, además de que pueden aparecer y reaparecer en diferentes momentos en una misma persona y que cualquiera de éstas puede estar ausente:

1. Fase de negación y aislamiento: La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a charlar con alguien de su muerte inminente. Este diálogo deberá tener lugar cuando él (no el oyente) esté dispuesto a afrontarlo. Además, el diálogo se ha de terminar cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación. No importa cuando tenga lugar este diálogo.

Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

Es mucho más tarde cuando el paciente usa el aislamiento más que

la negación. Entonces puede hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afronta la muerte pero todavía conserva la esperanza.

Esta fase suele ser tan severa que tanto el enfermo como sus familiares no recuerdan los planteamientos importantes que, en relación con su enfermedad, se les dicen. En estas condiciones, el enfermo puede presentar regresiones infantiles, rechazo a confrontar la realidad y en ocasiones sentirse agobiado por la soledad y el desencanto.

2. Fase de ira: Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento.

En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lágrimas, culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cual, sólo sirve para aumentar la incomodidad y el disgusto del paciente.

Este paciente hace todo lo posible para que no se le olvide. Alzará la voz, pedirá cosas, se quejará y pedirá que se le atienda.

Esta fase está marcada por la ira; rabia por la impotencia y la desesperanza cuando se enfrenta lo inevitable de la muerte. La cólera casi siempre está presente tanto en el enfermo como en los seres queridos.

3. Fase de pacto: Esta es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio "a la buena conducta", además fija un plazo de "venimiento" impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote. Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.

En última instancia, el enfermo trata de establecer un convenio por el cual pueda prolongar su vida o pasar unos días sin sentir dolor, sin malestar. Esta etapa constituye un intento comprensible de establecer algún control sobre la vida y el cuerpo en aquellas personas que están abrumadas por la enfermedad y que se perciben impotentes frente a su propio destino.

4. Fase de depresión: Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más

síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo "al mal tiempo buena cara". Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Esta puede tener múltiples expresiones: las mutilaciones, las pérdidas funcionales, el debilitamiento en la aceptación de su propia imagen en el aspecto estético y a un nivel profundamente interno con gran desaliento no haciéndose esperar el estrechamiento del campo de los intereses, la disminución notable de su espíritu combativo y la presencia de una profunda depresión. Asimismo, otras pérdidas, si bien circunstanciales, ambientales y un tanto secundarias, pero no por ello menos empobrecedoras, como el confinamiento en instituciones con limitaciones existenciales, cargas económicas, que muchas veces llevan a nuevas pérdidas ahora en sus valores materiales personales.

Todo el que trata con pacientes conoce muy bien todas estas razones de depresión. Lo que a menudo tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. Si tuviera que señalar una diferencia entre estas dos clases de depresión, diría que la primera es una depresión reactiva, y la segunda una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta, y se debería tratar de una forma diferente de la segunda.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Nuestra reacción inicial ante las personas que están tristes, generalmente es intentar animarlas, decirles que no mi-

ren las cosas desde una óptica tan torva o desesperada. Les instamos a mirar el lado alegre de la vida, todas las cosas positivas llenas de colorido que les rodean.

Este segundo tipo de depresión es generalmente silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones. El dolor preparatorio no necesita palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cuello, o sencillamente, sentándose al lado de la cama, en silencio. Estos son los momentos en los que el paciente puede pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que le espera atrás. Son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que traten de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla.

5. Fase de aceptación: Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina o inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá nece

sidad de dormitar o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Este no es un sueño evasivo o un período de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es un abandono resignado y desesperanzado, una sensación de "para que sirve" o de "ya no puedo seguir luchando", aunque también oímos afirmaciones como éstas. (Indican el principio del fin de la lucha, pero no son síntomas de aceptación).

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje, como dijo un paciente. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que lo dejen solo o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas el mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar. A menudo pide que se limite el número de gente y prefiere las visitas cortas. Ese es el momento en que se ha de desconectar la televisión. Entonces nuestras comunicaciones se vuelven más mudas que orales. El paciente puede hacer un simple gesto con la mano para invitarnos a que nos sentemos un rato. Puede limitarse a cogernos la mano y pedirnos que nos estemos ahí sentados en silencio. Estos momentos de silencio

pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas en presencia de una persona no ribunda. Podemos escuchar juntos el canto de un pájaro al otro lado de la ventana. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final. Podemos hacerle saber simplemente que nos parece muy bien no decir nada cuando ya hay quien se ocupa de las cosas importantes y sólo es cuestión de esperar a que pueda cerrar los ojos para siempre. Esto puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo. Cuando ya no hay conversación, una presión de la mano, una mirada, un recostarse en la almohada pueden decir más que muchas ruidosas palabras.

Una visita a última hora de la tarde puede prestarse mejor a este tipo de encuentros, porque es el final del día, tanto para el visitante como para el paciente. Es cuando el servicio del hospital no interrumpe, cuando la enfermera no entra a tomar la temperatura y la mujer de la limpieza no está fregando el suelo: ese pequeño momento privado que puede completar el día después de la ronda del médico, cuando no hay nadie para interrumpir. Es poco rato, pero es reconfortante para el paciente saber que no le olvidan cuando no se puede hacer nada más por él. También es agradable para el visitante, porque le muestra que la muerte no es cosa espantosa y horrible que tantos quieren esquivar.

Finalmente, Thomas, L. V. (1991), dice: La Tanatología tiene fines prácticos, principalmente la urgencia de desmistificar la muerte y de aprender a vivir con ella, lo cual implica que muy pronto deberá educarse a los niños en este sentido; la necesidad

de luchar para que todos los hombres, sin distinción de raza o de origen, puedan no solo vivir decorosamente sino también morir con dignidad; la firme denuncia de todas las empresas mortales que engendra la sociedad moderna.

La muerte es a la vez horrible y fascinante; por lo tanto, no puede dejar a nadie indiferente. Horrible porque separa para siempre a los que se aman; porque el chantaje de la muerte es el instrumento privilegiado de todos los poderes; porque hace que nuestros cuerpos terminen por desintegrarse en una podredumbre innoble. Fascinante porque renueva a los vivos e inspira casi todas nuestras reflexiones y nuestras obras de arte, al tiempo que su estudio constituye un camino real para capturar el espíritu de nuestra época y los recursos insospechados de nuestra imaginación. Puede decirse con verdad que amar la vida y no amar la muerte significa no amar realmente la vida.

1.3 Actitud hacia la muerte

Las actitudes acerca de la muerte y sus procesos a menudo cambian a través del proceso del vivir. A medida que uno va creciendo, las propias actitudes acerca de la muerte se modifican relativamente en los niveles de aceptación, profundidad y entendimiento.

A través de los años, las generaciones empiezan a cambiar y los jóvenes toman diferentes actitudes como resultado de sus encuentros con la vida que involucran una variedad de situaciones relacionadas con la muerte. Estas diferentes actitudes pueden ser atribuidas a la exposición de diversos rituales, ceremonias religiosas y culturales o pueden ser una extensión de la exposición oral u escrita.

Así mismo, la actitud hacia la muerte presenta un problema para las personas en general, y particularmente los sentimientos de temor y de impotencia frente a la muerte pueden presentarse de muchas formas, dependiendo de la fuerza y personalidad del individuo.

Para algunos, sin embargo, más que una solución para sus problemas, la muerte representa un evento de mucha tensión, un acercamiento de conflicto y temor. Temor a morir, pero también a ser incapaz de enfrentarse a la enfermedad prolongada y al dolor, esta gente se muestra vacilante entre el deseo de vivir y el aliviarse del dolor y el temor a ser una carga para los demás.

También parece hacer segmentos en la vida del ser humano, cuando periódicamente el tema de la muerte es de mucho mayor preocupación. Estos segmentos en el tiempo varían en longitud e intensidad, dependiendo de los procesos psicológicos, del medio social, de la edad y más aún del psiquismo profundo del individuo.

Freud, S. (1915) dice: "La escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el aserto de que, en el fondo, nadie ^{cree} en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad".

En otro momento, Freud, S. (1926) afirma que:

En el inconsciente no existe nada que pueda ser contenido a nuestro concepto de la destrucción de la vida, jamás se ha experimentado nada semejante a la muerte o por lo menos como sucede con la pérdida del conocimiento, nada que haya dejado huella perceptible. Mantenemos pues, nuestra hipótesis de que el miedo a morir ha de concebirse análogo al miedo a la castración.

Fenichel, O. (1964) dice: "Es cosa que falta establecer aún si existe realmente algo que pueda llamarse temor normal a la muerte. En realidad, la idea de la propia muerte es cosa subjetivamente inconcebible y todo temor a la muerte, encubre probablemente otras preconscious".

Por otro lado, Kastenbaum, R. (1976) menciona que:

Como resultado de las diferentes investigaciones que se han hecho en relación a la muerte, se ha encontrado que el miedo es el estado psicosocial más frecuentemente mencionado, cuando los clínicos e investigadores discuten las respuestas o actitudes hacia la muerte. Es posible que el miedo sea la respuesta más típica o la más importante psicológicamente hacia la muerte. Esta expresión puede interpretarse de varias maneras:

1. Toda la gente teme a la muerte.
2. Si hay algo en común entre personas diferentes sobre el tema de la muerte, debe ser el miedo.
3. El miedo es la respuesta que mayor consideración merece, por el efecto que puede provocar en la habilidad del individuo para manejar los problemas de la vida o porque el miedo a la muerte es el estado psicosocial que tiene las implicaciones sociales más significativas.

Continuando con Freud, S. (1915):

En cuanto a la muerte de los demás, el hombre civilizado evitará cuidadosamente hablar de semejante posibilidad cuando el destinado a morir pueda oírle. Sólo los niños infringen esta restricción y se amenazan sin reparo unos y otros con las probabilidades de morir, e incluso llegan a enfrentarse con la muerte a una persona amada, diciéndole, por ejemplo: "Querida mamá, cuando te mueras, yo haré esto_

o lo otro". El adulto cultivado no acogerá gustoso entre sus pensamientos el de la muerte de otra persona, sin tacharse de insensibilidad o de maldad, a menos que su profesión de médico o abogado, etc., le obligue a tenerle en cuenta. Y mucho menos se permitirá pensar en la muerte de otro cuando tal suceso comporte para él una ventaja en libertad, fortuna o posición social. Naturalmente, esta delicadeza nuestra no evita las muertes, pero cuando éstas lleguen nos sentimos siempre hondamente conmovidos y como defraudados en nuestras esperanzas. Acentuamos siempre la motivación casual de la muerte, el accidente, la enfermedad, la infección, la ancianidad, y delatamos así nuestra tendencia a rebajar a la muerte de la categoría de una necesidad a la de un simple azar. Una acumulación de muerte nos parece siempre algo sobre manera espantoso. Ante el muerto mismo adoptamos una actitud singular, como de admiración a alguien que ha llevado a cabo algo muy difícil. Le eximimos de toda crítica; le perdonamos, eventualmente, todas sus faltas; disponemos que de mortuis nil nisi bene, y hallamos justificado en la oración fúnebre y en la inscripción sepulcral se la honre y ensalce. La consideración al muerto - que para nada la necesita - está para nosotros por encima de la verdad, y, para la mayoría seguramente también por encima de la consideración a los vivos.

Esta actitud convencional del hombre civilizado ante la muerte queda complementada por nuestro derrumbamiento espiritual cuando la muerte ha herido a una persona amada, el

padre o la madre, el esposo o la esposa, un hijo, un hermano o un amigo querido. Enterramos con ella nuestras esperanzas, nuestras aspiraciones y nuestros goces; no queremos consolarnos y nos negamos a toda sustitución del ser perdido. Nos conducimos entonces como los asras, que mueren cuando mueren aquellos a quienes aman.

Esta actitud ante la muerte, ejerce, empero una poderosa influencia sobre nuestra vida. La vida se empobrece, pierde interés, cuando la puesta máxima en el juego de la vida, esto es la vida misma, no debe ser arriesgada. Se hace entonces tan sosa y vacía como un "flirt" americano, del cual se sabe, desde un principio que a nada habrá de conducir, a diferencia de una intriga amorosa continental, en la cual los dos protagonistas han de tener siempre presente la posibilidad de grandes consecuencias. Nuestros lazos sentimentales, la intolerable intensidad del propio duelo, nos inclinan a rehuir y evitarles a los nuestros todo peligro. Excluimos así de la vida toda una serie de empresas, peligrosas, desde luego, pero inevitables, tales como los "raids" aéreos, las expediciones a tierras lejanas y los experimentos con sustancias explosivas. Nos paraliza la preocupación de quién sustituirá al hijo al lado de la madre, al esposo junto a la esposa y al padre para con los hijos, si sucediere una desgracia. La tendencia a excluir la muerte de la cuenta de la vida trae consigo otras muchas renunciaciones y exclusiones. Y, sin embargo, el lema de la confederación hanseática reza: Navigare necesse est, vivere non necesse

sse! (Navegar es necesario, no es necesario vivir).

Habrá entonces de suceder que buscaremos en la ficción, en la literatura y en el teatro una sustitución de tales renunciaciones. En estos campos encontramos aún hombres que saben morir e incluso matar a otros. Sólo en ellos se nos cumple también la condición bajo la cual podríamos reconciliarnos con la muerte, esto es, la de que detrás de todas las vicisitudes de la vida conserv semos todavía otra vida intangible. Es demasiado triste que en la vida pueda pasar como en el ajedrez, en el cual una mala jugada puede forzarnos a dar por perdida la partida, con la diferencia de que en la vida no podemos empezar luego una segunda partida de desquite. En el campo de la ficción hallamos aquella pluralidad de vidas que nos es precisa. Morimos en nuestra identificación como el protagonista, pero le sobrevivimos y estamos dispuestos a morir otra vez, igualmente indemnes, con otro protagonista.

Ahora bien, el creciente cuerpo de conocimientos e investigaciones acerca de la muerte, está tal vez mejor caracterizado por sus descubrimientos inconsistentes. Por ejemplo, algunos investigadores han encontrado que las mujeres tienen más reacciones negativas hacia la muerte que los hombres (Lester, D. 1967; Berman, L. A. y Hays, J. E. 1973; Templer, I. D. 1974; McDonald, G. W. - 1976); otros han señalado que los hombres reaccionan más negativamente (Lester, D. 1970; Ray & Najman, 1974; Krieger, R. S. 1974; Cole, A. M. 1978) y muchos no encuentran diferencias entre -

los sexos (Middleton, W. C. 1936; Templer, I. D. y Dotson, 1970; Kickstein, L. 1972; Durla, A. J. 1972).

En algunos estudios se ha reportado que el contacto previo con la muerte tiene un efecto positivo sobre las actitudes hacia la muerte subsecuentes (Carey, J. R. 1974; Cole, A. M. 1978; Gibbs, W. H. 1978) o un efecto negativo (Selvey, C. L. 1973) o ningún efecto en otras investigaciones (Lester, D. 1971; Durlak, A. J. 1973; Selby, W. J. 1977 y Hoelter, J. 1980-81).

Similarmente se han encontrado resultados conflictivos en cuanto a edad y religión en las actitudes hacia la muerte.

Un gran número de investigadores se han interesado en estudiar las actitudes hacia la muerte de los ancianos. Tal vez parezca razonable asumir que habría algo de especial en esa gente cuya expectativa de la vida es limitada debido a su status común: edad avanzada. La revisión más adecuada de esta literatura, fué realizada por un psicólogo holandés, Munnichs, J. M. A. en 1966. Encontró siete estudios sistemáticos de la orientación a este tópico y desde entonces, se han realizado varios estudios sobre el tema.

¿Es el miedo la actitud característica de los ancianos hacia la muerte? El estudio de Munnichs se basa en este punto. En su muestra de 100 ancianos holandeses (de 70 años en adelante), encontró una variedad de orientaciones hacia la finitud. Pero la conclusión más importante es que sólo una pequeña porción de ancia-

nos (7%) tenía miedo del final. Por mucho, la orientación observada con mayor frecuencia hacia la muerte era de aceptación (40%). En otras palabras, aproximadamente dos tercios de los ancianos - habían llegado a aceptar su finitud. Adicionalmente, era el anciano psicológicamente estable el que aceptaba la muerte de manera positiva. Contrariamente las actitudes negativas tendían a estar asociadas con una personalidad inmadura, especialmente cuando estas actitudes parecían constituir un punto de vista final.

El autor cree que la finitud u orientación hacia la cesación de la propia existencia, es un tema central en las fases tempranas de la ancianidad. De hecho, sugiere que: "Debemos caracterizar a la ancianidad como un adiós anticipatorio".

Los descubrimientos con ancianos holandeses, son similares a los obtenidos por Swenson, W. M. en 1961, también encontró una preponderancia de actitudes de aceptación hacia la muerte. Este mismo parecía estar relacionado con la soledad. Sólo un 10% de los ancianos admitieron temer a la muerte. La edad y las diferencias de sexo no causaron diferencia alguna en la orientación hacia la muerte en esta muestra.

Jeffers, D. F. y Nichols, D. N. (1961), preguntaron a 269 ancianos en una investigación en su comunidad: "¿Tienes miedo a morir?" Una vez más, no muchos admitieron temer a la muerte (10%).

Muchos de los sujetos invocaron un marco de referencia religioso al contestar la pregunta, como los investigadores notaron, la

religión es una parte integral e importante de la vida comunitaria en donde el estudio fué realizado. De esta forma, no es sorprendente que la mayoría de los sujetos pensarán en la muerte en términos religiosos. De su experiencia clínica, Jeffers, D. F. y Nechols, D. N. (1961), sugieren que "la negación es un mecanismo muy importante para manejar la ansiedad en la ancianidad". En otras palabras, se inclinan a interpretar una respuesta defensiva, más que la orientación real del anciano.

En 1968, Weisman, A. D. y Kastenbaum, R; realizaron un estudio con ancianos relativamente enfermos de un hospital geriátrico norteamericano. Encontraron que la aprehensión o miedo, era menos observada que la aceptación. Al entrar en la fase preterminal de la vida, el miedo no era la principal orientación de los pacientes; algunos aceptaban su destino tranquilamente y gradualmente reducían sus esferas de funcionamiento. Este desentendimiento preterminal era iniciado por los mismos pacientes y les permitía poner sus asuntos en orden y preparar un control psicológico sobre un espacio vital más limitado. Otros, también reconocían el prospecto cercano de la muerte, pero optaban por permanecer involucrados en las actividades diarias de la vida. No parecería apropiado describirlos como esencialmente contrafóbicos. Estaban simplemente, continuando su vida como hasta entonces lo habían hecho.

Diggory & Rothman en 1961 examinaron la consecuencia de la muerte preguntando: "Exáctamente, ¿cuál es tu miedo a la muerte?". Emplearon una muestra de 563 personas de mediana edad. Lo que se

encontró en esta investigación fué que las mujeres le temían más a lo que pasaría con su cuerpo después de la muerte que los hombres. La mujer le temía al posible dolor físico al morir más que el hombre y por último, el hombre le temía a la pérdida de la capacidad para dirigir sus actividades más que la mujer.

Otro estudio importante sobre el tema en grupos de diferentes edades, es la investigación realizada por Rothstein, H. S. en 1962. Entrevistó a 36 hombres casados con niños y todos con una vida activa. Para propósitos de análisis, la muestra total fué dividida en dos grupos (30-42 años y 46-50 años). Se encontró que el grupo de mayor edad, personalizaba más la muerte que los más jóvenes, así como también pensaban que el tiempo que transcurría era demasiado rápido en todas las áreas de sus vidas. Tal vez el aspecto más ilustrativo de este estudio, es la indicación de que las diferencias importantes en cuanto a orientación hacia la muerte, tienen lugar a mediados de la edad adulta. La conciencia de la edad y las premoniciones de la muerte, son experiencias quizás por primera vez en esta época. Los estudios que incluyen sólo a ancianos, pueden producir la mala impresión de que las actitudes hacia la muerte son distintas a dicha fase de la vida; pero puede ser el caso, que estas orientaciones se hayan estado desarrollando en el individuo durante dos e incluso tres décadas.

También debe prestarse atención al hecho de que Rothstein, H. S. (1962), ha contribuido al entendimiento del desarrollo de orientaciones hacia la muerte, sin enfocarse en el miedo per se. Su investigación es concerniente con la calidad del pensamiento

acerca de la muerte (personalizado vs. no personalizado). Lógicamente, tiene sentido aprender cómo una persona entiende el tópico general de la muerte antes de enfocarse sobre sentimientos y temas específicos. En su propia interpretación del patrón de descubrimientos, este autor concluye:

El individuo, personalmente aprende que va a morir a través del reconocer que puede hacerse viejo y de experimentar la muerte de personas significativas. La personalización de la muerte, es similar a tomar conciencia de la edad en que una persona está expuesta a experiencias diferenciadas, con cambios en su posición en los contextos sociales. En nuestra sociedad, como consecuencia de las experiencias usuales con la muerte, el individuo cambia desde sentirse indiferente, hasta impactado y, finalmente, resignado. Es este proceso el que ha sido llamado la personalización de la muerte.

En otro estudio se hicieron preguntas acerca de la muerte, las cuales, se incluyeron en un cuestionario de opinión pública a 1,500 adultos en Estados Unidos, bajo la dirección de Riley, J. en 1970. Se encontró que de entre los adultos de todas las edades, "escasamente el 44% mostró evidencia de miedo o ansiedad emocional en conexión con la muerte". Los datos publicados sugieren que la edad cronológica no puede ser una variable crucial para determinar las actitudes hacia la muerte. La educación parece ser más importante, al menos en este estudio. La gente con educación limitada, sin importar su edad, mostraron mayor ne

gatividad hacia la muerte.

Entre otros resultados de este estudio, es interesante ver que - la gran mayoría de los sujetos de todas las edades, están de - acuerdo con las posiciones de que "la muerte es algunas veces - una bendición" y "la muerte no es trágica para la persona que - muere, sino para los que sobreviven". Sólo el grupo de edad in - termedia (41-60) admite que "la muerte siempre llega muy pronto". Más aún, el número de aquellos que admiten que "morir es sufrir" varía en un límite del 10 al 18% entre los grupos de diferentes - edades.

Los resultados de este autor muestran una actitud positiva o de - aceptación hacia la muerte en la población de Estados Unidos. Es - ta tendencia es opuesta a los sentimientos prevaletientes de Psi - cólogos y Psiquiatras, que estudian orientaciones hacia la muer - te desde un punto de vista clínico y desde el punto de vista so - cial.

Las investigaciones realizadas hasta ahora, han sugerido que el - miedo a la muerte en los adolescentes es prominente, pero a la - vez, causa de defensa. Dependiendo de cómo se enfoque al adoles - cente, podrá ver ya sea prominencia o defensividad.

Uno de los mejores ejemplos disponibles en cuanto a respuestas - hacia la muerte en los adolescentes, es el de Alexander, I. y Ag - lerstein, A. en 1959, quienes en una población de 50 estudiantes masculinos, utilizaron la técnica del cuestionario para medir -

las actitudes conscientes hacia la muerte. Sin embargo, compararon esta medición con la técnica diferencial semántica de Osgood, C. (1957). Adicionalmente, entrevistaron a cada sujeto sobre sus pensamientos y experiencias hacia la muerte.

Además, pidieron a cada sujeto que respondiera a una tarea de asociación de palabras, relacionadas y no con la muerte, al tiempo que un polígrafo registraba su respuesta psicogalvánica de la piel (GSR). El GSR se registraba antes y después de la exposición a las palabras relacionadas con la muerte y los sujetos también respondían a una escala de ansiedad manifiesta antes y después.

Aún cuando este experimento fué diseñado para explorar las diferencias entre jóvenes protestantes religiosos y no religiosos, los descubrimientos más relevantes conciernen a las características del grupo total. Las palabras relacionadas con la muerte, provocaron un incremento del GSR en casi todos los jóvenes; los que también tendieron a describir estas palabras como "malas y "potentes".

Las expresiones de miedo abiertas no eran comunes. La posibilidad de una muerte dolorosa era el prospecto más repelente para ambos grupos. La separación de los seres queridos, el pensamiento de ser enterrado vivo y el hecho de encarar la muerte "propia", fueron tópicos importantes entre los jóvenes.

Es relevante la observación:

La evidencia de mediciones tanto psicológicas como verbales, nos conducen al hecho de que la muerte es un concepto de tono negativo afectivamente. Sin embargo, tan pronto como se empieza a tratar el problema directamente a nivel consciente, como en las entrevistas, hay una tendencia de los sujetos a actuar como si no estuvieran preocupados sobre su propia muerte. (Adlerstein, A. 1959).

En mi conocimiento, no se han realizado investigaciones similares en poblaciones adultas. Por lo tanto, no puede determinarse si estas reacciones son sólo características de los adolescentes. No obstante, hay evidencias suficientes para sugerir que el estímulo de la muerte, produce respuestas más fuertes en los adolescentes de lo que ellos reconocen y admiten.

En relación a la idea de la muerte en el niño, Anthony, S. (19 - 40) quien estudió las ideas infantiles sobre la muerte en niños de diferentes edades, comprobó que la muerte en sí no es causa de ningún terror particular en la mayoría de los niños. Empleó para ello tres métodos experimentales: 1) Por el primero trató de descubrir la frecuencia y modo con que los niños se refieren espontáneamente a la muerte. 2) En el segundo experimento, se preguntó a casi 100 niños de edades comprendidas entre los 3 y los 13 años, cuál era el significado de la palabra "muerto" entre una serie de palabras que tenían que definir. 3) En el tercer experimento se pidió a las madres que tomaran nota del contacto de los niños con la muerte y sus reacciones ante ella. Obtuvo que:

El niño reacciona ante la muerte como nos haría esperar nuestro conocimiento de su desarrollo intelectual. Con menos de cuatro o cinco años de edad ignora el fenómeno, o bien responde con un interés de asombro y un tanto insensible. Entre los cinco y los ocho años, la muerte le intriga, la asocia a sentimientos agresivos y a temores, la considera como un castigo por fechorías, pero también como fenómeno irreversible. Hasta los nueve años, más o menos, no adquiere una comprensión racional de la muerte, la acepta como un hecho biológico. Es también a esta edad cuando comienza a expresar pesadumbre como respuesta a la muerte de una persona querida. Antes de estos momentos, los niños no suelen reaccionar emocionalmente en absoluto o bien muestran un simplemente frío interés.

La misma autora se preguntó:

¿Qué sucede cuando un niño ve la muerte no como un acontecimiento que afecta a un ser querido, pero no esencial para él, como un pariente o un perrito? ¿Qué pasa cuando el niño pierde por muerte a uno de sus padres?

Efectivamente, hasta los bebés y los chiquillos reaccionan ante la pérdida de un padre. Pero como la capacidad para entender el futuro es limitada y casi no existe comprensión de las explicaciones verbales, una separación temporal suscita las mismas respuestas que una pérdida permanente. La muerte y la ausencia tienen los mismos efectos.

Bowlby, J. (1961) equiparó las reacciones de la primera infancia ante la separación materna al duelo que sigue a la muerte de uno de los padres. Describió tres fases en la reacción de los niños pequeños cuando son separados de su madre, fases que pueden observarse en niños de seis meses a unos dos años de edad. La situación más corriente en que se registran estas reacciones es la del ingreso en el hospital. En la fase de protesta, que sigue inmediatamente a la pérdida del ser amado, el niño expresa vivamente su pena y mal humor. Lloro a gritos y pide que vuelva la madre. No encuentra consuelo en otras personas, e incluso si vuelve su madre, durante esta fase sigue enfadado con ella algún tiempo antes de ser tranquilizado. En la segunda fase de desesperación, el niño deja de quejarse y presenta apariencias de apatía y pena interior. Mientras en la primera fase se levanta en la cama, mirando ansiosamente la puerta por donde esperaba ver aparecer a la madre, ahora ya no cuenta con su regreso. Apenas responde a otras personas, que quieren jugar o hablar con él y suele pasarse el día moviéndose sobre el colchón o chupándose el dedo. Si en esta fase aparece su madre, pueden pasar varios días antes de que le haga caso como antes. Al principio, suele no recibirla bien, luego manifestar disgusto y, finalmente, aferrarse a ella excesivamente, poniéndose a llorar cuando la ve dejar la habitación y tratando de seguirla a todas partes, incluso al retrete. La tercera y final fase de despegue sigue a continuación, si, en vez del regreso de la madre, se prolonga más la separación. Entonces, el niño ya no parece preocuparse. Se vuelve alegre y sensible a los demás. Parece haber "olvidado" a su madre. Si ésta reaparece, ya no la reconoce. Ella, a su vez, puede en -

contrarse con que tiene que crear nuevas relaciones con él, como si fuera una extraña. Este es el momento en que una madre sustituta puede entrar en relaciones con un niño que ha perdido a su madre para siempre.

Bowlby, J. (1961), considera que, una vez que ha llegado esta fase, como es inevitable después de una pérdida permanente por fallecimiento de un padre, el niño sigue siendo vulnerable: tiene propensión a reaccionar de manera anormal ante cualquier desengaño futuro o pérdida de una persona amada.

Neugarten, B. L. (1968), nota que ocurre un cambio completo en la perspectiva del tiempo durante los años medios. Katz, S. (1979), estableció que las facultades de miembros de mediana edad presentan mayor temor por la muerte que cualquiera de los dos de la pre-mitad de la vida o los colegas de la vida post-media. En vista de las diferencias de la muerte, se predicen las siguientes relaciones: El temor de la muerte debe ser una función en ínea curva de la edad; El temor de la muerte debe ser relativamente alto entre los jóvenes (Birren, J. E.; Kinney, D. K.; Schaie, K. W.; Woodruff, D. S. 1981), debe ser el máximo durante la edad media (Katz, S. 1979) y disminuye a este punto más bajo durante la mayoría de edad (Kalisch, R. A. y Reynolds, D. K. 1976); y el Temor del moribundo (Birren, J. E.; Kinney, D. K.; Schaie, K. W.; Woodruff, D. S. 1981 y Aiken, L. 1978), la Orientación de la aproximación (Bengtson, V. L.; Cuellar, J. B. y Ragan, P. K. 1977), la Orientación de escape y la Aceptación Neutral, deben todos ser más altos entre la mayoría de edad.

La actitud actual hacia la muerte, es profundamente ambivalente: repulsión y atracción hacia ella; muerte riesgosa y amor por la vida; querer la felicidad y comportarse de manera autodestructiva; tomar a la muerte como tabú e insistir en un nuevo permiso para hablar acerca de ella. Vivimos en una época de conciencia sobre la muerte en la que el hombre, el centro de su propio mundo, arguye vehementemente que no es psicológicamente degradable.

De ahí la importancia del estudio de los aspectos psicológicos de la actitud negativa y velada que todos los seres humanos tomamos frente a un hecho innegable como es la muerte, debido a que ésta ejerce una acción profunda en la vida, puesto que está omni presente en ella.

1.4 Actitud hacia la muerte en médicos

Mucho se ha dicho que el médico o el psicoanalista en la sociedad contemporánea, tan carente de tiempo libre, ha venido a sustituir al religioso y a la charla con los amigos. Tal vez sea cierto. Un médico, hoy día, con una adecuada formación en el campo psicológico es de gran ayuda. El médico se convierte en el mejor de los medicamentos mediante la sencilla fórmula de escuchar y orientar adecuadamente al enfermo. Moderna logoterapia que se convierte en un valioso auxiliar. (Ortiz, Q. F. 1988).

Pregúntese a los médicos de las ciudades y a los ministros de la Iglesia, acostumbrados a observar las acciones de los moribundos y a recoger sus últimos sentimientos: estarán de acuerdo en que, a excepción de un pequeño número de enfermedades agudas, en que la agitación causada por movimientos convulsivos parece indicar los sufrimientos del enfermo, en todas las demás se muere dulcemente y sin dolor e incluso esas terribles agonías asustan más a los espectadores de lo que atormentan al enfermo. Las muertes dolorosas son pues muy raras y casi todas insensibles. Por tanto, sólo se le tiene un gran temor a la muerte por costumbre, por educación, por prejuicio. Pero las grandes alarmas reinan principalmente entre personas en el seno de las ciudades y, debido a educación, son más sensibles que las demás; porque el común de los mortales, sobre todo los del campo, ven la muerte sin terror alguno; es el fin de los pesares y de las calamidades de los miserables (Ariès, P. 1983).

Kincaide, J. E. (1978), dice que dadas las poderosas herramientas con que cuenta la medicina moderna hoy día, los profesionales de la salud están acostumbrados a tratar exitosamente a sus pacientes y resienten los fracasos. El hablar con el paciente es costoso en tiempo y emocionalmente demandante. Aún cuando tratan constantemente con la muerte, los profesionales de la salud tienden a desarrollar una forma de auto-protección que los ayuda a creer que la muerte puede ocurrirle a otras personas, pero no a ellos. Además, tienen muy poca preparación para tratar los complejos aspectos emocionales y espirituales que implica el hablar con el paciente terminal, aunque el tema de la comunicación con el enfermo terminal parece discutirse ahora con más frecuencia que antes, en los programas de entrenamiento en las escuelas de medicina y los hospitales.

Existe un desacuerdo sobre si se debe, o no, decir al paciente terminal, la verdad de su pronóstico. Algunas personas sienten que el conocer la verdad lleva a la depresión y la desesperanza, mientras que otros consideran que el paciente tiene el derecho de saberla, para prepararse ante la muerte inminente. Varios estudios en los 50's y 60's, encontraron que la mayoría de los médicos se adherían a la política de no comentar sus diagnósticos con los pacientes terminales. En estudios más recientes, sin embargo, las actitudes de los médicos parecen estar cambiando, cerca del 80% de los médicos ahora están de acuerdo en que los pacientes deben de conocer su pronóstico.

Aunque los médicos y las enfermeras son los dos tipos de profe -

sionales de la salud que con más frecuencia se ocupan de atender y hablar con el paciente terminal, su preparación educativa y - las expectativas relacionadas con su rol, son muy difíciles. Los médicos reciben incluso mucha menor preparación sobre las ciencias sociales y conductuales que las enfermeras; en consecuencia tienden menos a percibir al paciente como parte de una familia y una comunidad, y son más propensos a percibirlo únicamente como diagnóstico y un reto terapéutico. Aunque los médicos son los - principales responsables del cuidado que los pacientes reciben, - y se espera que discutan con ellos su pronóstico, los ven sólo - ocasionalmente. Las enfermeras, en contraste, dan una atención - mucho más directa al paciente y tratan con más frecuencia, y de manera más íntima, con sus síntomas, dudas y miedos. Además, - puesto que la enfermera tiene un contacto más cercano y continuo con los pacientes y sus familiares, se podría esperar que percibiera más claramente las insuficiencias y errores en el cuidado del enfermo terminal, analizando los recursos con que cuenta el sistema de salud actualmente. Se espera que la socialización profesional, las experiencias educativas y las expectativas del rol, tengan influencia sobre las actitudes de los médicos y las enfermeras, aunque se ha hecho muy poco para determinar si las actitudes hacia el cuidado del paciente terminal en realidad difieren entre estas profesiones. Con los crecientes problemas en la atención del paciente terminal, se necesita un mayor entendimiento - de las actitudes en las diferentes categorías de profesionales - de la salud, para dar alguna dirección a los programas educativos y de atención, y realizar cambios en los servicios, con el fin de mejorar el cuidado del paciente terminal.

Kincade, J. E. (1978), realizó un estudio en el que su propósito fué comparar las actitudes de médicos, residentes y enfermeras, con relación a diferentes aspectos del cuidado del paciente terminal, particularmente, el grado de comodidad que sienten al hablar con ellos, sus puntos de vista sobre la honestidad y el dar información acerca del pronóstico, y las opiniones sobre el esquema de administración de analgésicos. También se averiguaron sus impresiones sobre los recursos actuales para el cuidado del paciente terminal, junto con las ideas que tenían sobre las modificaciones que se requieren para mejorarlo.

Los cuestionarios se enviaron a 91 médicos, 85 residentes y 426 enfermeras. De ellos, 85 médicos, 52 residentes y 346 enfermeras respondieron los instrumentos, conformando una tasa total de respuestas del 80.2%. Para cada reactivo, se pidió a los participantes que indicaran su posición personal en una escala de cinco puntos (fuertemente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo, fuertemente de acuerdo). Se les asignó un peso de 1 a 5 para cada opción y el puntaje de cada índice se conformó con la suma de los pesos para cada respuesta.

Como resultado se encontró que la mayoría de los participantes se sentían cómodos al hablar con el paciente terminal y que algunos experimentaban un alto grado de incomodidad y probablemente requerían de algún apoyo para manejar estos sentimientos. En relación a proporcionar información sobre el pronóstico, la mayoría de los participantes consideraron que los pacientes deben recibir información acerca de su pronóstico, los médicos fueron me

nos propensos a esta idea que las enfermeras o los residentes. - Los residentes, médicos y enfermeras, difirieron significativa - mente en sus ideas acerca de la administración de analgésicos. - Los médicos tendían más a considerar que los analgésicos deben - administrarse cuando el paciente los solicite; las enfermeras se inclinaron a la idea de que deben aplicarse regularmente; los re - sidentes quedaron en una posición intermedia. La mayoría de los participantes en los tres grupos consideró que las necesidades - físicas de los pacientes terminales, eran cubiertas con los re - cursos actuales. En contraste, hubo un concenso general, al con - siderar que las necesidades emocionales no son cubiertas. Compa - rado con los otros grupos, el grupo de residentes mostró una ma - yor tendencia a percibir que las necesidades emocionales eran cu - biertas. Una proporción muy amplia de los participantes sugirieron que el paciente debe ser atendido en casa, si la familia es capaz de manejar la situación y si se pueden proporcionar servi - cios adicionales. Una amplia proporción también sugirió una uni - dad especial dentro de una institución, aunque indicando que se necesitaría de algún tipo de entrenamiento y servicios especia - les. Las proporciones de participantes que sugirieron cada alter - nativa fueron muy similares en cada una de las categorías, aun - que el grupo de residentes dió un mayor porcentaje global. Dos - de las tres soluciones que se citaban con mayor frecuencia entre los residentes, las enfermeras y los médicos, fué que se estable - cieran unidades especiales para el cuidado de enfermos termina - les, y la utilización de personal especialmente entrenado para - enfrenar las necesidades de este tipo de pacientes.

Hatfield, C. B; Hatfield, R. E; Geggie, P. H. S; Taylor, J; Sotti, K; Winthers, L; Harris, A; y Greenley, N; (1979), distribuyeron cuestionarios a 2,400 personas en diversos departamentos del Hospital "Foothills", en Calgary, solicitando al comité de cuidados paliativos, que evaluaran los servicios disponibles para los enfermos terminales, a la vez de que propusieran mejoras para éstos. El cuestionario contenía frases acerca de pacientes terminales de los lugares adecuados para su cuidado y también acerca de niños con enfermedades en fase terminal. Para este estudio era importante discutir la muerte y cuidado terminal, además de conocer el grado de satisfacción de las necesidades emocionales de los pacientes. Las opciones de respuesta eran las siguientes: nunca, algunas veces, usualmente o siempre; o respuestas categóricas de sí o no. 1080 individuos, de 8 grupos hospitalarios regresaron cuestionarios utilizables, lo que conforma una tasa de respuesta del 45%, aunque ésta varió entre los diferentes grupos.

La muestra se distribuyó de la manera siguiente:

1. Estudiantes de enfermería de 3er. grado y archivistas clínicos (88%).
2. Técnicos, dietistas, terapeutas ocupacionales y psicoterapeutas (68%).
3. Residentes, que tenían menos de 30 años de edad (64%).

El 73% de los asistentes y ayudantes, y 78% de las enfermeras, eran menores de 40 años. 72% de los médicos tuvieron entre 30 y 50 años de edad. En la afiliación religiosa, la respuesta más

frecuente en cada grupo fué Protestante (58% para el total de los grupos). La 2a. respuesta más común fué Católica Romana o ninguna, en cada grupo (16% y 19%) respectivamente, para el total de los grupos. Todas las enfermeras fueron mujeres, lo mismo que el 95% servicios de apoyo, 81% técnicos, dietistas, terapautas ocupacionales y psicoterapeutas, 72% estudiantes de enfermería de 3er. años y archivistas clínicos y 67% servicio social.

Sólo un 6% de los médicos eran mujeres, así como el 27% de los residentes.

Los análisis de datos de los cuestionarios se basó en dos preguntas:

1. ¿Cuál fué la respuesta general a cada frase del cuestionario?
2. ¿Son diferentes las respuestas de los 8 grupos hospitalarios?

Aunque los resultados de este estudio indicaron diferencias en las actitudes sobre algunos aspectos del cuidado terminal entre los grupos hospitalarios, no fué posible inferir el efecto de estas diferencias sobre la coordinación de la atención a los pacientes, aunque algunas diferencias podrían considerarse apropiadas, en términos de las necesidades del paciente y que ciertos profesionales no logran comprender, sin embargo llegan a ser identificadas por otro grupo. Otras diferencias pudieran considerarse como inapropiadas si éstas propiciaran acciones o comentarios que se contrapusieran con los principales intereses del paciente. Por lo mismo se requieren estudios que investiguen

el efecto que tienen estas diferencias de actitudes sobre el funcionamiento de los grupos de cuidado al paciente terminal.

Los profesionales de la atención a la salud deben estar conscientes de que las actitudes acerca del cuidado terminal pueden ser distintas entre los diferentes grupos de atención con los que cuenta el hospital, de tal manera que puedan tomar acciones que identifiquen estas discrepancias y considerar sus efectos sobre la atención al paciente. Las discusiones entre varios grupos del hospital pueden ayudar a los prestadores de servicio de varias disciplinas a entender las perspectivas de cada uno, clarificar malas interpretaciones y aportar información que conduzca a esfuerzos coordinados. Por ejemplo, los médicos deben fomentar tales discusiones. También sería útil desarrollar estudios observacionales que documenten las líneas de comunicación (así como el contenido de la misma) que se establecen entre quienes se ocupan del cuidado al paciente terminal. Los profesionales de la salud que desean trabajar en programas de cuidado terminal, deben estar conscientes de las preferencias de los pacientes. Además, quienes se encargan de seleccionar al personal que brindará esta atención, deben buscar a las personas que respetarán las preferencias y capacidades del paciente, para afrontar su proceso de muerte. Si las familias o amigos tienen dificultades para responder ante las necesidades emocionales de los pacientes, los profesionales de la salud pueden ayudarlos a encontrar métodos para hacerlo.

Siguiendo la misma línea, Campbell, T. W; Abernethy, V; y Water-

house, G. J. (1983-84), investigaron si existían diferencias en las actitudes hacia la muerte entre enfermeras y médicos; para tal efecto, realizaron un cuestionario de auto-reporte y una carta de presentación que se enviaron por correo a una muestra estratificada del personal residente médico y quirúrgico, que cursaba el 3er. año de residencia en el Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt. La muestra de enfermeras se obtuvo utilizando el mismo procedimiento con todos los enfermos varones del Centro Médico y una selección aleatoria de las mujeres enfermeras que trabajaban en las unidades médicas y quirúrgicas.

Los conceptos actitudinales generales se derivaron de los 56 reactivos individuales del cuestionario, a través de un análisis de componentes principales, Estos conceptos tuvieron una validez aparente, puesto que se derivan de las principales dimensiones de las actitudes hacia la muerte en esta población; estos conceptos son:

1. La muerte como un evento positivo (que representa paz, victoria y un inicio);
2. La muerte como un evento negativo (caracterizado por el abandono, el peligro y la falta de cordialidad);
3. Mutilación y degradación corporal como parte de la muerte;
4. Soledad y suspensión, como aspectos de la muerte;
5. Muerte como un proceso frío, sofocante;
6. La muerte como retribución;
7. La muerte como un proceso espantoso.

La interpretación de los datos del cuestionario se complementó con entrevistas profundas, inestructuradas, que se realizaron en una submuestra de cinco enfermeras y cinco residentes. Estas entrevistas personales enfocaron los roles profesionales y su relación con la actitud hacia los pacientes terminales.

Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos en dos factores: las enfermeras consistentemente mantuvieron un punto de vista más positivo hacia la muerte, conceptualizando el proceso como "renacimiento, tranquilidad y victoria", mientras que los residentes caracterizaron a la muerte como una experiencia altamente negativa, descrita como "insegura, sola, olvidad y fría". Sorprendentemente, el sexo de los participantes no fué predictor significativo de la naturaleza de sus actitudes. Al complementar los datos del cuestionario con entrevistas a algunos participantes, reveló la existencia de dos paradigmas actitudinales diferentes, que distinguen los roles profesionales de enfermeras y médicos. Las respuestas de los residentes, se agrupaban característicamente sobre la noción de "ser el responsable". Las respuestas de las enfermeras, por otra parte, se centran alrededor de la idea central de "ser quien atiende". Los residentes enfatizaron repetidamente su posición única de ser quienes toman las decisiones y la consideraron un componente principal de su papel como médicos. En contraste, las enfermeras enfatizaron la importancia del aspecto de "atención" dentro de su rol profesional, visualizándolo desde la perspectiva de ejecutar los procedimientos de atención, así como proveer de cuidado al paciente. Evidentemente, existen elementos de responsabilidad

y cuidado en ambos roles; pero es la prioridad y el énfasis que se deposita en ellos, lo que hace la diferencia.

En suma, estos hallazgos tienden a confirmar la hipótesis de que hay diferencias significativas entre enfermeras y residentes, en sus actitudes acerca de la muerte. Además, esta diferencia parece estar relacionada con los distintos componentes de los roles profesionales. Parece que la orientación profesional es más importante que el sexo de la persona, al influir las actitudes profesionales hacia la muerte.

Muchos investigadores y clínicos han notado que las actitudes de médicos especialistas, pueden jugar un papel crítico en el ajuste emocional de los pacientes, así como de los padres del niño nacido muerto.

Kirkley-Best, E; Kellner, K. R; y Ladue, T. (1984-85), realizaron una investigación, cuya meta fué evaluar las actitudes hacia el nacimiento de un niño muerto en el grupo de obstetras y los residentes de obstetricia, y la observación de estas actitudes en los términos de la amenaza de la muerte personal entre estos médicos, en la Universidad de Florida, Gainesville.

Los participantes en el estudio recibieron dos cuestionarios. El primero fué el Índice de la Amenaza de la Muerte, que es una medida de cómo se siente amenazada una persona por sus ideas de la muerte o su propia muerte, basado sobre la construcción teórica personal; el segundo fué una Examinación de las Actitudes hacia

el Nacimiento de un Niño Muerto con la Muerte Perinatal en un ilimitado formato de selección múltiple.

En los resultados, muchos médicos no atribuyeron tener la culpa de origen, pero otros mencionaron a Dios, el doctor y la madre como el responsable de la muerte de un infante. La mayoría de respuestas reportaron una predisposición a alentar a las madres a ser abiertas hacia sus sentimientos; y un pequeño porcentaje mencionó que se debe alentar a las madres a llegar a estar embrazadas otra vez o de lo contrario a suprimir sentimientos acerca de la pérdida. Una mayoría sustancial de médicos sintieron que las madres deben ver el nacimiento de su infante muerto, y uno más pequeño, aunque todavía una considerable mayoría, sintieron que una madre debe ofrecerse la oportunidad de tener más hijos después.

Las actitudes hacia el nacimiento de un niño muerto se correlaciona con la conducta del médico en la práctica. De cualquier modo, los estudios de las opiniones morales y las actitudes morales tienen establecido que la "conducta moral" no siempre puede predecir las actitudes. El grado personal de la amenaza de la muerte puede influir sobre las actitudes que los obstetras tienen hacia el nacimiento de un niño muerto y la orientación de la amenaza de la muerte puede, en efecto, influenciar la conducta de un obstetra. Esto puede ser que el doctor con un nivel de amenaza de la muerte que es alto, puede sentir una compasión aproximada hacia las madres de los infantes nacidos muertos, aunque los médicos deben personalmente evitar la situación en cualquier

grado posible, quizá prefiriendo el señalar el cuidado emocional de los pacientes hacia alguna otra persona que podría ser una enfermera o residente.

El proceso de la muerte puede liberar las emociones reprimidas, no solo en los pacientes sino también en los médicos. Los médicos no están preparados para el manejo de una situación expansiva en cualquiera de dos opciones, como médicos o como simples espectadores. Quizás, como un resultado de su educación y condicionamiento los médicos están atemorizados por sus sentimientos de impotencia y frustración, y proyectan su angustia hacia sus pacientes.

Aunque los médicos tengan conocimientos y tecnología, no siempre pueden controlar las enfermedades humanas, y al sentir que ésta es su responsabilidad, se frustran y se deprimen por encima de sus esfuerzos de mantener una actitud estable.

Cada uno de los médicos aceptaron el mandato profesional -Juramento Hipocrático- de brindar ayuda médico-humanitaria según su necesidad de seres humanos-enfermos a sus pacientes. Pero ante lo inevitable de la muerte de un paciente, puede variar este juramento. Cuando el médico ponga su buena voluntad hacia el sumarse a una nueva dimensión en la relación del médico con el paciente, ésta estará acompañándolo y admitiéndolo en su realidad de moribundo. La presencia del médico en la fase final de la vida es crucial para una muerte tranquila. Esto puede permitir al paciente no sólo el morir con el respeto de él mismo sino también

el sentirse menos solo.

Los frecuentes encuentros con la muerte y los moribundos del equipo de médicos y paramédicos tienen un efecto psicológico directo sobre ambos en su funcionamiento y sus prácticas profesionales; es por esto que se han realizado investigaciones sobre los aspectos del temor de la muerte personal en diferentes especialidades de la medicina.

Así, Ungar, L; Florian, V; y Zernitsky-Shurka, E. (1990), realizaron un estudio para examinar la expresión del temor de la muerte personal entre los médicos, las enfermeras y las trabajadoras sociales en la Unidad de Diálisis en varios hospitales generales de Israel.

La muestra fueron 71 trabajadores de la Unidad de Diálisis (18 médicos, 36 enfermeras y 17 trabajadoras sociales), como grupo testigo fueron los trabajadores de la sala de Otorrinolaringología (21 médicos, 31 enfermeras y 16 trabajadoras sociales). El rango de edad de los participantes fué desde 35 y 61 años; de la población total, 23.7% fueron varones y 76.3% mujeres. Se utilizaron 2 instrumentos: La Escala del Temor de la Muerte Personal, que fué desarrollada por Florian, V. y Kravetz, S. (1983), esta escala mide el temor de la muerte personal en el nivel abierto consciente y es un instrumento de auto-reporte, basado en un modelo multi-dimensional del temor de la muerte personal y las consecuencias personales, interpersonales y transpersonales de la muerte de un individuo. El cuestionario consistía de

31 artículos, los cuales son contestados en una escala de 7 puntos alcanzando desde 1 "totalmente correcto para mí" a 7 "totalmente incorrecto para mí"; y el segundo instrumento fué un análisis del contenido de 4 fichas TAT (3 BW, 18 GF, 15 y 5) usando 6 subescalas que fueron: Centralmente en la muerte, Depresión, Ansiedad, Agresión, Culpabilidad y Repudio de Emociones desarrolladas por Florian, V; Kravetz, S; y Frankel, J. (1984). El TAT fué seleccionado como una medida por abajo del nivel de conciencia - del temor de la muerte personal. Esta técnica proyectiva fué considerada especialmente confiable para esta investigación porque fué usado un estímulo semi-estructurado para elegir el material imaginativo.

Los resultados en general fueron que sobre el nivel de conciencia, las enfermeras obtuvieron registros, en los cuales disminuyen entre estos de los otros dos grupos profesionales. En los niveles más bajos de la conciencia, las enfermeras tienden a seguir un patrón de calificación similar, contra éste de las trabajadoras sociales. Varias interpretaciones complementarias pueden ofrecer una explicación de estos resultados.

Primero: Observando que en las enfermeras hay un menor grado de enseñanza extensiva profesional, quienes experimentan un proceso de relativa desensibilización hacia la muerte y el símbolo de la muerte, desarrollando estrategias de evasión de involucramiento emocional con la condición de los pacientes moribundos. A través de estas estrategias los médicos y las enfermeras probablemente minimizan los efectos de la condición que amenaza la vida del pa

ciente sobre el temor de su propia mortalidad. En contraste, las trabajadoras sociales enfatizan la necesidad para la sensibilidad de las condiciones de sus pacientes. Ellas frecuentemente no tienen una suficiente preparación para el impacto de la amenaza de la vida de sus pacientes sobre el temor de su propia mortalidad.

Segundo: En su práctica diaria, los médicos pueden relacionar a sus pacientes sobre un objetivo y su nivel técnico, posiblemente distanciados emocionalmente en sí mismos de sus pacientes. En adición, los médicos pueden delegar responsabilidad a otros miembros del personal como un camino de evasión de situaciones. Aunque las enfermeras pueden utilizar estrategias similares de evasión emocional a la de los médicos, ellas sin embargo, experimentan una cierta cantidad de reacciones emocionales (ansiedad, culpabilidad y depresión) sobre los niveles más bajos de conocimiento comparado hacia éste de los médicos.

Finalmente se concluyó que, el temor de la muerte personal, aunque influenciado a un grado por la enseñanza de una profesión, - esta primariamente dado por el sexo de la persona y los procesos de socialización asociados con este sexo.

Otro estudio importante sobre las actitudes hacia la muerte en el área médica, es el de Brent, S. B; Speece, M. W; Gates, M. F; Mood, D; y Kaul, M. (1989), quienes investigaron cómo contribuyen diferentes experiencias relacionadas con la muerte a las actitudes de quienes ofrecen servicios de atención a la salud a pa-

cientes terminales. Este estudio investigó las contribuciones de la experiencia personal, profesional y educativa a los componentes aversivos y atractivos de las actitudes de 420 estudiantes graduados y no graduados de 6 escuelas de enfermería universitarias en Detroit, Michigan.

Este estudio se basó en dos series de suposiciones: las actitudes en general y la relación entre la experiencia y las actitudes. Se utilizó un cuestionario de actitudes, donde cada pregunta describía por un lado una situación específica relacionada con el cuidado de un paciente terminal (por ejemplo hablarle o entrar en contacto con él) y por el otro, una reacción específica a esa situación (por ejemplo considerarla incómoda o un reto); y el otro cuestionario fué de experiencia, que revisó cuatro tipos de experiencias relacionadas con la muerte que tenían probabilidades de influir en las actitudes representadas por estas escalas: experiencias personales, profesionales, educativas y de la vida en general.

La experiencia personal se refiere a la experiencia de la muerte con alguien con quien uno tiene una relación no profesional y personal (es decir, un miembro de la familia o un conocido cercano); en la experiencia profesional se hizo una distinción de ésta con la experiencia personal, por el hecho de que la relación principal del estudiante con la persona que estaba muriendo era profesional. Se utilizó el número de pacientes moribundos cuidados y atendidos ya sea individualmente o como parte de un equipo de atención a la salud para señalar el nivel específico de la ex

perencia profesional de cada estudiante; la experiencia educativa fué el grado en que su educación formal había concluido cursos, seminarios, talleres o módulos del curso dedicados específicamente a asuntos relacionados con la muerte y el morir en general, y en las necesidades especiales de los pacientes terminales en particular; las experiencias de la vida en general fueron los diversos tipos inespecíficos de experiencia de la vida ya que contribuyen también a las propias actitudes hacia los pacientes terminales.

En los resultados, los estudiantes indicaron que, cuando es posible, ellos frecuentemente evitaban discusiones de la muerte con un paciente moribundo y trataban de evitar las palabras "muerte" y "moribundo". También sugirieron que pueden tener una actitud más positiva hacia el cuidado de los pacientes moribundos en comparación a los estudios en el pasado; al mismo tiempo quedó claro que la práctica de enfermería tuvo muchos aspectos atractivos para los estudiantes no pudiendo excluir de estos simultáneamente muchos aspectos aversivos también.

Lo más interesante de la investigación en lo concerniente a la relación entre las actitudes y la experiencia, fué que una proporción de la aversión de los estudiantes de enfermería inicialmente hacia el cuidado de los pacientes moribundos se disipa con la experiencia y que las experiencias relacionadas con la muerte ejercen una influencia insignificante sobre el desarrollo de una actitud más positiva hacia el cuidado de los pacientes moribundos, pero que también semejantes experiencias suministran ideas

dentro de algunos de los factores que contribuyen hacia su influencia. También indicaron que las experiencias específicas con la muerte y el moribundo ejercen una influencia muy grande sobre las actitudes hacia el cuidado de los pacientes moribundos que hacen la experiencia general.

En adición a todo lo anterior, se recomienda que los miembros del personal del área médica participen en talleres multidisciplinarios en los cuales los miembros de cada profesión puedan presentar sus estrategias de albardilla con semejantes condiciones y desarrollar métodos de acción.

II METODOLOGIA

2.1 Planteamiento del Problema

¿Existen diferencias en la actitud hacia la muerte entre médicos especialistas de sexo masculino y femenino de edades diferentes_ de la ciudad de México?

2.2 Delimitación del problema

Las especialidades médicas que se consideraron son:

Cancerología

Cardiología

Geriatría

Gineco-obstetricia

2.3 Formulación de hipótesis

Ho: No existen diferencias en la actitud hacia la muerte entre - médicos especialistas de la ciudad de México dependiendo de la edad y sexo.

H_a: Existen diferencias en la actitud hacia la muerte entre médicos especialistas de la ciudad de México dependiendo de la - edad y sexo.

2.4 Formulación de variables

V. D. Actitud hacia la muerte

Definición Operacional: Es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad a los reactivos del instrumento, el cual se puntuará del 1 al 5.

Definición Conceptual: La actitud hacia la muerte, es profundamente ambivalente; repulsión a la muerte y atracción por la muerte; muerte riesgosa y amor por la vida; querer la felicidad y comportarse de manera autodestructiva; tomar a la muerte como tabú e insistir en un nuevo permiso para hablar de ella. Vivimos en una época de conciencia sobre la muerte en la que el hombre, el centro de su propio mundo, arguye vehementemente que no es psicológicamente degradable (Schneidman, S. E. 1974).

V. I. Edad, Sexo, Cancerólogos, Cardiólogos, Geriatras, Gineco - obstetras.

Definición Operacional:

Edad: Se formaron 4 grupos de sexo masculino y femenino de diferentes edades:

1. 30 - 35 años
2. 36 - 40 años
3. 41 - 45 años
4. 46 - 50 años

Sexo: Se incluyeron los hombres y las mujeres de cada uno de los diferentes grupos.

Especialidad Médica:

Cancerólogos: Número total de sujetos de la especialidad de Cancerología que participó en esta investigación.

Cardiólogos: Número total de sujetos de la especialidad de Cardiología que participó en esta investigación.

Geriatras: Número total de sujetos de la especialidad de Geriatría que participó en esta investigación.

Gineco-obstetras: Número total de sujetos de la especialidad de Gineco-obstetricia que participó en esta investigación.

Definición Conceptual:

Cancerólogo: Médico especialista que se dedica al estudio y tratamiento de los tumores cancerosos (Porot, A. 1962).

Cardiólogo: Médico especialista que se dedica al estudio y tratamiento del corazón y sistema circulatorio (Porot, A. 1962).

Geriatra: Médico especialista que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades de la vejez (Porot, A. 1962).

Gineco-obstetra: Médico especialista que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades especiales de la mujer y de la gestación, parto y puerperio (Porot, A. 1962).

2.5 Instrumento de medición de las variables

Para poder realizar el estudio y tener una forma de medir la Variable Dependiente, se utilizó un cuestionario que se aplicó a médicos especialistas. El cuestionario está basado en cuatro es-

calas empleadas en Estados Unidos para medir la actitud hacia la muerte. A continuación se expondrá la manera en que estas escalas fueron elaboradas:

1. Escala de Miedo a la Muerte y a los Moribundos (Collet, Letton, 1959); elaborada para proveer mediciones en cuatro aspectos relacionados con la actitud hacia la muerte:

- a) miedo a la propia muerte
- b) miedo a la muerte de otros
- c) miedo de estar muriendo
- d) miedo de que otros estén muriendo

Esta escala comprende seis puntos a elegir, oscilando entre las opiniones de agrado y desagrado. De esta escala no se tiene la información suficiente acerca de cómo fué validada.

2. Escala de Ansiedad de Muerte de Templer, I. D. (1970): El estudio de Templer, I. D. (1970), involucró la construcción y validación de la escala de ansiedad (DAS). Se seleccionaron 31 ítems por método de jueces de un número inicial de 40. Después se establecieron y computaron correlaciones biserials, de las cuales se obtuvieron 15 ítems que constituyen finalmente la escala. Se determinó la consistencia interna y confiabilidad por medio de test-retest.

La validez del DAS se estableció mediante dos procedimientos separados:

a) Los pacientes psiquiátricos con mayor ansiedad hacia la muerte, tuvieron resultados significativamente más altos en el DAS - que los pacientes del grupo control.

b) Los resultados del DAS se correlacionaron significativamente con la escala FODS de Boyar, con otro cuestionario de temas de muerte y con un área de asociación secuencial de palabras; así mismo, se obtuvieron correlaciones con las variables del MMPI.

3. Escala de Dickstein, L. (1972): El cuestionario preliminar de 48 items con cuatro respuestas alternativas cada uno, se administró a 160 estudiantes, que dió como resultado sólo 18 items con menor capacidad de discriminación, por lo que fueron eliminados los restantes, quedando por lo tanto una escala de 30 items. Se administró a una nueva muestra de 193 estudiantes para obtener datos de la consistencia interna, de la misma manera se les aplicó la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (MAS). La conclusión obtenida fué que la escala tiene un alto nivel de confiabilidad en términos de consistencia interna, tanto para hombres como para mujeres.

4. Escala de Nelson (1978): Para la concepción de esta escala se utilizaron dos muestras, la primera consistió en 455 estudiantes universitarios y la segunda de 587 entre 18 y 29 años. Originalmente eran 43 items que debían ser contestados mediante la escala de Likert. Los factores sujetos a medición fueron:

a) evitación de muerte

b) renuencia a confrontar el proceso de muerte

c) miedo a la muerte

La confiabilidad fué adecuada para cada grupo, por lo que los diferentes ítems miden funcionalmente los componentes de la actitud hacia la muerte.

2.6 Diseño y tipo de investigación

El diseño de la investigación se encuentra dentro de los llamados ex-post-tacto, que significa "a partir de lo ya acontecido". En este tipo de diseño, es imposible manipular las variables independientes, puesto que sus manifestaciones ya ocurrieron (en este caso sexo y edad); este tipo de estudio se inicia con la observación de la variable dependiente (actitud hacia la muerte) y se estudia en forma retrospectiva la influencia o efectos que las variables independientes pudieran tener en ella (Kerlinger, F. 1973).

El tipo de investigación es de campo, descriptivo y transversal.

El estudio de campo trata de estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales. Su principal característica consiste en que se realiza en el medio natural que rodea al individuo, y puede ser o no experimental.

Los estudios de campo pueden ser muy variados y a diferentes niveles: desde el nivel puramente descriptivo, con las caracterís-

ticas que posee un estudio de tal naturaleza, hasta un estudio experimental muy controlado. La ventaja principal consiste en -- que los resultados se pueden generalizar a la población, en caso de que la muestra sea representativa, dado que la investigación se lleva a cabo en el lugar donde se manifiesta el fenómeno - (Pick, S. 1992).

Es estudio descriptivo obtiene un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, pero sólo pretende describir las características más importantes del mismo en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo. Es decir, el investigador sólo requiere - describir el fenómeno tal como se presenta en la realidad. Además, le sirve para obtener más información que le será útil para plantear estudios posteriores más estructurados (Pick, S. 1992).

Es estudio transversal se realiza en un momento determinado; nos interesa el fenómeno en el presente (Pick, S. 1992).

2.7 Descripción de la población y selección de la muestra

La población utilizada fueron 300 médicos que tuvieron una de - las siguientes especialidades: Cancerología, Cardiología, Geriatria y Gineco-obstetricia, y que laboran en hospitales privados de la ciudad de México. De esta población se tomaron los que desearon participar en el estudio.

La muestra se conformó por 86 médicos, de los cuales, 26 fueron mujeres y 60 hombres.

2.8 Procedimiento

Acudí a los hospitales pidiendo colaboración a los médicos y les dí estas instrucciones: "La finalidad del siguiente test es exclusivamente científica, por lo que no es necesario su identidad, sólo requiero de algunos datos personales. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar. Agradezco su colaboración".

2.9 Análisis y sistematización de datos

Obtuve las medidas de tendencia central (media, moda y mediana)- con tabla de distribución de frecuencias y posteriormente se realizó un análisis de varianza para establecer las diferencias estadísticamente significativas por 4 grupos independientes, por que el nivel de medición del instrumento es intervalar.

$$\text{Media} \\ \bar{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

$$\text{Moda} \\ \hat{X}$$

$$\text{Mediana} \\ \tilde{X}$$

Es el número que se repite más veces

Valor que está a la mitad, del menor al mayor

Desviación Estándar

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

Varianza

$$\sigma^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}$$

2.10 Análisis Estadístico

Para este estudio se utilizó el SPSS (Statistical Package of the Social Science), el cual, fué elaborado por Nie, N. H; Hull, C.-H; y Jenkins, J. G. (1980). De éste, se usó la versión 4, donde se trabaja con varios programas estadísticos. En esta investigación se utilizaron 4 programas que son:

1. Frequencies
2. Crosstrabs
3. Pearson Correlation
4. ANOVA

Los datos serán presentados en dos partes. La primera que corresponde a un Análisis Descriptivo y la segunda a un Análisis Inferencial.

III RESULTADOS

Para este estudio se utilizó el SPSS (Statistical Package of the Social Science), el cual, fué elaborado por Nie, N. H; Hull, C. H; y Jenkins, J. G. (1980). De éste, se usó la versión 4, donde se trabaja con varios programas estadísticos. En esta investigación se utilizaron 4 programas que son:

1. Frecuencias
2. Crosstabs
3. Pearson Correlation
4. ANOVA

Los datos serán presentados en dos partes. La primera que corresponde a un Análisis Descriptivo y la segunda a un Análisis Inferencial.

A) Análisis Descriptivo.

Este análisis está conformado por Frecuencias (Frequencies) y Tablas Cruzadas (Crosstabs). Las Frecuencias se utilizan para obtener una descripción de las características generales de la muestra, la cual, contiene: Tablas de Frecuencias, Medidas de Tendencia Central (Media, Moda) y Medidas de Dispersión (Desviación Estándar).

La Moda (Mo): representa el puntaje o categoría que ocurre con mayor frecuencia en una distribución. La moda puede encontrarse

fácilmente por inspección más que por cálculo.

En el caso de una Distribución de Frecuencia Simple en la que los valores de los puntajes y las frecuencias se presentan en columnas separadas, la moda es el valor que aparece más a menudo en la columna de frecuencia de la tabla.

La Media (\bar{X}): se define como la suma de un conjunto de puntajes dividido entre el número total de puntajes del conjunto. Su fórmula:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

donde:

\bar{X} : media

\sum : sumatoria

X: un puntaje no procesado en un conjunto de datos

N: número total de puntajes en un conjunto

La Desviación Estándar: es una medida de dispersión que indica qué tanto las puntuaciones se alejan o se acercan a la media. Su fórmula:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - (\bar{X})^2}$$

donde:

σ : desviación estándar

$\sum X^2$: elevar al cuadrado cada puntuación y sumarla

N: número total de casos

\bar{X}^2 : media al cuadrado

Los datos obtenidos fueron los siguientes:

Del total de médicos investigados, que para este estudio fueron 86, se encontró que el 69.8% fueron del sexo masculino y el 30.2% del sexo femenino, encontrando una moda de 1 que indica que la mayoría de médicos investigados fueron hombres. (ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución por sexo

Valor	Frecuencia	%
Masculino	60	69.8
Femenino	26	30.2
	-----	-----
Total	86	100.0

Se formaron 4 grupos de la edad de los médicos investigados y se encontró que el 22.1% fueron de 41 a 45 años, el 24.5% de 30 a 35 años, el 26.8% de 36 a 40 años y 26.8% de 46 a 50 años, presentando una moda de 38 que indica que la mayoría cuenta con esta edad, así mismo se obtuvo una media de 40.6 que indica el promedio de edad de la muestra estudiada y una desviación estándar de 6.0 que señala una gran dispersión en la edad ya que el rango obtenido fué de 30 a 50 años. (ver tabla 2)

Tabla 2. Edad de los médicos

Valor	Frecuencia	%
30	6	7.0
31	1	1.2
32	3	3.5
33	2	2.3
34	4	4.7
35	5	5.8
36	4	4.7
37	3	3.5
38	8	9.3
39	2	2.3
40	6	7.0
41	1	1.2
42	5	5.8
43	5	5.8
44	2	2.3
45	6	7.0
46	5	5.8
47	4	4.7
48	4	4.7
49	3	3.5
50	7	8.1

Total	86	100.0
\bar{X} : 40.6	σ^2 : 6.09	Mo: 38

Se tomaron del total de los médicos 4 especialidades: Cancerólogos, Cardiólogos, Geriátras y Gineco-obstetras, encontrándose - que hubo un 25% de cada especialidad aproximadamente. (ver tabla 3)

Tabla 3. Especialidades

Valor	Frecuencia	%
Cancerólogo	21	24.4
Cardiólogo	22	25.6
Geriátra	21	24.4
Gineco-obstetra	22	25.6
Total	86	100.0

Posteriormente se hizo un cruce de variables con el objetivo de conocer la distribución por sexo.

En cuanto a la relación sexo por edad hubo más mujeres de 41 a - 45 años y hubo más hombres de 36 a 40 años. (ver tabla 4)

Tabla 4. Cruce de variables entre el sexo y la edad

Sexo	Edad				Total por fila	
	30 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50		
Masculino	26.7	30.0	16.7	26.7	60	69.8%
Femenino	19.2	19.2	34.6	26.9	26	30.2%
Total por columna	21	23	19	23	86	
	24.4%	26.7%	22.1%	26.7%		100.0%

Para la relación sexo por especialidad los porcentajes fueron: -
 Cancerólogo 23.3%, Cardiólogo 26.7%, Geriatria 25.0% y Gineco-obs-
 tetra 25.0%, lo cual deja ver que el porcentaje fué similar en -
 todas las celdillas tanto en hombres como en mujeres (26.9%, -
 23.1%, 26.9% respectivamente). (ver tabla 5)

Tabla 5. Cruce de variables entre especialidad y sexo

Sexo	Especialidad				Total por fila	
	Cancerólogo	Cardiólogo	Geriatria	Gineco- obstetra		
Masculino	23.3	26.7	25.0	25.0	60	69.8%
Femenino	26.9	23.1	23.1	26.9	26	30.2%
Total por	21	22	21	22	86	
columna	24.4%	25.6%	24.4%	25.6%		100.0%

En la relación de edad por especialidad indica que hubo más Can-
 cerólogos de 46 a 50 años, que en los Cardiólogos predominaron -
 de 30 a 35 años y de 36 a 40 años, que en su mayoría los Geria -
 tras fueron de 46 a 50 años y que los Gineco-obstetras fueron a
 la cabeza de 30 a 35 años de edad. (ver tabla 6)

Tabla 6. Cruce de variables entre edad y especialidad

Especialidad	Edad				Total por fila	
	30-35	36-40	41-45	46-50		
Cancerólogo	4.8	33.3	19.0	42.9	21	24.4%
Cardiólogo	31.8	31.8	22.7	13.6	22	25.6%
Geriatria	4.8	19.0	28.6	47.6	21	24.4%
Gineco obstetra	54.5	22.7	18.2	4.5	22	25.6%
Total por	21	23	19	23	86	
columna	24.4%	26.7%	22.1%	26.7%		100.0%

B) Análisis Inferencial.

Este análisis consta de: Correlación de Pearson (Pearson Correlation) y del Análisis de Varianza (ANOVA).

Correlación de Pearson: el coeficiente de correlación de Pearson es una medida de asociación entre las variables X y Y, en el cual se deben tomar en cuenta los siguientes requisitos:

1. Una relación lineal en línea recta: la r de Pearson es útil solamente para detectar una correlación lineal en línea recta entre X y Y.
2. Los datos de intervalo: ambas variables, X y Y deben medirse al nivel por intervalos de manera que se pueda asignar puntajes a los entrevistados.
3. El muestreo aleatorio: los miembros de la muestra deben haberse extraído aleatoriamente de una población específica.
4. Las características normalmente distribuidas: la prueba de la significación de la r de Pearson que tanto la variable X como la Y estén normalmente pequeñas, al no llevar el requisito de características normalmente distribuidas puede menoscabar seriamente la validez de la r de Pearson. No obstante, este requisito es secundario cuando la magnitud de la muestra es igual o mayor que 30 casos. De acuerdo con la fórmula para calcular la r de Pearson:

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

donde:

r: el coeficiente de correlación de Pearson

N: el número total de pares de puntajes X y Y

X: puntaje crudo en la variable X

Y: puntaje crudo en la variable Y

Análisis de Varianza: este análisis puede usarse para hacer comparaciones entre 3 o más medias muestrales. Esta prueba origina una razón F, cuyo numerador representa la variación entre los grupos que se comparan y cuyo denominador contiene una estimación de la variación dentro de los grupos. La razón F indica la magnitud de la diferencia entre los grupos en la relación con la magnitud de la variación dentro de cada grupo. La suma de cuadrados representa el paso inicial para medir la variación total, así como la variación entre los grupos y dentro de ellos. Su fórmula:

$$F = \frac{MCE}{MCI}$$

donde:

F: razón F

MCE: Media de Cuadrados entre grupos

MCI: Media de Cuadrados intra grupos

$$MCE = \frac{SCE}{gIE}$$

$$MCI = \frac{SCI}{gII}$$

donde:

SCE: Suma de Cuadrados entre grupos

SCI: Suma de Cuadrados intra grupos

glE: grados de libertad entre grupos

glI: grados de libertad intra grupos

Los resultados obtenidos son los siguientes:

1. Correlación de Pearson.

Del total de los médicos no hubo relación significativa en general entre edad y actitud hacia la muerte, no obstante la actitud hacia la muerte en los hombres fué más negativa a mayor edad y - la actitud hacia la muerte en las mujeres fué más positiva a mayor edad. (ver tabla 7)

Tabla 7. Análisis de Correlación entre edad y actitud hacia la muerte (en general y por sexo)

<u>General:</u>	Actitud hacia la muerte	Edad
Actitud hacia la muerte	1.0000	-.0424
Edad	-.0424	1.0000
<u>Masculino:</u>	Actitud hacia la muerte	Edad
Actitud hacia la muerte	1.0000	-.0193
Edad	-.0193	1.0000
<u>Femenino:</u>	Actitud hacia la muerte	Edad
Actitud hacia la muerte	1.0000	.0952
Edad	.0952	1.0000

2. Análisis de Varianza.

En la prueba de significación del análisis de varianza del total de los médicos, se encontró una $p \leq 0.05$, que indica que existen diferencias en la actitud hacia la muerte entre los médicos especialistas de la ciudad de México dependiendo del sexo. Para ello se dividieron el total de los médicos en hombres y mujeres, encontrándose que la actitud hacia la muerte en las mujeres es en general negativa y que la actitud hacia la muerte en los hombres en general es positiva, $[F=25.08(1/78); p=0.00]$ (ver tablas 8 y 9; ver gráfica 1)

Tabla 8. Medias por sexo

Sexo	Masculino	Femenino
\bar{X}	3.40	2.99
N	60	26

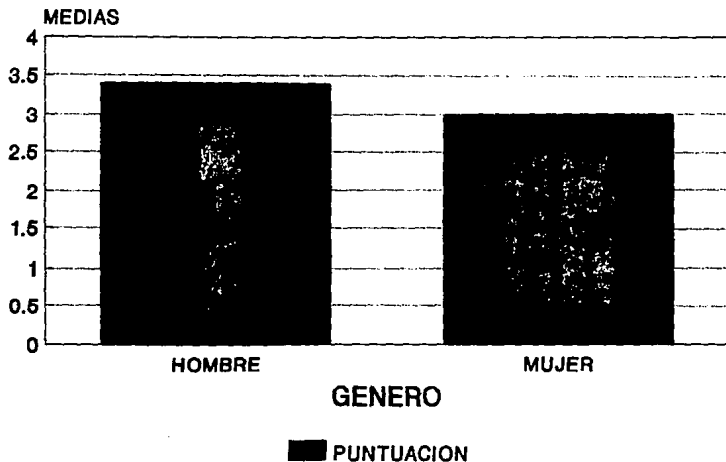
Tabla 9. Análisis de varianza de la Actitud hacia la Muerte

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	*F	*P
Efectos Principales	3.423	4	.856	.856	.000
Sexo	3.016	1	3.016	25.081	.000**
Especialidad	.339	3	.113	.941	.425
Interacciones	.013	3	.004	.036	.991
Sexo-Especialidad	.013	3	.004	.036	.991
Varianza Explicada	3.436	7	.491	4.083	.001
Varianza de Error	9.378	78	.120		
Total	12.814	85	.151		

*F: Prueba de Significación del Análisis de Varianza.
 *P: Probabilidad.
 **: p .05

ACTITUD HACIA LA MUERTE

DIFERENCIAS POR GENERO



GRAFICA 1.

En el total de los médicos no hubo diferencias significativas - por especialidad, $[F=0.94(3/78); p=0.42]$, ni por interacción de sexo por especialidad, $[F=0.036(3/78); p=0.99]$ (ver tablas 9 y - 10; ver gráfica 2)

Tabla 10. Medias por especialidad

		Especialidad			
		Cancerólogo	Cardiólogo	Geriatra	Gineco-obstetra
\bar{X}		3.27	3.32	3.34	3.17
N		21	22	21	22

Tabla 10. Medias de la interacción Especialidad por sexo

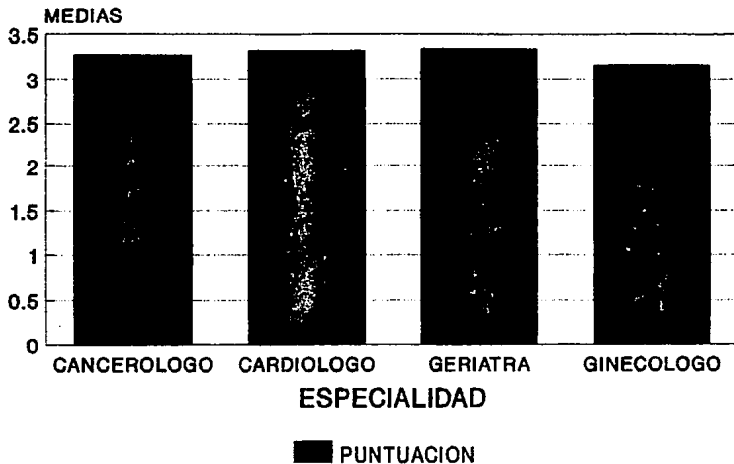
		Especialidad			
Sexo		Cancerólogo	Cardiólogo	Geriatra	Gineco-obstetra
Masculino	\bar{X}	3.41	3.43	3.45	3.31
	N	14	16	15	15
Femenino	\bar{X}	2.99	3.04	3.07	2.86
	N	7	6	6	7

En cuanto a la edad no hay diferencias significativas en la actitud hacia la muerte en el grupo de médicos, $[F=0.19(3/82); p=0.90]$ (ver tablas 11 y 12; ver gráfica 3)

Tabla 11. Medias por edad

Edad	30-35	36-40	41-45	46-50
\bar{X}	3.33	3.25	3.28	3.25
N	21	23	19	23

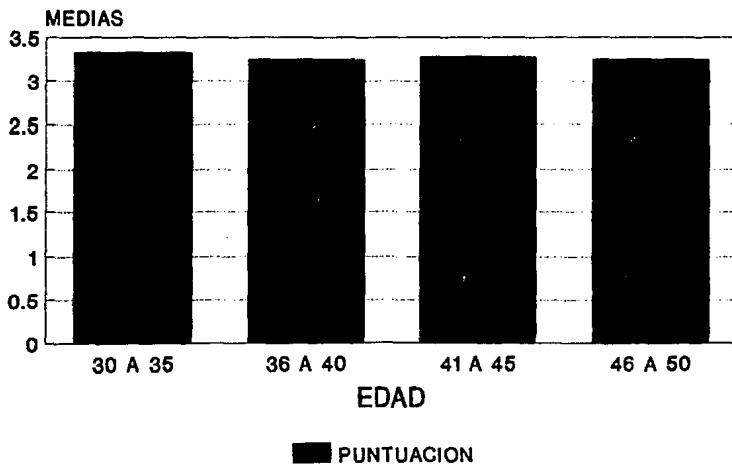
ACTITUD HACIA LA MUERTE DIFERENCIAS POR ESPECIALIDAD



GRAFICA 2.

ACTITUD HACIA LA MUERTE

DIFERENCIAS POR EDAD



GRAFICA 3.

Tabla 12. Análisis de Varianza de Actitud hacia la Muerte por Edad

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	*F	*P
Efectos Principales	.090	3	.030	.194	.900
Edad	.090	3	.030	.194	.900
Varianza Explicada	.090	3	.030	.194	.900
Varianza de Error	12.724	82	.155		
Total	12.814	85	.151		

*F: Prueba de Significación del Análisis de Varianza.
 *P: Probabilidad.

IV CONCLUSIONES

Dados los resultados del presente estudio, se reconsidera la conveniencia -para evitar el stress y con él la mala o inadecuada - actitud del médico varón por su edad- de seleccionar con mayor - cuidado a aquellos que vayan a ejercer los servicios médicos en donde se tenga que hacer un manejo de enfermos terminales, así - mismo considerar la variable sexo como un factor predictivo de - la actitud.

También es importante señalar que se corroboró el hecho de que, - la estructura de las actitudes tiende a la estabilidad, además - de que la conducta que no concuerda con el sistema del individuo provoca respuestas adversas ante situaciones concretas.

Por otro lado hay que considerar que la aceptación sana de la - muerte ahorra mucho dolor, y el rechazo a este fenómeno inherente a la vida, conduce a un sufrimiento patológico.

Entendiendo a la muerte como un proceso con sus respectivas vicisitudes, todos los estudios realizados en la investigación que - nos ocupa están de acuerdo en dividir al proceso de la muerte en etapas, que con diferencias de unas a otras todas señalan un curso que se aproxima a diferentes velocidades desde el moribundo - hasta la muerte.

Es importante el tiempo que el paciente tarda en la evolución de su padecimiento desde la etapa de moribundo hasta la muerte, lo cual, concluye que se deben valorar los casos de muerte súbita - (por diferentes causas) o bien las enfermedades agudas de corta_

duración, para instituir los cuidados que al paciente y a la familia sean necesarios.

Desde que se establece el diagnóstico de "estado" de la enfermedad de "terminal" y que el paciente pasa a ser "un moribundo", - el médico debe intervenir muy cercanamente como caríátide que es de semejante situación médico-paciente-familia-médico, para lo - cual, es importante considerar en forma clara la necesidad de - educación de todo el equipo médico o trabajadores en salas de - cuidados especiales a moribundos a un buen nivel profesional y - humano, así por ejemplo, las mentiras al paciente como a la fami - lia deben de ser eliminadas y aprovechar que los médicos en las - últimas épocas se proponen como convencidos de hablar con el pa - ciente y la familia, tanto del diagnóstico como del pronóstico - del proceso que se ha de vivir.

También se podría decir que los médicos muy en particular deben - de estar capacitados en Tanatología, Sociología y Psicología, di - rigiendo sus estudios hacia el cuidado de los enfermos termina - les. Y que el resto del equipo humano que colabora con el médico no debe de ser relegado.

Si nuestra reacción ante las personas que están tristes, general - mente es intentar animarlas, decirles que no miren las cosas des - de una óptica tan torva o desesperada y les instamos a ver el la - do positivo de la vida, y las cosas que les rodean, porqué no al moribundo hablarle alentadora y creativamente yendo al rescate - de sus logros, sus haberes, sus cualidades, sus afectos y " " -

obra existencial en esta vida. En fin, darle un hábito de visión reestructurante de su impotencia ante la muerte.

Igualmente recordar y recordarle al moribundo las muchas cosas - que tiene para compartir y que necesita intervenciones activas - por parte de miembros de varias profesiones. El dolor preparatorio no necesita palabras o necesita muy pocas. Es más importante el intercambio emocional, muchas veces silencioso con pequeñas - muestras de acompañamiento, tocando una mano, acariciando su pelo, su frente o simplemente, sentándose justo a su lado y aún en silencio. Es aquí donde una actitud positiva por parte del equipo médico ayuda al enfermo a enfrentar esta fase. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Con frecuencia desea que lo dejen solo y sin noticias o problemas del exterior. A menudo no desea visitas o no quiere hablar o pide sean breves y con límite de - personas. La comunicación se volverá más muda que oral, los momentos de silencio serán las comunicaciones más llenas de sentido al menos para las personas que no se sienten incómodas en presencia de un moribundo. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final, haciéndole saber - que no está solo.

Por otro lado, hay que recordar la importancia de insistir en el estudio de los aspectos emocionales que implican una actitud negativa y velada que en ocasiones los seres humanos tomamos frente a un hecho innegable que es la muerte e implementar medios pa

ra modificarlas, en los diferentes campos y niveles convenientes.

Es conveniente, además profundizar en el estudio del "desacuerdo" en la conveniencia, o no, de comunicar al paciente terminal la verdad de su enfermedad y su pronóstico con nuevos planes de estudio de campo en general, amplios y bien instrumentados, dirigidos hacia las personas que trabajan al cuidado de pacientes terminales. Es de esperarse que se haga algo dirigido y concreto como promociones y divulgación de los conocimientos logrados hasta la actualidad por medio de conferencias, simposios, talleres clínicos con mesas de trabajo y aún panfletos, folletos y boletines de información y la socialización profesional, las experiencias educativas y las expectativas de los roles y que tengan estos influencia sobre de las actitudes de los médicos y las enfermeras al cuidado de enfermos terminales.

Un ejemplo de lo anterior podrían ser las discusiones entre varios grupos del hospital, que permitan ayudar a los prestadores de servicio de varias disciplinas, a entender las perspectivas de cada uno, clarificar malas interpretaciones y aportar información que conduzca a esfuerzos coordinados, por ejemplo: los médicos deben fomentar tales discusiones.

4.1 Limitaciones y sugerencias

La presente investigación tuvo como principales limitaciones las siguientes:

El número de sujetos de la muestra fué escaso, por lo que el valor predictivo solo se limitaría a los médicos estudiados, por lo tanto, sería conveniente para futuras investigaciones ampliar la, además de considerar variables como: nivel socio-económico, religión, antigüedad en la profesión, estado civil, número de muertes que han enfrentado, tanto de pacientes como personales, comparar distintos hospitales y trabajar con áreas geográficamente estandarizables.

Otra limitación fué el hecho de haber usado un sólo instrumento de medición, por lo que se sugiere para posteriores estudios la utilización de otros como: pruebas proyectivas, de personalidad, de aptitudes, de inteligencia y entrevistas individuales, entre otras.

Además también sería útil desarrollar estudios observacionales que documenten la línea de comunicación y su contenido, entre los que forman el equipo de cuidado de pacientes terminales, así como, psicoterapia de grupo encaminada a explorar los propios sentimientos del médico. Lo anterior permitiría el estudio de un número mayor de relaciones entre variables.

Los profesionales de la salud que se ocupan del cuidado al pa -

ciente terminal, deben estar conscientes de las preferencias de los enfermos a su cargo; y por lo tanto, se debe elegir y seleccionar al personal apto para brindar esta atención, es decir, que respeten preferencias y capacidades, para afrontar su proceso de muerte. Y si hubiere dificultades al respecto, o con amigos o familiares, los profesionales podrán brindarles ayuda para encontrar métodos para hacerlo, ya que la presencia del médico en la fase final de la vida, es crucial para una muerte tranquila.

En estudios realizados con estudiantes en preparación para los cuidados de pacientes terminales, concluyeron que evitaban discusiones de la muerte con los pacientes moribundos y trataban de evitar la palabra muerte y moribundo, considerando su actitud más positiva al respecto. Es de sugerirse otros estudios con médicos exclusivamente y que se dediquen al cuidado de enfermos terminales investigando las ventajas o desventajas de lo señalado.

Kincade, J. E. (1978), realizó un estudio en el que su propósito fué comparar las actitudes de médicos, residentes y enfermeras en relación al cuidado de los pacientes terminales. Al respecto señalo como sugerencia se hagan otros estudios similares, dado que en el presente, no se utilizaron ni residentes ni enfermeras

Recomiendo que en futuros estudios se usen otros grupos de profesiones o la combinación de ellas o comparando diferentes profesionales del mismo sexo o con grupos de profesionales interdisci

plinarios: de Medicina y Psicología, por ejemplo: Tanatólogos, - Psicólogos Clínicos, Psiquiatras, Psicoanalistas, Sociólogos, An tropólogos, Filósofos y Pedagogos. Así como el entendimiento que se tenga de la relación entre el temor de la muerte personal y - la práctica profesional.

Por último, cabe señalar que dentro de los principales aportes - del presente trabajo, radica en el hecho de que existen pocas in vestigaciones que trabajen la relación entre las actitudes y las variables estudiadas, por lo que este estudio es una base para - el desarrollo de otras que aporten mayor claridad en el entendi miento de estos factores, que como se observó en el contenido de la investigación, son elementos fundamentales tanto para el médi co como para el paciente y su familia.

A N E X O

A N E X O

CUESTIONARIO

Instrucciones: La finalidad del siguiente cuestionario es exclusivamente científica, por lo que no es necesaria su identidad; solo requiero de algunos datos personales. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar. A continuación se presentan diferentes posibilidades de respuesta, a cada una de ellas le corresponde un número; elija el número que coincide con su opinión. Indique el número elegido en la línea que está al lado izquierdo de la oración.
 AGRADEZCO SU COLABORACION.

Edad _____ Sexo _____ Profesión _____

- 5 Completamente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 No tengo opinión al respecto
- 2 En desacuerdo
- 1 Completamente en desacuerdo

- _____ 1. Tengo miedo a morir
- _____ 2. Tengo miedo a morir violentamente
- _____ 3. Me molesta pensar en lo corta que es la vida
- _____ 4. Espero que más de un médico me examine antes de que me consideren muerto
- _____ 5. Me molesta pensar acerca de mi propia muerte
- _____ 6. Temo no vivir lo suficiente para disfrutar de la vida
- _____ 7. La gente de edad más avanzada piensa más frecuentemente en la muerte
- _____ 8. Me impactaría ver un cadáver
- _____ 9. Frecuentemente pienso en la muerte
- _____ 10. Temo no poder llevar a cabo mis metas antes de morir
- _____ 11. Tengo miedo de estar muerto
- _____ 12. El pensar en la muerte me molesta
- _____ 13. El pensar en mi muerte me genera ansiedad y/o me deprime
- _____ 14. Cuando pienso en mi muerte, trato de distraerme
- _____ 15. Si estuviera muriendo, no me gustaría saberlo
- _____ 16. No podría descansar en un ataúd sin experimentar sentimientos negativos

- ___ 17. Si pudiera escoger tener una vida eterna en la tierra, escogería este destino
- ___ 18. Cuando leo los periódicos nunca presto atención a la nota roja
- ___ 19. La muerte no sería dolorosa si la vida ha sido productiva
- ___ 20. Nunca he imaginado la posibilidad de que algún ser querido pueda morir
- ___ 21. Si algún ser querido estuviera muriendo, no le diría en qué condiciones está
- ___ 22. Si un amigo estuviera muriendo, preferiría no saberlo
- ___ 23. Me sería difícil pasar mucho tiempo con personas que están muriendo
- ___ 24. Si estuviera desahuciado, no me gustaría saberlo
- ___ 25. Si un miembro de mi familia estuviera grave, preferiría no saberlo

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, I. y ADLERSTEIN, A. Death and Religion. McGraw Hill.-
New York. 1959.
- ALLPORT, F. H. Social Psychology. Houghton Mifflin. Boston. 1954.
citado en HOLLANDER, E. Principios y Métodos de Psicología Social. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1967.
- ALLPORT, G. W. Personality: A Psychological Interpretation. Holt
New York. 1935.
- ANGUERA, O. y Sellares, M. Cómo Envejecemos y Por Qué Morimos. -
Diana. México. 1975.
- ANTHONY, S. The Child's Discovery of Death: A Study Psychology.-
Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. citado en WOLFF, S. Tras-
tornos Psíquicos del Niño: Causas y Tratamientos. Siglo XXI
España. 1975.
- ARIES, P. El Hombre Ante la Muerte. Taurus Humanidades. Madrid.-
1983.
- ARTAUD, A. México y Viaje al País de los Taramaras. Fondo de -
Cultura Económica. México. 1984.
- ASCH, S. E. Psicología Social. Eudeba. Buenos Aires. 1972.
- BARTRA, R. La Jaula de la Melancolía. Grijalbo. México. 1987.
- BENGTSON, V. L; Cuellar, J. B. y Ragan, P. K. sin referencia en
cita de GARNICA, E. C; GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes
hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de -
ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de -
religión católica. U.I.A. México. 1982.
- BERMAN, L. A. y HAYS, J. Relationships between Death Anxiety, Be
lief in After-Life and Locus of Control. Journal of consul-

- ting and clinical psychology. Vol. 41
- BIRREN, J. E; KINNEY, D. K; SCHAIE, K. W; WOODRUFF, D. S. sin referencia en cita de GARNICA, E. C; GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I.A. México. 1982.
- BIRREN, J. E; KINNEY, D. K; SCHAIE, K. W. WOODRUFF, D. S. (1981) y AIKEN, (1978), sin referencia en cita de GARNICA, E. C; - GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I. A. México. 1982.
- BOWLBY, J. Childhood Mourning and Its Implications for Psychiatry. American Journal of Psychiatry. 118. Pág. 481. citado en WOLFF, S. Trastornos Psíquicos del Niño: Causas y Tratamientos. Siglo XXI España. 1975.
- BRENT, S. B; SPEEDE, M. W; GATES, M. F; MOOD, D. y KAUL, M. The Contribution of Death-Related Experiences to Health Care Providers' Attitudes Toward Dying Patients: I. Graduate and Undergraduate Nursing Students. Omega. Vol. 23(4) pp. 249 - 278. 1991.
- CAMPBELL, T.W; ABERNETHY, V. y WATERHOUSE, G. J. Do Death Attitudes of Nurses and Physicians Differ? Omega. Vol. 14(1). - pp. 43-49. 1983-84.
- CAREY, J. R. Emotional Adjustment in Terminal Patients: A Quantitative Approach. Journal of Counseling Psychology. Vol. 21.- 1974.
- COLE, A. M. Sex and Marital Status Differences in Death Anxiety.

- Omega. Vol. 9(2). 1978.
- CHAUCHARD, P. La Muerte. Paidós. Buenos Aires. 1977.
- DIGGORY & ROTHMAN. Values Destroyed by Death. Journal of Abnormal and Social Psychology. Vol. 63. 1961.
- DURLAK, A. J. Relationships between Various Measures of Death Concern and Fear of Death. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 41. 1973.
- Relationships between Individual Attitudes Toward Life and Death. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 38. 1972.
- FENICHEL, O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Paidós. Buenos Aires. 1964.
- FREUD, S. Consideraciones de la Actualidad Sobre la Guerra y la Muerte. Obras Completas. Vol. II. Biblioteca Nueva. Madrid. 1915.
- Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas. Vol. I. Biblioteca Nueva. Madrid. 1926.
- GARNICA, E. C. GIORGANA, J. A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I.A. México. 1982.
- GIBBS, W. H. Spiritual Values and Death Anxiety: Implications for Counseling with Terminal Cancer Patients. Journal of Counseling Psychology. Vol. 25.
- HATFIELD, C. B; HATFIELD, R. E; GEGGIE, P. H. S; TAYLOR, J; SOTLIK; WINTHERS, L; HARRIS, A. y GREENLEY, N. Attitudes About Death, Dying, and Terminal Care: Differences Among Groups at a University Teaching Hospital. Omega. Vol.14(1) 1983-84.

- HOELTER, J. On the Interrelationship among Exposure to Death on - Dying, Fear of Death and Anxiety. Omega. Vol. 11 (3).
- HOLLANDER, E. Principios y Métodos de Psicología Social. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1967.
- JANKELEVITCH, E. La Mort. Flammarion. París. 1977.
- JEFFERS, D. F y NECHOLS, D. N. Attitudes of Older Persons toward Death: A Preliminary Study. Journal of Gerontology. Vol. 16 1961.
- KALISH, R. A; KINNEY, D. K; SCHAIK, K. W; WOODRUFF, D. S. (1981) y AIKEN, L. (1978). Sin referencia en cita de GARNICA, E.C. GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I. A. México. 1982.
- y REYNOLDS, D. K. Sin referencia en cita de GARNICA, E. C.- GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I. A. México, 1982.
- KASTENBAUM, R. The Psychology of Death. Stringer Publishing Co.- New York. 1976.
- KATZ, S. (1979); sin referencia an cita de GARNICA, E. C; GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I.A. México. 1982.
- KELMAN, H. C. Processes of Opinion Change. citado en HOLLANDER,- E. Principios y Métodos de Psicología Social. Amorrortu edi

- tores. Buenos Aires. 1967.
- KERLINGER, F. Investigación del Comportamiento. Interamericana.- México. 1973.
- KICKSTEIN, L. (1972); sin referencia en cita de GARNICA, E. C. - GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I. A. México. 1982.
- KINCADE, J. E. Attitudes of Physicians, Housestaff, and Nurses on Care for the terminally Ill. Omega. Vol. 13(4). 1982-83.
- KIRKLEY-BEST, E; KELLNER, K. R. y LADUE, T. Attitudes Toward Stillbirth and Deathtreat Level in a Sample of Obstetricians. Omega. Vol. 15(4). 1984-85.
- KLINBERG, O. Psicología Social. Fondo de Cultura Económica. México. 1940.
- KOTHANDAPANI, V. Validation of Feelings, Beliefs and Intention to Act as Three Components of Attitude and Their Contribution to Prediction of Contraceptive Behavior. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 19(3).
- KRIEGER, R. S. y EPTING, F. R. Personal Constructs, Threat and Attitudes Toward Death. Omega. vol. 5
- KÜBLER, R. E. Sobre la muerte y los Moribundos. Grijalbo. Barcelona. 1969.
- LESTER, D. Experimental and Correlational Studies of the Fear of Death. Psychological Bulletin. Vol. 67. 1967.
- (1969); sin referencia en cita de GARNICA, E. C; GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico

- co medio alto y alto de religión católica. U.I.A. México. - 1982.
- The Fear of Death, the Fear of Dying and the Threshold Differences for Death Words and Neutral Words. Omega. Vol. 1. 1970.
 - Effect of a Friend dying Attitudes Toward Death. Journal of Social Psychology. Vol. 83. 1971.
- LEVIN, J. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Harla. México. 1979.
- McDAVID, J. W. y HARAI, H. Psicología y Conducta Social. Limusa. México. 1984.
- McDONALD, G. W. Sex, Religion and Risk-Taking Behavior as Correlates of Death Anxiety. Omega. Vol. 7 1976.
- MIDDLETON, W. C. Some Reactions Toward Death among College Students. Journal of Abnormal and Social Psychology. Vol. 31.- 1936.
- MUNNICH, J. M. A. Old Age and Finitude. Karger. New York. 1966.
- NEUGARTEN, B. L. Women's Attitudes Toward the Menopause. Vita Humana. Vol. 6 1968.
- NEWCOMB, T. M. (1950); sin referencia en cita de GARNICA, E. C. - GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I. A. México. 1982.
- Manual de Psicología Social. Eudeba. Argentina. 1963.
- ORTIZ, Q. F. El Acto de Morir. Némesis. México. 1989.
- OSGOOD, C. Meaningful Similarity and Interference in Learning. - Experimental Psychology. Oxford University Press. New York.

1957.

PEREZ, L. Muerte y Neurosis. Paidós. México. 1965.

PICK, S. Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Trillas. México.-
1992.

POROT, A. Psiquiatría. Labor. México. 1962.

RAY & NAJMAN. Death Anxiety and Death Acceptance: A Preliminary
Approach. Omega. Vol. 5. 1974.

RILEY, J. What People Think about Death in de Dying Patients? -
Orville. New York. 1970.

ROTHSTEIN, H. S. Aging awareness and Personalization of Death in
the young and Middle Adult Years. Omega. Vol. XII(2). 1962.

RULFO, J. El Llano en Lamas. Fondo de Cultura Económica. México.
1984.

SCHNEIDMAN, S. E. Deaths of Man. Peenguinbook Inc. Baltimore. -
1974.

SELBY, W. J. Situational Correlates of Death Anxiety: Reactions
to Funerals Practices. Omega. Vol. 8. 1980-81.

SELVEY, C. L. Concerns about Death in Relation to Sex, Dependen-
cy Guilt about Hostility and Feelings of Powerlessness. Ome-
ga. Vol. 4. 1973.

SHERIFF, M. Psicología Social. Harla. México. 1975.

SPENCER, H. (1862); sin referencia en cita de GARNICA, E. C; -
GIORGANA, A. y SANCHEZ, S. Actitudes hacia la Muerte en cua-
tro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, de nivel -
socioeconómico medio alto y alto de religión católica. U.I.
A. México. 1982.

SWENSON, W. M. Attitudes toward Death in an Aged Population. -

- Journal of Gerontology. Vol. 16. 1961.
- TEMPLER, I. D. The Construction and Validatioin of Death Anxiety Scale. Journal of General Psychology. Vol. 82. 1970.
- y DOTSON. Religion Correlates of Death Anxiety. Psychological Reports. Vol. 26. 1970.
- Fear of Death and Feminity. Psychological Reports. Vol. 35. 1974.
- THOMAS, L. V. La Muerte. Paidós. España. 1991.
- THURSTONE, L. L. y CHAVE, E. J. The Measurement of Attitudes. - University of Chicago Press. Chicago. 1929.
- TOLSTOI, L. La Muerte de Iván Ilich. Premiá. México. 1991.
- UNGAR, L; FLORIAN, V. y ZERNITSKY-SHURKA, E. Aspects of Fear of Personal Death, Levels of Awareness, and Proffesional Affiliation Among Dialysis Unit Staff Members. Omega. Vol. 21 - (1). 1990.
- VILLAUERRUTIA, X; sin referencia en cita de WESTHEIM, P. La Calavera. Fondo de cultura Económica. México. 1992.
- VIORST, J. Pérdidas Necesarias. Plaza & Janes. España. 1990.
- WEBER, M. El Polftico y el Científico. Alianza. Madrid. 1967.
- WEISMAN, A. D. y KASTENBAUM, R. Autopsy: A Study fo Terminal Phase of Life. Stringer Publishing Co. New York. 1976.
- Thanatology in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan eds. Williams & Wilkins Co. Baltimore. 1980.
- WESTHEIM, P. La Calavera. Fondo de Cultura Económica. México. - 1992.
- YOUNG, K. y Flugel, J. C. Psicología de las Actitudes. Paidós. - Buenos Aires. 1967.