



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

ISSSTE

**“Actitud ante la muerte del paciente en los médicos
adscritos y residentes del servicio de Anestesiología del
Hospital Regional 1° de Octubre”**

NÚMERO DE REGISTRO 401.2013

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA

Dra. Ma. Candelaria González Suárez.

DIRECTOR

Dr. Bernardo Soto Rivera

Dra. Celina Trujillo Esteves

Dr. Vicente Rosas Barrientos

Lic. Julia Longoria Piña



ISSSTE

MEXICO, D.F MARZO 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: Por darme la oportunidad de estar aquí en este mundo y culminar unos de mis tantos sueños.

A MIS PADRES: Por todo el amor, paciencia y comprensión que me han brindado. Los Amo.

A MIS HERMANOS: Por el apoyo incondicional y por su gran cariño.

A MIS AMIGOS: Por estar conmigo en las buenas y en las malas.

A MIS MAESTROS: Gracias por sus enseñanzas.

TÍTULO: Actitud ante la Muerte del Paciente en los Médicos Adscritos y Residentes del Servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1º de Octubre.

ALUMNA: Dra. María Candelaria González Suárez.

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

COASESORES: Dra. Celina Trujillo Esteves, Dr. Vicente Rosas Barrientos, Lic. Julia Longoria Piña.

Dr. José Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Enseñanza e Investigación
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

TÍTULO: Actitud ante la muerte del paciente en los médicos adscritos y residentes del servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1º de Octubre.

ALUMNA: Dra. María Candelaria González Suárez.

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

COASESORES: Dra. Celina Trujillo Esteves, Dr. Vicente Rosas Barrientos, Lic. Julia Longoria Piña.

Dr. Bernardo Soto Rivera

Profesor Titular del Curso de Especialidad en Anestesiología.

H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dra. Celina Trujillo Esteves

Profesora Adjunta del Curso de Especialidad en Anestesiología.

H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

INFORME FINAL

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACION.....	20
OBJETIVOS.....	21
MATERIAL Y METODOS.....	22
PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.....	25
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	38
ANEXOS.....	40.

RESUMEN

La muerte es un tema del que pocos quieren hablar y menos aún discutir, la sociedad de hoy refuerza esta idea evasiva de la muerte, la convierte en un verdadero tabú. Con la poca preparación universitaria con respecto a la actitud ante la muerte agrava más aún la situación.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y abierto a 30 médicos adscritos y 10 residentes del servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1° de Octubre I.S.S.S.T.E. Se utilizó una versión cubana de un cuestionario para estudiar las “Actitudes ante la Muerte” el cual consta de 33 reactivos divididos en 6 subescalas que miden: Evitación, Salida, Pasaje, Aceptación, Temor y Perspectiva Profesional.

Resultados: Las actitudes que prevalecen en la población estudiada fueron una reiterada ambigüedad (ambivalencia) en su dirección. Si bien se observaron actitudes positivas de Aceptación, predominan actitudes de Evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (Temor), que son determinantes en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias.

Conclusiones: Podemos determinar que los médicos que mayor desacuerdo presentaron con respecto a ítems negativos como son la Evitación y el Temor fueron los de Sexo Femenino, Menores de 40 años, Solteros o Viudos y Sin Hijos por lo cual podemos concluir que los individuos que cumplen con estas características cuentan con un mejor manejo del proceso de la muerte y por lo tanto con una mayor estabilidad emocional para poder dar una adecuada interpretación y manejo a los sucesos relacionados con la muerte.

Palabras clave: Actitud, Muerte, Pasaje, Salida, Casado, soltero, Médico Residente, Médico Adscrito; Perspectiva Profesional.

ABSTRACT

Death is a subject few people like to hear about, moreover to discuss about, nowadays' idea of some people accepting death as it means and brings make it sometimes a real tabu that get even worst with the precarious University's training about death and its acceptance

Methods: An observational, descriptive, transversal and open study was done among 30 medical attendings and 10 medical residents of Hospital Regional 1° de October I.S.S.S.T.E's at its Anesthesiology' Service.

A Cuban version of a 30 questions survey form was used in order to study "the attitude about Death". It contained six items like: Avoidance, Way out, Get over, Acceptance, Fear and Professional perspective about it.

Results: The most prevalent attitudes at the field of study had a remarked ambiguity on its direction because although positive attitudes were found such as Acceptance did, the most predominant attitude was Avoidance and that was due to the affective component it brought like the so called fear that determined the medical providers' professional manage at giving medical care to dying people and their families.

Conclusions: We can say that the medical providers with more disagreement about negative items were the female ones, younger than 40 years, singles, widows, widowers and those without children; which bring us to the conclusion that those kind of medical providers are who have the best way to manage the death as a concept together with a better emotional stability about its interpretation.

Key words: Attitude, Death, Get over, Way out, Married, Single, Resident Medical Doctor, Attending medical doctor; Professional Perspective.

ANTECEDENTES

ENFRENTAMIENTO A LA MUERTE:

La muerte ha sido un tema que ha preocupado mucho al hombre a lo largo de la historia, por eso desde la más remota antigüedad no ha dejado de reflexionar sobre su origen, sus causas, su significación, sus modalidades y sus consecuencias tratando de encontrar respuesta a los misterios que la muerte produce.

El interés por el tema de la muerte se ha enfocado desde muy diversas perspectivas. No en vano se trata de un fenómeno biológico, psicológico y social de trascendental importancia en la vida del ser humano y susceptible de ser considerado como fin de un proceso biológico (Biología), que promueve unas determinadas actitudes psíquicas y de comportamiento, tanto a nivel individual como de grupo (Psicología y Sociología), y que en el transcurso del tiempo ha ido originando un universo de significaciones (Filosofía), encarnadas en ritos, prácticas y costumbres (Etnología y Antropología), cuyo discernimiento ha sido muchas veces el móvil de procesos artísticos (Arte, Literatura), apareciendo como una frontera que el instinto de conservación del hombre trata de alejar lo más posible (Medicina). Todas estas y otras perspectivas, que lógicamente son complementarias, podrían constituir lo que el ruso Iliá Mechnikov denominó, ya en 1901, *Tanatología*, es decir ciencia de la muerte.¹

LA MUERTE COMO UN PROCESO NATURAL EN LA VIDA:

La muerte es un hecho biológico ineludible. El cese de las funciones vitales como indicador de muerte es el punto crítico de la existencia en el que el ser humano, de acuerdo con las diversas corrientes de pensamiento, puede seguir diferentes caminos: deja de existir, trasciende a otros planos, pasa a la gloria eterna, se convierte en polvo, etcétera; sin embargo, todas las tradiciones coinciden en la sacralidad y misterio del momento final.

De acuerdo con los estadistas y los actuarios, a medida que se envejece hay mayor riesgo de morir.

Con el advenimiento de los conocimientos tecnológicos, la muerte se ha deshumanizado, se ha hecho técnica, requiere elementos objetivos para su confirmación.²

CONCEPTO DE MUERTE:

La muerte es un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida.³

SIGNIFICADO DE LA MUERTE:

Morir no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado. Ilustrativo de ello es el estudio que de la muerte ha hecho la ciencia, intentando descifrar la utilidad biológica de ésta. Por otra parte, la representación de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella. Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social, representado por el sistema jurídico, se aborda por ello brevemente la muerte desde esta perspectiva. Finalmente, no se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.⁴

La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas; pudiendo ser, no la muerte, sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira terror.

La fatalidad de la muerte se hace más evidente si se concibe como una característica intrínseca al propio ser vivo desde su origen. En opinión de Metchnikoff, la angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente alcanza el fin normal de su existencia, tras “el cumplimiento de un ciclo completo y

fisiológico de la vida con una vejez normal, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural”.

Sin embargo, definir la muerte resulta mucho más difícil de lo que uno se imagina, ya que implica diversos ámbitos: biológico, médico, legal, social, religioso etc. los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja, no obstante cada cual intenta darle un sentido.⁴

LA MUERTE COMO FENOMENO SOCIAL:

La muerte ha cambiado: sus enfoques son diversos. El Dr. Alfonso Llano Escobar se refiere al fenómeno describiendo que la muerte se ha convertido en una acción; se ha hecho mecánica, aislada, despersonalizada y ocurre lejos de los seres queridos.

La observación del paciente desde el punto de vista médico, generalmente es muy subjetiva y cada uno tiene una postura diferente en cuanto a las acciones a tomar ante el paciente moribundo, en la mayoría de los casos poco fundamentada y sin una perspectiva ética apropiada dejando de lado, con frecuencia, las necesidades espirituales y muchas veces físicas de la persona en cuestión.

Este fenómeno está lejos de solucionarse con las nuevas generaciones de médicos tecnológicos que utilizan los instrumentos y el conocimiento científico como arma contra la lucha de las enfermedades, dejando de lado la clínica para hacer evaluación de cifras de laboratorio y mediciones corporales, así como el aspecto humano de ayuda a otra persona en los eventos críticos de la vida. A pesar de que el médico siempre está en contacto con la muerte, éste es un evento al que pocas veces se alude o que se intenta evitar a toda costa.

Con base en los textos del psicoanálisis, para tener éxito en la atención a los pacientes terminales y moribundos, ésta debe hacerse en equipo, para abarcar la mayor parte de los elementos alrededor de la persona, como: bienestar físico, control del dolor, auxilio espiritual, manejo médico, asistencia a familiares, etcétera.⁵

LA SOCIEDAD ANTE LA MUERTE:

Mientras que en algunos animales existen comportamientos innatos para morir, en el hombre sus actitudes y comportamientos ante la muerte son aprendidos culturalmente; dichas costumbres han variado de un tiempo a otro, a veces la muerte es vista como un hecho natural e inevitable, otras como un enemigo al que hay que conquistar. La cultura moldea nuestras experiencias de pérdida y los rituales que la rodean.

En las sepulturas encontradas en Europa pertenecientes al hombre de Neandertal se hallaron utensilios, de ahí se supone su creencia en una supervivencia en la cual necesitaban alimentos y utensilios habituales, la actitud del hombre de esta época hacia sus muertos debió ser una mezcla de respeto y temor.

Con el paso del tiempo, la muerte se convirtió en una experiencia meditativa de introspección. La vida debía ser la preparación para la eternidad. La muerte continúa considerándose como una intervención deliberada y personal de Dios, y siguió así durante la Edad Media; dramatizada en el momento de la agonía, donde se alude a una lucha encontrada entre ángeles y demonios que se disputan el alma del que va a morir. Por eso era importante morir de “buena muerte”, para acceder a la esperanza de ganar el reino de los cielos.

Durante el Romanticismo, época en la se exaltaban por igual pasiones violentas y emociones desbordadas, se tuvo una visión dramática de la muerte; aparecieron escenas de dolor frente a la muerte del otro, del ser amado. La muerte deja de estar asociada al mal, declina, aunque no desaparece la conexión entre ésta y el pecado.

Para el siglo XIX es “el otro mundo” el lugar de reunión entre aquellos que han sido separados por la muerte, la cual se comienza a dilucidar como algo demasiado horrendo como para tenerlo de manera constante en mente, comienza a ser un tema tabú. Sin embargo, O’Connor describe que a finales de este mismo siglo lo más común era que la gente muriese en el hogar donde habían habitado, dándose cuenta así de la proximidad de su muerte y teniendo con ello la oportunidad de terminar los asuntos emocionales de su vida en su ambiente

familiar; permitiendo también a los miembros de la familia y amigos decir adiós al ser querido, contemplado a la muerte como algo natural.

Actualmente, la muerte se vive socialmente como un tabú, no se les permiten hablar de ella incluso a aquellos que saben que están cerca morir; tal es el caso de los enfermos terminales quienes acuden a los hospitales en un afán de luchar hasta lo último contra ella, sin importar lo adverso de las circunstancias.⁶

ASPECTOS LEGALES DE LA MUERTE

La ley es un sistema social creado por el hombre en un intento por regular racionalmente a la sociedad; todos los aspectos de la vida o de la muerte están afectados por la reglamentación legal.

En México de acuerdo con La ley General de Salud título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343-345, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d. El paro cardíaco irreversible.

La muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser hecho jurídico cuando, a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones, y responsabilidades para las personas.⁷

LA RELIGIÓN Y LA MUERTE:

Freud (1932-1936) nos dice que “la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos”. Si tiene tal fuerza es por lo que se propone brindar a los hombres, y menciona que la religión cumple tres funciones principales:

1. Satisfacer la curiosidad natural del hombre de saber, ya que le informa sobre el origen y la génesis del Universo.
2. Calmar la angustia que el hombre siente ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte. Lo consuela en la desdicha y le asegura un buen final.
3. Difundir reglas y consejos de cómo comportarse en la vida, con la finalidad de obrar con justicia.⁸

El miedo exagerado a morir es aun no vivir, según la religión lo que realmente nos aterra es el dolor y el sufrimiento que conllevan las pérdidas por muerte de nuestros seres queridos.⁹

TIPOS DE MUERTE

Si bien todos los hombres son mortales, no todos son semejantes en su manera de morir, dado que son distintas las formas que tienen de pasar de la vida a la muerte. No hay un solo tipo de muerte, sino muertes muy distintas, ya sea a causa del que muere, de los que lo cuidan o de los que le rodean.

- Muerte Sociológica
- Muerte Psicológica
- Muerte Biológica y
- Muerte Fisiológica⁸

La *Muerte Sociológica* la define Pattison (Op.cit.) como la separación emocional definitiva que se efectúa entre el paciente y las figuras importantes de su vida, antes del deceso.

En relación a este aspecto Kübler-Ross (1974) defiende que a estos pacientes se les debe seguir tratando como personas.

La *Muerte Psicológica* consiste en que toda la actividad psicológica del individuo (sentimientos, necesidades y pensamientos) se detiene aceptando definitivamente su muerte inminente. Santo Domingo (1976) cree en la posibilidad de que esta forma de actuación psicológica humana y técnicamente adecuada puede ayudar a cada individuo a integrar su propia muerte en su vida de la mejor manera posible. Esta actitud se asemeja por lo demás a la última fase del modelo de Kübler-Ross.

La ocurrencia normativa muestra que primero se da la muerte social y después la muerte psíquica.

La *Muerte Biológica* es el momento en que el ser humano deja de funcionar como un todo mientras que la *Muerte Fisiológica* es el momento en que se interrumpe la función del sistema orgánico. La primera de ellas se identifica con la muerte cerebral y la segunda con la ausencia de signos vitales.

ETAPAS DE LA MUERTE:

1. Negación y aislamiento
2. Ira
3. Pactos
4. Depresión
5. Aceptación.⁹

CONCEPTO DE ACTITUD:

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.¹⁰

ACTITUDES Y PERCEPCIONES ANTE LA MUERTE

Las actitudes y formas de percibir la muerte difieren de unas culturas a otras, por lo tanto es lógico suponer que su pluralidad será tanta como innumerables son las culturas (Blauner, 1966, Ramos Campos, 1982, Sádaba, 1991). Cada una de ellas tiene, tanto en el presente como a lo largo de la historia, su propia concepción de la muerte y desarrolla un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos. De hecho no se conoce cultura alguna en la que el individuo se tenga que enfrentar a la muerte sin ninguna suerte de iniciación. De esta forma pueden existir sociedades que pretenden difuminar su presencia mientras que

otras centran toda su vida social en torno a los ritos funerarios y podría decirse que viven para la muerte (Thomas, 1976, Ramos Campos, 1982).

Así pues, para comprender la diversidad de actitudes habría que adentrarse en el contexto de cada sistema cultural en que se desarrolla el individuo para conocer cuáles son las normas que rigen en dicho sistema con respecto al tema de la muerte, cosa que además de la dificultad que entraña queda fuera del ámbito de nuestro estudio. Por tanto, vamos a referirnos en adelante, de modo directo a nuestra cultura.

Partiendo de la idea de que la muerte mantiene con la vida una relación directa, se da una continuidad entre el estilo de vida y la actitud ante la muerte. El estilo de vida occidental contemporáneo ha modificado la percepción de la muerte y su situación dentro de la sociedad. En las grandes ciudades, donde habita la mayor parte de la población, la muerte ya no es vivida por un grupo social, sino por un pequeño círculo de allegados, dentro del cual cada persona posee una manera particular de percibir la muerte y, por consiguiente, de afrontarla. Por eso, las diferencias individuales también han de tenerse en cuenta, pues es importante qué significa la muerte para cada individuo en particular y cómo responde ante ella. En base a las connotaciones que tiene la muerte como realidad para cada individuo, es como puede adoptar sus propias estructuras mentales y actitudes. ¹⁰

ACTITUDES ANTE LA PROPIA MUERTE

La muerte personal está íntimamente unida a la historia individual y a las actitudes ante la vida. El sentimiento de nuestra propia mortalidad es algo que no poseemos de manera automática. A menudo no llegamos a adquirirlo más que tras un encuentro personal con algo que amenace la vida ya sea la nuestra o la de alguien a quien nosotros amemos.

Serra y Abengózar (1990) aseguran que la vivencia de la propia muerte acontece a todos los individuos y suele ocurrir con cierta secuenciación temporal (aunque no siempre fija) apareciendo la mayoría de las veces ligada a un periodo de vida la ancianidad.

Así pues, esperar que se produzcan cambios en las concepciones y actitudes sobre la muerte, tanto la propia como la de los allegados, a través del ciclo vital y el hecho de que estas actitudes vayan cambiando al mismo tiempo que se van cumpliendo etapas de la vida, es en cierto modo comprensible, al menos como respuesta a procesos del desarrollo. Este desarrollo presenta características tanto generales como particulares. Todos los datos sugieren la necesidad de una maduración psicológica suficiente para llegar a vivir la muerte propia, así como la muerte de los otros, grado de maduración probablemente no alcanzado por todos los que mueren.¹¹

IMPACTO EMOCIONAL ANTE LA MUERTE:

Cuando el médico establece un pronóstico de muerte a corto o medio plazo percibe un impacto emocional, junto a la necesidad de establecer una estrategia de relación con el paciente lo menos incómoda posible. El impacto no será mayor cuando aquel fallezca, es al establecer el pronóstico cuando la inquietud es más intensa.

Cuando el médico establece el pronóstico cierto de muerte experimenta cierta sensación de desazón e incomodidad que dificulta la relación asistencial. Hay una cierta tendencia a desdramatizar la situación, en ocasiones cayendo en lo trivial.

Esta reacción conduce a algunos profesionales a negar o ignorar el problema, desentendiéndose del paciente-persona que pasa a ser el caso tal, especialmente en el medio hospitalario.¹²

A pesar de todas las reflexiones, la comodidad nos empuja a ignorar, a no enfrentarnos con la muerte.

Pretender que los médicos, como los sanitarios en general, reflexionen con rigor sobre las muertes que se suceden a su alrededor es algo ilusorio. Es probable que si viviéramos pensando siempre en la muerte nos faltase ánimo para gozar lo que nos ofrece la vida. De ahí que sea tan universal la tendencia a vivir de espaldas a la muerte.¹²

LOS MEDICOS JÓVENES ANTE LA MUERTE:

La muerte es un hecho inevitable en la vida de un ser humano. Como tal, los médicos deben estar preparados a que sus pacientes pasen por esta última etapa donde su vida culmina. Para ello el profesional de la salud debiera estar capacitado no solo científicamente sino también espiritual y emocionalmente frente a este suceso. Es común encontrar en los médicos, sobre todo jóvenes, una inmensa frustración y angustia al fallecer los pacientes que tenían "a cargo". Es probable que la falta de instrucción durante el paso por la facultad acentúe esta emoción humana a la que el médico no es ajeno. Él mismo debe pasar por las diversas etapas del duelo al igual que lo hacen los familiares del difunto. La sociedad de hoy día con su moderna tecnología trata de evitar la muerte, de esquivarla. Se trata de guardar en secreto la muerte de un paciente y llega a ser un "tabú". Esto no hace más que agravar la situación colocando al médico en situaciones extremas donde el exitismo predomina.

Nada más erróneo. Es función y obligación de los educadores médicos estimular y enseñar sobre temas como la muerte durante la formación de grado y posgrado. El aprendizaje del joven médico acerca de estos temas madurará su espíritu para de esta manera generar en el paciente terminal calma, esperanza y una "buena muerte".¹³

ACTITUD DEL MEDICO ANTE LA MUERTE:

El médico frente al fenómeno de la muerte, a veces toma la actitud de un cruzado que lucha con un enemigo invencible. Pero esta actitud desesperada tiene consecuencias a veces que no ayudan en la situación límite en que está, al darse cuenta que no puede avasallar a la muerte, deja su actitud de cruzado y se siente como un idealista frustrado, no encarando las cosas con ecuanimidad.

La explosión del conocimiento médico y el incremento de la tendencia de los facultativos a concentrarse en los resultados del laboratorio más que en el paciente, conducen a menudo a ver a éste como una enfermedad con una persona anexa, con la resultante de que la medicina se ha convertido en la

conquista de la enfermedad a toda costa y donde el paciente ha sido relegado a un plano secundario.

La mayor parte de los fallecimientos son esperados. El Dr. Timothy E. Quilí, afirma que en los EEUU las tres cuartas partes de las muertes en los hospitales están programadas y los médicos lo ocultan para evitar las consecuencias penales. En algunas sociedades actuales, se tiende a pensar que, cuando nada o casi nada se puede hacer ya por sus vidas, es mejor acabar con el sufrimiento del afectado y de su familia. La tendencia a la justificación de la eutanasia o la ayuda al suicidio como supuesta “muerte digna” ha provocado lógicas reacciones desfavorables de médicos, juristas y de los medios católicos contra cualquier medida legislativa que las despenalice. La aceptación de que el declinar y la muerte del anciano o de un paciente con una enfermedad crónica irreversible no es un fallo médico, sino una parte de un proceso natural, nos prepara para procurar que el ambiente donde suceda la muerte sea lo más natural y humano para el enfermo y su familia, de forma tal que se le deje hospitalizado sólo si es estrictamente necesario; de lo contrario es preferible que muera en su casa, rodeado de todo lo suyo y no abandonando jamás al paciente y la familia ante la inminencia de la muerte.

El miedo exagerado a morir es aun no vivir, según lo que realmente nos aterra es el dolor y el sufrimiento que conllevan las pérdidas por muerte de nuestros seres queridos.¹⁴

La profesión médica debe articular sus puntos de vista sobre los argumentos a favor y en contra de los cambios en la política pública y decidir si los cambios son prudentes. Al abordar la muerte como problema, los médicos, los políticos y la sociedad debe tener plenamente en cuenta las necesidades de los pacientes, la vulnerabilidad de determinados grupos de pacientes, cuestiones de confianza y profesionalidad, y las complejidades de vida de salud. El suicidio asistido por un médico se destaca entre las cuestiones que definen nuestras normas profesionales y códigos de ética. Hay una larga tradición en la medicina que los médicos deben hacer todo lo médicamente posible de mantener vivo a un paciente.

En los últimos años, el problema de permitir e incluso ayudar a los pacientes a morir han sido abiertos a debate vigoroso.¹¹

Los tribunales han confirmado el derecho de los pacientes a rechazar el tratamiento para prolongar la vida en más de 130 casos, y en la Suprema Corte de los EE.UU. indicó recientemente que el derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida se encuentra en la Constitución de los EE.UU.

Hay una sorprendente cantidad de apoyo, incluso la tesis de que los médicos deben ser permitidos para terminar deliberadamente la vida de un paciente a petición del paciente. En una encuesta realizada en 1988 en la Ciudad de Nueva York, el 58% de los médicos respondió que los médicos deben ser legalmente capaces de acabar con la vida de los pacientes con enfermedades terminales.¹⁴

El conocimiento de las actitudes de los Médicos especialistas hacia la muerte será una contribución a la investigación que ha precedido este programa, y facilitará la tarea de preparación para la muerte en el manejo adecuado de los aspectos concernientes a ella. No existen investigaciones procedentes de nuestro país dirigidas a la caracterización de las actitudes ante la muerte entre los Médicos.¹³

Teniendo en cuenta el vínculo estrecho y la relación que se establece con los pacientes y sus familiares, que va mucho más allá de la tradicional relación médico-paciente de una consulta tradicional, y que involucra al profesional desde el punto de vista afectivo con mayor profundidad, es conveniente iniciar estudios dirigidos a explorar nuestras propias creencias y actitudes ante la muerte, y a describir su posible relación con algunas variables sociodemográficas.

Estos estudios permitirán posteriormente, diseñar programas de intervención para modificarlos aspectos negativos, y mejorar así la calidad de la atención médica integral a nuestros pacientes terminales.¹⁵

En un estudio descriptivo realizado en la Habana Cuba en el 2002 con el objeto de caracterizar las actitudes ante la muerte en una muestra de 50 médicos del Policlínico "Plaza de la Revolución". Se utilizó una versión cubana de un instrumento diseñado anteriormente para estudiar las actitudes ante la muerte. Las actitudes que prevalecen en la población estudiada manifiestan reiterada ambigüedad (ambivalencia) en su dirección.

Si bien se observan actitudes positivas de **Aceptación**, sobre todo a nivel cognitivo, predominan actitudes de **Evitación**, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (**Temor**), que son determinantes en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias. La mayoría de los médicos no valoran a la muerte como un **Pasaje** o tránsito a una vida mejor ni como una **Salida** o solución a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que, en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento. Con excepción del **Temor**, que disminuye con la edad, no existen relaciones significativas entre las dimensiones del instrumento que se refiere a diversas manifestaciones de actitud y al resto de las variables sociodemográficas.

Se realizó un análisis de algunos aspectos bioéticos relacionados con el morir y la muerte, así como del comportamiento del médico en relación a pacientes y familiares ante este proceso. Se revisaron los cambios que han tenido lugar durante el último medio siglo en el proceso de morir y en la actitud con relación al nivel de información a los pacientes sobre su estado de salud y su pronóstico.

La tecnología médica ha prolongado el acto de morir. Además, la muerte se ha ido medicalizando, porque ahora se muere la mayoría de las veces rodeado de un equipo de salud altamente tecnificado. Es necesario educar al personal en formación, sobre la importancia que tiene la comunicación adecuada con el paciente y sus familiares y censurar a las tendencias que deshumanizan la práctica médica.¹⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales, económicos y culturales, así como los psicológicos-emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano quizás aquellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en la red de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social es también antagónica.

Hoy en día se reconoce que “morir es saber perder”, el médico, sin embargo cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal; parece ser que los médicos tienen más miedo a la muerte que los propios enfermos y según los pocos estudios que se han realizado en diferentes profesiones el grupo de médicos resulto ser el que menos pensaba en ella y el que más le temía.

En este sentido, la muerte o su proximidad generan amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión.

La finalidad primordial del conocimiento de las actitudes de los Médicos hacia la muerte es de vital interés porque existen pocas investigaciones con respecto a este tema y es de suma importancia ya que no se nos enseña desde nuestra formación académica cómo afrontarla nosotros mismos y esto facilitará la tarea de preparación para el manejo adecuado de los aspectos concernientes a ella.

Dentro del H.R. 1º de Octubre no tenemos ningún antecedente sobre evaluaciones relacionadas a este tema.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la actitud ante la muerte del paciente que tienen los médicos adscritos y residentes del servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE?

JUSTIFICACION

Se realizó el siguiente estudio en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE para determinar la actitud ante la muerte de los médicos, ya que sabemos que el hablar y tratar de la muerte no es fácil, por desconocimiento, creencias, mitos, religión; nivel socioeconómico y formación educativa, el médico en formación al igual que el médico general y especialista en todo su trayecto de la carrera nunca se le educa para saber, conocer y aceptar sobre la muerte; el médico es el profesional más relacionado con la muerte del ser humano y es de esperar que tenga una actitud adecuada ante la muerte de su paciente, familiares, amigos o la suya propia; sin embargo en la mayoría de las ocasiones no ocurre así.

La muerte es un tema del que pocos quieren hablar y menos aún discutir. La sociedad de hoy refuerza esta idea evasiva de la muerte, la convierte en un verdadero tabú.

La poca preparación universitaria con respecto a las actitudes ante la muerte como se mencionó anteriormente con la que se ingresa a la residencia y el radical cambio de responsabilidades que recae sobre los hombros de los nuevos médicos agrava más la situación.

No existen investigaciones procedentes de nuestro país dirigidas a la caracterización de las actitudes ante la muerte entre los Médicos.

Es conveniente iniciar estudios dirigidos a explorar nuestras propias creencias y actitudes ante la muerte.

Con los resultados obtenidos es imperativo que los médicos sean capacitados en cuestiones de afrontar la actitud ante la muerte del paciente y la suya propia, bajo la materia de la bioética, que permitan la unificación de criterios para la realización de cursos y programas en el enfoque terapéutico de la atención de la muerte. Esto debe cambiar para que deje de ser un evento aislado y deshumanizado y se convierta en un evento humanitario con las condiciones físicas y sociales adecuadas. De igual manera, es necesario el reconocimiento de los elementos éticos que hacen falta para la atención de las personas.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar mediante el instrumento CAM (Cuestionario de Actitudes ante la Muerte) la actitud ante la muerte del paciente en los médicos adscritos y residentes del servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1° de Octubre.

ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de cada una de éstas variables: Miedo o Temor, Aceptación, Evitación, Pasaje y Salida que responderán los médicos entrevistados.
- Determinar diferencias entre el grupo de médicos residentes y médicos especialistas.
- Determinar si existe relación con las variables sociodemográficas.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y abierto con la aprobación del Comité de Investigación y Ética local, bajo los lineamientos éticos en el Hospital Regional “1° de Octubre” del I.S.S.S.T.E.

El estudio se realizó a 30 médicos adscritos y 10 residentes del servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1° de Octubre I.S.S.S.T.E que bajo consentimiento informado aceptaron contestar el cuestionario de “Actitudes ante la Muerte” el cual consta de 33 reactivos divididos en 6 subescalas que miden: Evitación: actitud de evasión a tratar el tema, Salida: la muerte como una salida a los problemas, Pasaje: la muerte como un paso hacia otro estado, Aceptación: resignación a lo inevitable, Temor: miedo a morir, Perspectiva Profesional: aun tiene metas trazadas en vida.

Los criterios de inclusión del presente estudio consiste en aquellos Médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología del Hospital Regional 1° de Octubre del I.S.S.S.T.E. que aceptaron contestar el cuestionario de forma anónima y legible.

Los criterios de exclusión de nuestro estudio fueron: Médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología del Hospital Regional 1° de Octubre del I.S.S.S.T.E. que estén cursando con una enfermedad aguda.

Operacionalización de variables.-

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos	Continua cuantitativa	0.1.2.3....
Género	Conjunto de características sexuales que distinguen un hombre de una mujer	Sexo de cada participante	Nominal cualitativo	a. Femenino b. masculino
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez.	Estado civil al momento del estudio	Nominal cualitativa	a. soltero b. casado c. viudo d. divorciado o separado e. unión libre
Hijos	Número de personas respecto de su madre o de su padre.	Número de hijos de los participantes	Cuantitativo discreto	a. 1 a 2 hijos b. 3 o más hijos
Médico adscrito	Profesional que practica la medicina y que intenta recuperar y mantener la salud humana mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del paciente el cual cuenta con una base en la institución.	Rango del médico anesthesiólogo entrevistado.	Cualitativa dicotómica	Si/No
Médico residente	Médico que se haya adscrito en un servicio por un periodo de tiempo, sumergido en un programa de dedicación intensiva, con el objeto de lograr un dominio completo, profundo y rápido de una especialidad	Rango del médico anesthesiólogo entrevistado.	Cualitativa Dicotómica Nominal	Si/No

Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas personales sobre cuestiones de tipo existencial y moral.	Reportada por el médico.	Cualitativa nominal	a.- católica b.-cristina c.- adventista d.- testigo de Jehová e.- otros.
Evitación	Conducta de apartarse, de rehuir objetos y situaciones que pueden producir ansiedad.	Opinión con respecto a la conducta de evitación.	Cualitativa Dicotómica Nominal	a.- Acuerdo b.- Desacuerdo
Aceptación	Acción y efecto de aceptar, aprobar o recibir algo de forma voluntaria y sin oposición.	Opinión con respecto a la conducta de aceptación.	Cualitativa Dicotómica Nominal	a.- Acuerdo b.- Desacuerdo
Temor o miedo	Emoción caracterizada por un intenso sentimiento, habitualmente desagradable	Opinión con respecto a la conducta de temor o miedo.	Cualitativa Dicotómica Nominal	a.- Acuerdo b.- Desacuerdo
Pasaje o tránsito	Acción y efecto de pasar de un estado emocional a otro.	Opinión con respecto a la conducta de pasaje o tránsito.	Cualitativa Dicotómica Nominal	a.- Acuerdo b.- Desacuerdo
Salida	Acto y consecuencia de salir, despojarse de algo molesto.	Opinión con respecto a la conducta de salida.	Cualitativa Dicotómica Nominal	a.- Acuerdo b.- Desacuerdo
Perspectiva Profesional	Conjunto de circunstancias que rodean al profesional (observador) y que influyen en su percepción o en su juicio.	Opinión con respecto a la conducta ante la perspectiva profesional.	Cualitativa Dicotómica Nominal	a.- Acuerdo b.- Desacuerdo

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se realizó por medio electrónico

Se determinó estadística descriptiva de la forma siguiente:

-A las variables cualitativas se les determinó frecuencias absolutas y porcentajes, y se graficaron en forma de pastel o columnas.

-A las variables cuantitativas se les determinó rango, media y desviación estándar.

Se determinó estadística inferencial mediante tablas de contingencia determinando prueba de Ji^2 para determinar diferencias entre grupos tomando como significativo una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 40 médicos donde la edad promedio fue de 43.58 años con una desviación estándar de 11.727. (Cuadro 1)

CUADRO 1.-DESCRIPTIVAS DE EDAD

	N	MINIMA	MAXIMA	MEDIA	DE
EDAD	40	27	65	43.58	11.727

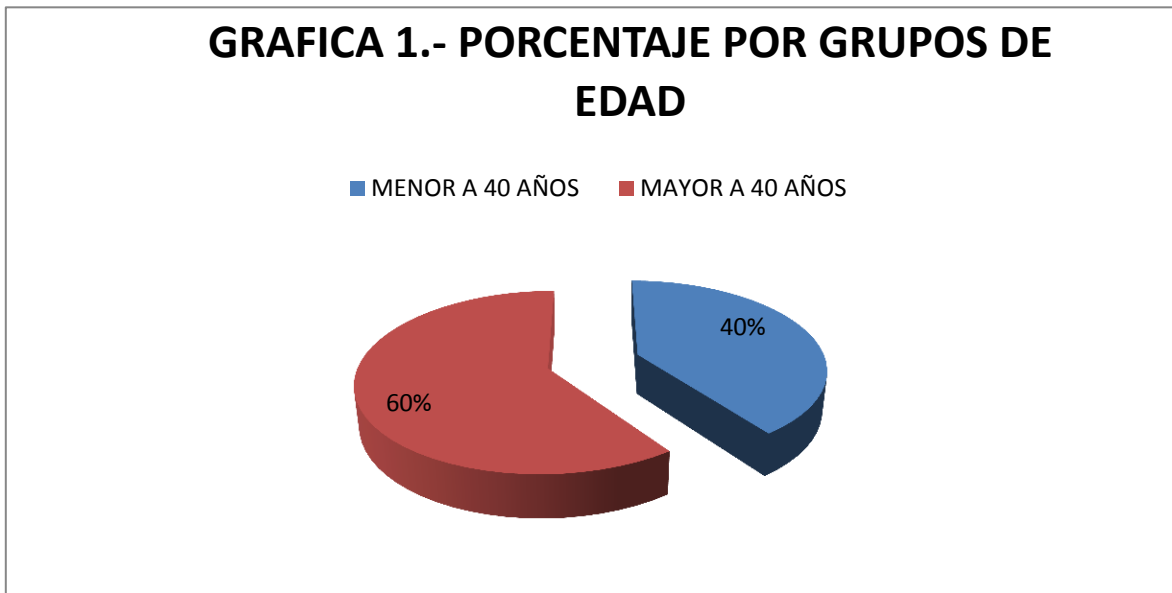
DE: Desviación Estándar

La distribución por sexo fue para el sexo masculino del 53 % y femenino del 47 %.

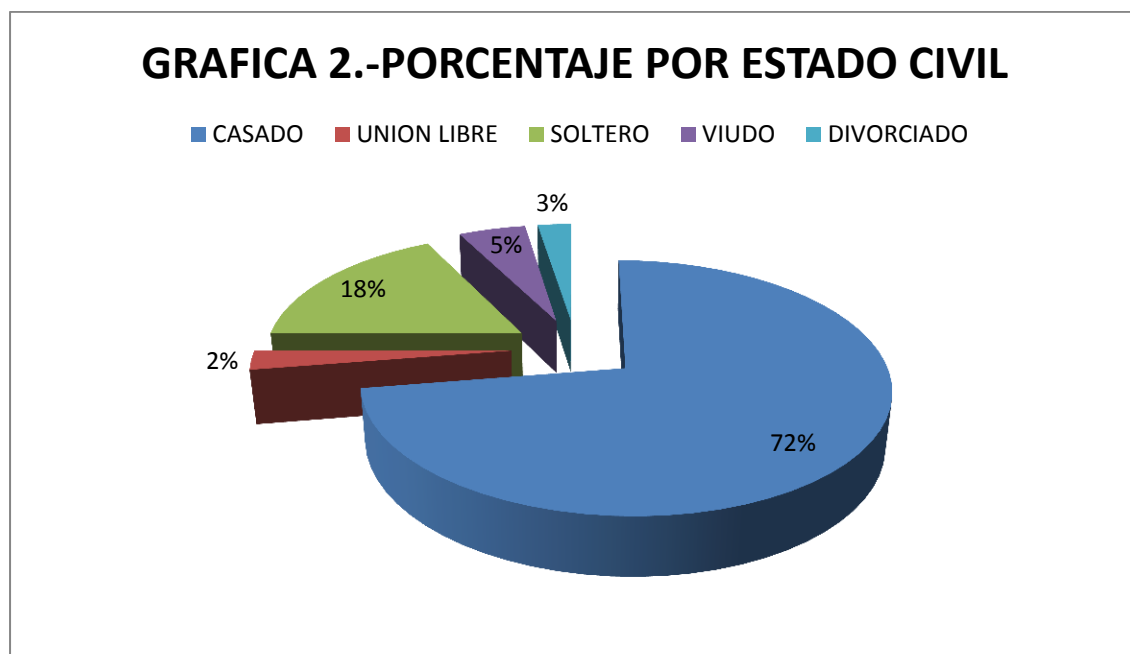
CUADRO 2.-DESCRIPTIVAS DE SEXO

SEXO	NUMERO	MEDIA
MASCULINO	21	53%
FEMENINO	19	47%

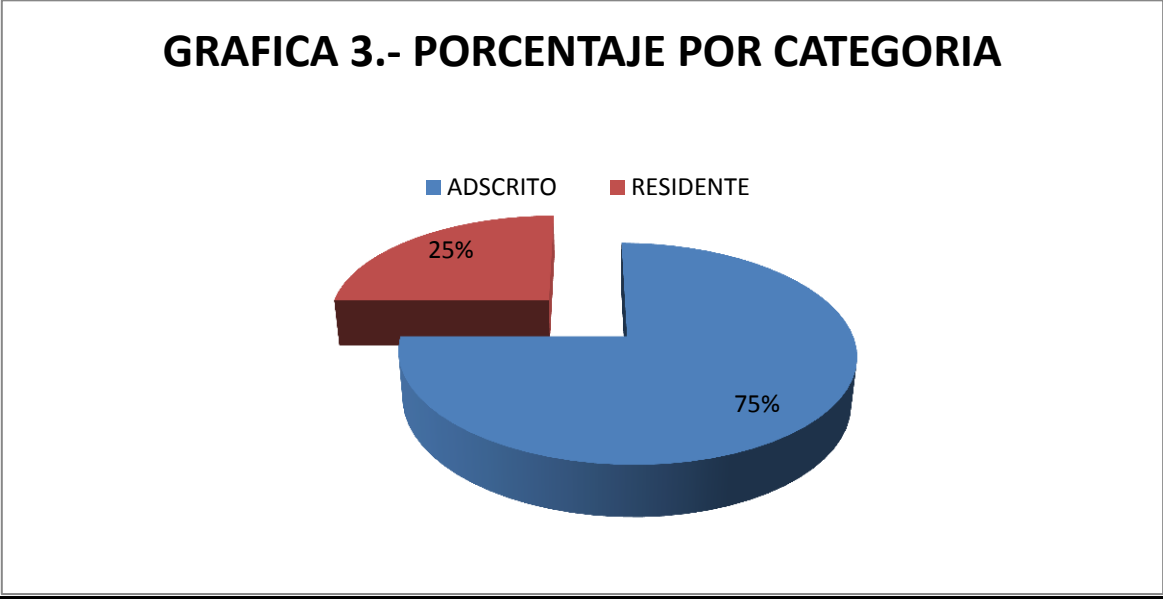
Se formaron 2 grupo de edad mayores de 40 años los cuales fueron más frecuentes con el 60 % y los menores de 40 años con el 40 % (gráfica 1)



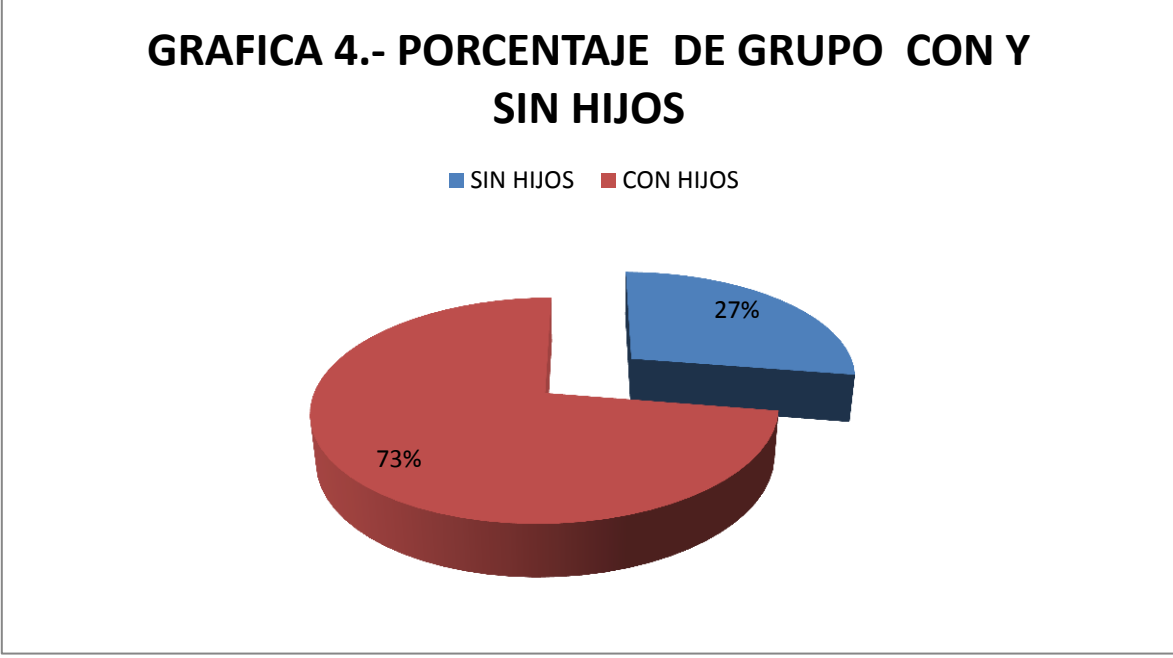
El estado civil más frecuente fueron los sujetos casados con el 72 %, seguido por los solteros con el 18%. (Gráfica 2)



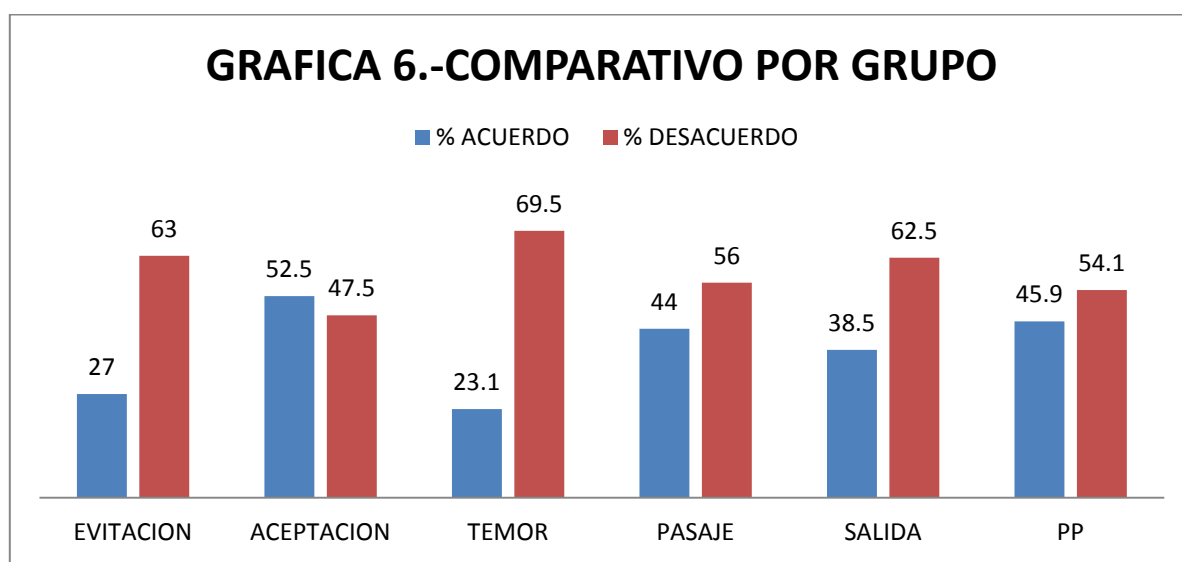
Con respecto a la categoría el 75 % correspondió al grupo de adscritos y el 25 % al de residentes. (Gráfica 3)



El 73 % de los sujetos respondieron que tenían hijos y el 27 % no los tenían (gráfica 4)



Con respecto al cuestionario sobre actitud ante la muerte, las escalas de estudio en general mostraron mayor porcentaje de sujetos en desacuerdo en la mayoría de ellas: para evitación (63%), temor (69.5%), pasaje (56%), salida (62.5%) y perspectivas profesionales (54.1%). Solamente en el grupo de aceptación un 52.2% estuvieron de acuerdo con esta escala. (Gráfica 6)



Analizando cada una de las variables socio-demográficas por cada escala de estudio se observó:

Con respecto al sexo femenino o masculino en acuerdo o desacuerdo se observó: Estuvieron de acuerdo: sexo femenino en aceptación y pasaje. En todas las demás escalas los dos sexos estuvieron en mayor porcentaje en desacuerdo.

CUADRO 3.-DESCRIPTIVAS “CUESTIONARIO ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM) SEGÚN SEXO”

SEXO	ACTITUD	EVITACION	PASAJE	SALIDA	ACEPTACION	TEMOR	PP
FEMENINO	% ACUERDO	22.14	52.64	38.16	60	34.74	48.7
	% DESACUERDO	77.88	47.36	61.84	40	65.26	51.3
MASCULINO	% ACUERDO	31.42	36.2	36.2	45.7	26.66	43.2
	% DESACUERDO	68.58	63.8	63.8	54.3	73.34	56.8
p= (ji2)		0.582	0.285	0.473	0.277	0.399	0.427

Con respecto a grupo de edad (menores de 40 años y mayores de 40 años):
Estuvieron de acuerdo en aceptación y pasaje los menores de 40 años. En todas las demás escalas los dos grupos de edad estuvieron en mayor porcentaje en desacuerdo.

CUADRO 4.-DESCRIPTIVAS “CUESTIONARIO ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM) SEGÚN GRUPO DE EDAD”

EDAD	ACTITUD	EVITACION	PASAJE	SALIDA	ACEPTACION	TEMOR	PP
< 40 AÑOS	% ACUERDO	23.76	51.26	38.78	58.12	19.96	44.55
	% DESACUERDO	76.24	48.74	61.22	41.88	80.04	55.45
> 40 AÑOS	% ACUERDO	29.16	47.1	36.66	65.84	37.5	46.89
	% DESACUERDO	70.84	52.9	63.34	34.16	62.5	53.11
p= (ji2)		0.493	0.259	0.399	0.413	0.274	0.367

Con respecto a estados civiles se observó:

Estuvieron de acuerdo: en pasaje unión libre, viudos y divorciados. En aceptación unión libre, solteros, viudos y divorciado. En temor unión libre y divorciados.

En las escalas de evitación, salida y perspectivas profesionales todos los estados civiles estuvieron en desacuerdo.

CUADRO 5.-DESCRIPTIVAS “CUESTIONARIO ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM) SEGÚN ESTADO CIVIL.”

EDO.CIVIL	ACTITUD	EVITACION	PASAJE	SALIDA	ACEPTACION	TEMOR	PP
CASADO	% ACUERDO	28.94	41.38	37.22	50.36	32.42	47.83
	% DESACUERDO	71.06	58.62	62.78	49.64	67.58	52.17
UL	% ACUERDO	40	100	20	60	60	50
	% DESACUERDO	60	0	80	40	40	50
SOLTERO	% ACUERDO	17.16	40	40	54.26	17.14	41.07
	% DESACUERDO	82.84	60	60	45.74	82.86	58.93
VIUDO	% ACUERDO	20	60	50	60	10	31.25
	% DESACUERDO	80	40	50	40	90	68.75
DIVORSIADO	% ACUERDO	40	60	20	80	80	50
	% DESACUERDO	60	40	80	20	20	50
p= (ji2)		0.582	0.288	0.396	0.539	0.209	0.461

En cuanto a grupos con y sin hijos se observó:

Estuvieron de acuerdo en aceptación el grupo sin hijos. En todas las demás escalas los dos grupos estuvieron en mayor porcentaje en desacuerdo.

CUADRO 6.-DESCRIPTIVAS “CUESTIONARIO ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM) SEGÚN PRESENCIA DE HIJOS.”

HIJOS	ACTITUD	EVITACION	PASAJE	SALIDA	ACEPTACION	TEMOR	PP
SIN HIJOS	% ACUERDO	18.18	48.7	40	63.62	20.02	43.1
	% DESACUERDO	81.82	51.3	60	36.38	79.98	56.8
CON HIJOS	% ACUERDO	30.36	42.06	36.54	48.26	34.48	46.97
	% DESACUERDO	69.64	57.94	63.46	51.74	65.52	53.03
p= (ji2)		0.348	0.376	0.421	0.233	0.348	0.433

Con respecto a categoría entre residentes y adscritos se observó:

Estuvieron de acuerdo en aceptación ambos grupos residentes y adscritos. En todas las demás escalas los dos grupos estuvieron en mayor porcentaje en desacuerdo.

CUADRO 7.-DESCRIPTIVAS “CUESTIONARIO ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM) SEGÚN CATEGORIA.”

CATEGORIA	ACTITUD	EVITACION	PASAJE	SALIDA	ACEPTACION	TEMOR	PP
ASCRITO	% ACUERDO	27.32	43.34	37.32	52.66	33.98	47.85
	% DESACUERDO	72.68	56.66	62.68	47.34	66.02	52.15
RESIDENTE	% ACUERDO	26	46	38	52	20	36.25
	% DESACUERDO	74	54	62	48	80	63.75
p= (ji2)		0.569	0.33	0.499	0.406	0.365	0.207

DISCUSION

Comparando algunos aspectos demográficos en el estudio con los obtenidos por Hernández y cols., se observó un menor porcentaje de personas del sexo femenino, 47% vs 66%, con estado civil casado: 73% vs 66%, de igual forma se mostró un mayor número de médicos adscritos 75% vs 66%. Se observó una edad comparativamente mayor a lo establecido en el estudio mencionado. Esto debido a que fue una mayor cantidad de médicos adscritos entrevistados y el porcentaje de personas con hijos de igual forma es mayor en nuestro estudio: 73% contra 48%. De esta forma el realizar un comparativo entre ambos estudios en países y culturas diferentes no es posible, de igual forma se espera que la actitud ante la muerte sea de forma diferente.

Hernández y col. no consideró comparar la proporción de sujetos de acuerdo y en desacuerdo por cada una de las escalas valoradas, relacionada a cada una de las variables socio-demográficas. Se considera la necesidad de valorar en cada variable el pensamiento positivo o negativo ante cada escala para determinar la actitud ante la muerte de los sujetos estudiados.

Se observó al comparar cada una de las escalas que solo existe acuerdo en Aceptación en el 52.5%, por lo cual podemos explicar que existe una mayor afinidad relacionadas a esta escala. El médico, sin distinguir categoría medica, tiene una actitud positiva ante la Aceptación a la muerte, lo cual es una característica esencial que obtiene desde que cursa las materias básicas en Medicina. En este apartado no se cuenta con estudios en la literatura que lo puedan corroborar, sería ideal comparar la actitud de los médicos ante la muerte y compararla con la población general fuera del ámbito de salud.

Analizando la actitud ante la muerte por género, el sexo Femenino muestra una Actitud más positiva, y esto se evidencia por que presenta un mayor desacuerdo ante características negativas como la Evitación y el Temor, en cambio presenta mayor acuerdo con respecto a características positivas como son el Pasaje y Aceptación, por lo cual podemos inferir un mejor manejo psicológico del sexo Femenino.

Con respecto a la edad se observa que el médico menor de 40 años tiene un mayor desacuerdo con la Evitación y el Temor, y un mayor acuerdo con el Pasaje y Aceptación, lo cual se puede justificar argumentando que el médico joven tiene un miedo menor a la muerte y piensa que existe un después detrás de ella.

Al evaluar las características según el estado civil de nuestros encuestados podemos observar varios resultados importantes: la Aceptación y el Pasaje se observaron en la mayoría de los encuestados que viven en unión libre, viudos y divorciados, estos grupos aceptan de forma positiva la muerte por que no cuentan quizás con vínculos sentimentales arraigados con la pareja. Sin embargo en escalas negativas como la Evitación y el Temor los grupos con mayor desacuerdo ante ellos corresponden a los Viudos y Solteros, los cuales tal vez debido a que no presentan algún vínculo emocional o ya vivieron el proceso tienden a un menor miedo a las consecuencias de la muerte en sus vidas. Por último los grupos que tienden a estar en desacuerdo con la Salida o Evitación corresponden a los Divorciados y Unión Libre, esto se puede explicar por su menor edad y mayor aceptación al tránsito afectivo correspondiente a la muerte en sus vidas.

Al evaluar según la presencia de hijos, observamos que las personas que no tiene hijos tienen una mayor aceptación al proceso de enfermedad y muerte; presentan un mayor desacuerdo con respecto a la evitación, lo cual se explicaría por que presentan vínculos emocionales y económicos, el individuo modificara su perspectiva ante la muerte visualizando un mayor riesgo ante los peligros de la vida y el miedo a morir.

Existe una actitud positiva ante la muerte entre ambos grupos de médicos al responder con buena aceptación ante este hecho. Se observa diferencia en el mayor desacuerdo en los médicos en formación con respecto al Temor y las Perspectivas profesionales, lo cual se puede explicar debido a que son médicos de menor edad con menor miedo a los riesgos de la vida y con una amplia perspectiva ante el futuro lo cual hace que tenga un desacuerdo ante estos ítems.

Dentro de nuestro estudio se trato de evaluar según religión, más sin embargo en una sociedad como la nuestra el mayor porcentaje de mexicanos pertenece a la religión católica lo cual se confirmo al ser el 100% en nuestro estudio, lo importante en esta evaluación corresponde a que este grupo religioso presenta mayor desacuerdo ante la Evitación y el Temor, por lo cual se puede pensar que por las características relacionadas con la religión católica el hecho de pensar en una vida después de la muerte permite tener una mayor capacidad para poder tener una adecuada adaptación al proceso de la muerte.

CONCLUSIONES

- La muerte es un tema del que pocos quieren hablar y menos aún discutir. La sociedad de hoy refuerza esta idea evasiva de la muerte, la convierte en un verdadero tabú.

-La poca preparación universitaria con respecto a la actitud ante la muerte con la que se ingresa a las especialidades médicas, sumado al cambio de responsabilidades que recae sobre los nuevos médicos agrava más la situación.

-No existen investigaciones procedentes de nuestro país dirigidas a la caracterización de las actitudes ante la muerte entre los Médicos.

-Existe una actitud positiva ante la muerte de los médicos encuestados, sobre todo los del sexo femenino, jóvenes menores de 40 años y aquellos con poco vínculo sentimental o vinculo social.

-No es posible valorar con estos datos si el aspecto religioso es factor para una buena actitud ante la muerte ya que no se presento una diversidad de religiones.

-Nos encontramos ante diversas similitudes en la mayoría de los aspectos preguntados entre los encuestados, siendo importante la diferencia en el mayor desacuerdo en la visión de los médicos residentes con respecto al Temor y las Perspectivas profesionales, lo cual se explica debido a que son médicos con una menor edad, con menor miedo a los riesgos de la vida y con una amplia perspectiva ante su visión profesional, pasando por alto muchos de los mitos con respecto al proceso de la muerte.

-Las actitudes que prevalecen en la población estudiada manifiestan reiterada ambigüedad (ambivalencia) en su dirección. Si bien se observan actitudes

positivas de Aceptación, predominan actitudes de Evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (Temor), que son determinantes en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias.

-Se buscó determinar la frecuencia de cada variable al ser aplicado el CAM en nuestro medio hospitalario, observando que existe acuerdo solo en el ítem de Aceptación, presentando altos porcentajes de desacuerdo en ítems negativos ante la visión de la muerte como son el Miedo o Temor, Evitación, Pasaje y Salida, lo cual nos permite asegurar que el médico dentro de los profesionistas seguramente será uno de los pocos que a pesar de enfrentarse en su vida diaria laboral ante la muerte aun no puede superar en muchas formas el proceso de adaptación ante la muerte y la forma de explicarlo para él y para los familiares de sus pacientes, por lo cual será de importancia enfocar al médico residente para poder adoptar un esquema que le permita ser psicológicamente maduro y capaz de procesar la muerte como un paso evolutivo dentro de la vida del hombre, lo cual solo lograra al adentrarse un poco más en el mundo de la Bioética y la Tanatología Médica.

-Características como el Sexo Femenino, Edad menor a 40 años, Solteros o Viudos y Sin Hijos; favorecen un mejor manejo del proceso de la muerte y por lo tanto una mayor estabilidad emocional para dar una adecuada interpretación y manejo a los sucesos relacionados con la misma.

RECOMENDACIONES

1.- Dada la limitación en el universo de trabajo, considerando en una mayor muestra se recomienda la aplicación del instrumento de medición CAM en diversos servicios correspondientes al HR 1° de Octubre I.S.S.S.T.E. o de otras unidades médicas, para obtener un valor del tamaño de la muestra mayor y poder comparar entre cada uno de los servicios del hospital sin incurrir en el sesgo del tamaño de la muestra.

2.- Este estudio se puede realizar de forma comparativa aplicando la encuesta en el resto de los Servicios de Anestesiología correspondientes al sistema I.S.S.S.T.E. con lo cual se logre en realizar una unificación de criterios para un proceso de mejora continua en las actitudes del médico ante la muerte.

3.- Una vez evaluados los resultados de este estudio se puede obtener la correlación estadística entre las variables cuantitativas pensando en buscar que tan fuerte puedes ser esta en diversas características sociodemográficas según el tipo de ítem que se evalúa con respecto a la encuesta del CAM.

4.- Nuestro estudio puedes ser tomado como base dentro de nuestro hospital debido a que es el primero en su rama que se realiza y por medio de la difusión del mismo se puede buscar que basándose en el modelo estadístico previamente propuesto, se puedan hacer mejoras a la metodología obteniendo mayor información con respecto a nuestros resultados.

5.- Por medio de la aplicación de la encuesta CAM se puede obtener una visualización rápida y general acerca de la actitud que presenta el personal médico ante el proceso de la muerte, por lo cual se puede proponer como un método capaz de evaluar a nuestro personal en función y determinar su capacidad para enfrentarse a diversas situaciones, por lo cual obtendríamos conocimientos acerca de las debilidades y fortalezas en nuestro personal ante el manejo de la información y perspectiva ante la muerte.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acarin N. La muerte y el médico, Anuario de Psicología 1998, vol. 29, no 4, 19-33
- 2.-Hernández A. F., El significado de la muerte, Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079.
- 3.- Pérez J., Actitud del médico frente a la muerte. Bioética / Mayo- Agosto 2010. P 14-17.
- 4.-Valdés D. M., Estudios de las Actitudes ante la Muerte en Cónyuges de pacientes hospitalizado en unidades de cuidados intensivos generales, (tesis doctoral), Madrid año: 1994
- 5.-Ley general de salud, art. 343, 2012
- 6.- Colaiutti de Verna, N.: "El médico ante la muerte", Investigación en Salud Mental. Córdoba, Ed., 4 y 5 de diciembre 1989.p29-30.
- 7.- Salvo C. L., Homs Gimeno C, López Puerta J, Jiménez Bartolomé B, El papel del médico ante el moribundo, cuadernos de Bioética/1994, p 174-178
- 8.-Martinez S. M., La muerte: reflexiones desde la bioética, Trabajo galardonado con el Premio Hipócrates 2010 del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, octubre 2009
- 9.- Castro G. M, Tanatología: la inteligencia emocional y el proceso del duelo, 2ª ed, México: Trillas, 2007.

10.- Lois S. J., Sulmasy P.D, Physician-Assisted Suicide, Ann Intern Med. 2001; 135:209-216.

11.-Tan M., Manca D. Finding common ground to achieve a “good death”: family physicians working with substitute decision-makers of dying patients. A qualitative grounded theory study. BMC Family Practice 2013, 14:14 p 1-11.

12.- Gómez Sancho, R. *El médico ante la muerte de su enfermo*. En: M. Gómez Sancho (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina* (pp. 57-68). Madrid: Arán. 1999.

13.- IntraMed - Puntos de vista - La actitud del médico ante la muerte. 6 de Agosto 2001.<http://www.intramed.net/servicios/imprimir.asp?contenidoID=14143>.

14.- Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. 2da. Ed. México, 2006.

15.- Hernández C. G., González G. V., Fernández M. I., Infante P. O, Actitud ante la muerte en los médicos de familia, Rev. Cubana med. gen integr. 2002;18(1):22-32.

16.- Martin CH, Salovey P. Death attitudes and self-reported health relevant behaviors. J of Health Psychology, Sage Publications, 1 (4),1996:441-53.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM)

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal.

Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte de los Médicos adscritos y residentes, se ha diseñado este instrumento. Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de acuerdo (A) o desacuerdo (B) que tiene Ud. con cada una de las proposiciones.

Edad: Religión: Estado Civil: Número de Hijos:

Sexo: Categoría:

	A Acuerdo	B Desacuerdo
1. Pensar en la muerte es perder tiempo.		
2. La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.		
3. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.		
4. Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.		
5. La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.		
6. Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.		
7. Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.		
8. Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.		
9. Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.		
10. Pienso que viviré después de mi muerte		
11. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.		
12. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.		

13. Yo temo morir joven.		
14. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.		
15. Prefiero morir a vivir sin calidad		
16. He pensado en mi muerte como un hecho imposible		
17. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.		
18. Veo la muerte como un paso a la eternidad.		
19. Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.		
20. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.		
21. He pensado que no vale la pena vivir.		
22. No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.		
23. Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.		
24. Encuentro difícil encarar la muerte.		
25. Yo espero con placer la vida después de la muerte.		
26. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.		
27. Me siento más libre al aceptar mi muerte.		
28. Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediabilmente a la muerte.		
29. Después de la muerte encontraré la felicidad.		
30. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.		
31. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.		
32. Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.		
33. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.		

ANEXO 2

CARTA INVITACIÓN

“Actitud ante la muerte del paciente en los médicos adscritos y residentes del Servicio de Anestesiología del Hospital Regional 1º de Octubre I.S.S.T.E.”

Estimado Médico:

Dentro de la funcionalidad de un servicio Médico se requiere evaluar el conocimiento de los Médicos Anestesiólogos sobre la actitud ante la muerte es por eso que le pedimos su apoyo y participe en un protocolo de investigación llamado **“Actitud ante la muerte del paciente en los médicos adscritos y residentes del Servicio de Anestesiología”**. Para poder desarrollar esta investigación es necesario que usted nos ayude a responder una encuesta, la cual demostrará las actitudes que ustedes consideran importantes. Es una encuesta clara que no llevara más de 35 minutos para desarrollarla y en la que solo se pedirán algunos datos de importancia mencionando que esta será siempre **anónima** y que de ninguna manera se exhibirán sus datos personales y de opinión fuera de este estudio. Sin más agradecemos su participación.