

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**“LA ACTITUD ANTE LA MUERTE DEL MEDICO URGENCIOLOGO Y EL RESIDENTE
DE MEDICINA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”**

TESIS DE POST-GRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

Blanca Orquídea Hernández Valero

ASESORES:

Dra. Paula Janet Dueñas Vázquez
Dr. Valadez Pérez Adrián Benjamín

Tlajomulco de Zúñiga, Jal. Febrero del 2016.



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.

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

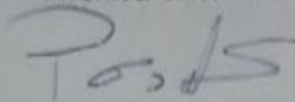
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Paula Janet Dueñas Vázquez

Medico Urgenciólogo HGR 110

Matricula 99143897 Correo: pauladuenasvazquez@gmail.com

Médico Urgenciólogo Hospital General Regional 110 Avenida Circunvalación Oblatos 2208. Teléfono 33455800



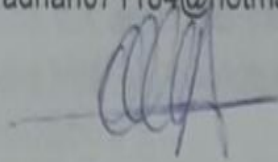
INVESTIGADOR ASOCIADO

Dr. Valadez Pérez Adrián Benjamín

Médico Urgenciólogo HGR 180

Domicilio: Carretera San Sebastián el Grande #100 Col. Cumbres II, Tlajomulco de Zúñiga Jalisco. Teléfono 3311716003 Correo: adrian071184@hotmail.com

Matricula: 991419195



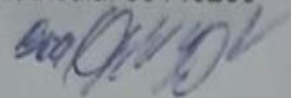
TESISTA

Hernández Valero Blanca Orquidea

Alumna del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para Médicos de base del IMSS, adscrita a la Unidad de Medicina familiar 71

Domicilio: Pimienta Oriente 150 Interior 13, Col. Los Molinos, Zapopan Jalisco

Tel: 3339464898. Correo: blanca.orquidea@hotmail.com. Matricula: 99148268



AGRADECIMIENTOS

- ❖ Primeramente a Dios nuestro señor, porque sus tiempos son sabios y su fortaleza increíble, gracias por guiar mi camino.
- ❖ Mis hijos **Claudio y Orquídea Okary**, que son mi motor de superación, de crecimiento. Agradecerles que siempre que llegaba sus abrazos, sonrisas me hacían más fuerte. Que a pesar de ser tan pequeños me han brindado su amor y apoyo porque eh tomado de su tiempo. Los amo todo esto es por ustedes.
- ❖ Mi Esposo Claudio que a pesar de la falta de tiempo, problemas durante este caminar no se ha soltado de mi mano y me da fuerza día a día, con amor y paciencia, este proyecto es tuyo y de mis hijos.
- ❖ Mi madre Orquídea, la cual amo infinitamente que es un ejemplo de superación, que es mi formadora que siempre está ahí cuando más la necesito Te amo mami. Todo lo que soy te lo debo a ti.
- ❖ Mi hermanito Guillermo que es un ser extraordinario que de él solo recibo amor, fuerza, ejemplo, y que siempre está a todo momento a mi lado Te amo Memo.
- ❖ Padre Manuel Guillermo, que siempre estas al pendiente de nosotros, gracias por darme la vida.
- ❖ A mi asesor Dr. Adrián Benjamín Valadez Pérez, por creer en mí, por apoyarme siempre en este proyecto y en mi formación médica, siempre estaré agradecida por su apoyo incondicional.
- ❖ Y a tantas personas que son cómplices de estos tres años de esfuerzo, que sin conocerme me han brindado su apoyo, sus conocimientos, y muchos de ellos su amistad, siempre estaré agradecida de cada uno de ellos, gracias a Dios son muchas personitas y cada una está en mi corazón mil gracias.

I N D I C E

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
OBJETIVOS.....	34
MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
PROCEDIMIENTO.....	36
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
PRECEPTOS ÉTICOS.....	38
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	39
RECURSOS.....	39
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	55
CONCLUSIÓN.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	62

RESUMEN

LA ACTITUD ANTE LA MUERTE DEL MEDICO URGENCIOLOGO Y EL RESIDENTE DE MEDICINA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

ANTECEDENTES: La medicina actual se asiste la muerte corporal pero no al hecho social y psicológico, siendo la muerte negada, en la extensa formación de los profesionales y estas carencias, se ven reflejadas en la relación Médico-paciente, en su propia práctica y mecanismos defensivos inconscientes a la muerte, La actitud es la forma de reaccionar de cada persona con un enfoque multidimensional, principalmente el miedo que se le considera como un fracaso personal, social y sobre todo de la medicina. La tendencia al encubrimiento en la cultura médica hasta el siglo XX, 1977 se prueba en EUA la ley del derecho a la intención que obliga al personal sanitario a dar el diagnóstico al enfermo. Así el Médico Urgenciólogo varía según su responsabilidad y pensamiento filosófico, conlleva involucrarse a una demanda por responsiva médica, por la propia muerte de un paciente. Por lo que los Servicios de Urgencias es un vínculo muy directo de enfrentarnos a una gran diversidad de problemas de alta demanda de atención e insuficiencia de recursos materiales y humanos y un aumento de demanda legales y quejas médicas. Por eso es importante el principio básico de nuestra formación, salvar vidas y el Residente debe reflexionar tan humano y tan propio como es la muerte, por lo que se debe fomentar el respeto, trato adecuado, digno, confiable hacia el paciente. Siendo la Actitud del Médico Urgenciólogo, defensiva y en ocasiones con miedo generando mayor confusión y dificultad en la relación del proceso ajeno de morir y deficiencia de comunicación Médico-paciente.

OBJETIVO GENERAL: Identificar la actitud ante la muerte del los Médicos Urgenciólogo y el Residentes de Medicina de Urgencias de en un hospital de segundo nivel. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizo un estudio observacional, transversal y descriptivo, con un universo que fueron los Médicos Urgenciólogo y los Residentes de Medicina de Urgencias adscritos a un hospital de segundo nivel. El análisis estadístico se aplicó mediante un estudio No probabilístico, con instrumento de aplicación de la escala de miedo a la muerte Collet-Lester, compuesto por 4 subescala e implementar así una estrategia educativa en el área de Tanatología. **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Los recursos fueron a cargo del residente y se utilizaron en un hospital de segundo nivel. Se contó con dos investigadores que tienen experiencia en el desarrollo de protocolos de investigación. **EXPERIENCIA DE INVESTIGADOR:** Se contó con dos investigadores con experiencia en el desarrollo de protocolos de investigación. **TIEMPO A DESARROLLARSE:** El estudio se realizo de Junio del 2015 a Febrero del 2016.

INTRODUCCION

El gran temor del mundo occidental se dirige a la incertidumbre de la muerte. Nos paralizamos en vida tantas veces por el temor a la partida. Morir, todos vamos a morir, el tema es morir bien. Muere bien, quien vive bien.

En el nuevo milenio, la humanidad enfrenta un incremento extraordinario de los avances científicos y tecnológicos, pero, paralelamente, en el campo de las ciencias de la salud se ha apreciado una creciente deshumanización. Los profesionales de la salud, gracias a la tecnología que los separa del paciente, han alcanzado un gran poder sobre éste, unas veces adoptando posturas autoritarias y otras paternalistas; pero siempre desde la posición del que todo lo sabe y todo lo puede. En este sentido algunos pretenden privatizar las definiciones de muerte y sus implicaciones culturales, éticas y hasta jurídicas.

La muerte del otro pone en juego toda una serie de condiciones de posibilidad y de imposibilidad, la hace presente, real. En pocas ocasiones, la experiencia de la muerte del otro no hace más que poner de manifiesto nuestra incapacidad para soportar la misma idea de la muerte lo que nos hace incapaces de soportar el dolor o incluso de poder actuar profesionalmente, son muchos los que dudan de cómo deben actuar ante estas situaciones, tanto con los pacientes como con los familiares de éstos.

El papel que juegan los profesionales de la salud, es el de crear las condiciones de comunicación y cercanía necesarias para facilitar el proceso de morir que otorgue un significado de la propia muerte a los familiares. Para ello, es necesario practicar la empatía y enfrentarnos como profesionales y como seres humanos a la finitud de la existencia. Así como la insensibilidad del propio médico.

MARCO TEÓRICO

Muerte vs Morir

Los términos muerte y morir no son sinónimos, la muerte es la cesación absoluta de las funciones vitales, mientras que el morir es el proceso por el que se llega a la muerte. (1).

La muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Solo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco. (2).

La muerte es, por supuesto, un hecho biológico (somos una especie animal) que se caracteriza por el cese irreversible de las funciones vitales, pero tiene además una dimensión social y cultural (somos humanos) que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece. Las costumbres y valores sociales contemporáneos fomentan el rechazo y evitación del tema como actitudes fundamentales y es perfectamente comprobable cómo en nuestra sociedad hablar y abordar un tema como la muerte es complicado y dificultoso. La dificultad para hablar del tema está asociada al hecho de que a diferencia del valor relativo de otras experiencias en la vida, con la muerte el valor se vuelve absoluto, poniendo en escena la indefensión que sentimos frente a la naturaleza. La muerte más tarde o más temprano llama a nuestra puerta y aparece en nuestra vida (2).

La muerte siempre ocurre, es un hecho ineludible, y al tener que enfrentarse con lo cotidiano de la muerte el hombre ha tenido que aprender, a lo largo de su evolución, a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas.(3)

Aspectos Psicológicos de la muerte y el morir

La vivencia de la muerte y el morir, desde un punto de vista psicológico, se relaciona estrechamente a dos dimensiones antropológicas que conforman el mundo interior de los individuos: los binomios existenciales básicos y las significaciones fundamentales que el hombre puede tener respecto a la muerte.

A.- Tres binomios existenciales básicos:

- Binomio existencial optimismo vs pesimismo. La forma de experimentar este binomio, por parte de cada individuo, es decisiva a la hora de enfrentar la muerte. Tal afrontamiento depende de la vivencia que él tenga de su propio cuerpo y de sus dolores tanto físicos como afectivo- emocionales. Hay personas que por su personalidad están predispuestas a enfocar las

experiencias vitales desde el “padecer” sufrimiento, mientras que otras tienden a ver las cosas de la vida desde sus potencialidades positivas o de gozo

- Binomio existencial comunidad vs soledad. Este binomio se refiere a la predisposición de los individuos a interactuar con los demás o, por el contrario, de aislarse de ellos. Hay personas que fácilmente comparten con los demás sus sentimientos y anhelos, gozos y dolores, mientras, que otras, por el contrario, difícilmente se dejan ayudar en los aspectos más profundos de su vida
- Binomio existencial significación vs absurdidad. Este binomio se refiere a la relevancia que dan los individuos a lo cognitivo/metafísico, es decir, a disponer, o no, de una “concepción” ideológica coherente respecto a todo lo que existe. Las personas se dividen – de hecho – entre quienes tienden a interpretar los acontecimientos de la vida como parte de un “plan” existencial coherente y quienes tienden a vivir dichos acontecimientos “tal como vienen” sin buscarle ninguna significación particular.

B) Cuatro significaciones fundamentales de la muerte

Junto a los tres binomios existenciales básicos encontramos que los individuos suelen ubicarse cognitivamente en alguno de los cuatro significados tanáticos siguientes:

- La muerte como una liberación trascendente. Esta interpretación se ubica ante la muerte como paso a la inmortalidad, reencarnación, recompensa, descanso, retribución o reactivación cósmica. Es el caso de la mayoría de los creyentes religiosos
- La muerte como autoexpresión. Estos individuos la viven como acto de heroísmo y ratificación final de los valores morales o ideológicos; o como protesta y reclamo afectivo- ideológico. Es el caso de las muertes por causas políticas
- La muerte como necesidad inevitable e inexorable del ciclo vital a la que se acepta con serenidad, teniendo como única expectativa la de continuar en el recuerdo de los seres queridos, etc. Es el caso de las muertes de algunos no creyentes en Dios.
- La muerte como derrota. El individuo la experimenta como aniquilación, calamidad, venganza del destino, expiación de la culpa. Es el caso de las muertes de algunos suicidas. (4)

C) Los sentimientos vitales básicos

Manteniéndonos aún en un plano descriptivo y sistemático respecto a los aspectos psicológicos – afectivos en torno a la muerte y el morir, podemos distinguir dos sentimientos vitales básicos.

Según cómo vivan los individuos los tres binomios existenciales y las cuatro significaciones básicas, recién descritas, será la calidad, intensidad o poder trastornarte que tengan los sentimientos psicológicos básicos, que se repartirán en dos diferentes: el miedo o la confianza.

1.- Miedo. El miedo ante la muerte tiene diferentes contenidos, según sea:

Miedo al mismo hecho de morir:

- a) Miedo a la desaparición
- b) Miedo al proceso mismo de muerte (agonía, dolor físico, ser enterrado vivo, etc.

Miedo a lo que venga después de la muerte

- a) Miedo a la corrupción corporal
- b) Miedo a lo que hagan con sus posesiones y bienes

Además, el miedo tiene diferentes grados, que van desde el mínimo (perfectamente manejable) al máximo (que sería la aniquilación del yo)

Primer grado: negación: El individuo siente tanto miedo que niega toda realidad a la muerte; actúa y piensa como si todo estuviera bien

Segundo grado: ansiedad: El individuo siente inquietud, tristeza, pensamientos depresivos, pero es consciente de su origen y es capaz de comunicarse con los demás, y hablar del asunto.

Tercer grado: desprecio de sí mismo: el individuo se razona diciendo “no hay nada más que hacer”, por tanto se despreocupa completamente de sí mismo, se vuelve remiso a cooperar, cualquier cosa es una dificultad para aceptar los cuidados que se le hagan, etc.

Cuarto grado: alineación: el individuo se desconecta, se aísla, repudia, se vuelve solitario, vive una extrema indiferencia y apatía

Quinto grado: aniquilación: el individuo corta con la realidad y requiere “vencer” la realidad adelantándose a ella por el suicidio

2.- Confianza. El segundo sentimiento básico en relación la muerte, es el de la confianza. Surge de una buena articulación entre un "contenido" de significación positiva de la vida y los polos de bienestar – comunidad- significación. La confianza en el morir puede estar compuesta por los siguientes sentimientos: confianza en que no habrá dolor, que no habrá soledad (sino compañía) y que su muerte tendrá una significación positiva. (4)

MUERTE

La muerte es la interrupción de la vida, indicada según la Ley General de Salud por la ausencia completa y permanente de conciencia; la falta permanente de respiración espontánea; la ausencia de percepción y respuesta a los estímulos externos; la falta de los reflejos medulares, la atonía de todos los músculos, el término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal; el paro cardiaco irreversible y la ausencia total de la actividad cerebral y del resto del sistema nervioso. (5)

SIGNIFICADO DE LA MUERTE

El sentido de la muerte se encuentra en la vida misma. En cuanto sabemos que vamos a morir, dirigimos nuestros esfuerzos hacia la vida vivida con intensidad. El morir nos enseña a amar, querer, recordar, ser y estar. La muerte postergada hacia la eternidad no puede sino constituir el más absurdo de los absurdos.

La vida cobra sentido en cuanto se ve como un camino; morir es cambiar de estado y el bien morir puede ser entendido en términos de desprenderse finalmente de todo lo material que nos confina a este mundo para facilitarnos el paso a la eternidad. El bien morir es estar dispuesto con humildad a despedirse de la vida, entregar la existencia que nos fue dada, sin rencores ni arrepentimientos, sin culpa y sin dolor. ¿Por qué vivir si sabemos que vamos a morir? Porque en la vida encontramos el significado de la existencia y en la muerte hallamos el significado de la vida; el convencimiento de nuestra muerte nos impulsa a trabajar, a hacer, a producir, amar, sin posponer nuestro destino. La presencia de la muerte nos pone frente a nuestra responsabilidad, que es la de hacer de la vida el sentido mismo de la existencia. (5)

ENFRENTAR LA MUERTE

La forma en que nos dispongamos frente a la muerte definirá nuestro proceso de muerte ¿qué es la muerte, sino un nacer a otra cosa? Como plantea Kübler-Ross: "la muerte no es más que un pasaje hacia otra forma de vida".

Kübler-Ross, después de realizar una cantidad de estudios sobre enfermos terminales, dio a conocer la existencia de cuatro etapas de la muerte y la agonía, las cuales son:

- 1. Negación:** cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad mortal, su primera reacción es la negación, mecanismo de defensa que ante la evidencia nos hace decir "No puede ser"; la persona busca otras opciones, nuevas evidencias que demuestren el error; cambia de médico; pide nuevas pruebas. La negación es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra existencia, forma parte de nosotros. Es un estado de conmoción temporal del que se recupera gradualmente. 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. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. La negación mantenida no siempre aumenta el dolor si se aguanta hasta el final, es poco común. La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, más al principio de la enfermedad grave que hacia el final de la vida. Luego la necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones.
- 2. Ira o enojo:** cuando el sujeto no se puede seguir manteniendo en la primera fase de negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Ve la realidad se rebela contra ella, y se realiza la pregunta ¿por qué yo?: "Qué injusto es que me toque a mí morir"; quiere tener la vida de los demás; nada le parece bien, nada le gusta ni lo conforta. Todo lo que ve le causa molestia; recordar su estado le inunda de enojo y rencor; esta fase se caracteriza por la negación de Dios; puede haber insultos. En contraste con la fase de la 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 aza. Los doctores no son buenos, no saben qué pruebas hacer ni qué dieta prescribir. Tienen a los pacientes demasiado tiempo en el hospital o no respetan sus deseos de privilegios especiales. A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja. Requieren expresar este enojo o ira para poder liberarse de la misma y salir. Debe permitírsele al ser él o ella mismo, hostil y exigente, sin suscitar por ello juicios ni sentimientos personales. Deben ser comprendidos antes que juzgados. Una vez liberada esta carga, pueden mostrar otro aspecto de

sí mismos, es decir, el de una persona apasionada, capaz de merecer amor, comprensión y afecto.

3. **Pacto o negociación:** Es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. Si el paciente o enfermo terminal no ha sido capaz de afrontar la triste realidad en el primer período, enojándose con la gente y con Dios en el segundo, tal vez pueda llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable. En esta etapa se asume la condición, pero aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo; es característico de las personas con cáncer de pulmón que prometen ya no fumar más con tal de tener algunos días más de vida. Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.
4. **Depresión:** ésta aparece cuando se adquiere conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad o la ausencia física de la persona amada sigue su desarrollo, apareciendo dependencia parcial o total a ciertas actividades. El dolor físico o las hospitalizaciones continuas; los aspectos psicosociales, como la imposibilidad para trabajar; problemas económicos, familiares; la sensación de no ser útil y de volverse una carga a los demás facilitan que se instale el cuadro depresivo. Es aconsejable que se exprese la angustia en vez de esconderse en uno mismo.
5. **Aceptación:** es necesario el paso del tiempo para superar las etapas anteriores; muchas veces se ha tenido que aceptar y resolver problemas; las personas prefieren estar solas, se preparan para morir efectivamente, duermen mucho; renuncian a la vida en paz y armonía; no suele haber ni felicidad ni dolor; el dolor lo encontramos en los que rodean a la persona, los familiares, amigos y cuidadores.
6. **Esperanza:** Hasta ahora se ha hablado de las diferentes fases que atraviesan las personas cuando tienen que hacer frente a la noticia trágica – mecanismos de defensa en términos psiquiátricos, mecanismos que sirven para afrontar situaciones sumamente difíciles. Estos medios durarán diferentes periodos de tiempo y se reemplazarán unos a otros o coexistirán a veces. La única cosa que generalmente persiste a lo largo de la todas las fases es la esperanza. Es el deseo de que todo esto tenga algún sentido de que al final valga la pena que hayan aguantado un poco más.

Estas etapas no se dan en forma rigurosa, en secuencia invariable; alguien puede morir enojado consigo mismo y con el mundo, o sin jamás aceptar la muerte

porque su amor a la vida es más fuerte que su paz interior; por lo general, quien no desea morir llegando su hora ha dejado algo pendiente; resolver sus asuntos de la mejor forma puede ser un incentivo para el buen morir. (6)

DUELO

Los seres humanos tenemos una tendencia innata a establecer vínculos emocionales con otras personas. Así conseguimos la satisfacción de necesidades biológicas (alimentación, conservación de la especie, entre otras), y psicológicas (protección, seguridad, afecto). Estos vínculos se desarrollan desde la edad temprana hasta la muerte, con personas específicas que perduran durante gran parte de nuestro ciclo vital. Pero al ponerse en peligro se producen intensas reacciones (como el llanto y el coaccionar mediante el enfado) que buscan su restablecimiento.

Si observamos otras especies, vemos que no es precisamente infrecuente que respondan con agresividad a la separación de sus seres queridos. Normalmente el despliegue de este repertorio de conductas suele ser útil buscando, de una u otra manera que las cosas vuelvan a su cauce. Así, aunque la pérdida sea irrecuperable, el ser en duelo intentará aceptar y acostumbrarse a vivir sin esa persona, lo cual lleva tiempo. A este proceso de adaptación se le ha denominado duelo y es uno de los periodos de crisis más intensos que puede experimentar una persona a lo largo de su vida.

El significado de la muerte implica el cese de la vida, una separación del cuerpo y el alma. Así, las diversas culturas están dispuestas a resolver el problema del dolor de sus miembros, por medio de rituales y ceremonias; en resumen por medio de espacios para elaborar la pérdida con un gran soporte social. Esta acción permite abordar la muerte desde una mirada social de reconocimiento de sus miembros, de tal modo que se estructura el dolor por medio de tradiciones y ritos que ayudan a sobrellevarlo.

Kalish (1983) destaca el impacto social de la muerte y la viudez en el anciano. En opinión de este autor las diferencias de sexo son de mayor trascendencia en el varón anciano, lo que es resultante de factores como: las mujeres viven más que los hombres, se casan con hombres más viejos que ellas y hay más viudos que viudas que se vuelven a casar. Es posible que algunos encuentren relaciones que alivien el sentimiento de privación sin reducir el de pérdida y dolor: en forma inversa! otros no experimentarán dolor y pueden estar en cierta medida felices de que una relación por mucho tiempo indeseada haya cesado; no obstante. Pueden sentirse privados por la ausencia de una persona no especialmente amada. Cuando muere el cónyuge, las viudas de edad avanzada no parecen tener un

aumento significativo en la incidencia de enfermedades físicas como los hombres viudos más jóvenes; a este hecho se le llamó "ensayo de viudedad". Puede ocurrir en la mediana edad o incluso en años anteriores: la mujer anticipa lo que será su vida al llegar a quedarse viuda.

De este modo puede experimentar algunos problemas emocionales de la viudez antes de que ocurra en realidad. Los hombres indudablemente experimentan un fenómeno comparable, pero de acuerdo con Kalish, con menor frecuencia y menor intensidad. Las viudas tienden a la socialización con otras mujeres; según ciertos estudios, 38% de las viudas tenían menos actividad social después de morir sus parejas, 43% no tuvieron cambios y 12% refirieron tener más actividad social. Los hombres llegan a tener relaciones con algunas viudas y unas pocas con otros hombres de sus edades y condición similar; sin embargo, los problemas de los hombres viudos aparecen al enfrentarse a la vida diaria y las actividades del hogar a las cuales no se habían enfrentado y donde casi nunca tuvieron experiencia.

El luto es como un periodo de noviazgo, pero a la inversa, en que la viuda o el hombre empiezan a reducir los sentimientos emocionales que existieron en la relación con el cónyuge muerto. Con frecuencia algunos tipos de unión o de apego continúan por tiempo indefinido. Se debe destacar la pérdida de roles o potenciales sociales; como se acostumbraba aceptar parejas en ciertos núcleos sociales y no personas solas, estas últimas son relegadas a otras condiciones.

Por otra parte, al enfrentar un duelo, hay dificultad para manejar los elementos de la propia situación como parte de la fase inicial de choque y aturdimiento. Con frecuencia, quienes lo sufren no saben reiniciar las actividades de la vida diaria que abandonaron antes de la muerte de su ser querido.

Una gran parte de estos problemas deriva del propio estatus, que les deja libre la posibilidad de ser tratados con demostraciones de pesar, sin importar cómo haya sido su comportamiento inicial.

La familia, por otro lado, tampoco escapa a las dificultades de interacción que la situación de duelo crea entre sus miembros. Los miembros de la familia inmediata tratan de transmitir las noticias de la muerte según un orden supuesto de información. De esta manera, si la persona perdida era importante para la relación diaria con otros o con el mundo, es probable que el sentido de la vida se desbarate o se pierda.

Si bien la muerte se considera un asunto familiar, el duelo puede constituir un modo de romper las reglas generales de convivencia; a menudo la casa de los dolientes se mantiene "abierta" durante algunos días después de la muerte; debido a esto se mezclan familiares, amigos, conocidos, compañeros y vecinos.

El proceso de resolver el duelo puede percibirse en función de la interacción social, significado y reestructuración de una nueva identidad, así como la construcción social de una realidad diferente; la pérdida de un familiar o ser querido afecta en forma grave las relaciones que se tienen con el mundo y con otras personas. Por esta razón, para poder entender el impacto particular de una pérdida es necesario saber qué papel tenía la persona en su vida en un área o más de su realidad, en su sentido de la vida y en la confirmación de la identidad.

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce por la pérdida de una persona y que se puede asociar a síntomas físicos y emocionales. Es una reacción emocional que se produce por una pérdida. Es psicológicamente traumática. Se requiere de un tiempo para restablecer el equilibrio normal; por tanto, es una reacción de adaptación natural que se normaliza con el acompañamiento y el soporte familiar y social con los que debemos contar cada uno de nosotros. La pérdida suele enfocarse en la muerte de un ser querido pero puede comprender un sin número de problemas, desde los materiales, el desempleo, la alteración física social o psicológica o simplemente la separación de los seres queridos sin mediar la muerte de por medio.

Toda muerte debe ser seguida de un duelo, la elaboración e integración del acontecimiento de la muerte como parte de la vida; debemos asimilarla hasta reconstruir la vida sin el ser amado; se le debe recordar con amor y cariño para poder reiniciar el desarrollo de una vida normal y estar en todas las exigencias que la sociedad impone. (7)

ETAPAS DEL DUELO

- **Fase de inicio:** puede durar varias semanas, donde el impacto y la incredulidad de los que nos quedamos se pone de manifiesto; se sienten abrumados, aturcidos, confundidos; se pueden asociar problemas físicos como náuseas, cefalea, diarreas, dolores musculares, contracturas musculares y muchos otros síntomas. Se siente uno impotente ante la vida.
- **Segunda fase:** puede ir de seis meses a un año, donde la preocupación por la persona que falta persiste; el pensamiento está en el pasado; suele haber llanto, insomnio, fatiga, falta de apetito; en esta fase se evalúa emocionalmente la relación que se tenía con la persona fallecida; se rescata la intensidad de las emociones compartidas y se fijan los recuerdos para revivirlos toda la vida.
- **Fase final:** es muy variable el tiempo que tarda en presentarse; sabemos que se presenta porque se reinician las actividades diarias; se recuerda al muerto con cariño y tristeza en vez de dolor y nostalgia. Se aprende que

hay otros valores y motivos para vivir y luchar. Cuando deformamos el dolor que sentimos por la persona que fallece, nos arriesgamos a vivir una pena patológica; la presencia de ésta puede indicar que tengamos una personalidad o una relación altamente dependiente u hostil con el fallecido. Esto pasa también en caso de muertes traumáticas o en el apoyo deficiente en ese momento. Puede traer consigo la presencia de hiperactividad compulsiva, identificación patológica con la persona fallecida, deterioro físico, depresión, culpa, ira, etcétera. (7)

Los procesos de duelo y pena, a veces denominados en conjunto luto, abarcan elementos cognoscitivos y es frecuente que se expresen mediante síntomas físicos y psicológicos. Se inician con el reconocimiento y aceptación de la pérdida. El individuo necesita aceptar la realidad no sólo intelectualmente sino también desde el punto de vista emocional.

Cuando sólo ocurre la aceptación intelectual, las probabilidades de inadaptación emocional son mayores. El proceso de duelo hace que la persona pase de manera sucesiva por los estados de choque emocional, aflicción aguda y resignación. Peter Marris ha considerado al duelo como la expresión social del luto, que por lo común se manifiesta en los hábitos o rituales religiosos, y describe la pena como la sensación de conflicto intenso entre impulsos contradictorios: la necesidad de conservar todo lo valioso e importante del pasado y al mismo tiempo la de comenzar una vida nueva, aceptando la pérdida sufrida. Si el proceso de pena se interrumpe con demasiada prontitud en la búsqueda de reajuste y reintegración inmediatos, o si se continúa en forma interminable con una preocupación incesante por lo perdido, el doliente quizá nunca se recupere emocionalmente. La pena se domina al abstraer lo que reviste importancia fundamental en el sujeto o persona perdida y después enfrentar la vida y aceptar la nueva realidad.

Por lo general, se admite que la pena es un proceso que se inicia con tristeza, temor, angustia e ira; se continúa con dolor y desesperación, y suele terminar con confianza y esperanza renovada. Estas fases expresan la necesidad de recuperar el vínculo con la persona o el objeto perdidos; incluyen desorganización personal y desequilibrios emocionales, y concluyen con la reorganización y adaptación.

Como se mencionó con anterioridad, el duelo y la pena pueden relacionarse con la sensación de pérdida como resultado de la incapacidad para lograr objetivos, resultado de la desilusión, privación o fracaso, lo que genera fuerzas dinámicas que presentan consecuencias de importancia. Suelen contribuir a estados patológicos y afectar los logros de la persona. El anciano puede experimentar una sensación intensa de pérdida como resultado de la disminución de su

funcionamiento fisiológico, ya sea por la edad o por una enfermedad que disminuye con brusquedad las capacidades físicas.

La pérdida repentina por desintegración o reubicación de familias también origina un proceso de pena y angustia intensa. Por supuesto, las más graves consisten en la pérdida de seres amados. El duelo y la pena por esta pérdida se complican con el efecto caótico del desastre, que puede incluir las pérdidas adicionales por destrucción de bienes materiales, reubicación en otra zona y desempleo. (7)

LOS OBJETIVOS DEL DUELO

1. Aceptar la realidad de la pérdida, que es el paso más difícil.
2. Dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así aceptarlos y encontrar cauces apropiados de canalización e integración.
3. Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido.
4. Invertir la energía emotiva en nuevas relaciones.

TIPOS DE DUELO

- Anticipatorio: en caso de muertes anunciadas.
- Retardado: en aquellas personas que no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una hiperactividad.
- No resuelto: dura meses o incluso años. Cualquier recuerdo o imagen, puede desencadenarlo de nuevo.
- Crónico: que arrastra el doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.
- Patológico: caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondriacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional. (7)

PROCESO DE DUELO

El duelo se inicia de manera inmediata después de la muerte de un ser querido. La duración varía de persona a persona y dependiendo del grado de impacto en el momento de la pérdida de la persona amada, por la personalidad del individuo, y por los recuerdos internos y externos que se tengan de la persona fallecida, además de estar también determinado por la identidad y el papel de la persona fallecida, por la edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida, por las causas y circunstancias en que ésta ocurrió, y por los factores sociales y psicológicos que afectan al sobreviviente.

El duelo se desarrolla en etapas dinámicas: la primera se denomina " *De impacto y perplejidad o choque*". Ésta inicia al enfrentar la noticia de muerte. Puede variar de minutos a días y llegar a seis meses. Se intenta defenderse del impacto de la

noticia. El anciano se enfrenta a una realidad que no logra comprender y que capta toda su atención, por lo que el consuelo no será bien recibido. Es él mismo quien debe verificar y confrontar la realidad. No hay que sobreprotegerlo ni forzarlo a realizar actividades que no quiere, ni dejarlo en un reposo absoluto por un tiempo prolongado. Por otro lado, experimenta sentimientos de pena, dolor, incredulidad y confusión; trastornos del apetito por defecto o por exceso, así como náuseas e insomnio.

La segunda etapa se denomina "*Rabia y culpa*"; hay una angustia intensa, acompañada de un desorden emocional. La muerte ya ha sido aceptada como un hecho real. El anciano comienza un proceso de búsqueda de quien ya no está y empieza a expresar sentimientos por éste.

Una tercera etapa es denominada "*Desorganización del mundo, desesperación y retraimiento*". Esta etapa puede durar hasta dos años. Se incrementan la pena y el llanto. Surgen sentimientos de culpabilidad, soledad, añoranza y auto reproché. El doliente siente coraje; lo que lo mantiene resentido y le impide su adaptación a la nueva realidad. Sueña con el fallecido; se aísla socialmente; presenta suspiros constantes, hiperactividad o, al contrario, hiperactividad; frecuenta los mismos lugares que al fallecido le gustaban con el afán de reencontrarlo. Presenta sensaciones físicas, como estómago vacío, opresión en el tórax o cerrazón de la garganta; tiene hipersensibilidad a los ruidos, sensación de ahogo y boca seca; preocupación, sensación de presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas. No hay que esperar que el doliente cambie su conducta o reprima su tristeza; al contrario, hay que permitirle la realización del duelo, para que sea capaz de enfrentar los sentimientos de dolor y tristeza.

En esta etapa hay una cierta negociación, ya que la persona disminuye la agresividad y hay una aceptación parcial de la realidad. Esta transacción se realiza, para las personas creyentes, con Dios. Hay una pregunta esencial: "¿por qué ahora?". Se trata de una fase en la que persiste algo de esperanza porque el objeto o la circunstancia perdida sea recuperado. En todo caso estarán presentes de manera simultánea aspectos relacionados con la ausencia real del objeto y la fantasía de que ésta es parcial y reversible. Se habla de elaboración del duelo cuando ya se ha aceptado la pérdida y el recordar a la persona fallecida o actividades realizadas en conjunto no causa dolor. El expresar abiertamente la pena que se siente es una actitud natural y deseable; supone una buena salida psicológica en términos de la elaboración del duelo recientemente vivido.

Se debe aceptar la realidad de la pérdida, sufrir pena y dolor emocional, para después adaptarse al medio sin la persona desaparecida en el sentido de construir una nueva vida estable y satisfactoria; finalmente, hay que quitar la presencia

emocional del fallecido derivando la energía a otras relaciones en el sentido de recuperar la capacidad de amar en un sentido más amplio. (7)

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO

La pérdida de un ser querido se vive de manera individual; se han descrito cuatro grupos de factores que se relacionan con el duelo: los factores psicológicos, los recursos personales, las circunstancias específicas de la muerte y la presencia de factores externos existentes.

Factores psicológicos

La pérdida tiene un significado diferente para cada persona, ya que se percibe de manera intensa en algunos y en otros casi en forma de alivio. Se considera la dependencia o independencia que se ha producido a través de la vida en su relación interpersonal. Se deben analizar la cantidad y calidad de la relación entre la pareja (doliente y fallecido), lo que implica desde el sexo hasta la edad, el tiempo de la relación, la personalidad y la fuerza de la unión. Se involucra la percepción de lo que el que muere vivió, la realización de las actividades, la satisfacción en la vida el cumplimiento que dio a sus actividades. Se mezclan las funciones como pareja, como miembro de la familia y del sistema social al que pertenecía (muchas veces significa pérdidas secundarias como la del rol social. En algunas condiciones donde la relación ya sufría problemas se aprecia el duelo ambivalente, entre el sufrimiento y el alivio aunque pueden aparecer sentimientos de culpa.

Los recursos personales

Algunos de los factores a considerar son la personalidad, carácter y salud mental del doliente; la confianza en si mismo; la madurez e inteligencia; el haber tenido duelos previos que le dan experiencia en la resolución; la existencia de otras crisis personales no relacionadas con el fallecido; la existencia de fundamentos religiosos, filosóficos, culturales y sociales individuales presentes en grado variable en el momento de la pérdida.

Las circunstancias específicas de la muerte

El modo y el momento de morir tienen una influencia en la manera en que los sobrevivientes resienten la pérdida; es diferente la muerte de un anciano a la de un niño o un adulto productivo y con familia dependiente de él. La justicia O injusticia resentida contra la naturaleza. La muerte natural o por enfermedad crónica terminal. Un accidente de automóvil, un accidente laboral o un infarto son posibilidades de muerte mal aceptadas y manejadas por lo abrupto de su presentación. En caso de suicidio es aún más difícil su aceptación, ya que aparecen sentimientos de culpa.

Los apoyos externos

La existencia de una familia unida o con problemas puede ayudar o entorpecer la elaboración del duelo; el exteriorizar la pena favorece la expresión, el autocontrol del doliente.

Existen grupos de ayuda mutua que pueden favorecer la aceptación. Un núcleo social fuerte y unido donde la compañía se mantiene y el apoyo recibido es constante permite una mejor elaboración del duelo.

LA RESOLUCIÓN DEL DUELO

La duración del duelo es variable y depende de los factores que se han mencionado, ya que influyen en la respuesta individual; se ha dicho que en las personas adultas mayores puede durar de 6 a 12 meses, tiempo que se considera normal; sin embargo, algunos autores han mencionado hasta tres años para la resolución completa; no obstante, algunas personas siguen percibiendo alteraciones toda la vida hasta su propia muerte. Podemos citar dos signos concretos de recuperación cuando la persona puede hablar y recordar al ser querido con naturalidad, sin llorar, y cuando se establecen nuevas relaciones significativas y se han aceptado nuevos retos en la vida.

REACCIONES ATÍPICAS

La intensidad y duración de las reacciones distinguen al duelo normal de otro anormal. La anormalidad aparece cuando se bloquea y el dolor no desaparece; las actitudes de rechazo; los sentimientos de rabia, culpa y tristeza no se resuelven. Los mecanismos de defensa utilizados no son funcionales y se retrasa el proceso de crecimiento personal y de maduración. Los mecanismos de rechazo, fijación, represión, aislamiento, regresión o somatización persisten o son manejados de manera inadecuada durante mucho tiempo.

DUELO PATOLÓGICO

Se considera que un duelo es anormal cuando hay retraso, ausencia del mismo o si éste se prolonga o es muy intenso; en ocasiones llega a asociarse con depresiones tan importantes que llegan al suicidio. Ello significa que el doliente es incapaz de superar la pérdida, o que existió un gran apego con la pareja; dentro de la sensación estará presente la culpa ("no hice", "dejé de hacer"), sentimientos de inutilidad, deterioro funcional y en algunos casos puede llegarse a las alucinaciones. (7)

TANATOLOGÍA

Hay que recorrer los antecedentes históricos de la Tanatología para comprender su origen y desarrollo. El aprender a afrontar la muerte en su doble vertiente de

experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado, es aprender a asumir en toda su dimensión, nuestra propia humanidad. La Tanatología comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa.

El término Tanatología “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quien en el año de 1908 recibiera el premio Nobel de Medicina por sus trabajos que culminaron en la teoría de la fagocitosis. En este momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad “escondió” la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los horrores de la vida.

Después en la década de 1960, se realizaron estudios serios (sobre todo en Inglaterra) que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a solo el 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnicado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante.

Sin embargo a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra El Psiquiatra y el paciente Moribundo), y Elizabeth Kübler Ross (en su libro Sobre la Muerte y los moribundos) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

El vocablo tanatos deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche, denominada Eufrone o Ebofia, que quiere decir madre del buen consejo. La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón de ahí que se le considerara una diosa.

Thanatos la muerte es representada con una guadaña, una ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las hierbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida.

Logos significa tratado, estudio, razón, sentido, de ahí que la Tanatología puede definirse etimológicamente como la “ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte”

Elizabeth Kübler Ross, psiquiatra suiza considerada pionera de la Tanatología, se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte por lo que define la Tanatología moderna como una “instancia de atención a los moribundos” por lo que se considera fundadora de esta ciencia.

Concebida como disciplina profesional, integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud. Proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares. Es una alternativa para revalorar la vida; descansa en el principio de la condición mortal de cualquier individuo.

El cómo ayudar a las personas a resolver la muerte constituye una tarea ardua, y más aún donde la sociedad interfiere.

Es necesario iniciar la educación en la infancia, ayudando a los niños a disminuir su ansiedad hacia la muerte, y continuar con los jóvenes, adultos y los propios viejos.

La ideología de esta disciplina versa sobre los siguientes puntos:

- a) La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos. Eliminar estos miedos es dar vida: vida a plenitud, vida llena de calidad.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir. En la mayoría de los casos, quienes tienen ideas suicidas prefieren recibir ayuda adecuada, en lugar de fabricar su propia muerte.
- c) Por último, de acuerdo con Kübler Ross, el amor incondicional es un ideal asequible.

En suma, la meta última del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza real. En ella está contenido el verdadero sentido de la vida. Eso incluye una mejor calidad de vida, la muerte digna y en paz.

La educación para la muerte tiene ciertos objetivos que vale la pena revisar; entre ellos están ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, pero no un sentido de fantasía enajenante sino como una revelación íntima del sentido de la muerte que presupone su aceptación como algo natural; tiene por objetivos preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de

las personas cercanas, enseñar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte; entender la dinámica de la pena desde un punto de vista muy humano, donde se acentúe la importancia de las emociones más que cualquier otro aspecto de la psicología. (8)

El tiempo de la muerte se ha alargado, el médico Urgenciólogo no puede suprimir la muerte pero puede regular su duración, de algunas horas que eran en otro tiempo, a algunos días o hasta años, gracias a los adelantos de la tecnología, volviéndose posible demorar el momento fatal y cayendo en el encarnizamiento terapéutico. Un empeñamiento de curar lo incurable, de no reconocer la finitud de la vida y de la medicina y de negarse a admitir que la muerte es un proceso natural, como cuando se nace, y de ninguna manera sinónimo de fracaso Médico. (9)

Dicha prolongación se ha convertido en una meta que mantiene la vida a cualquier costo. Con ello la muerte pasa de ser de un proceso natural y un acuerdo entre la familia-hospital-justicia, a una decisión de médico. Por lo que el moribundo fue poco a poco dejando a su familia la dirección del fin de su vida y por lo tanto también de su muerte. A su vez los familiares han descargado esta responsabilidad sobre el médico Urgenciólogo, quien a su padecer, posee los secretos de la salud y del sufrimiento, que sabe mejor que nadie lo que hay que hacer al que por consiguiente se le da la libertad de elegir (9)

ASPECTOS LEGALES DE LA MUERTE.

TESTAMENTOS

La reivindicación de la persona de seguir con libertad sus decisiones relacionadas con el proceso de morir, es una manifestación de la importancia dada al valor de nuestra cultura occidental y expresión del principio de autonomía, incluida en el ámbito de la bioética. La exigencia de la dignidad se comprende sólo a través del respeto a la libertad.

Las decisiones a tomar al final de la vida, requieren mayor libertad personal, tanto en lo relacionado con la parte moral-religiosa, como a la disposición de los bienes materiales.

Casos importantes son la prolongación artificial de la vida mediante procesos desproporcionados o la tan mencionada eutanasia, que ha hecho mucho ruido desde su aprobación legal en algunos países debido a las implicaciones religiosas y morales que implica; así como en el plano jurídico un conflicto ético es la aprobación o no de la pena de muerte, la eutanasia es un caso parecido, ya que

es la aprobación de la muerte en ciertas condiciones sin que ello implicara sanción penal.

Debido a los avances en la ciencia y en la técnica, la esperanza de vida se ha incrementado, y la sociedad debe plantearse el dilema de cuándo llevar a cabo ciertas acciones, desde el testamento que señala quién o quiénes recibirán los bienes de la persona al morir ésta, así como una serie de legados, responsabilidades que se heredan en los casos de tutorías hasta la posibilidad de los testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas que se refieren a la posibilidad que jurídicamente se ha establecido en algunos países en cuanto a solicitar la eutanasia, el rechazo a la prolongación de la vida por medios desproporcionados en circunstancias específicas, ya que la ciencia y técnica mancomunadas hacen posible prolongar de manera artificial la vida durante un tiempo indeterminado mediante procesos invasivos. Es el caso de las personas que donan sus órganos y sus cuerpos son mantenidos en vida artificial hasta el momento de tener al receptor o en lo que se prepara la extracción de los órganos útiles.

TESTAMENTO VITAL

La expresión "*living Will*" equivale a testamento vital; es probable que Luis Kutner, abogado estadounidense en 1967, haya sido la primera persona en sugerir esta posibilidad. El primer testamento vital es de 1969 y fue ofrecido por el *Eutanasia Educational Council*; desde esa fecha parece haber más de 10 millones de declaraciones firmadas.

El testamento vital es un documento en el que una persona en ejercicio de sus facultades pide se respeten sus deseos en cuanto al cuidado de su salud a futuro; la posición más frecuente de las personas se refiere a la no prolongación de la vida por medios extraordinarios.

La finalidad del testamento vital es rechazar el consentimiento informado de un tratamiento determinado, cuando el paciente no pueda tomar la decisión. Los objetivos de este documento son:

- a) Respetar el principio de autonomía, finalidad ética de las sociedades que se han determinado como democráticas y pluralistas. '
- b) Dar respaldo al paciente sobre sus determinaciones y deseos, para el final de la vida; asimismo, es un medio jurídico para que la ley otorgue fuerza legal a lo decidido con antelación.
- c) Defender al profesional médico (objetivo secundario) cuya importancia va en aumento, ante las diferentes posiciones legales en casos específicos.

Este tipo de documentos busca la "muerte digna" de los pacientes que se encuentran bajo condiciones físicas o mentales incurables o irreversibles y sin expectativas de curación. ¿Qué implica la muerte digna?

- Calidad de vida.
- Atención adecuada.
- Ayuda para resolver problemas.
- Morir rodeado de gente cariñosa.
- No ser objeto de experimentación.
- Respetar y darle gusto al paciente.
- Presentarle opciones reales.
- No dar expectativas falsas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen una serie de derechos de los pacientes terminales:

- Vivir hasta un máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual, social y ocupacional.
- Tener derecho a vivir en forma independiente y en estado de alerta.
- Expresar sus emociones y sentimientos en todo momento (autonomía).
- Tener derecho a aliviar sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
- Conocer todo lo concerniente a su enfermedad, su estado de salud, el diagnóstico y su pronóstico.
- Poder ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- Poder ser el eje principal de las decisiones que incumban a sus cuidados relacionados con la etapa final de su vida.
- Tener derecho a que no se prolongue el sufrimiento por tiempo indefinido, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- Tener derecho a no morir solo.
- Morir sin dolor, con dignidad y apaciblemente dentro de lo posible.
- En general las instrucciones de los testamentos vitales se aplican a una condición terminal, bajo un estado de inconsciencia o en los casos donde existe daño cerebral irreversible; o en donde el paciente no cuenta con la posibilidad de ejercer sus derechos de decisión de manera directa.
- Esto debe hacerse teniendo en cuenta el respeto de los derechos humanos de cada paciente, los cuales son mencionados por la OMS.
- Los testamentos vitales que se conocen son múltiples; se pueden clasificar en tres tipos:
- Los de procedencia religiosa (p. ej., Asociación Norteamericana de Hospitales Católicos, de Hospitales Protestantes e incluso organismos de

conferencias episcopales). Éstos se inspiran en elementos específicos sobre el sentido de la vida y la muerte, entre otros puntos.

Los de origen en grupos profesionales como la Asociación Norteamericana de Salud Pública. En éstos los detalles son más explícitos desde el punto de vista médico¹ enumerando una serie de cuidados o tratamientos no adecuados para la mentalidad de un bien morir y para lo que se niega el llevarlos a cabo o se indica que no deben iniciarse, ya que se consideran inútiles o fútiles, así como las situaciones que no se quiere padecer en los últimos días de la vida.

Por último tenemos los educativos, como los de la Sociedad para el Derecho de Morir Dignamente, que suelen mencionar en forma general las disposiciones que se desean; inclusive mencionan la decisión de eutanasia (prohibida jurídicamente en nuestro país).

La adopción de este tipo de documento no está extendida a nivel mundial; es reconocido en países como EUA, Canadá, Australia y Dinamarca. Son muchas las opiniones, los adeptos y los detractores de los testamentos vitales. La discusión de su validez, la ética y la necesidad de una legislación es un tema irresuelto.

Desde el punto de vista filosófico se discuten la trascendencia y conceptos en el contexto de una distinción entre muerte y fallecimiento, entre el significado de la vida o vivir sin calidad o el prolongar el proceso de muerte. El debate es indivisible del concepto de eutanasia.

La eutanasia ha tratado de dividirse en activa y pasiva donde el actuar directamente es considerado homicidio por las leyes mexicanas así como en muchos países, sin contar, por supuesto, la Iglesia Católica; la eutanasia pasiva corresponde a la no aplicación de tratamientos, la no asistencia que facilitarían que el paciente muera; algunos consideran la eutanasia pasiva como el "dejar a la naturaleza hacer su trabajo al final de la existencia". Asimismo tiene la finalidad de limitar la posibilidad del encarnizamiento terapéutico.

El testamento vital puede llegar a ser de utilidad, y las características jurídicas del mismo deberán establecerse en forma correcta y bajo consenso de las diferentes fuerzas políticas, educativas y religiosas. Mientras tanto, sigue siendo un documento sin validez oficial legal, mientras no cambien, se modifiquen o se acepten las leyes que lo implementen en México, o se tome en consideración en forma individual y acorde con la familia y el equipo de salud a cargo del paciente; con el paso del tiempo deberá considerarse como

un documento que señala la decisión del paciente sobre su propia existencia y el derecho que como individuos tenemos sobre nosotros mismos, dando por hecho la libertad de escoger nuestro camino (10)

TESTAMENTO JURÍDICO

Planteado como el documento oficial que representa la voluntad del fallecido, se expresan en él la finalidad que deberá darse a las pertenencias de la persona así como la forma de utilizarse o asignarse a cada uno de los mencionados en el documento. Es la base en la que legalmente se dispone de cualquier bien que existiera en vida, permitiendo modificar la nominación de los bienes ante las autoridades correspondientes.

Para su realización, lo único que debe hacerse es ante un notario público, el cual por lo general le dará las indicaciones pertinentes para el llenado de un formulario a la persona; en algunos casos es necesario que verifique el estado mental de ésta, demostrando así su capacidad de decisión. Posteriormente el notario realizará el escrito que será firmado y por último se registrará ante las autoridades pertinentes para que se establezca la legalidad total del acto de testar. Se considera un acto relativamente sencillo y fácil de efectuar.

Puede llegarse a modificar el contenido de los testamentos mediante la realización de otro protocolo jurídico igual, cuantas veces sea necesario o se desee. (10)

MIEDO VS ANSIEDAD

La ansiedad es una señal de alerta; advierte de un peligro inminente y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una amenaza. El miedo es una señal de alerta análoga, pero debe diferenciarse de la ansiedad: el primero es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la segunda es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva. (11)

Esta distinción entre miedo y ansiedad surgió de manera accidental. Cuando el primer traductor de Freud tradujo erróneamente Angst, el vocablo alemán que significa "miedo", por *ansiedad*, el mismo Freud ignoraba de hecho la distinción que asocia la ansiedad con un objeto reprimido e inconsciente y el miedo con uno conocido y externo. La distinción puede resultar difícil porque el miedo también puede estar ocasionado por un objeto inconsciente, reprimido e interno desplazado a otro objeto que se encuentra en el mundo externo. Por ejemplo, un niño puede temer a los perros que ladran porque realmente tiene miedo que su padre de manera inconsciente asocie a éste con un perro que ladra. (11)

ACTITUDES ANTE LA MUERTE

"La muerte no encierra misterio alguno; no abre ninguna puerta. Es el final de un ser humano. Lo que sobrevive de él, es lo que ha conseguido dar de sí a los demás, lo que de él se guarda en la memoria de otros." (12)

Actitud, es la forma de reaccionar de cada persona, pero esa está determinada por muchas cosas: personalidad, cultura, medio ambiente, etc. El cual es un determinante en el Médico Urgenciólogo en donde radica su propio miedo a morir: durante el proceso o la muerte en sí.

El miedo a la muerte es la actitud más frecuente y dolorosa para la persona. Se dice que es universal e inseparable de la condición humana. Puede definirse como la inquietud ante un peligro real. En el caso de la muerte, el peligro real es ella misma. En el mundo estimamos en gran medida ciertos valores (luchar por poder, el consumir, el éxito) y la muerte es considerada como un fracaso personal social y sobre todo de la medicina. (12)

El miedo a la muerte es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas, que puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o como proceso. De la misma manera, las actitudes y las reacciones emocionales podrían ser diferentes cuando se trata de uno o de otros. (13)

La negación está fuertemente arraigada; se asocia a la tristeza. Debido a esto pretendemos alargar, aplazar o muchas veces ignorar la verdad y dar falsas esperanzas. La labor del médico es ayudar a comprender que el proceso natural de la muerte se puede llevar mejor si se apoya uno en la familia y los amigos; tratar de ayudar a que se arreglen problemas personales no resueltos con el tiempo y, obviamente, ayudar en la sintomatología que se pudiera presentar. (13)

EL MÉDICO FRENTE A LA MUERTE.-

La información en las enfermedades graves o terminales siempre ha planteado un dilema ético al médico, debido a la actitud social de ocultación de la muerte.

La institución sanitaria y los médicos dentro de ella han defendido la necesidad de ocultar al paciente todo lo referente a su enfermedad, en la idea de que no actuar de este modo produce un estado de desesperanza en el enfermo que repercute negativamente en su recuperación. La tendencia al encubrimiento se mantiene en la cultura médica hasta avanzado el siglo XX, pero a partir de 1977 se invierte al aprobarse en EE.UU. la Ley del Derecho a la Información que obliga

al personal sanitario a dar el diagnóstico al enfermo. Este cambio legal permite que los profesionales sanitarios proporcionen información a sus pacientes, pero, con el paso del tiempo, surge un fenómeno paradójico, los pacientes empiezan a manifestar su deseo de no ser informados.

Aunque la ocultación de la verdad del diagnóstico y pronóstico presupone desconfianza del médico en la madurez de sus enfermos para afrontar la enfermedad, la transmisión de la verdad sobre la enfermedad y el pronóstico exige un conocimiento de los pacientes y una formación adecuada de los profesionales. La información que se propone desde el esquema referencial psicoanalítico y grupal ha de integrar los aspectos técnicos y afectivos, es decir, ha de integrar la información acerca de la enfermedad y la reflexión sobre las emociones que se generan en el desarrollo de estos procesos.

La labor del médico es ayudar a comprender que el proceso natural de la muerte se puede llevar mejor si se apoya uno en la familia. En esta relación, a la ansiedad del enfermo y familiares, el médico responde con la suya propia, generándose en algunas circunstancias una cadena de acontecimientos que son el origen del engaño, la incomunicación y el aislamiento del enfermo, en estas circunstancias, el propio médico para disminuir su ansiedad evita el contacto directo con el enfermo.

En este círculo de ocultamientos e incomunicación, el paciente aprende a no preguntar por temor a la respuesta y para no poner en apuros al médico, sobre todo, si observa que este elude la cuestión, tampoco lo hace con los familiares para no hacerles sentirse culpables. De este modo, el paciente empieza a vivir en solitario lo más esencial de su vida, la propia muerte. (14)

La negación de la muerte en la práctica médica, lleva a una falta de percepción de la situación y, por tanto, a una falta de intervención, de este modo, no se aborda la atención psicológica de la persona que va a morir. La medicina tecnificada actual olvida que los individuos han de decidir y colaborar de manera responsable a la asistencia a su propia muerte.

En la medicina actual, se reconoce y asiste a la muerte corporal pero no al hecho psicológico y social.

La muerte es negada en la Medicina y en la extensa formación de los profesionales, aunque paradójicamente el aprendizaje se inicie en el contacto con el cadáver. Estas carencias en la formación influyen en la práctica clínica y en la relación médico-paciente y también en los mecanismos defensivos inconscientes

del profesional frente a la muerte, de los que se ha señalado la negación, pero también incluyen otros, como la evitación y proyección. (14)

Freud afirma que el miedo a la muerte que domina al hombre es más frecuente de lo que se reconoce y procede casi siempre del sentimiento de culpabilidad y que el hombre puede aceptar la muerte si se trata de un extraño o de un enemigo, pero no cuando se trata de sus personas amadas. Los sentimientos de culpa provienen de los pensamientos o sentimientos respecto a los seres queridos que se han reprimido en el inconsciente. Nuestro pensamiento puede asesinar por lo que aparentemente son pequeñeces, porque cualquier daño realizado a nuestro omnipotente y despótico “yo” se considera en el fondo un crimen. El inconsciente puede alojar violentos deseos de muerte frente a aquellos que nos han ofendido o perjudicado. (15)

Freud descubre en la clínica ese deseo de matar a la persona amada, ya que junto al cariño se encuentra una hostilidad latente que puede estimular el deseo inconsciente de muerte. Freud nos muestra la ambivalencia afectiva, a través de la experiencia analítica, y deduce la importancia de los deseos inconscientes de muerte en sujetos que presentan auto reproches y preocupación exagerada por el bien de los familiares, después de haber sufrido la muerte de la persona amada. Esta ambivalencia de sentimiento es más marcada en algunas patologías que observamos en la clínica, por ejemplo, en la neurosis obsesiva y en la melancolía. Como plantea Freud, la muerte es más traumática en la medida en que se conecta con deseos de muerte que inconscientemente se han tenido respecto las personas significativas. Es decir, cuanto más el médico haya reprimido los sentimientos y pensamientos de muerte hacia los otros, más mecanismos defensivos tendrá que poner en marcha para enfrentar/evitar la muerte. Los médicos que son más negadores con sus sentimientos y afectos, más lo son con los de los otros y, más aún, si estos pensamientos tienen relación con sentimientos de hostilidad y de odio. Cuanto más intensos son los deseos de muerte inconsciente hacia los otros: mayor represión, negación y mayores sentimientos conflictivos, entre ellos la culpa, la impotencia y cobardía, que van a dificultar acercarse a la problemática de la muerte a estos profesionales. (15)

MEDICO URGENCIOLGO Y LA MUERTE

La actitud del Médico Urgenciólogo, varía al igual que su responsabilidad, conforme la época y pensamiento filosófico. Las características de la profesión médica a lo largo de su profesión puede involucrarse en una demanda, por responsabilidad médica, por la muerte de un paciente.

Todos los médicos que laboramos en hospitales y más en especial en Servicio de Urgencias, enfrentamos una gran diversidad de problemas; alta demanda de atención, insuficiencia en recursos materiales, humanos y un aumento en las últimas décadas de demandas legales y quejas médicas (16)

La situación del miedo, nos obliga a adaptar otro tipo de conducta en la atención de nuestros pacientes y a desempeñar un estricto código de moral médica y cortesía profesional. Las quejas la gran mayoría son problemas de actitud o maltrato al paciente y familiar, los cuales este comportamiento obedece a múltiples causas: sobrecarga de trabajo, falta de personal, carencias de recursos, trabajo bajo estrés y riesgo de demandas, así como miedo a perder la vida del paciente.(16)

Sin embargo en urgencias tiene una característica especial, es el carácter súbito e imprevisto con que sobreviene la enfermedad y su desenlace, lo cual lleva consigo una gran carga emocional, en sus allegados que necesariamente influyen en cómo se debe dar las malas noticias. Por lo que el servicio de urgencias han afectado más este vínculo, sumando a la deficiencia formación en aspecto legal y habilidades de la comunicación del Urgenciólogo. (16)

La medicina de urgencias como cuerpo doctrinario, estructurado dentro de la organización hospitalaria moderna, fue concebida y desarrollada hace relativamente pocos años. Una de las características que hace diferente a la medicina de urgencias de otras especialidades médicas, es que a menudo además de las complejas patologías a las que el médico de urgencias se enfrenta, no ha tenido tiempo suficiente para familiarizarse con su enfermo y cuenta con muy poco tiempo para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas; estos dos factores traen consigo serios conflictos de índole ética en muchas circunstancias. (16)

ACTITUD DE RESIDENTES DE URGENCIAS ANTE LA MUERTE

Los servicios de urgencias por sus condiciones particulares han demeritado cada vez más este vínculo entre la relación médico-paciente teniendo a omitir partes fundamentales entre ellas, y es parte a la mala formación de tipo bioético recibida así mismo el residente de urgencias, debe recibir además formación de las condiciones de su paciente y familiares (17) El médico residente no es el culpable, si tomamos en cuenta que son las escuelas de medicina o la formación institucionales de salud los primeros implicados en la preparación del médico Urgenciólogo, tanto en su formación básica como en el posgrado, ahí podríamos ubicar el primer corresponsable de esta forma de actuar del médico residente.

Se debe fomentar el respeto que es la forma en que la atención y el trato son adecuados, dignos y confidenciales por parte del personal de la salud hacia el paciente y sus familiares.

El principio básico en la formación de cualquier médico es el de salvar vidas, pero en el Urgenciólogo es una máxima y la información de las malas noticias constituyen siempre una situación difícil, que genera un gran estrés, intensas emociones, sensación de responsabilidad por la noticia dada y temor a la respuesta incontrolable. Por lo que el residente de urgencias debe saber enfrentarse a sus sentimientos de culpa, fracaso y otras emociones personales sobre la muerte, es por eso importante el conocimiento de sí mismo para poder manejar esas emociones y contribuir a su propio autocuidado (17)

Se han formado varias generaciones de médicos y dentro de la enseñanza de la medicina de urgencias se encuentra casi de forma generalizada ausente el tema de la muerte, de tal forma que se enseñan muchas cosas (diagnóstico, tratamientos, medidas preventivas) pero poco se reflexiona sobre algo tan humano y tan propio como es la muerte. Podría decirse que la muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario, siendo vista por los médicos como un fracaso. Es el enemigo contra el cual el médico Urgenciólogo y el médico en formación luchan y esta lucha es su razón de ser. Cuando la muerte llega se considera como un accidente, como un signo de impotencia o de torpeza, que es preciso olvidar pues no debe interrumpir la rutina hospitalaria. Por lo que la medicina siempre tendrá sus límites, defraudando a los propios médicos.

Importante saber que ante la muerte el médico Urgenciólogo en formación debe entender y saber que se encuentra en dos escenarios diferentes, el del médico y el del paciente con objetivos y expectativas dispares. Sabiendo que ante la muerte el enfoque es técnico y a la defensiva cuando el momento exige una posición humanista (17)

En ocasiones el médico entra en una situación de confusión en relación con los pacientes y sus familiares, más visto en el área de urgencias, sintiéndose morir al mismo tiempo que sus enfermos. Frente a estos sentimientos, puede responder con actitud defensiva de frialdad generando mayor confusión y dificultad en la relación del proceso de morir ajeno y una deficiencia en la comunicación médico – familia.(18)

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de la salud especialmente en los servicios de urgencias que se atienden pacientes moribundos o con enfermedades repentinas, podemos influir con intervenciones apropiadas en 2 procesos: en el proceso de morir y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio.

La muerte individual es única y vendrá dada por las circunstancias sociales, culturales y personales. Para poder aproximarnos al significado particular que le damos a la muerte es esencial conocer que actitudes se tienen ante ella, pero no menos importante es saber el modo en que nos enfrentamos al proceso.

El presente trabajo es de gran importancia teniendo en cuenta que la muerte es universal y que desde el momento en que nacemos ya estamos en camino de la muerte. Actualmente la sociedad ha desarrollado una serie de técnicas para alargar la vida, por lo que la muerte pertenece a un proceso que comienza con la enfermedad, en este proceso intervienen el médico Urgenciólogo con las situaciones actuales del morir en hospitales y no en el hogar, en donde el primer contacto es el servicio de urgencias entablándose la relación médico paciente desencadenando una serie de actitudes ante el proceso de muerte.

Los Médicos en general pero en especial la rama de Urgencias no están preparados para ayudar a los enfermos en el final de sus vidas, cuando lo primero que les deberían haber enseñado es: "Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Y si no puedes aliviar, consuela".

Por lo que este trabajo nos permitió demostrar la actitud que muestra el médico Urgenciólogo y sus residentes en formación ante la muerte, así mismo en el proceso de morir, lo cual redundarán en múltiples beneficios tanto para el propio médico Urgenciólogo y se reflejara en el enfermo y su familia.

El presente trabajo de investigación servirá para obtener el grado de especialidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte nos concierne a todos, pues nacimos para morir, ésta es una característica que marca nuestra condición de ser vivo, sin embargo se tiende a negar tal realidad. Desde fines del siglo pasado se ha otorgado al médico el hacerse cargo de este momento tan singular en la vida de todo hombre: la muerte, y a partir de los paradigmas vida-muerte, salud-enfermedad, así como también es resultado de una serie de adelantos tecnológicos que han puesto al proceso de morir como un motivo claro de atención médica.

La muerte como anteriormente se esperaba en los hogares, en la actualidad se ha desplazado a los hospitales, lo que nos condiciona que el médico de urgencias tenga contacto continuo con la muerte y con su propio miedo.

La actitud del médico ante la muerte es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas, que puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o como proceso. De la misma manera las reacciones emocionales como el miedo podrían ser diferentes cuando se trata de uno o de otros.

Es una gran problemática: El qué hacer, qué no hacer, definiciones de vida, de muerte, autonomía del paciente, posibilidades de sobrevivida, lo que el paciente quiere, lo que la familia desea, lo que el médico decide, es importante y muchas veces como médico lo desconocen, sabiendo que el médico como hombre que es, también tiene la necesidad de huir a esa realidad, porque le es dolorosa.

La muerte súbita supone el 12% de los fallecimientos en urgencias, y el resto es por fallecimientos de reagudización de la enfermedad, en este proceso inesperado, los familiares refirieron en un 60% que los médicos no tenían adecuada comunicación para dar información de su paciente. Además de que el 30% de los familiares que de los pacientes que fallecieron inesperadamente, se quejaron de que los profesionales que los atendieron se encontraban nervioso, evasivos y fríos en sus intervenciones.

Es por ello que mediante este trabajo se pretendió dar a conocer lo que ocurre en el médico de urgencias cuando se encuentra ante la muerte de su paciente y de su propio duelo.

¿Cuál es la actitud del Médico Urgenciólogo y del Residente en Medicina de Urgencias adscritos a un hospital de segundo nivel ante la muerte?

OBJETIVOS

I.- OBJETIVOS GENERAL

Identificar la actitud ante la muerte del Médico Urgenciólogo y del Residentes en Medicina de Urgencias en un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.- OBJETIVO ESPECIFICO

- Investigar la presencia de miedo ante la muerte propia y ajena en los médicos Urgenciólogo y residentes en Medicina de Urgencias adscritos a un hospital de 2do nivel del IMSS mediante la aplicación de la escala Collet-Lester.
- Investigar la presencia de miedo ante el proceso de morir propia y ajena en los médicos Urgenciólogo y residentes en medicina de urgencias en un hospital de 2do nivel del IMSS mediante la aplicación de la escala Collet-Lester.
- Comparar ambos resultados (el miedo ante la muerte y el proceso de morir propio y ajeno)

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO:

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo

UNIVERSO:

El universo fue Médicos Urgenciólogo y Médicos residente de Medicina de Urgencias, adscritos a un hospital de 2do nivel del IMSS

TAMAÑO DE MUESTRA:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó la encuesta a la totalidad de Médicos Urgenciólogo y Médicos residentes en Medicina de Urgencias adscritos al HGR 180 IMSS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Médicos Urgenciólogo del instituto mexicano del seguro social
2. Médicos Urgenciólogos que laboren en turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada
3. Médicos Residentes en Medicina de Urgencias con adscripción al HGR 180 IMSS,
4. Médicos que desearon participar y dieron su autorización para realizar encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Se excluyeron a todos aquéllos médicos que no tengan la categoría de Médico Urgenciólogo ni estudiante de postgrado en Medicina de Urgencias adscritos al HGR 180 IMSS.
2. Médicos Urgenciólogos que decidieron no participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Se eliminaron a todos aquellos participantes que retiren su consentimiento así como participantes que respondan el cuestionario inapropiadamente.

PROCEDIMIENTO

Descripción general del estudio

Se procedió a acudir a la sala de urgencias del hospital de segundo nivel en cada turno, y se otorgó a los médicos Urgenciólogo una encuesta. Una vez contestada se archivaron las encuestas hasta que se encuestó a todos los médicos Urgenciólogos, posteriormente se procedió al análisis de los resultados.

Instrumentos para recolectar la información

Se Aplicó la Escala de miedo a la muerte Collet-Lester, validada en Concepción, Chile en el 2011, compuesta por 4 subescalas que proporcionan información multidimensional sobre el “Miedo a la Muerte propia”, el “Miedo al Proceso de Morir propio”, “Miedo a la Muerte de otros” y el “Miedo al proceso de morir de otros”, en su versión adaptada al español, con respuestas tipo Likert de 1 (nada) a 5 (mucho). Se obtuvo un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Interrelación	Naturaleza	Indicador
Actitud	Concepto multidimensional de diversas causas que conduce a una persona a reaccionar de diferente manera a la idea de muerte como estado o como proceso	Dependiente	Cualitativa Ordinal	1 Nada 2, 3, 4 Moderado 5 Mucho
Médico Urgenciólogo	Especialista que se encarga de preservar la vida, con excelencia clínica y destrezas de procedimientos manuales en urgencias.	Independiente	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No
Residente de Medicina de Urgencias	Médico estudiante de Postgrado de Medicina de Urgencias, responsable de atención médica, integral con actuación humanista en apego ética profesional.	Independiente	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No
Género	Diferencia fenotípica del hombre y mujer	Independiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición legal de la persona	Independiente	Cualitativo Nominal, Policotómica	Soltero Casado, Divorciado, Unión libre
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Independiente	Cuantitativo Discreta	Años de edad

PRECEPTOS ÉTICOS

El investigador comentó los verdaderos propósitos y objetivos a cada participante, manteniéndose el anonimato de los participantes. Asimismo el investigador estuvo obligado a:

- Dar al participante información completa con relación al trabajo, para evitar inconformidad y a enfatizar la naturaleza voluntaria del ejercicio así como el derecho a retirarse en cualquier momento.
- Recordarle al participante su derecho a retirarse en cualquier punto del procedimiento donde la incomodidad parezca superar lo anticipado.
- Suspender el procedimiento cuando los niveles de incomodidad sean sumamente mayores que los anticipados o si el participante se encuentra obviamente a un nivel aceptable.
- El presente anteproyecto de investigación será sometido al Comité de Ética e Investigación.
- Se realizará de acuerdo a las normas de la Ley General de Salud de la República Mexicana y la Declaración de Helsinki (1975) enmendada en octubre 2000, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica en seres humanos.
- Conforme al título quinto a la ley general de salud en materia de investigación este estudio se considera sin riesgo. Categoría I, sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descriptivo, medidas de tendencia central.

- Cualitativas, frecuencia y porcentaje.
- Cuantitativas, media y desviación estándar según corresponda

Posteriormente se utilizó el programa SPSS versión 2.2 para su análisis.

El análisis se realizó al finalizar las encuestas, se utilizó el software EXCELL, los resultados generales se expresaron en gráficas y tablas.

RECURSOS

Capital humano

Se utilizó a Médicos Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas adscritos un hospital de segundo nivel del IMSS, de todos los turnos, Médico Residente de Medicina de Urgencias.

Recursos físicos

Hospital General Regional 180, IMSS. Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco.

Recursos materiales

Computadora, Libros, Revistas, Internet, Hojas Bond, Plumas, Marca texto, Fotocopias, Vehículo particular.

Recursos financieros

Los gastos de la presente investigación corrieron a cargo del Residente, no se requirió ningún financiamiento externo para la realización de esta investigación, por lo que se consideró factible la realización del proyecto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

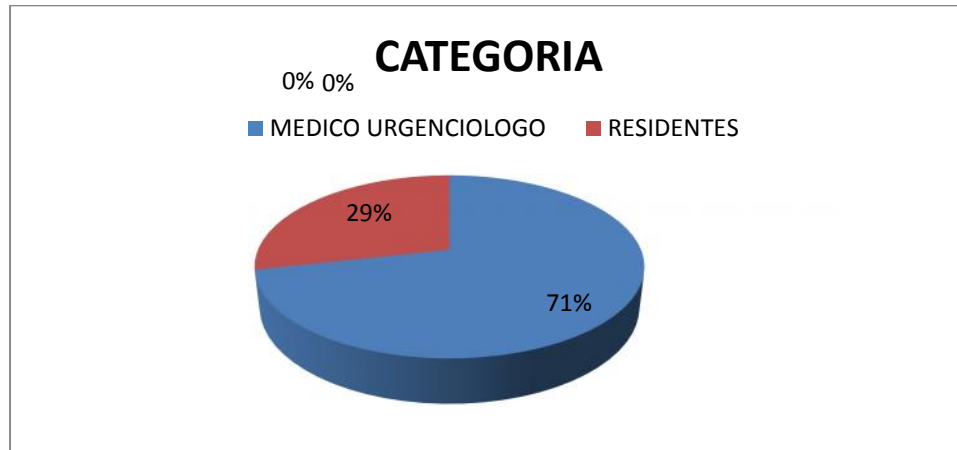
ACTIVIDAD						
Planeación	Junio a diciembre 2015					
Autorización		Enero 2016				
Ejecución			Enero 2016			
Análisis				Febrero 2016		
Interpretación					Febrero 2016	
Difusión						Febrero 2016

RESULTADOS

Se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Collett –Lester (EMMCL) a 49 personas, de las cuales corresponden a la categoría de Médico Urgenciólogo 35 de ellos y 14 a Médicos Residentes de Medicina de Urgencias . En la categoría de género se identificó a 26 de sexo masculino y 23 de sexo femenino. Y en la edad 28 años a 2 personas, 29 años 2 personas, 30 años 4 personas, 31 años 4 personas, 32 años 2 personas, 33 años 5 personas, 34 años 2 persona, 35 años 8 personas, 36 años 2 personas, 37 años 3 personas, 38 años 4 personas, 41 años 1 persona, 42 años 4 personas, 43 años 3 personas, 47 años 1 persona 48 años 1 persona y 52 años 1 persona. TABLA 1. Variables socio demográficas de la población de estudio.

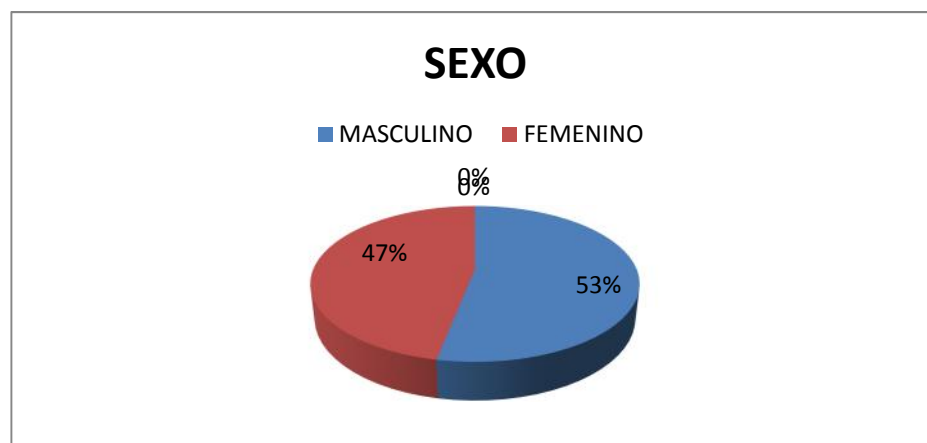
Valores codificados	Interpretación	Porcentaje de frecuencia
Categorías		
1	Médico Urgenciólogo	71.00%
2	Médico Residente	29.00%
Sexo		
1	Masculino	53.00%
2	Femenino	47.00%
Edad (años)		
28	2	4.00%
29	2	4.00%
30	4	8.50%
31	4	8.50%
32	2	4.00%
33	5	10.50%
34	2	4.00%
35	8	16.50%
36	2	4.00%
37	3	6.50%
38	4	8.50%
41	1	2.00%
42	4	8.50%
43	3	6.50%
47	1	2.00%
48	1	2.00%
52	1	2.00%
Estado civil		
1	Soltero	69.00%
2	Casado	31.00%

Donde se observó que se encuentran la mayoría en la 4 década de la vida. Con la variable de estado civil Solteros 69.40% y Casados 30.60%.



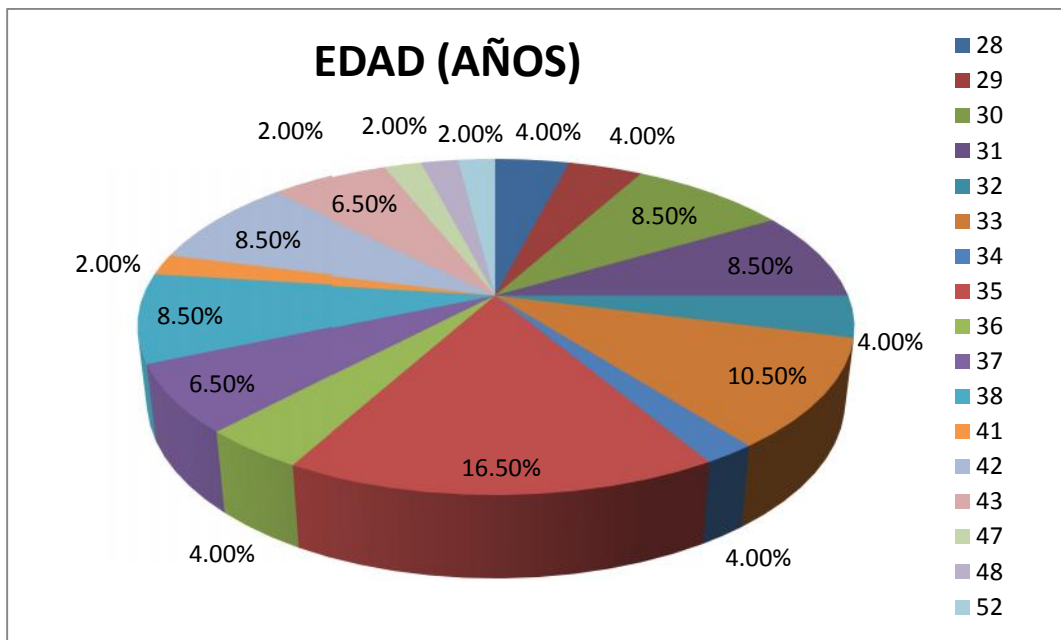
Gráfica 1. Variable según categoría

Se encontró un universo de 71% de Médicos Urgenciólogos (35) y un 29% de Residentes de medicina de Urgencias (14).



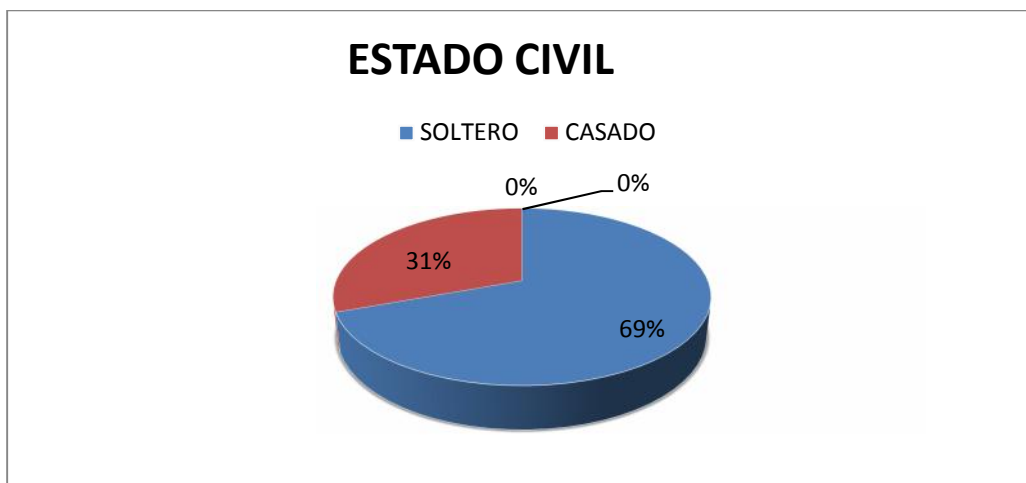
Gráfica 2. Variable Sexo

Encontramos una mayoría mínima del sexo masculino con 53% (26), sobre sexo femenino de 47% (23).



Gráfica 3. Variable según la Edad

Se observó que los médicos que participaron se encuentran en su mayoría dentro de la cuarta década de la vida, específicamente entre los 33 a 35 años.



Gráfica 4. Variable Estado Civil

Se observó un predominio de Médicos Solteros en un 69% (34) sobre un 31% (15) de casados.

TABLA 2
EMMCL a Médicos Urgenciólogos

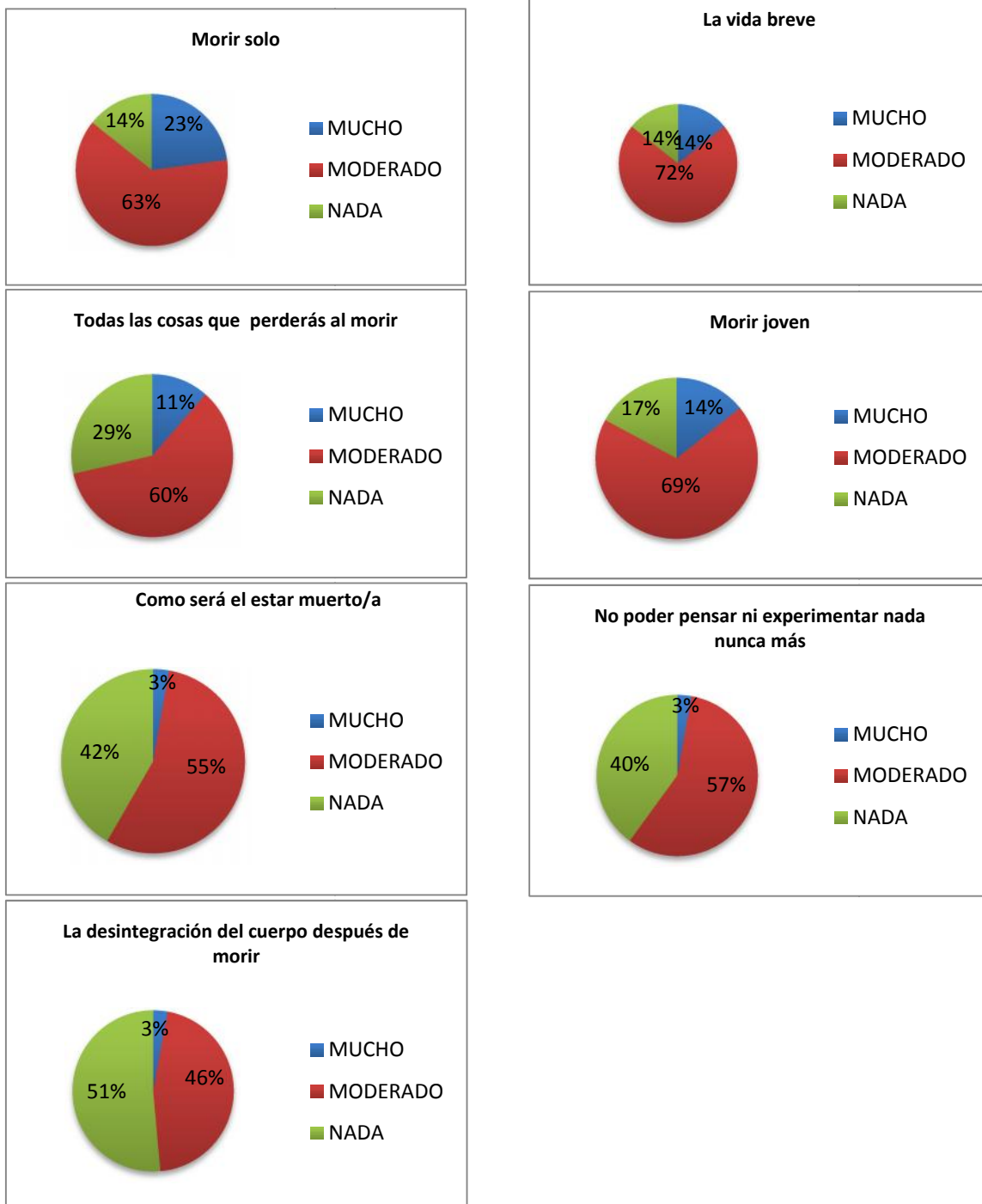
Médicos Urgenciólogos

A. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- El morir solo	8	4	12	6	5
2.- La vida breve	5	11	6	8	5
3.- Todas las cosas que perderás al morir	4	9	4	8	10
4.- Morir joven	5	10	10	4	6
5.- Cómo será el estar muerto/a	0	7	7	6	15
6.- No poder pensar ni experimentar nada nunca más	0	9	5	7	14
7.- La desintegración del cuerpo después de morir	0	7	2	8	18
B.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROCESO DE MORIR en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La degeneración física que supone el proceso de morir	1	5	9	9	11
2.- El dolor que comporta el proceso de morir	6	3	12	9	5
3.- La degeneración mental del envejecimiento	3	2	15	8	7
4.- La pérdida de facultades durante el proceso de morir	4	2	14	9	6
5.- La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	4	4	12	7	8
6.- Tu falta de control sobre el proceso de morir	1	3	7	14	10
7.- La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	3	3	13	9	7
C.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La pérdida de una persona querida	4	10	11	7	3
2.- Tener que ver su cadáver	2	3	4	15	11
3.- No poder comunicarme nunca más con ella	4	3	5	15	8
4.- Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	2	4	7	11	11
5.- Envejecer solo/a, sin la persona querida	4	3	7	10	11
6.- Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	2	5	7	9	12
7.- Sentirse solo/a sin ella	2	4	6	12	11
D.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- Tener que estar con alguien que se está muriendo	2	1	10	5	17
2.- Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	2	1	6	10	16
3.- Ver cómo sufre dolor	5	3	3	11	13
4.- Observar la degeneración física de su cuerpo	2	2	2	6	18
5.- No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	3	2	2	6	18
6.- Asistir al deterioro de tus facultades mentales	2	6	6	6	17
7.- Ser consciente de algún día también vivirás esta experiencia	3	5	5	7	16

Posterior a la realización de la EMMCL se encontró los siguientes datos de los Médicos Urgenciólogos. (Tabla 2.)

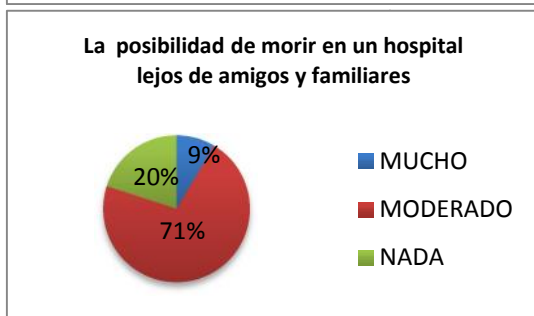
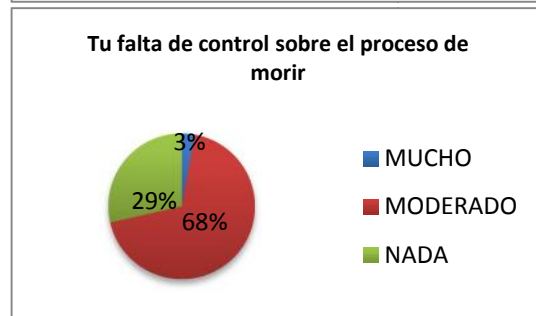
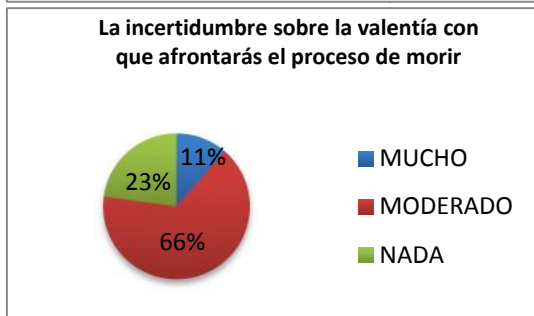
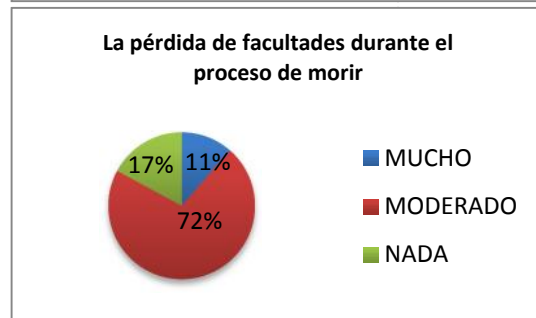
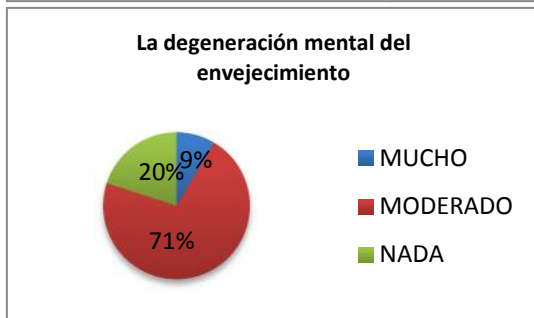
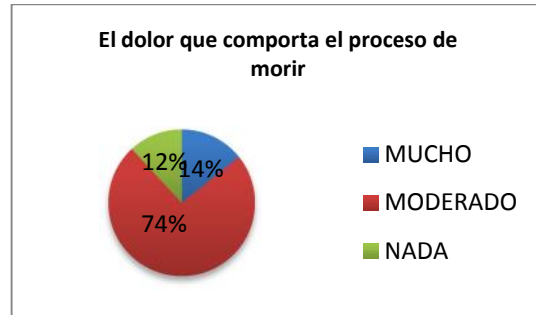
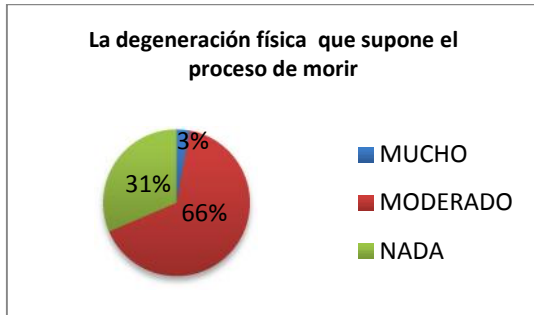
MEDICOS URGENCIÓLOGOS

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes TU en relación a tu PROPIA MUERTE?



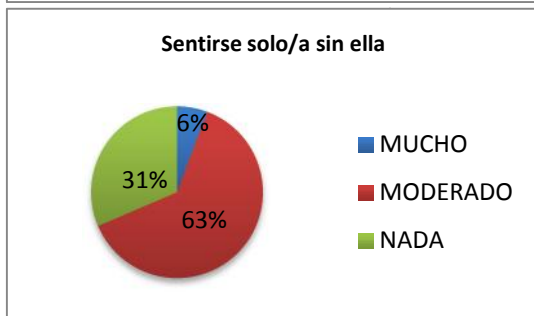
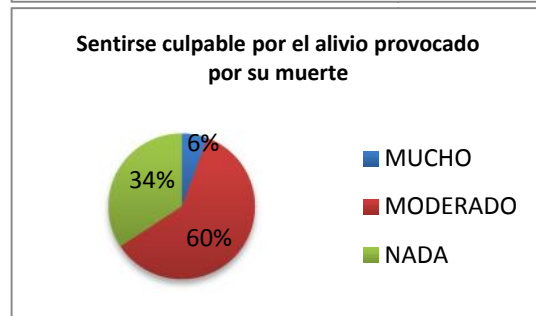
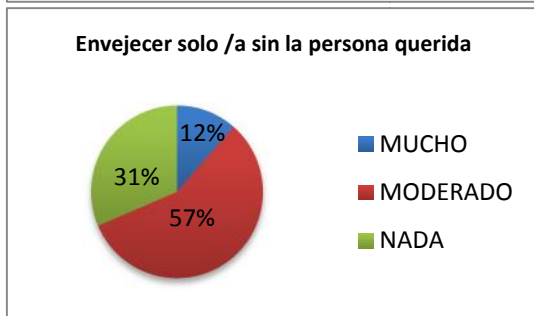
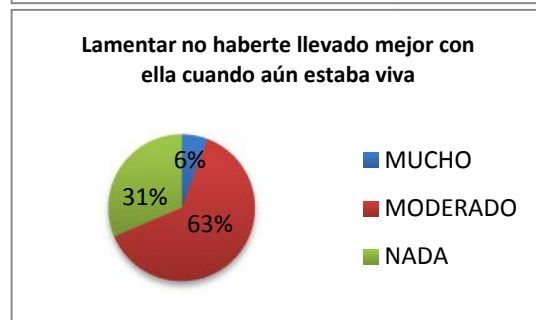
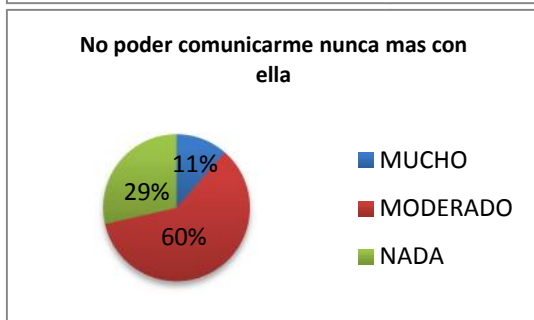
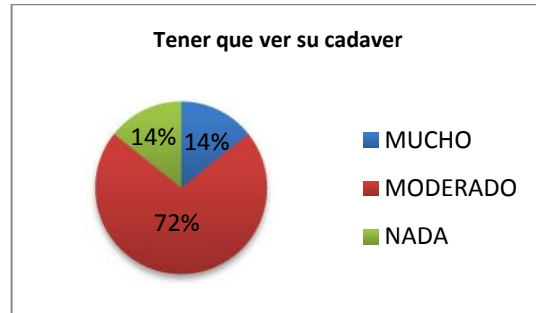
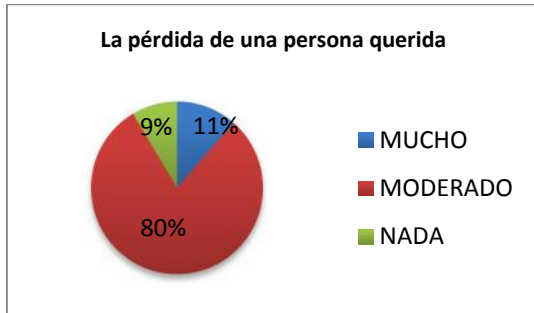
MEDICOS URGENCIÓLOGOS

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes tu en relación a TU PROCESO DE MORIR en...?



MEDICOS URGENCIÓLOGOS

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en....?



MEDICOS URGENCIÓLOGOS

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....?

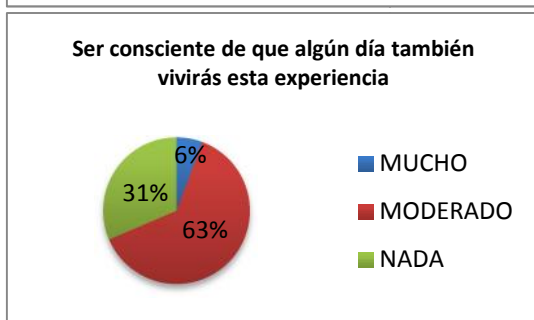
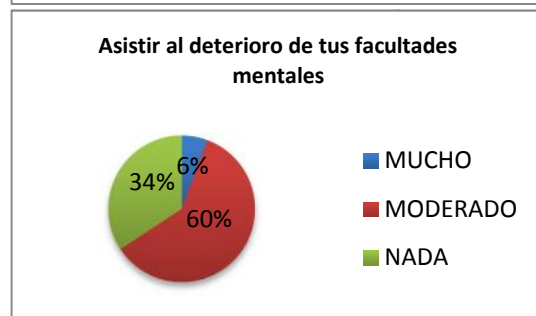
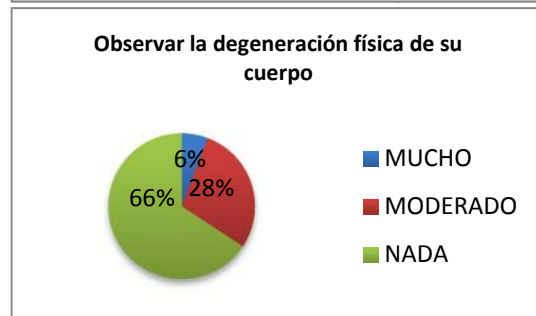
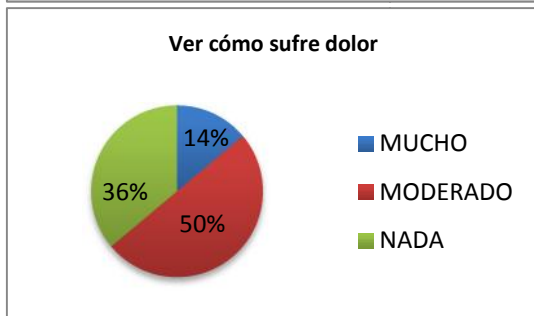


TABLA 3
EMMCL a Médicos Residentes de Medicina de Urgencias

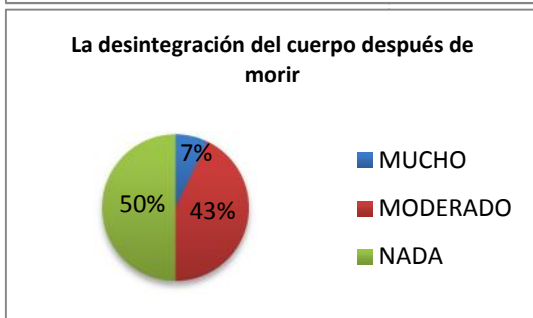
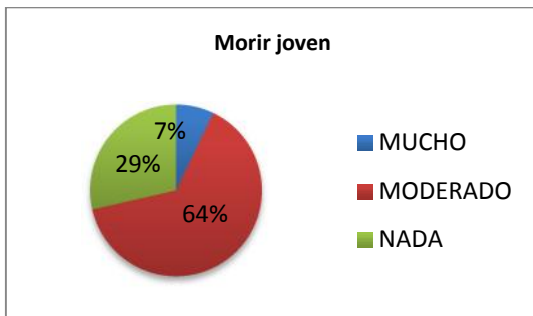
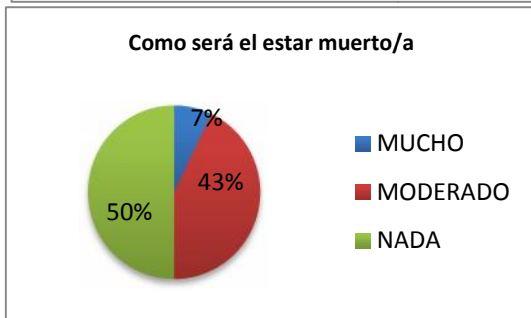
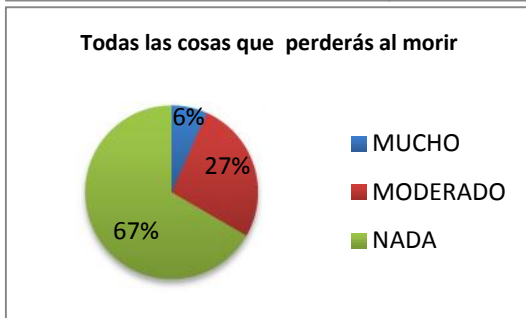
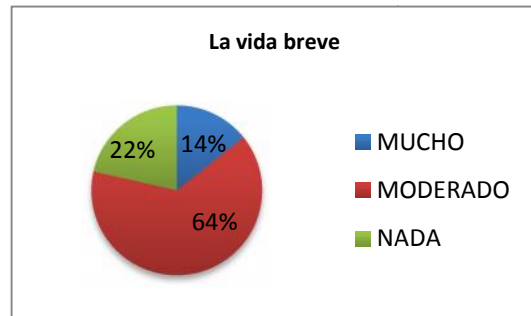
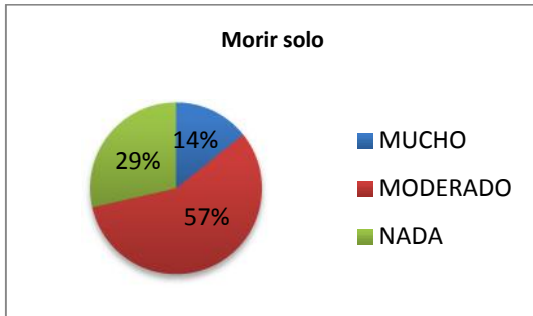
Médico Residentes

A.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- El morir solo	2	1	3	4	4
2.- La vida breve	2	2	2	5	3
3.- Todas las cosas que perderás al morir	0	0	1	3	10
4.- Morir joven	1	1	3	5	4
5.- Cómo será el estar muerto/a	0	0	3	4	7
6.- No poder pensar ni experimentar nada nunca más	0	0	3	4	7
7.- La desintegración del cuerpo después de morir	0	0	3	4	7
B.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROCESO DE MORIR en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La degeneración física que supone el proceso de morir	0	4	1	6	3
2.- El dolor que comporta el proceso de morir	0	2	6	4	2
3.- La degeneración mental del envejecimiento	2	0	7	3	2
4.- La pérdida de facultades durante el proceso de morir	0	1	9	2	2
5.- La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	0	2	9	1	2
6.- Tu falta de control sobre el proceso de morir	0	1	9	1	3
7.- La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	2	0	9	1	2
C.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La pérdida de una persona querida	7	6	1	0	0
2.- Tener que ver su cadáver	2	6	0	2	4
3.- No poder comunicarme nunca más con ella	4	3	5	2	0
4.- Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	2	4	5	1	2
5.- Envejecer solo/a, sin la persona querida	6	3	2	2	1
6.- Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	1	4	2	3	4
7.- Sentirse solo/a sin ella	4	4	3	1	2
D.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- Tener que estar con alguien que se está muriendo	2	3	3	2	4
2.- Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	1	4	2	2	5
3.- Ver cómo sufre dolor	1	5	4	3	1
4.- Observar la degeneración física de su cuerpo	1	6	2	4	1
5.- No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	4	4	2	3	1
6.- Asistir al deterioro de tus facultades mentales	2	3	6	2	1
7.- Ser consciente de algún día también vivirás esta experiencia	1	6	4	2	1

Posterior a la realización de la EMMCL se encontró los siguientes datos de los Médicos Residentes de Medicina de Urgencias (Tabla 3.)

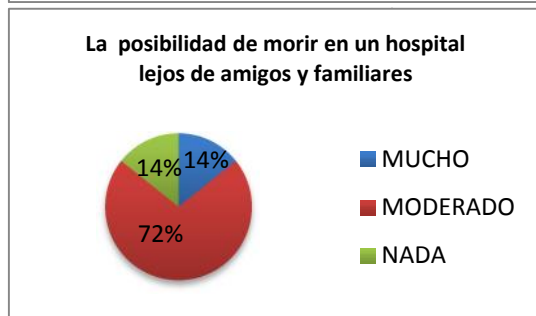
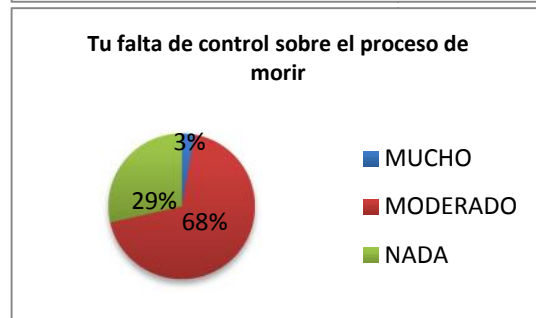
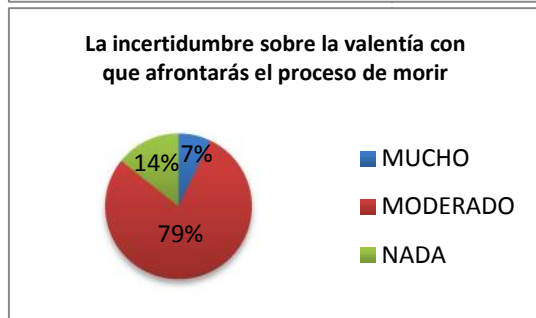
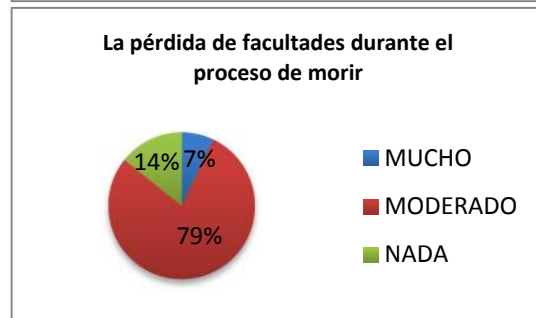
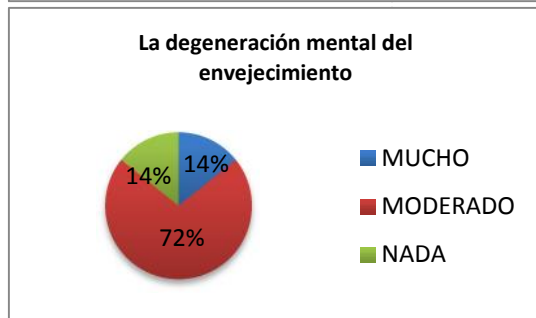
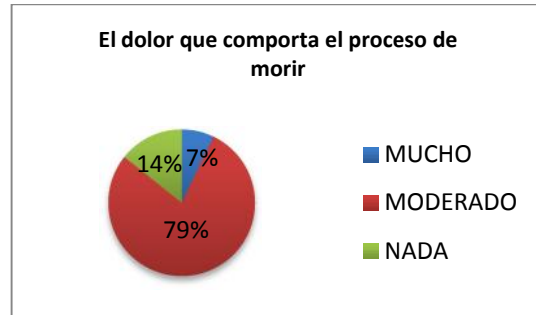
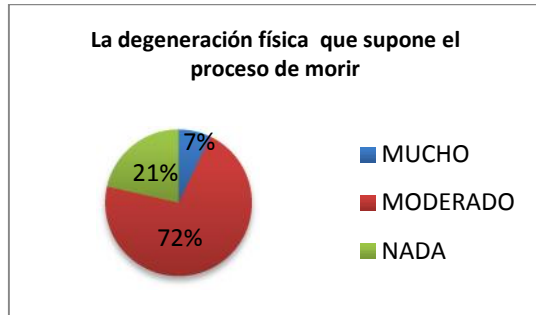
MEDICOS RESIDENTES

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes TÚ en relación a tu PROPIA MUERTE?



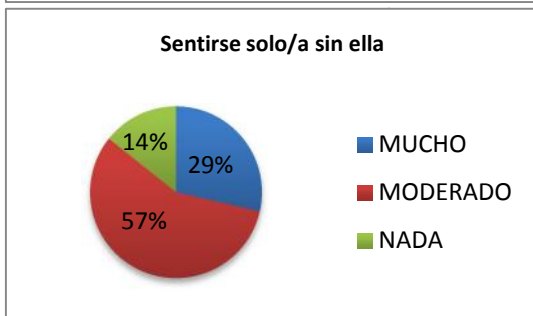
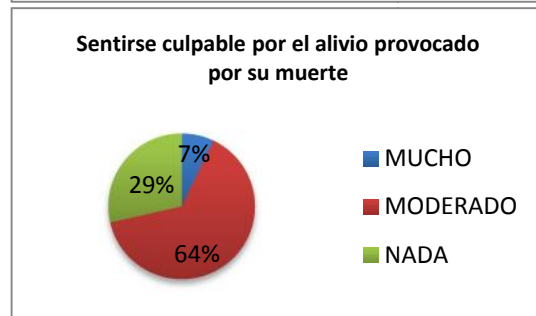
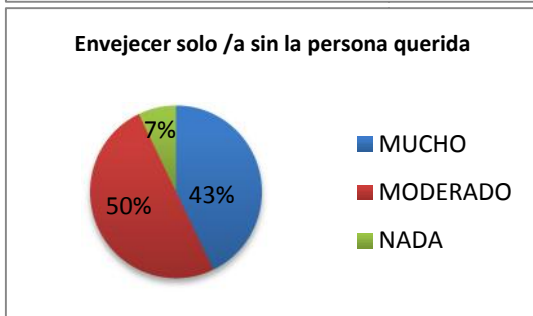
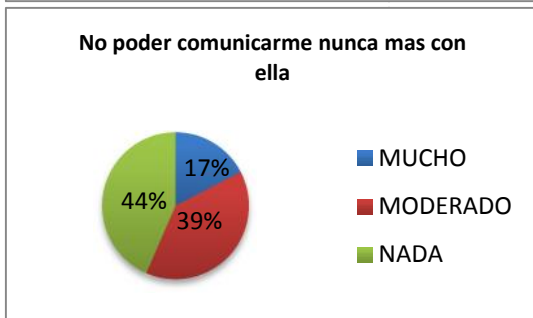
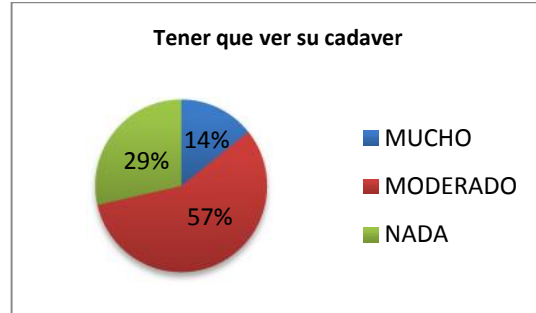
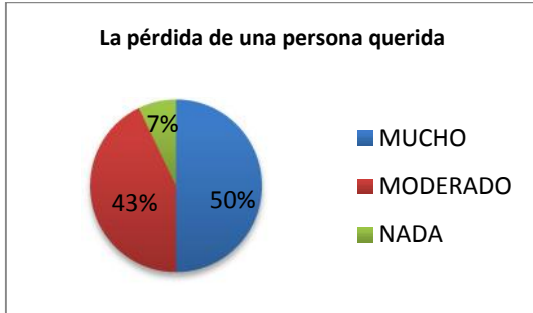
MEDICOS RESIDENTES

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes tu en relación a TU PROCESO DE MORIR en...?



MEDICOS RESIDENTES

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en....?



MEDICOS RESIDENTES

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....?

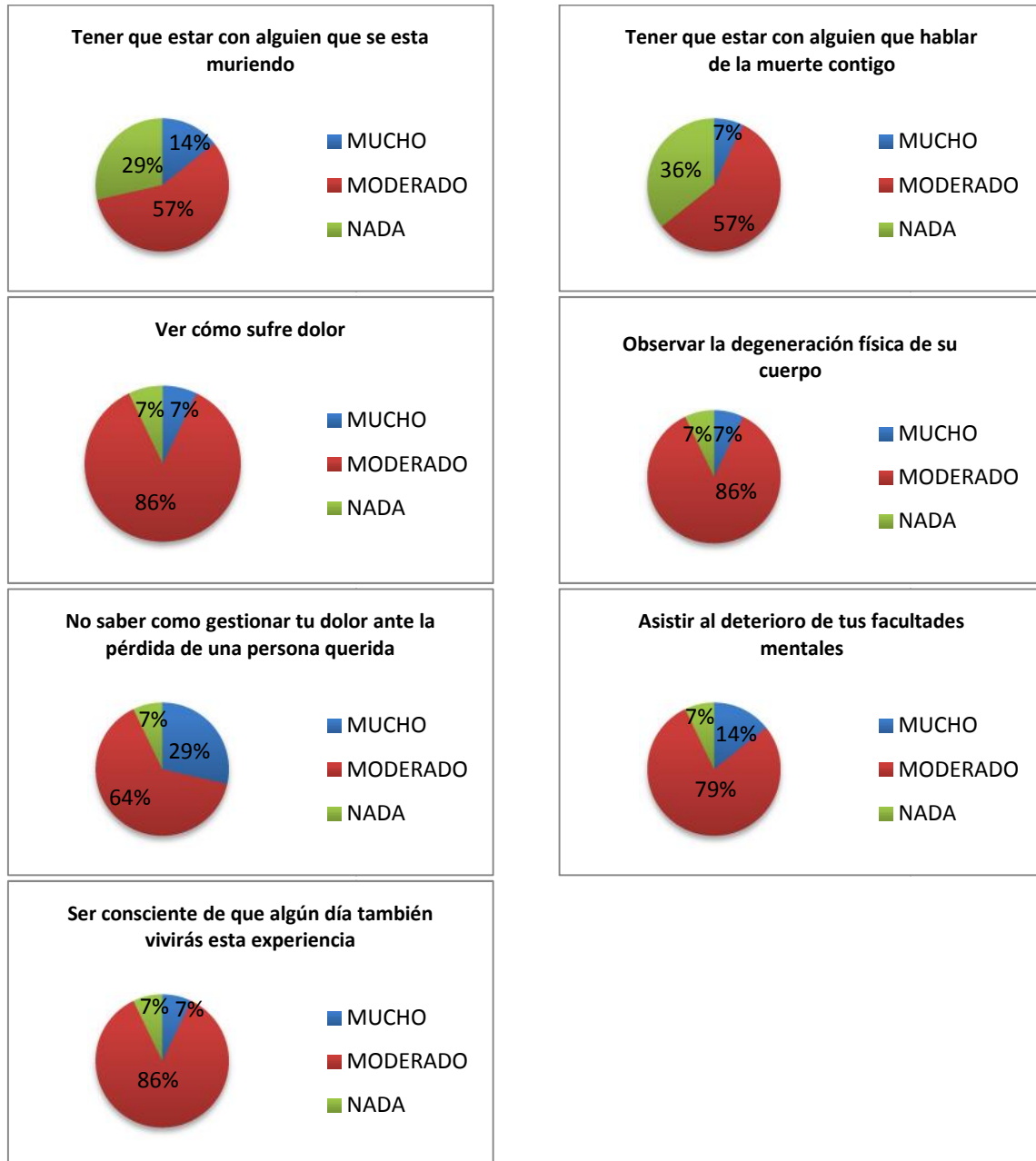


TABLA 4

Totalidad de resultados entre Médico Urgenciólogos y Residentes de Medicina de Urgencias posterior a la encuesta de EMMCL

Médicos Urgenciólogos y Médicos Residentes de Medicina de Urgencias

A.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- El morir solo	10	5	15	10	9
2.- La vida breve	7	13	8	13	8
3.- Todas las cosas que perderás al morir	4	9	5	11	20
4.- Morir joven	6	11	13	9	10
5.- Cómo será el estar muerto/a	0	7	10	10	22
6.- No poder pensar ni experimentar nada nunca más	0	9	8	11	21
7.- La desintegración del cuerpo después de morir	0	7	5	12	26
B.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROCESO DE MORIR en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La degeneración física que supone el proceso de morir	1	9	10	15	14
2.- El dolor que comporta el proceso de morir	6	5	18	13	7
3.- La degeneración mental del envejecimiento	5	2	22	11	9
4.- La pérdida de facultades durante el proceso de morir	4	3	23	11	8
5.- La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	4	6	21	8	10
6.- Tu falta de control sobre el proceso de morir	1	4	16	15	13
7.- La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	3	22	10	9
C.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La pérdida de una persona querida	11	16	12	7	3
2.- Tener que ver su cadáver	4	9	4	17	15
3.- No poder comunicarme nunca más con ella	8	6	10	17	8
4.- Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	4	8	12	12	13
5.- Envejecer solo/a, sin la persona querida	10	6	9	12	12
6.- Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	3	9	9	12	16
7.- Sentirse solo/a sin ella	6	8	9	13	13
D.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- Tener que estar con alguien que se está muriendo	4	4	13	7	21
2.- Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	3	5	8	12	21
3.- Ver cómo sufre dolor	6	8	7	14	14
4.- Observar la degeneración física de su cuerpo	3	13	4	10	19
5.- No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	7	10	4	9	19
6.- Asistir al deterioro de tus facultades mentales	4	7	12	8	18
7.- Ser consciente de algún día también vivirás esta experiencia	4	10	9	9	17

DISCUSIÓN

Tanto el Médico Urgenciólogo como el Residente presenta una actitud ante la muerte con un miedo vago no significativo, cuando se trata de su propia muerte, sin embargo muestra gran interés en la muerte ajena, presentando angustia cuando se trata de un ser querido o familiar con un mayor énfasis en el médico Residente se pudiera pensar que el área es más dominado por el médico de base por su experiencia con el contacto a la muerte por lo su actitud es más indiferente.

El Residente de Medicina de Urgencias tiene una actitud que le causa ansiedad afrontar tanto su propia muerte, como el proceso de morir propio y de sus seres queridos, así como muestra ansiedad por el hecho de envejecer solo, sin embargo los Médicos Urgenciólogos muestra en el proceso de morir propio una actitud de miedo a la degeneración mental así como la incertidumbre de cómo afrontar su proceso de morir y el miedo de no poder morir en un hospital con amigos y /o familiares.

En comparación del Médico Urgenciólogo y el Residente de Medicina de Urgencias ambos muestran una actitud de frialdad, ante la muerte lo que genera que vean la muerte ajena con moderado estado de ansiedad, por lo que se puede llegar a pensar que al momento de la relación médico paciente traspolándolo a un escenario hospitalario que haya confusión, miedo al momento de dar mala noticia hasta inseguridad.

Denota un aspecto muy importante que se observo en este estudio, que es relevante en la actitud del ser humano, el hecho de ser padre o madre cambia la forma de sentir y ver las cosas de forma más objetiva y más sentimental en el proceso de morir propio con la ansiedad y el miedo de dejar a sus seres queridos, no obstante el gran miedo a la pérdida de un ser amado le causa mucha angustia esto nos refleja el no estar preparado a afrontar el duelo propio y ajeno ante la muerte.

El presente estudio arroja resultados diferentes a los obtenidos en la Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (Chile, 2011) en el cual se

presentan limitaciones, la primera de ellas la muestra es mayoritariamente hombres en edad joven y de situación educacional semejante, la cual a diferencia de estudios previos con esta misma escala donde la mayoría eran mujeres. Lo que nos habla que la perspectiva de vida y la actitud ante la muerte va unido al sexo, situación conyugal y edad.

Un punto relevante es la ansiedad que se tiene en relación al proceso de morir de otros cuando este se está muriendo, presenta un grado de ansiedad moderado semejante a no tener ansiedad ante este evento. Así como poca ansiedad al ver el sufrimiento de dolor de otros. Más sin embargo si se ven reflejados en que algún día también vivirás esta experiencia lo que los lleva a una actitud de ansiedad ante la muerte en el médico Urgenciólogo. Y el Residente muestra más grado de estrés y de ansiedad al momento de estar con alguien que está muriendo así como ver el dolor ajeno. Y el grado de ansiedad de que vivirás el mismo proceso al morir el médico residente muestra la misma angustia que el Urgenciólogo.

CONCLUSIÓN

La multidimensionalidad es la característica más distintiva de la EMMCL. Los resultados orientan hacia una reconceptualización que considera en el miedo a la muerte y al morir propio, una dimensión física y otra psicológica.

Tanto el Médico Urgenciólogo como el Residente de Medicina de Urgencias, la pérdida física de la persona amada así como la afectación psicológica de observar el dolor de la persona amada es generadora de preocupación y/o ansiedad. Se observó además en el Médico Residente que el hecho de envejecer solo sin la persona querida es también motivo de afeción.

Comparamos el estudio previo donde se aplicó la escala de Collet-Lester donde en nuestro estudio la mayoría son hombres, jóvenes y la misma situación educacional.

Por lo que vemos en el estudio que el médico asume actitud ante la muerte de ansiedad, depresión, culpa en ocasiones, es por eso que este estudio nos habla desde la forma psicológica y física.

Se podía decir que el médico realiza entrenamiento para muchas cosas pero no para pensar en la muerte como algo propio y al pensar en el ajeno no va más allá de un hecho biológico por lo que al momento de contestar la encuesta se mostraron confundidos y el no saber qué contestar, ya se está acostumbrado al ver la muerte y la forma de actuar con un enfoque técnico, cuando el momento exige una posición humanista más psicológica.

Siempre hay que pensar que la muerte tiene dos escenarios diferentes como profesional de la salud y como ser humano (familiar , paciente)con objetivos y expectativas diferentes. Así el médico Urgenciólogo en algunas momentos llega a actuar para si mismo, para contrarrestar sus miedos y la actitud que muestra es de indiferencia, por eso esta encuesta debe ser un inicio de cómo observamos nuestro entorno y como vemos dentro de si mismo la actitud que tenemos y que proyectamos ante el proceso de muerte. Es un análisis de que tanto somos

capaces de afrontar el proceso de morir ajeno y por ende como actuamos en bien de los demás.

Es muy importante retomar de la formación como profesionales de la salud que exista más educación sobre la Tanatología, y el acercamiento sobre la conceptualización de la muerte, ayudando así más el humanismo que se ha ido perdiendo conforme la cuestión legal, tecnológica nos a invadido.

Importante que el Médico Urgenciólogo comprenda las diferentes dimensiones de las personas, los valores, necesidades de rol, sentimientos, y mecanismos de defensa. Por lo que este sería solo un inicio para poner en práctica lo importante que es que el Médico al momento de su formación se le educa para enfrentar la enfermedad y preservar la vida, pero no se le enseña a manejar el proceso y la muerte en sí.

Tomar consciencia que al contestar esta encuesta que analizo de forma psicológica y física del proceso de muerte propio y ajeno, detonamos dudas, preguntas sobre la actitud que tomamos y que tomaríamos, por lo que la función del médico no queda en identificar la causa de la muerte, si no tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano que es llegar a la muerte, enfocándolo física, psicológica y emocionalmente permitiéndole comprender y comprenderse la actitud que tomamos.

Que se esté preparado para el apoyo psicológico y de cómo dar malas noticias a nuestros pacientes, para eso se requiere conocer la enseñanza de la Tanatología que nos dice que dentro de la profesión Médica no siempre se puede salvar la vida, ya que la muerte es parte de un ciclo vital irremediable.

Por eso es importante que la unidades de trabajo de primer nivel, segundo y tercer nivel se implementen estrategias de educación al personal de salud para brindar un mayor apoyo tanto al paciente como a los familiares en el proceso de morir e igual ver el propio proceso de muerte, y así cambiar actitudes de rechazo, miedo, ansiedad, indiferencia, defensiva ante el tema de la muerte, de la cual siempre se enfrenta en su tarea diaria el Médico Urgenciólogo y el Médico en formación.

Se pueden realizar platicas sobre la temática para concientizar primero como el Médico Urgenciólogo actúa ante esta situación y cómo podemos modificar nuestra forma de pensar y actuar así transmitiendo a los pacientes, familiares y al Médico propiamente tan difícil paso y situación que llegan a afrontar y más en las áreas de Urgencia que con el primer contacto con los pacientes y que en algunas ocasiones llegan al término de su ciclo ya sea de manera inesperada o padecimiento crónicos sabiendo que estadísticamente hasta un 80% mueren en las áreas hospitalarias.

Por eso es importante que los profesionales de la Salud sepan enfrentarse a esta situación y buscar soluciones que pasen a reconocer las necesidades de los pacientes y de los propios profesionales, ante las diferentes actitudes ante la muerte y su proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deits B., Empezar de Nuevo, Cómo superar las grandes pérdidas, Prentice Hall, México 2002, Primera Edición, Pág 1-8.
2. Stone G., Palabras de Vida y Muerte, Millenyum Orient Express, Barcelona España, 1997, Segunda Edición Pág. 13 – 28
3. Sherr L, Agonía, muerte y duelo. Manual Moderno, México, 1992, 14- 17
4. Franca O., Fontes N, González M, Núñez J, Puig R, Queriolo H, et all., La Ayuda Médica al bien morir, Revista de Estudios Médico Humanista, 2010, 11:11, Pág. 3 – 5
5. Bravo M., Echeverría C., Goic G., Kottow B., Saldivar, Gaunche.H, et all., El Enfermo Terminal, Revista Médica de Chile, 2000, 128:5, Pág. 547 – 552.
6. Kübler-Ross E., Sobre la Muerte y los Moribundos, McMillan Publishing Company, Nueva York, Segunda Edición, 2011, Pág. 13 – 201.
7. Hyver D., K'raus C., Hyver, D., Gutiérrez LM. Geriatria. El Manual Moderno; México, Primera Edición, 2012 p. 615-626
8. De León R.V., Cuetos M.C., Tanatología: una perspectiva distinta de la muerte, Bol. Med Facultad de Medicina UAS, 2011 1:4, Pág. 16-20
9. Gómez Esteban, Rosa. Las ansiedades del médico frente a la muerte. Psiquiatría pública, Vol. 12, Núm. 3.
10. Muñoz C, Espinosa A, Portillo S et all., La Familia en la enfermedad terminal (II), Medicina de Familia, Málaga España, 2002, 3:4, Pág. 262 – 268
11. Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría, Williams & Wilkins, Barcelona, España, Décima Edición, 2008, Pág. 579 – 587.
12. Gala LF, Lupian J., Hernández R, et all, Actitudes Psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense, Cádiz España, 2002, Pág. 39 – 50.

13. Sábado T., Limonero JT, Khalek AM. Adaptación al español de una escala de evaluación del miedo a la muerte. Rev. Panam Salud Pública, España, 2007, 21:5 249-260.
14. Gómez R., El Médico frente a la muerte, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, España, 2012, 32:113, Pág. 67-82.
15. Hernández G, González V., Machin L, Infante O, Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia, Rev. Cubana Med. Gen Integr, La Habana, Cuba, 2005, 18:1, Pág. 22-32.
16. Chavarría-Islas, Rafael A., Rodríguez RR. Actitud de residente de urgencias hacia la relación médico-paciente, Rev. CONAMED, México, 2008, Vol. 13, Pág. 13–17.
17. Nuñez Salvador., Marco Teresa, Burillo G. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias, Med Clinic, Barcelona, 2006, 127:15, Pág. 580-583.
18. Meza Dávalos, Erika., Et al. El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales, Rev . Especialidades Médico Quirúrgicas, México, 2008, Vol. 13. Núm. 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“ LA ACTITUD ANTE LA MUERTE DEL MEDICO URGENCILOGO Y EL RESIDENTE DE MEDICINA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”
Lugar y fecha:	Hospital Regional General 180, Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco. México. Año 2016.
Número de registro:	R-2016-1303-
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio se pretende Identificar la actitud ante la muerte en los Médicos Urgenciólogos y los Residentes de Medicina de Urgencias.
Procedimientos:	Se solicitará contestar un cuestionario con la aplicación de la escala de Muerte Collet-Lester compuesta de 4 sub escalas cada una con 7 preguntas.
Posibles riesgos y molestias:	La mayor molestia será que empleará un poco de su tiempo para responder el cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificación la actitud ante la muerte así como el proceso del mismo en los Médicos Urgenciólogos y los Residentes de Medicina de Urgencias
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede solicitar su resultado que es confidencial y solo se utilizará para esta investigación.
Participación o retiro:	Usted puede retirarse en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados se le informaran solo a usted.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Implementar estrategias educativas en el área de Tanatología.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Paula Janet Dueñas Vázquez, Médico Urgenciólogo del HGR 110 Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula 99143897. Correo electrónico: pauladuenasvazquez@gmail.com Teléfono: 33455800. Dr. Adrián Benjamín Valadez Pérez. Médico Urgenciólogo del HRG 180 Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula 991419195. Correo Electrónico: adrian071184@hotmail.com Teléfono: 3311716003
Investigador Tesista/Aplicador	Dra. Blanca Orquídea Hernández Valero. Médico Residente del Tercer año de la Especialidad en Medicina de Urgencias. Sede: Hospital Regional General 180, Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula:99148268. Teléfono: 3339464898. Correo electrónico: blanca.orquidea@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Nombre, dirección, relación y firma Testigo 1	_____ Nombre, dirección, relación y firma Testigo 2

ANEXO 2

Instrumento para evaluar el Miedo ante la muerte en los Médicos Urgenciólogos y Residentes de Medicina de Urgencias

Lea cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor represente tu sentimiento.
 Edad: _____ Sexo: _____ Especialidad: _____ Estado Civil: _____

A.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- El morir solo	5	4	3	2	1
2.- La vida breve	5	4	3	2	1
3.- Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4.- Morir joven	5	4	3	2	1
5.- Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6.- No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7.- La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
B.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROCESO DE MORIR en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2.- El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3.- La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4.- La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5.- La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6.- Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7.- La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
C.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2.- Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3.- No poder comunicarme nunca más con ella	5	4	3	2	1
4.- Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5.- Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6.- Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7.- Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
D.- ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....?	Mucho	Moderado			Nada
1.- Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2.- Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3.- Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4.- Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5.- No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6.- Asistir al deterioro de tus facultades mentales	5	4	3	2	1
7.- Ser consciente de algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1303** con número de registro **13 CI 14 039 147** ante COFEPRIS

H GRAL REGIONAL NUM 110, JALISCO

FECHA **15/02/2016**

DRA. PAULA JANET DUEÑAS VAZQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

LA ACTITUD ANTE LA MUERTE DEL MEDICO URGENCIOLOGO Y EL RESIDENTE DE MEDICINA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1303-38

ATENTAMENTE

DR.(A). GERMÁN GUILLERMO LÓPEZ GUILLÉN

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1303

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN JALISCO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 180
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

Tlajomulco, Jalisco a Febrero 2016

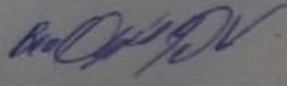
Asunto: **Carta de terminación de la tesis**

DRA. JULIETA MORENO VARGAS
Coord. Clínico de Educación e Inv. en Salud HGR No. 180
P R E S E N T E:

Por medio de la presente informo a usted de la terminación del proyecto de Tesis titulado:

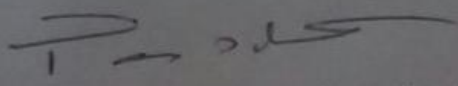
**“LA ACTITUD ANTE LA MUERTE DEL MEDICO URGENCIOLGO Y EL RESIDENTE DE
MEDICINA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”.**

Con número de Registro:
R-2016-1303-38

BLANCA ORQUÍDEA HERNÁNDEZ VALERO 

Alumna de tercer año del Curso de la Especialización de Medicina de Urgencias con sede HGR No. 180. Sin otro particular, me despido de Usted.

ATENTAMENTE


DRA. PAULA JANET DUEÑAS VÁZQUEZ
Director de Tesis