

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL GENERAL  
“DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

**ACTITUDES ANTE LA MUERTE PRESENTES EN LOS MEDICOS ANESTESIOLOGOS  
INVOLUCRADOS EN LA ATENCION DE PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL  
GENERAL CMN LA RAZA**

### **TÉSIS**

PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN  
**ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA:

**DRA. ELARA MYRHAM GONZÁLEZ SOTO**

ASESOR:

**DRA. ISIS IXTACIHUATL GÓMEZ LEANDRO**



Folio: R – 2021-3502-122

CIUDAD DE MÉXICO 2022

---

---



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.

## AUTORIZACIÓN DE TESIS

---

**DRA. MARIA TERESA RAMOS CERVANTES**

Directora de Educación e Investigación en Salud  
U.M.A.E. Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

**DRA. GRISELDA ISLAS LEON**

Profesor Titular de la Especialidad en Anestesiología (UNAM)  
U.M.A.E. Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Número de Registro del Estudio

**R – R – 2021-3502-122**

## **ASESORES**

---

**DRA. ISIS IXTACCIHUATL GÓMEZ LEANDRO**

Anestesióloga Cardiovascular  
Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

**DRA. GRISELDA ISLAS LEON**

Profesor Titular de la Especialidad en Anestesiología (UNAM)  
U.M.A.E. Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

**DRA. ELARA MYRHAM GONZÁLEZ SOTO**

Médico Residente de la Especialidad en Anestesiología  
Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
Número de Registro del Estudio

Número de Registro del Estudio

**R – R – 2021-3502-122**

Instituto Mexicano del Seguro Social



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 3502.  
HOSPITAL GENERAL Dr. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 18 CI 09 002 001  
Registro CONSIDÉTICA COMBIOÉTICA 09 CEI 027 2017101

FECHA Lunes, 08 de noviembre de 2021

**Dra. ISIS EXTACCIHUATL GÓMEZ LEANDRO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ACTITUDES ANTE LA MUERTE PRESENTES EN LOS MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional  
R-2021-3502-122

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. Guillermo Carreaga Reyna**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3502

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **DEDICATORIA:**

Este trabajo va dedicado principalmente al pilar mas grande y mas fuerte que poseo el amor de mi familia; a mis padres Alberto y Teresa, a mi padre que nunca dejo de creer en mi, que siempre me apoya y esta pendiente de cada paso que doy, a mi madre por todos sus desvelos por que ella me enseño a ser fuerte y a perseguir mis sueños, a mis hermanas Erika que siempre me enseño el lado de la responsabilidad y a demostrarme que soy capaz de cualquier cosa, a Elisa que me enseño el lado divertido de la vida que nunca permitio que el estrés repercutiera en mi carrera, a Mariela que siempre estuvo presente en mis pasos y me motivaba a continuar; a mi Tio Francisco que siempre me demostraba su apoyo y cariño; a mis cuñados Mauricio y Nazareth que creyeron en mi y que siempre me animaban a continuar, a Aldair y Dayana que cada vez que los miro se ilumina mi vida y quiero ser siempre un ejemplo para ellos, a mi Sally que siempre se desvelaba conmigo y que no hay dia que no la extrañe

A mis profesores, que siempre confiaron en mi, que me guiaban en cada año de la residencia, a aquellos que me ayudaron a desarrollarme para ser el profesional que soy hoy, por que no solo me compartieron conocimiento si no experiencia y consejos que conservare en el resto de mi vida.

A mis amigos de la residencia, por que habia dias dificiles llenos de cansancio y fatiga, sin embargo siempre encontraban la manera de hacerme sonreir, y demostrarme que en esta etapa no estaba sola y que no solo encontraria compañeros si no amigos para toda la vida.

A Dios y al universo por colocarme en donde debo estar, por que es una bendición haberme formado en tan honorable hospital y mas aun haber sido bendecida y rodeada de tanta gente que me quiere.

Elara Myrhiam González Soto

# ÍNDICE

Página

RESÚMEN.....	7
ANTECEDENTES.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIÓN.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	39

# “IMPACTO EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS ANTE LA MUERTE DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA LA RAZA”

## RESUMEN

### ANTECEDENTES:

La ciudad de Wuhan en China, fue el primer país en reportar la nueva enfermedad llamada COVID-19 cuya abreviatura es debido a que CO significa 'corona', VI es para 'virus', D para 'enfermedad' (disease, en inglés) y 19 es por el año en el que se originó (2019 y el virus causante SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus), el pasado diciembre del 2019. En cuestión de meses el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la epidemia COVID -19 como pandemia, que hoy en día tiene al mundo sumido en una crisis económica y sanitaria. Los pacientes enfermos pueden cursar desde asintomáticos hasta desarrollar estados críticos de salud, lo cual ha ocasionado que aumente la demanda a nivel hospitalario, llevando a la saturación de hospitales, provocando que los médicos especialistas de estas áreas sean insuficientes para atender a estos pacientes, lo cual ha llevado que médicos de diferentes especialidades (habitualmente no encargados de este tipo de pacientes), entre ellos los anestesiólogos, sean requeridos para atender la demanda; esto representa un reto para ellos, ya que no es algo habitual en su práctica diaria; dicha situación actual, trae repercusiones tales como: miedo, ansiedad, Burnout, depresión e incluso llevando al consumo de sustancias y/o suicidio.

A pesar de ello y de la vulnerabilidad que presentan, pocos estudios se han llevado a cabo centrándose en como repercuten estas emociones en los Anestesiólogos, razón por la cual hemos decidido investigar la actitud emocional ante la pandemia, con ayuda del cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM), para determinar el impacto emocional en esta especialidad y con esto identificar a aquellos vulnerables a un mal manejo de emociones que puedan repercutir en corto o largo plazo su vida profesional, permitiendo intervenir y canalizar de manera oportuna al servicio correspondiente.

**OBJETIVO:** Describir la actitud emocional de los médicos anestesiólogos ante la muerte durante la pandemia COVID 19 en la UMAE HG CMN La Raza

**MATERIAL METODOS:** Estudio clínico descriptivo, transversal y prospectivo sin riesgo en donde se seleccionaron a Médicos adscritos al servicio de Anestesiología que se encuentren laborando con

pacientes sospechosos o confirmados para Covid-19, en el Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN “La Raza”, que cumplieron con los criterios de inclusión, y que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y se les aplicó un Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM).

**RESULTADOS:** Se encontró que de los 40 participantes el 75% era sexo femenino, y el 25% sexo masculino. La edad mínima fue de 31 años siendo el máximo 52 años con una edad promedio de 38 años, con un mayor porcentaje de participantes en el turno matutino 65%, mientras que en turno vespertino (25%) y nocturno (10%) fue menor el porcentaje. La actitud emocional negativa se encontró en un mayor porcentaje en los participantes siendo el 65%, con una actitud positiva solo el 30% de los participantes e indiferente el 5%.

**CONCLUSIÓN:** Existe un impacto de manera negativa (65%) a los médicos anestesiólogos ante la pandemia en Covid-19 que predomina en el sexo femenino y turno laboral matutino.

***Palabras clave: COVID-19, impacto emocional, Anestesiología, Muerte.***

# **“EMOTIONAL IMPACT OF PHYSICIANS ANESTHESIOLOGISTS ON DEATH DURING THE COVID 19 PANDEMIC AT THE HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA LA RAZA”**

## **RESUME**

### **BACKGROUND:**

The city of Wuhan in China was the first country to report the new disease called COVID-19 whose abbreviation is because CO means 'crown', VI is for 'virus', D for 'disease' (in English) and 19 is for the year in which it originated (2019 and the virus that causes SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus), last December 2019. In a matter of months on March 11, 2020, the World Organization for Health (WHO) declares the COVID -19 epidemic as a pandemic, which today has the world plunged into an economic and health crisis. Sick patients can range from asymptomatic to developing critical health states, which has caused an increase in the demand at the hospital level, leading to the saturation of hospitals, causing specialist doctors in these areas to be insufficient to care for these patients, which has led doctors from different specialties (usually not in charge of this type of patients), including anesthesiologists, are required to meet the demand; this represents a challenge for them, since it is not something usual in their daily practice; This current situation brings repercussions such as: fear, anxiety, Burnout, depression and even leading to substance use and/or suicide.

Despite this and the vulnerability they present, few studies have been carried out focusing on how these emotions affect Anesthesiologists, which is why we have decided to investigate the emotional attitude towards the pandemic, with the help of the questionnaire on attitudes towards the pandemic. death (CAM), to determine the emotional impact in this specialty and with this identify those vulnerable to poor management of emotions that may have repercussions in the short or long term on their professional life, allowing intervention and channeling in a timely manner to the corresponding service.

**OBJECTIVE:** To describe the emotional attitude of anesthesiologists to death during the COVID 19 pandemic at UMAE HG CMN La Raza

**MATERIAL METHODS:** Risk-free descriptive, cross-sectional and prospective clinical study where Physicians assigned to the Anesthesiology service who are working with suspected or confirmed patients for Covid-19, at the General Hospital "Dr. Gaudencio González Garza" of the CMN "La Raza", who met the inclusion criteria, and who agreed to participate in the study by signing the informed consent and a Questionnaire of Attitudes towards Death (CAM) was applied to them.

**RESULTS:** It was found that of the 40 participants, 75% were female, and 25% male. The minimum age was 31 years, being the maximum 52 years with an average age of 38 years, with a higher percentage of participants in the morning shift 65%, while in the evening shift (25%) and night shift (10%) it was lower. the percentage. The negative emotional attitude was found in a higher percentage in the participants being 65%, with a positive attitude only 30% of the participants and 5% indifferent.

**CONCLUSION:** There is a negative impact on anesthesiologists in the face of the Covid-19 pandemic that predominates in the female sex and morning work shift.

**Keywords:** COVID-19, emotional impact, Anesthesiology, Death.

## ANTECEDENTES

La nueva infección de coronavirus ahora designado como SARS-CoV-2, y la enfermedad que causa, COVID-19, ha resultado en una pandemia que ha involucrado a 184 países. Hasta agosto del 2021, 212 millones de casos de COVID-19 y 4.46 millones muertes fueron reportadas en todo el mundo de acuerdo a la página oficial de la Organización Mundial de la Salud (1), la transmisión de persona a persona pareció ser rápida, y la enfermedad se propagó de una sola ciudad en China (Wuhan) a todo el país en tan solo 30 días (2), y posteriormente a todo el mundo; el primer caso confirmado en la Ciudad de México, fue en una persona que había viajado a Italia y el primer fallecimiento ocurrió el 18 de marzo 2020; actualmente en nuestro país se estiman 3.5 millones de casos confirmados, con un total de 254,000 defunciones hasta agosto del 2021 (3).

Los síntomas más comunes son: cefalea, fatiga, tos seca, mialgia y fiebre; siendo menos frecuente vómito, diarrea, disnea y producción de esputo (4); algunos pacientes también presentan dificultad respiratoria leve a moderada con necesidad de oxígeno suplementario, en casos graves insuficiencia respiratoria con hipoxia severa requiriendo ventilación mecánica y manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (5), con una tasa de mortalidad elevada (6). Se han utilizado múltiples terapias antivirales y antiinflamatorias en el tratamiento de COVID-19, pero ninguna hasta ahora se ha establecido como eficaz con estudios rigurosamente controlados; el virus se propaga principalmente entre personas que están en contacto cercano, aunque también se puede transmitir a través del contacto con superficies u objetos contaminados (7). Actualmente el programa de vacunación colectiva se puso en marcha a principios de diciembre de 2020; el 31 de diciembre de 2020, la OMS dio luz verde a la inclusión en la Lista para uso en emergencias (EUL, por sus siglas en inglés) de la vacuna Comirnaty de Pfizer/BioNTech. El 15 de febrero incluyó también en esa lista la vacuna Covishield del SII y la vacuna AZD1222 AstraZeneca (desarrolladas por AstraZeneca/Oxford y fabricadas por el Serum Institute de la India y SK Bio, respectivamente). Posteriormente, el 12 de marzo, aceptó la inclusión de la vacuna Janssen/Ad26.COV2.S desarrollada por Johnson & Johnson. El 30 de abril se añadió a la lista la vacuna mRNA-1273 de Moderna, y el 7 de mayo, la vacuna de Sinopharm. Que fabrica el Beijing Bio-Institute of Biological Products Co Ltd, una filial del China National Biotec Group (CNBG). Por último, el 1 de junio se autorizó el uso de emergencia de la vacuna CoronaVac de Sinovac. (1)

## **EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO Y SU RECONVERSIÓN ANTE LA PANDEMIA**

Previo a la pandemia, nuestro sistema de salud ya contaba con pocas herramientas para la atención médica, los tiempos de consulta son cortos y debido a la alta demanda aumentan los tiempos de espera, dando como resultado una insuficiente atención médica; lo cual coincide a lo reportado por autores de otros países como España, quien lo refiere en su capítulo “la posibilidad de una atención directa, personalizada y adaptada a las condiciones de cada sujeto están lejos de ser una realidad. La sobrecarga asistencial, las habitaciones a veces por encima de su capacidad habitual, son situaciones reales que convierten a la muerte en una situación cruel” (8).

Con la contingencia en nuestro país, el plan del gobierno federal incluía la reconversión hospitalaria escalonada para poder atender la demanda de pacientes, esto apegado a los lineamientos de Reconversión de la Ciudad de México, establecidos el 5 abril 2020 (9), en ella se menciona que los hospitales deben enfocarse en la preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios, así como evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre los pacientes que aún requieren de atención médica hospitalaria por otras condiciones, son numerosos los países en los cuales los pacientes infectados por Covid-19 han colapsado las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); dentro del plan de trabajo para el control de la pandemia se establecieron grupos conformado por médicos de diversas especialidades en donde el líder podría ser un neumólogo, internista, intensivista y en algunos hospitales un anestesiólogo, cuya función se vuelve primordial, ya que tiene la responsabilidad de coordinar a los demás especialistas (9).

## **EL IMPACTO EMOCIONAL ANTE LA PANDEMIA**

Durante esta emergencia sanitaria los equipos médicos y otros miembros del sistema de salud se están viendo expuestos a una mayor demanda física y emocional, debido a factores como: el incremento en las horas laborales, el trabajo continuo con pacientes en situaciones críticas, eventos potencialmente traumáticos (muerte), la ansiedad vinculada con adquirir la enfermedad y/o transmitirla a sus familiares; esto último ha llevado al autoaislamiento de forma indefinida debido a la preocupación

por la posible propagación de la infección, las experiencias de muerte se vuelven más personales a medida que la pandemia avanza y se incrementa el número de defunciones. Este aumento en el estrés y adversidad en el ámbito laboral puede conducir a preocupación y miedo excesivos, sentirse "en guardia" todo el tiempo, pensamientos negativos recurrentes y signos físicos de estrés; aunque los médicos están capacitados para dejar de lado sus propios sentimientos y emociones para anteponer el bienestar y la atención del paciente, es de suma importancia el cuidado personal para minimizar el riesgo de contagio, para que así puedan seguir atendiendo a los pacientes durante esta emergencia sanitaria (8). Para ello, desde el inicio de la pandemia se implementó el uso de Equipo de Protección Personal (EPP), esta se define como todo equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, limitando el riesgo de contagio en el personal de salud involucrado en la atención de pacientes con sospecha o con diagnóstico de COVID-19, este equipo en general consiste de: Mascarilla autofiltrante que cumpla la norma N95, FFP2 o FFP3, o una norma equivalente, bata médica, guantes, protección ocular y delantal, lo cual para muchos no es cómodo ya que puede dificultar las tareas habituales, los sentidos, y el confort lo cual se verá incrementado con las horas de uso (10).

Otra medida implementada a nivel hospitalario para disminuir el contagio de esta enfermedad es prohibir las visitas de familiares para los pacientes con diagnóstico de Covid-19 y limitando las visitas para pacientes que se encuentran con diagnóstico de otras enfermedades; mientras que para las personas que fallecen a causa de Covid-19, el manejo de los cuerpos y los funerales se llevan a cabo de forma diferente, esto de acuerdo a los lineamientos de Manejo General y Masivo de Cadáveres por COVID-19 en México, llevando a los familiares a un cambio radical sobre sus seres queridos (11).

El médico Anestesiólogo, previo a la pandemia, debido a que vive situaciones continuas de estrés ya contaba con mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas como depresión ansiedad e ideas suicidas en comparación con la población médica ; desde su periodo de formación de posgrado o residencia existe ya incremento de estrés en el entrenamiento médico acompañado de un índice elevado de suicidios (12), esta prevalencia continua hasta el término de su formación y lo acompañara durante toda su carrera (13). Antes de la emergencia sanitaria, en los procedimientos que normalmente realiza el Anestesiólogo, debido a su presencia en diferentes actos quirúrgicos de

diversas especialidades es testigo de varios escenarios que pueden resultar en daño al paciente (incluyendo secuelas temporales o permanentes y muy raro la muerte). Como la carga de responsabilidad de la estabilidad clínica recae en el anestesiólogo cuando sucede un evento adverso éste se convierte en la segunda víctima como lo menciona la Dra. Trejo (14) “apareciendo una serie de problemas como sentimiento de culpa, pérdida de la autoestima y depresión; un alto porcentaje de anestesiólogos experimentan pensamientos recurrentes acerca de situaciones que involucraron la vida y/o salud del paciente: acerca de cómo aquella situación pudo haber sido diferente, lo que con lleva a una vulnerabilidad a cometer errores posteriores”; el anestesiólogo desconoce qué hacer ante estas circunstancias, pues se plantea la inevitable situación de discutir el resultado adverso con el paciente o la familia, estas situaciones crean conflictos internos con remordimiento y angustia, con dificultad para discutir el caso por miedo de que se dude de su competencia o habilidad en la práctica profesional; paradójicamente, los anestesiólogos son entrenados para evitar los desastres y las complicaciones en el quirófano, ambiente de gran responsabilidad, generador de situaciones estresantes, pero nunca se les enseña cómo enfrentar nuevos retos (13).

Cuando esto sucede, a menudo buscan el apoyo de sus compañeros o, en algunos casos, consejeros independientes después de un incidente, el mejor asesoramiento es hablar con un colega experto, calificado y confiable para poner el caso en perspectiva, ya que pueden entender mucho más el contexto y la situación, lo que nos lleva a la pregunta ¿Es prudente que el anestesiólogo suspenda sus actividades profesionales por algún tiempo? La literatura a nivel mundial se proponen diversas estrategias para contrarrestar los efectos, como lo propone: Sandhya Jithooa and Sommervillea en su artículo (15):

- Suspender sus actividades laborales mínimo durante las 24 horas subsiguientes al evento adverso, ya que la capacidad cognoscitiva y profesional se afectan seriamente, con posibilidad de presentar malos resultados si el anestesiólogo continúa trabajando

- Se debe crear un ambiente óptimo para discutir y reducir la ansiedad, siempre con empatía hacia el compañero afectado, sin criticarle o manifestarle abiertamente su error. -Discutir el fenómeno de 'primera, segunda y tercera víctima', el paciente es la primera víctima, el anestesiólogo puede ser considerado la segunda víctima y si la capacidad profesional del anestesiólogo se ve afectada como

resultado de una respuesta de estrés agudo, un paciente tratado posteriormente por este mismo puede convertirse en la tercera víctima.

## **EL MÉDICO ANESTESIOLOGO Y COVID-19**

El ambiente laboral del médico Anestesiólogo es en quirófano, éste no suele manejar pacientes en áreas de hospitalización; al integrarse en los equipos COVID, se enfrentó a nuevos retos con diferentes escenarios clínicos. Esta especialidad, ha sido calificada como riesgosa, ya que en esta contingencia sanitaria constituyen una población de alto riesgo, por estar en contacto directo con las secreciones de pacientes durante la realización de procedimientos invasivos y la colocación de dispositivos avanzados en la vía respiratoria por la liberación de aerosoles, esta situación tiene consecuencias psicológicas y profesionales adversas para el especialista; el miedo de contagio, el cambio a su forma de trabajar, el acostumbrarse a trabajar con el EPP; todo ello obligándolo a salir de su área de confort (habitualmente quirófano); como líder en equipo COVID le tocó enfrentar y experimentar las defunciones de pacientes de manera cotidiana, algo a lo que no estaba acostumbrado en su área de trabajo, observando el morir, lo que lleva a angustia, culpa, depresión, síndrome de burnout y probable aumento de consumo de sustancias (13). Se ha documentado que la falta de preparación psicológica, la autoeficacia percibida para ayudar a los pacientes, el apoyo familiar, una mala calidad del sueño se asociaron con síntomas elevados de depresión y ansiedad de todo el personal de salud (13).

El hecho de que el COVID-19 sea transmisible de persona a persona y esté asociado con una alta morbilidad y potencialmente fatal puede intensificar la percepción de peligro personal. Además, la previsible escasez de suministros y un flujo creciente de casos reales y sospechosos de COVID-19 contribuyen a las presiones y preocupaciones de los profesionales de la salud. (14)

De igual forma, tener familiares o amigos infectados con el virus también se han asociado con síntomas elevados de ansiedad y estrés, el aumento de responsabilidad que conlleva el trabajo, genera cambios importantes en la conducta y en la personalidad del médico que le llevan a dificultades de adaptación no sólo en el trabajo sino también en su propia familia y en la sociedad, también el agotamiento médico es un síndrome relacionado con el trabajo que involucra agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de logro personal reducido (15), este problema representa una

crisis de salud pública con impactos negativos en médicos, el personal de salud que está involucrado en esta pandemia están arraigados en gran medida dentro de las organizaciones y sistemas de atención médica que incluyen cargas de trabajo excesivas, procesos de trabajo ineficientes, cargas administrativas, conflictos en el hogar, falta de aportes o control para los médicos con respecto a los problemas que afectan su vida laboral, estructuras de apoyo organizacional y cultura de liderazgo (16).

La sensación de vacío que puede sufrir el médico atrapado por el síndrome de burnout, termina en despersonalización (extrañeza de uno mismo) y desrealización (distanciamiento del entorno). Este síndrome de inadaptación constituye el síndrome del estrés y el resultado es la angustia; la cual se traduce frecuentemente en tensión, enojo, agresividad e incluso cólera (17). A ello, tenemos que añadir los efectos relativos a los pensamientos negativos del médico por lo que respecta a la situación de su trabajo profesional, la tensión laboral que surge en el medio laboral (conflictividad, liderazgo, fricciones con los compañeros, falta de preparación y adecuación de los jefes en el tratamiento de grupos e individuos) puede tener consecuencias conductuales muy importantes como: ausentismo, desempeño alterado de la función familiar y social, lentitud en el trabajo, inhibición, apatía, anergia, tristeza, frustración crónica, angustia, trastornos del sueño y disfunciones sexuales (12).

Tal como lo menciona Natasha Shaukat en su estudio (18) *“Los trabajadores sanitarios corren el riesgo de desarrollar consecuencias para la salud física y mental debido a su función en la atención de pacientes con COVID-19. La implementación de las siguientes estrategias puede ayudar a reducir la carga de las consecuencias para la salud: la provisión y capacitación adecuadas sobre el uso de equipo de protección personal, prácticas estrictas de control de infecciones, turnos más cortos y provisión de servicios de apoyo y salud mental.”*

A partir de esta revisión de los trabajadores sanitarios, el miedo a la incertidumbre o la infección estuvo a la vanguardia de los desafíos psicológicos enfrentados. Brindar atención médica durante una epidemia mundial genera miedo y aumenta los niveles de estrés, y un estudio a gran escala (19) informo que más del 70% identifico que infectarse era lo mas angustiante. Durante la pandemia de COVID-19, los trabajadores sanitarios han estado expuestos a altos riesgos de infección, muerte y agonía, dilemas morales para decidir quién califica para cuidados intensivos y cargas de trabajo excesivas. Toda la experiencia puede ser traumática y aumentar el riesgo de problemas de salud

mental en un grupo que ya está en mayor riesgo, por ejemplo, los trabajadores sanitarios tienen un mayor riesgo de suicidio que la población en general (20). Es probable que los efectos psicológicos de las epidemias en los trabajadores sanitarios sean variables en diferentes contextos, y varios estudios demuestran un mayor riesgo de adquirir un trauma o un trastorno relacionado con el estrés. Es probable que el riesgo para el bienestar mental de los trabajadores sanitarios tenga múltiples facetas y se necesita más investigación para dilucidar los mecanismos subyacentes que potencialmente pueden mitigarse con las medidas adecuadas. Se necesita con urgencia la recopilación de datos de alta calidad, especialmente para los grupos vulnerables expuestos a una pandemia (21). Las intervenciones para reducir la morbilidad y la gravedad de los problemas psicológicos en los trabajadores sanitarios en la etapa temprana pueden prevenir implicaciones adversas a corto y largo plazo.

Es importante señalar que el reconocimiento profesional y la ética pueden reforzar positivamente el trabajo duro, pero el valor de estos se reduce cuando se aplican de una manera punitiva que estereotipa a los trabajadores sanitarios. El énfasis en su autosacrificio mientras brindan servicios esenciales y que salvan vidas se magnifica en medio de una epidemia y, a menudo, los trabajadores sanitarios son retratados como héroes. Esto a su vez puede imponerles ciertas expectativas, para demostrar fortaleza personal y resiliencia, tanto emocional como profesionalmente.

Al reconocer las dimensiones positivas de cualquier desastre de salud global, es pertinente comprender los factores que pueden generar una mayor resiliencia entre los trabajadores sanitarios, ya sea trabajando individualmente o en grupos. De los trabajadores sanitarios en la epidemia de SARS, el 82% informó sentirse apreciado por su empleador y el 77% por la Sociedad (22). Los trabajadores sanitarios sentían que estaban más dedicados a ayudar a los demás, habiendo sobrevivido al desastre (23). Los valores profesionales y éticos fueron identificados como motivadores predominantes que impulsaron a los trabajadores sanitarios a cumplir con sus deberes durante la epidemia de MERS (24). Por tanto, es necesario y urgente estudiar sistemáticamente los factores de resiliencia que pueden promover el bienestar mental de los trabajadores sanitarios a nivel psicológico, profesional, laboral y social.

Para mejorar la recuperación y el bienestar, se ha informado de una serie de medidas psicológicas para abordar los desafíos de salud mental durante epidemias anteriores, especialmente a través de la moderación de los niveles de estrés, la educación y el apoyo en el lugar de trabajo. Las estrategias se pueden adaptar a los contextos locales, las condiciones variables y se pueden ampliar o reducir según las necesidades de los trabajadores sanitarios a lo largo del tiempo. PFA puede brindar apoyo a los sobrevivientes después de un evento de crisis grave, ya que reduce la angustia inicial del evento traumático al mejorar el funcionamiento adaptativo y afrontar situaciones de estrés extraordinario (25). Sin embargo, esto simplemente no es suficiente para responder a una pandemia como COVID-19. También se debe considerar un elemento de preparación para abordar los problemas de salud mental poco reconocidos de una manera más proactiva. Además, incluso en la fase de recuperación de una epidemia, existe una clara necesidad de apoyo constante y a largo plazo para promover y proteger el bienestar de los trabajadores sanitarios.

Es de vital importancia manejar los problemas emergentes de salud mental en los Anestesiólogos, particularmente en la actual crisis pandémica de COVID-19. Las consecuencias psicológicas que enfrenta este grupo altamente vulnerable pueden tener implicaciones profundas y de largo plazo. Es por ello que la correcta difusión de información y la provisión de la formación y los recursos adecuados puede ayudar a reducir los problemas emocionales. El apoyo psicosocial y las medidas efectivas deben estar fácilmente disponibles en múltiples modalidades y niveles, y deben diseñarse para adaptarse a las características específicas de los trabajadores sanitarios para empoderarlos en el papel fundamental que desempeñan contra las epidemias. Actualmente existen estudios que avalan la presencia de afección emocional y psicológica en los profesionales de la salud, sin embargo se necesita más investigación longitudinal y de alta calidad, especialmente sobre las medidas para reducir su carga de salud mental, que debería ser una prioridad. (26)

## **EL MÉDICO ANESTESIOLOGO Y LA MUERTE**

El reto más grande a enfrentar para nuestra especialidad es la muerte, en nuestro país no existe una formación del personal de salud para enfrentar, convivir y tratar con la muerte. Los cursos académicos de medicina no abordan a fondo la muerte y su manejo. Siendo que es un tema presente en el día cotidiano en los hospitales. La sociedad está acostumbrada a no hablar de ella por ser considerado

aún en nuestras fechas un tema tabú, tal como lo menciona Arturo Galicia Rilo “*En la actualidad hay una actitud defensiva en todo lo concerniente a la muerte, a través de los medios tenemos presente la muerte, pero de una forma fría, ficticia y despersonalizada. Como consecuencia no la vemos real*” (8).

El médico en formación obtiene su primer contacto con la muerte a través del curso práctico de anatomía con la realización de disección en cadáveres, (practica habitual) es donde se genera la idea de que sólo son una serie de tejidos inertes, sin sensaciones ni pensamientos y preparados exclusivamente para fines de aprendizaje, de esta forma, pareciera que el estudiante de medicina aprende muy temprano a deshumanizarse, pero es todo lo contrario, aprende a encontrar el equilibrio emocional en la transición de la vida a la muerte y que en su desempeño profesional le será de mucha utilidad (17).

Como médico en formación se viven distintas experiencias con la muerte. Como lo refieren en el artículo de British Journal of Surgery de E.U.A (18) “Los profesionales de la salud experimentan una variedad de emociones ante la muerte, ya sea inmediatamente o poco después de un incidente; lo primero que se experimenta es probablemente un poco de conmoción y horror; eso es reemplazado rápidamente por algún tipo de tristeza y depresión, los profesionales de la salud utilizan diferentes estrategias de afrontamiento después de un incidente como por ejemplo: buscar apoyo u orientación de colegas para discutir abiertamente el incidente y reflexionar sobre ello en privado e implementar cambios en su práctica”. El tránsito por diferentes perspectivas de mirar la muerte, conduce al estudiante de medicina y al médico a comprenderla, como: “el límite donde la función orgánica es incapaz de sostener la homeostasia, sobreviniendo de manera irreversible y definitiva el cese de todas las funciones vitales”(18).

Las actitudes frente a la idea de la muerte han variado a través del tiempo y en las distintas sociedades y culturas. Lo que le confiere características únicas que están dadas por la historia personal de las pérdidas vividas y a la forma de elaborar duelos frente a las mismas. También influyen la esperanza de vida y las creencias sobre lo que es un ser humano. La actitud que cada cual adopte ante la muerte también dependerá de las creencias religiosas o agnósticas, de la concepción filosófica, así como de la capacidad para enfrentarnos con la realidad de la vida o con la realidad o no de la muerte. Dichas

actitudes inciden directamente en cómo se plantea el acompañamiento de otros que mueren y esto tiene que ver con cómo experimentamos la situación de la muerte ajena. Para todo ser humano es importante prepararse para la situación de la muerte de otros(16).

El manejo de la muerte es complejo dentro del sistema de salud y difícil de abordar en áreas donde el incremento de muertes como en esta pandemia no forma parte del proceso de atención cotidiano. Actualmente en nuestra institución ningún estudio se ha llevado a cabo centrándose en como repercuten estas emociones en los Anestesiólogos, razón por la cual hemos decidido investigar el impacto emocional de la muerte ante la pandemia, es importante que las instituciones desarrollen evaluaciones periódicas a los especialistas y anestesiólogos que han estado involucrados en esta emergencia sanitaria y clasificarlos en recursos apropiados de salud mental para optimizar las posibilidades de una recuperación saludable y protegida (14).

De esta forma se debe prestar atención específica para desarrollar e informar a los anestesiólogos de los recursos, tanto formales como informales o sociales, que están disponibles para ayudarlos y, si es necesario, tratarlos como segundas víctimas después de tales catástrofes (26).

## **TIPOS DE CUESTIONARIOS PARA MEDIR EL NIVEL DE ANSIEDAD**

Se han creado diversos cuestionarios de actitudes frente a la muerte, entre los que cabe mencionar:

### ***Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer***

La escala consiste en un cuestionario auto-evaluable, que ha sido adaptado a la población mexicana por Rivera- Ledesma y Montero-López. La escala evalúa cuatro puntos: *nunca o casi nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo, todo el tiempo*, en donde el puntaje mínimo total es de 15 (mínima ansiedad) y el puntaje máximo total es 60 (máxima ansiedad) y está compuesta por 3 sub escalas: miedo a la muerte, miedo a la agonía o enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin (27).

### ***Cuestionario de Creencias con relación al paciente terminal***

Es un instrumento construido con quince ítems, con creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte y el paciente terminal. Se puntúa del 1 al 7, en donde el 1 corresponde a totalmente en

desacuerdo y 7 a totalmente de acuerdo. Es un instrumento meramente exploratorio, dicho instrumento solo ayuda a explorar las creencias en el personal de salud de Cuidados Paliativos (28)

## **CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE**

El Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (**CAM**), el único instrumento que mide el amplio espectro de las actitudes. De esta forma podemos llegar a comprender mejor las actitudes que emergen ante un suceso de esta magnitud como lo es la muerte, comprendiendo así de forma más integrada la complejidad de ésta, es de interés conocer que no sería fructífero estudiar el miedo a la muerte de modo aislado como lo hacen algunos instrumentos de evaluación. Por decirlo de otro modo, no es lo mismo una persona que tenga un bajo nivel de miedo a la muerte por creer en una vida feliz más allá de la muerte, a otra que considera la muerte como parte de un proceso de la vida (29).

El instrumento original elaborado por sus autores a partir de la revisión del Death Attitudes and Self-Reported Health – relevant Behaviors (29), fue sometido a criterios de expertos hasta su versión final, siendo denominado convencionalmente Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) y quedó compuesto definitivamente por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de evitación, de aceptación, de temor, basadas en las creencias de que la muerte es un pasaje o tránsito, fundamentadas en la concepción de la muerte como una salida o solución y otra que involucra la perspectiva profesional (30).

En un primer ensayo, que constituyó la tesis de especialista de un médico de familia (32), se encontraron los siguientes resultados: ciertas manifestaciones de actitudes positivas de aceptación (especialmente a nivel cognitivo), predominan actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por un componente de temor. La mayoría de los profesionales no valoran a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor, ni como una salida a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento. La mayoría de los profesionales prefiere vivir sin calidad a morir, denotando un apego irracional a la vida, con componente cognitivo fuertemente estereotipado (prejuicio) y afectivamente consolidado con el decursar del tiempo y del ejercicio profesional. Se obvia la relación esencial existente entre salud y

calidad de vida. Manifestaciones de distanciamiento profesional (defensivo) ante el impacto emocional que representa atender al moribundo y a su familia. Ellas ratifican las creencias reportadas en profesionales de la salud acerca de la percepción de la muerte como un fracaso profesional y la presencia de errores de juicio con respecto al máximo deber del médico ante los pacientes moribundos (31).

Ha sido una escala de gran utilidad en evaluar la ansiedad en cuidados paliativos en oncología del Instituto Nacional de Cancerología (32) encontrándose puntajes altos de desacuerdo en las subescalas de Evitación (valora a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor); Temor (Temor a la muerte, a contraer la enfermedad y a enfrentarse con la familia de un moribundo); Pasaje (se refiere a la muerte como Pasaje, como un tránsito a otro estadio) y Salida (reflejan muerte como salida y muerte como alivio) y puntajes bajos de acuerdo en la de Aceptación (sensibilización asumir la muerte y aceptarla como algo natural y para crecimiento personal), cabe señalar que en la sub escala de Perspectivas Pro-fesionales (actitudes ante la muerte) se contemplan porcentajes de desacuerdo y acuerdo más equilibrados. La mayoría de los sujetos, reporto que ha vivido la muerte de sus pacientes como un fracaso medico y miedo a que la vida llegue a su fin, o cual nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de indagar más acerca la espi-ritualidad en el personal de salud, principal-mente aquellos que están cotidianamente en contacto con la muerte y desarrollar programas educativos con respecto al ma-nejo de la muerte haciendo énfasis en la calidad humana y profesional del personal de salud como lo establece Tomás-Sábado(12) y proponemos también retomar el manejo de las emociones y actitudes ante la muerte; de igual forma los resultados actitud ante la muerte en el servicio de pediatría en Hospital de Monterrey (33) reflejaron que menos del 20% de los pediatras tiene una actitud positiva ante la muerte, la mayoría de los médicos no valoro la muerte como un pasaje o trasnito hacia una vida mejor, ni como salida a los problemas de la vida (33).

Para los profesionales de la salud, y en particular los médicos, el tema de la muerte involucra un análisis complejo, porque engloba toda su actitud hacia el paciente; es difícil sostener una actitud serena y madura frente a ella(34). Cuando sucede, enseguida tratan de sentirse bien, lo que constituye una forma de ocultamiento, un mecanismo de defensa ante el dolor que produce (45). En las etapas en la formación del médico, la actitud ante la muerte se atribuye a un fracaso en la actividad profesional

y no a un fenómeno natural necesario(36). La medicina paliativa no figura en las prioridades de salud en México; en las instituciones existe gran desconocimiento sobre las necesidades físicas psicológicas, sociales y espirituales del paciente en estado terminal y sobre las de su familia; se reconoce que los profesionales de la salud carecen de los conocimientos necesarios sobre cuidados paliativos y como resultado tienen una actitud negativa ante la muerte de los pacientes (37).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Previa autorización y aprobación del comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza”, y con el consentimiento informado de los pacientes, se realizó un estudio descriptivo, observacional y trasnversal en 40 Médicos adscritos al servicio de Anestesiología que se encuentren laborando con pacientes sospechosos o confirmados para Covid-19, en el Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN “La Raza”.

### CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Médicos Adscritos del Servicio de Anestesiología del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza”.
- ✓ Médicos adscritos de cualquier sexo (masculino y femenino)
- ✓ Médicos de cualquier edad
- ✓ Médicos de cualquier turno (matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada)
- ✓ Médicos que acepten participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Médicos que previo a la pandemia cursen con algún trastorno emocional
- ✓ Médicos adscritos a la unidad que se encuentren de licencia durante la pandemia.

### CRITERIOS DE ELIMINACION

- ✓ Médicos que se retiren del estudio en cualquier momento
- ✓ Médicos que no completen los cuestionarios

**Calculamos** el tamaño de muestra necesaria para un margen de seguridad ( $\alpha$ ) del 95% ( $\alpha = 0,05$ ) y un poder estadístico ( $1-\beta$ ) del 80% ( $\beta = 0,2$ ). Se calculó el tamaño de la muestra conforme al total de los médicos anesthesiologos que laboran con turno fijo en el hospital (matutino, vespertino y nocturno). Así, conocemos los siguientes parámetros:

- La seguridad con la que trabajaremos ( $\alpha$ ), o riesgo de cometer un error de tipo I. Nivel de seguridad del 95% ( $\alpha = 0,05$ )
- El poder estadístico ( $1-\beta$ ) que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II. Tomaremos  $\beta = 0,2$ , es decir, un poder estadístico del 80%
- Valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual a beta, lo que equivale a un valor de  $z=1.21$  (a nivel práctico 1.21)
- Un margen de error 5% ( $e=0.05$ )
- $\sigma$  = desviación estándar (0.5)
- $N$  = Médicos Adscritos (50)

De acuerdo con estos datos, se estimará el tamaño de la muestra requerido con la fórmula que se muestra a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

Esto es, se estima que aproximadamente el tamaño muestral necesario para el estudio es de  $n = 38$  médicos anesthesiologos. Estimando que la perdida sea del 10% de la muestra entonces el estudio sera de  $n = 42$  médicos anesthesiologos.

VARIABLES		DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓ	Indicador
			CIÓN	
Atención a pacientes con Covid 19	Cualitativa Nominal	Cuidado de pacientes con Enfermedad Covid-19, que requieran hospitalización y manejo por	Tomado de la rotaciones asignadas a los médicos anesthesiologos a los servicios asignados para los	SI NO

		servicio de Anestesiología.	pacientes con Covid 19	
Impacto Emocional	Cualitativa Nominal	Comportamiento que aparece como consecuencia de la experiencia de algún tipo de situación que implica una amenaza constante.	Tomado del cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)	Impacto Positivo Impacto Indiferente Impacto Negativo
Edad	Cuantitativa discreta	Medida cronológica que abarca el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la cirugía	Tomado del interrogatorio directo.	Valor numérico expresado en años referido por el paciente
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Condición anatómica y actitudinal que distingue el macho de la hembra	Tomado a partir de las características fenotípicas	Masculino Femenino
Años de antigüedad	Cuantitativa Discreta	Tiempo transcurrido desde su ingreso como trabajador	Tomado del interrogatorio directo	Medido en años

		IMSS, hasta la actualidad		
Turno	Cualitativa Nominal	Horario en el que se encuentra laborando actualmente en la institución.	Tomado del interrogatorio directo	Matutino Vespertino Nocturno

Previa elección de Médicos adscritos al servicio de Anestesiología que se encuentren laborando con pacientes sospechosos o confirmados para Covid-19, en el Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN “La Raza”, se les cuestionario de actitudes ante la muerte al cumplir con los criterios de inclusión, se invitó a participar en el estudio. Se recabó el consentimiento informado y se llevó a cabo el cuestionario

Al finalizar el estudio se aplicó estadística y se presentaron los resultados en tablas.

## RESULTADOS

Durante el periodo de pandemia por SARS-CoV-2 en el Hospital General CMN La Raza se asignó un total de 70 anestesiólogos a la atención y cuidado del paciente con enfermedad de Covid 19, todos ellos tuvieron una participación activa tanto en el área de hospitalización como en los procedimientos quirúrgicos del paciente con Covid 19, se invitó a participar en el presente estudio al total de anestesiólogos de los cuales 40 de ellos aceptaron participar y firmaron consentimiento informado.

Se encontró que de los 40 participantes el 75% era sexo femenino, y el 25% sexo masculino. La edad mínima fue de 31 años siendo el máximo 52 años con una edad promedio de 38 años.

En cuanto a antigüedad de los participantes se encontró un promedio de 9 años, siendo la mínima de 1 año y máxima de 23 años. En cuanto a turno laboral se encontró un mayor porcentaje de participantes en el turno matutino 65%, mientras que en turno vespertino (25%) y nocturno (10%) fue menor el porcentaje.

La actitud emocional negativa se encontró en un mayor porcentaje en los participantes siendo el 65%, con una actitud positiva solo el 30% de los participantes e indiferente el 5%.

Tabla 1. Datos demográficos.

VARIABLE	MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO	DS
EDAD (Años)	31	52	38.75	5.1
SEXO				
MASCULINO	10 (25%)			
FEMENINO	30 (75%)			
Antigüedad (años)	1	23	9.25	5.3
TURNO				
MATUTINO	26 (65%)			
VESPERTINO	10 (25%)			

NOCTURNO	4 (10%)	
ACTITUD EMOCIONAL		
POSITIVO	12	(30%)
NEGATIVO	26	(65%)
INDIFERENTE	2	(5%)

Se encontró una prevalencia de sexo femenino, así como un porcentaje mayor de médicos anestesiólogos con actitud negativa ante la muerte.

Tabla II. Datos Promedio por sexo.

VARIABLE	MASCULINO n=10 (25%)	FEMENINO n=30 (75%)
EDAD (Años)	37.2	39.2
Antigüedad (años)	6.8	10.0
TURNO		
MATUTINO	6 (60%)	20 (66.7%)
VESPERTINO	2 (20%)	8 (26.7%)
NOCTURNO	2 (2%)	2 (6.7%)
ACTITUD EMOCIONAL		
POSITIVO	4 (30%)	8 (26.7%)
NEGATIVO	6 (60%)	20 (66.7%)
INDIFERENTE	0 (0%)	2 (6.7%)

Se encontró una edad promedio en años de 37.2 en hombres y 39.2 en mujeres, teniendo una mayor prevalencia en turno matutino con una actitud negativa ante la muerte

En el sexo femenino son 30 médicos anestesiólogos cuyo promedio es de 39.2 años, de las cuales, la mayoría labora en el turno matutino (66.7%), turno vespertino (26.7%) y turno nocturno (6.7%), se

encontró que en el grupo femenino predomina una actitud negativa ante la muerte (66.7%) y en segundo lugar una actitud positiva (26.7%).

En el sexo masculino son 10 médicos anesestesiólogos cuyo promedio es de 37.2 años, de las cuales, la mayoría labora en el turno matutino (60%), turno vespertino (20%) y turno nocturno (2%), se encontro que en el grupo masculino predomina una actitud negativa ante la muerte (60%) y en segundo lugar una actitud positiva (30%).

Tabla III. Comparación de datos por Impacto Emocional

VARIABLE	POSITIVO n=12 (30%)	NEGATIVO n=26 (65%)	INDIFERENTE n=2 (5%)	(p <0.05)
EDAD (Años)	37.5	39.23	40.0	0.01
SEXO				
MASCULINO	4 (33.3%)	6 (23.1%)	0 (0%)	0.55
FEMENINO	8 (66.7%)	20 (76.9%)	2 (100%)	
Antigüedad (años)	6.5	10.15	14.0	0.03
TURNO				
MATUTINO	6 (50%)	18 (69.2%)	2 (100%)	0.11
VESPERTINO	6 (50%)	4 (15.4%)	0 (0%)	
NOCTURNO	0 (0%)	4 (15.4%)	0 (0%)	

La actitud emocional que predomina es la negativa en el turno matutino con una antigüedad promedio de 10.15 años

Se estudio nuestra variable dependiente que es el impacto emocional ante la muerte se hizo una división con las variables, encontrando que el 65% de los médicos anesestesiólogos tienen una actitud negativa ante la muerte, siendo en su mayoría mujeres (76.9%), el horario laboral que predomina en actitud negativa es el turno matutino (69.2%).

La actitud positiva fue predominante en las mujeres (66.7%) pero con menor cantidad de años laborales (6.5), cuyo horario laboral quedo similar siendo 50% para turno matutino y 50% para turno vespertino.

En cuanto actitud negativa fue predominante en el grupo con mayor de edad con un promedio de 40 años, estando presente solo en el grupo femenino (100%), cuyo horario laboral es el matutino (100%)

## DISCUSIÓN

Los médicos anestesiólogos corren el riesgo de desarrollar consecuencias para la salud física y mental debido a su función en la atención de pacientes con COVID-19. La implementación de estrategias puede ayudar a reducir la carga de las consecuencias para la salud, siendo uno de ellos el apoyo a su estado emocional, hacer énfasis en el impacto emocional que causó la pandemia Covid-19 fue la razón para realizar este estudio.

Se aplicó el cuestionario CAM (cuestionario de actitudes ante la muerte) a todos los médicos de base de Anestesiología en el Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza”, obteniendo como resultado un impacto emocional negativo predominante, en segundo lugar, un impacto emocional positivo y en tercer lugar un impacto emocional indiferente.

Salazar Puelles et. Al. en el año 2014 realizó el estudio titulado “Actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad en Oncología-2014”, cuyo resultado fue la indiferencia; porque al atender a un paciente terminal evitan pensar que pueden morir durante el turno y que la muerte del paciente terminal es un hecho natural que forma parte de la vida; es de aceptación ya que les agrada dar palabras de tranquilidad durante sus últimos momentos de vida; y es de rechazo debido a que están en total desacuerdo que la familia no permanezca junto al paciente terminal”, a diferencia de nuestro estudio el cual estuvo con actitud negativa de manera predominante esto en relación al riesgo de infectarse con el virus y a que el médico Anestesiólogo no se encuentra en un contacto directo con la muerte.

En este estudio la mayoría son del turno matutino a que es el turno laboral que tenía mayor cantidad de paciente y procedimientos, esto tendría relación con la prevalencia de la actitud negativa en este turno, ya que la mayoría de casos de muerte se daban en este turno.

Entre nuestros resultados observamos que los médicos de mayor tiempo de antigüedad tienen actitudes negativas hacia la muerte, sin embargo, entre las limitaciones que encontramos en este estudio es el hecho de que los años de antigüedad son pocos en la mayoría de la población, razón por la que encontramos un perfil profesional poco variado.

Aunque sabemos que la experiencia de cercanía con la muerte puede generar una situación de demanda emocional que, que tendría relación con estilos de apego y las creencias religiosas, y esto es importantes para el manejo psicoemocional adecuado de los enfermos ya que, en alguna medida, puede condicionar incluso la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad y la muerte.

De acuerdo a Sandhya Jithooa et. Al, recomiendan estas actividades para enfrentar la muerte de un paciente

- Tiempo libre después de una muerte : este tiempo libre sería beneficioso y debería ser individualizado.
- Apoyo entre colegas obtener un apoyo significativo de la discusión informal con colegas sobre incidentes adversos. El valor de esta interacción no debe subestimarse.
- Desensibilización la desensibilización representaba un mecanismo de afrontamiento saludable que les permitía ser más resilientes
- Rol profesional Al hablar sobre su rol profesional permite recuperarse después de una muerte perioperatoria de este tipo y mantener la compostura.

## **CONCLUSIONES**

- La muerte es una palabra que no se menciona todos los días, a pesar de nuestro constante contacto con ella, sigue siendo un tabu.
- El enfrentarnos a una pandemia, sin la debida preparación y la magnitud de resultados negativos, impacto de manera negativa a los médicos anestesiólogos.
- No existen estudios en nuestro hospital, acerca de las actitudes ante la muerte entre los Médicos.
- Existe una actitud negativa ante la muerte de los médicos encuestados, sobre todo en sexo femenino y turno laboral matutino
- La población con más años de antigüedad tuvo una actitud negativa ante la muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud OMS. España, (actualizado en el 2020; citado el 24 marzo del 2020). Disponible en <https://www.who.int/es>.
- 2.- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323 (13): 1239–1242.
- 3.- Gobierno de México. Semáforo Epidemiológico. Copyright; (actualizado en el 2020; citado el 20 de agosto del 2020). Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/fHDMMap/mun.php>.
- 4.- Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497–506.
- 5.- Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020; 382: 1708-172
- 6.- Gobierno de México. Información General. México. (actualizado 27-09-2020; citado el 20 de agosto del 2020). Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>
7. Philippe Gautret, Jean-Christophe Lagier, Philippe Parola, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial, *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2020; 56 (1): 1-6.
- 8.- Arturo Galicia Rilo, Leticia Garcia Perez, Jesus Duarte Mole; La muerte como experiencia de vida y la labor humanista de anunciar la muerte en medicina; *Med Int Mex*; 2012;28 (6);598-602
- 9.-Secretaría de Salud del Gobierno de México. Lineamiento de Reversión Sanitaria. México; 5 de abril del 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>

- 10.- Organización Mundial de la Salud . (2020). Uso racional de equipo de protección personal para la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y consideraciones durante escasez severa: orientación provisional, 6 de abril de 2020. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695>
11. Gobierno de México. Lineamiento de manejo General y Masivo de cadáveres por Covid 19 (SARS-CoV-2) en México; (actualizado en el 2020; citado el 20 de agosto del 2020). Disponible en [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia\\_Manejo\\_Cadaveres\\_COVID-19\\_21042020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19_21042020.pdf).
- 12.- Blanca E. Vargas-Terrez, Vanessa Moheno-Klee b, José F. Cortés-Sotres c y Gerhard Heinze-Martin. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med.* 2015;4(16):229-235
- 13.- Jorge L Alvarado-Socarras, Edgar F Manrique-Hernández, Suicide of physicians. An ignored reality. *Salud vol.* 51(3), julio-septiembre de 2019; 194-196.
- 14.- Trejo-Callejas LD. El anesestesiólogo ante la muerte. *Rev Mex Anest.* 2019;42(Suppl: 1):178-179.
- 15.- Neto MLR, Almeida HG, Esmeraldo JD, Nobre CB, Pinheiro WR, de Oliveira CRT, Sousa IDC, Lima OMML, Lima NNR, Moreira MM, Lima CKT, Júnior JG, da Silva CGL. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020 Jun;288:112972.
- 16.- Sandhya Jithooa, and TE Sommervillea. Death on the table: anaesthetic registrars' experiences of perioperative death; 2017; 23(1):1–5
- 17.- J.A. Flórez Lozano, La muerte y el médico: impacto emocional y burnout *Med Integral* 2002;40(4):167-82

- 18.- N. Serou L. Sahota, A. K. Husband, S. P. Forrest<sup>1</sup>, K. Moorthy, C. Vincent, R. D. Slight<sup>2</sup> and S. P. Slight, Systematic review of psychological, emotional and behavioural impacts of surgical incidents on operating theatre staff *BJs Open* 2017; 1: 106–113
- 19.- McALONAN, G., Lee A., Cheung, V., Wong, J., & Chua, S. *Psychological Medicine*, 2005, 35(3), 459-461
- 20.- Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, Trousselard M, Lesage FX, Navel V. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Dec 12;14.
- 21.- Emily A Holmes, Rory C O'Connor, V Hugh Perry, Irene Tracey, Simon Wessely, Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science, *Bullmore*, VOLUME 7, ISSUE 6, P547-560, 2020.
- 22.- Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, Tan BH, Wong KS, Chew WM, Tang HK, Ng W, Muttakin Z, Emmanuel S, Fong NP, Koh G, Kwa CT, Tan KB, Fones C. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care*. 2005 Jul;43(7):676-82
- 23.- Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med*. 2004 Oct;34(7):1197-204
- 24.- Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res*. 2016 Mar;14(1):7-14.
- 25.- Pekevski, Jordan. First responders and psychological first aid. *Journal of emergency management (Weston, Mass.)*. 11. 39-48, 2003.

- 26.- Timothy W. Martin, MD, MBA, and Raymond C. Roy, MD, PhD. Cause for Pause After a Perioperative Catastrophe: One, Two, or Three Victims?. 2012.114 (3). 485-487
- 27.- Rivera-Ledezma A, Montero- López M. Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Drivers: Perspect Psicol* 2011; 6:135-140
- 28.- Colell R. Análisis de las Actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
- 29.- Martin CD, Salovey P. Death Attitudes and Self-reported Health- relevant Behaviors. *Journal of Health Psychology*. 1996;1(4):441-453.
- 30.- Jorge Grau Abalo, María del Carmen Llantá Abreu, Coralía Massip Pérez, Margarita Chacón Roger, María Cristina Reyes Méndez, Olga Infante Pedreira, Teresa Romero Pérez, Irene Barroso Fernández, Deborah Morales Arisso. Ansiedad y actitudes ante la muerte, *Pensamiento Psicologico*;4;10;2008; 27-58.
- 31.- Ascencio H.L., Allende P. S., Versategui A.E., Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos; 11 (1);2014; 101-115
- 32.- Hernández Cabrera Gisela, González García Verónica Marlene, Fernández Machín Luis, Infante Pereira Olga. Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 22-32.
- 33.- Tomás-Sábado J. Construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2001
- 34.- Sánchez S.L, López C.E., Siller G., Actitud del personal médico de un servicio de pediatría ante la muerte de los pacientes; 2018; 154; 152-160.

35.-C.P.West,L.N.Dyrbye,T.D.Shanafelt. Physician burnout: contributors, consequences and Solutions. Journal of Internal Medicine, 2018, 283; 516–529

36.- Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. Int J Emerg Med. 2020 Jul 20;13(1):40.

37.- Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. Brain Behav Immun Health. 2020 Oct;8:100144.

**ANEXOS**

**ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

Folio \_\_\_\_\_

Atención a Pacientes Covid- 19 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Años de antigüedad \_\_\_\_\_

Turno \_\_\_\_\_

**Impacto Emocional ante la muerte de pacientes:**

Positivo \_\_\_\_\_ Indiferente \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

Nombre del estudio:	<b>IMPACTO EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS ANTE LA MUERTE DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA CMN LA RAZA</b>
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La actual Pandemia por Covid 19 que se está enfrentando a nivel mundial ha modificado diversos factores laborales como son la exposición continua a situaciones con una alta carga de estrés laboral, así como el enfrentamiento constante a casos que finalizan en el fallecimiento del paciente; es bien conocido que la especialidad de anestesiología es una de las que cursan con una mayor carga de estrés derivando en diferentes problemáticas como son la depresión y ansiedad, el médico anestesiólogo al ser partícipes del manejo y cuidado del paciente con Covid 19 son los médicos que pueden llegar a tener un mayor deterioro emocional al enfrentarse al fallecimiento de un paciente, por lo que el objetivo de este estudio es describir cual es el impacto emocional de los médicos anestesiólogos ante la muerte durante la pandemia Covid 19.
Procedimientos:	Se le aplicará una encuesta que consta de 33 preguntas, las cuales se le pedirá que conteste como acuerdo o desacuerdo según su vivencia durante el manejo y cuidado de los pacientes con Covid 19. Todas las respuestas obtenidas se incluirán en el estudio, sin embargo, este no incluirá sus datos confidenciales.
Posibles riesgos y molestias:	Se espera que nuestro cuestionario no cause ninguna molestia en usted, sin embargo, si en el momento de la encuesta usted no se encuentran en las condiciones óptimas para contestar no se realizará la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio buscamos describir el tipo de impacto emocional que se presenta en los anestesiólogos al enfrentarse continuamente a la muerte durante la pandemia, con el objetivo de redirigirlos con las especialidades correspondientes para el tratamiento de estas alteraciones emocionales.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Nos comprometemos a proporcionar información actualizada que se obtenga durante el estudio, si usted así lo solicita, aunque esta pudiera cambiar su parecer respecto a la permanencia en el mismo.
Participación o retiro:	Su participación en el presente estudio es voluntaria, usted es libre de decidir si participa o no en este estudio, sin que ello afecte la atención que reciba del Instituto. Además, tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin repercusiones en la atención médica que está recibiendo.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos serán almacenados y protegidos, de tal manera que solo puedan ser identificados y utilizados por los investigadores.

Beneficios al término del estudio:

La satisfacción de haber contribuido a la generación de nuevos conocimientos, que en un futuro puedan ser aplicados y beneficiar a otros anestesiólogos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. ISIS IXTACCIHUATL GOMEZ LEANDRO  
DGP 8070826  
Matrícula: 99168747  
Médico especialista en Anestesiología, adscrita al servicio de Anestesia de la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN "La Raza" del IMSS Tel. 55-24-59-00 Extensión 23487 e-mail: [isis\\_gomez44@hotmail.com](mailto:isis_gomez44@hotmail.com)

Colaboradores:

DRA GRISELDA LEON ISLAS  
DGP05785846 Cédula Especialidad 7730740  
Matrícula: 99368698  
Médico especialista en Anestesiología, alta especialidad en Algología y cuidados paliativos, certificada por el consejo mexicano de anestesiología: adscrita al servicio de Anestesia de la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN "La Raza" del IMSS  
Tel. 55-24-59-00 Extensión 23487 e-mail: [Dra.Islasl@gmail.com](mailto:Dra.Islasl@gmail.com)

DRA MARSHA TALIA MORENO LUNA  
Cédula Profesional: 10625149 Cédula Especialidad 8255201  
Matrícula: 98314859  
Médico especialista en Anestesiología, adscrita al servicio de Anestesia de la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN "La Raza" del IMSS  
Tel. 55-24-59-00 Extensión 23487 e-mail: [shousky29mail.com](mailto:shousky29mail.com)

DRA. ELARA MYRHAM GONZÁLEZ SOTO  
Cédula Profesional: 10570774  
Matrícula 97364815  
Médico Residente De Anestesiología.  
UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN "La Raza" del IMSS.  
Teléfono: 55-36-79-97-68. e-mail: [elara\\_mgs@hotmail.com](mailto:elara_mgs@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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

### ANEXO 3: CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM)

Cuestionario propuesto por Martin y Salovey (1996). Traducido y adaptado como "Cuestionario de Actitudes ante la muerte" (CAM-1) por Hernández (2002).

**Instrucciones:**

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

Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de desacuerdo (A) o acuerdo (B) que tiene Ud. con cada una de las proposiciones. El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala.

Debe considerar la exposición de la muerte (durante la pandemia COVID-19).

No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica.

Muchas gracias.

	PREGUNTAS DE OPINIÓN PERSONAL	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1.-	Pensar en la muerte es perder tiempo		
2.-	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.		
3.-	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.		
4.-	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.		
5.-	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.		
6.-	Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.		
7.-	Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.		
8.-	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.		
9.-	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.		
10.-	Pienso que viviré después de mi muerte.		
11.-	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.		
12.-	No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.		
13.-	Yo temo morir joven.		
14.-	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.		
15.-	Prefiero morir a vivir sin calidad.		
16.-	He pensado en mi muerte como un hecho imposible.		
17.-	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.		
18.-	Veo la muerte como un paso a la eternidad.		

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

Valoración: En las preguntas: 2,4,5,7,10,14,15,16,18,21,23,25,27,29 y 31 se otorgará 1 punto por cada respuesta “de acuerdo” cero puntos por cada respuesta “en desacuerdo”. En el resto de las preguntas se otorgara un punto por cada respuesta en “desacuerdo” y cero puntos por cada respuesta en “de acuerdo”.

Se sumaran los puntajes y se determinará el tipo de actitud de las encuestadas de acuerdo al puntaje obtenido:

PUNTAJE	TIPO DE ACTITUD
18-33 puntos	Actitud positiva frente a la muerte del paciente.
17 puntos	Actitud indiferente frente a la muerte del paciente.
0-16 puntos	Actitud negativa frente a la muerte del paciente.

**Nota: Se omitirá el puntaje en el cuestionario entregado al médico anesthesiologo.**