



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**ACTITUDES DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y DE SUBESPECIALIDADES  
PEDIÁTRICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA ANTE LA MUERTE**

Tesis para optar por la especialidad en:  
**Psiquiatría infantil y de la adolescencia**

PRESENTA:  
**DRA. SARAH VIRGINIA PALMA MUÑOZ**

**Tutor metodológico**  
Dra. Diana Molina Valdespino  
**Tutor teórico**  
Dra. Diana Molina Valdespino

**Profesor titular del curso de**  
**Psiquiatría infantil y del adolescente**

Dr. Óscar Sánchez Guerrero

Cd. Mx. 21 de Febrero del año 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.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES</b> .....	<b>6</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>7</b>
LOS MÉDICOS ANTE LA MUERTE .....	9
ACTITUDES DE LOS MÉDICOS ANTE LA MUERTE.....	10
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>13</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
OBJETIVO GENERAL .....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>15</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>15</b>
TIPO DE ESTUDIO.....	15
POBLACIÓN OBJETIVO .....	15
POBLACIÓN ELEGIBLE.....	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	16
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	16
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	16
<b>DESCRIPCION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES A ESTUDIAR</b> .....	<b>16</b>
VARIABLE INDEPENDIENTE .....	16
VARIABLE DEPENDIENTE .....	16
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	17
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN .....	19
<b>ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD</b> .....	<b>20</b>
CONSIDERACIONES ÉTICA .....	20
CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD.....	21
<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	<b>21</b>
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
FLUJOGRAMA DEL ESTUDIO .....	23
<b>FINANCIAMIENTO</b> .....	<b>23</b>
<b>FACTIBILIDAD</b> .....	<b>23</b>

**RESULTADOS ..... 24**

    CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ..... 24

    ACTITUDES ANTE LA MUERTE ..... 24

    FRECUENCIA DE DOMINIOS EN ACTITUDES ANTE LA MUERTE..... 26

    DIFERENCIAS EN ACTITUDES ANTE LA MUERTE SEGÚN GÉNERO..... 27

    DIFERENCIAS EN ACTITUDES ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES SEGÚN EXPERIENCIAS  
    PERSONALES..... 28

**DISCUSIÓN..... 29**

**CONCLUSIONES..... 30**

**REFERENCIAS ..... 32**

**ANEXO 1 ..... 34**

**ANEXO 2 ..... 36**



Instituto  
Nacional  
de Pediatría



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_

Documento de consentimiento informado para padres o tutores de menores participantes en el estudio.

**Investigador Principal:** Dra. Sarah Virginia Palma Muñoz

Título del proyecto de Investigación: ***Actitudes de los residentes de pediatría y de subespecialidades pediátricas del instituto nacional de pediatría ante la muerte***

La finalidad de este documento es solicitar su autorización para que participe en un estudio sobre actitudes ante la muerte de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas que se encuentran en formación en el Instituto Nacional de Pediatría.

Este estudio será realizado por las, Diana Molina Valdespino y Sarah Virginia Palma, médicas psiquiatras del servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría. Lea usted el documento con calma, cualquier duda que tenga, siéntase con la libertad de preguntarla a cualquiera de los investigadores del estudio o a la persona con que usted tenga confianza.

....36

## RESUMEN

Actitudes de los residentes de pediatría y de subespecialidades pediátricas del instituto nacional de pediatría ante la muerte

Dra. Sarah Virginia Palma Muñoz

Antecedentes. La muerte, como cese biológico, se confirma clínicamente mediante la ausencia de pulsos, falta de movimientos respiratorios e inconsciencia. Definida como la pérdida irreversible de la conciencia y atributos humanos, en la cultura occidental, la muerte evolucionó de rituales colectivos a una experiencia medicalizada con avances tecnológicos, perdiendo su carácter social. La "muerte invertida" contemporánea, que evade la realidad, afecta la calidad del cuidado. Abordarla requiere una visión bioética que incorpore aspectos psicosociales y familiares para humanizar la atención.

Objetivo general. Describir las actitudes de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas del Instituto Nacional de Pediatría ante la muerte.

Material y métodos. Este estudio prospectivo y transversal en médicos residentes del INP entre marzo de 2021 y febrero de 2022 exploró actitudes hacia la muerte mediante el Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PAM-R). La recopilación de datos se realizó de manera voluntaria, con criterios específicos de inclusión y exclusión. Los cuestionarios autoaplicables fueron analizados con pruebas T de Student y U de Mann-Whitney en SPSS-21, garantizando un análisis estadístico riguroso en este grupo de profesionales de la salud.

Resultados. En el análisis de 159 médicos residentes del INP, se destaca una representación femenina del 67%, con edad media de  $29.5 \pm 2.6$  años. Mayoría mexicanos (81.8%) y solteros (86%), con creencias mayormente católicas (71.1%). El 69% pertenecía a subespecialidades pediátricas, predominando en pediatría médica (75%). En actitudes ante la muerte, el puntaje total fue  $76.3 \pm 4.6$ , sugiriendo neutralidad. Diferencias de género señalan que las mujeres tienden a tener perspectivas más neutras. Experiencias personales de pérdida se vincularon con mayor inclinación hacia la aceptación de la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor, mientras que aquellos sin pérdidas experimentaron mayor miedo y aceptación de escape.

Conclusiones. Diferencias de género y experiencias personales influyen en las actitudes, destacando la importancia de enfoques diferenciados para fortalecer el bienestar emocional de los médicos residentes. Estos hallazgos ofrecen una comprensión detallada de las complejidades psicológicas en el ámbito médico, abriendo oportunidades para estrategias personalizadas y futuras investigaciones.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Datos del alumna (autora) Nombre Teléfono Universidad Facultad Carrera No de cuenta	<b>SARAH VIRGINIA PALMA MUÑOZ</b>  UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA 520711761
Datos de los asesores Asesor Teórico  Asesor Metodológico	<b>DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO</b> PSIQUIATRA ADSCRITA AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA <b>DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO</b> PSIQUIATRA ADSCRITA AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Datos de la tesis Título de la tesis  Número de páginas Año	ACTITUDES DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y DE SUBESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA ANTE LA MUERTE  40 2022

## ANTECEDENTES

La muerte, como término de la vida biológica, se caracteriza por la desintegración irreversible del organismo. Desde la práctica médica, su confirmación implica la comprobación clínica de un conjunto de signos negativos de vida. Entre estos se encuentran: a) la ausencia de pulsos periféricos y de latido cardíaco; b) la falta de movimientos respiratorios; c) la inconsciencia y la ausencia de movimientos voluntarios y reflejos; d) la inexistencia de respuesta a estímulos dolorosos; e) la presencia de midriasis paralítica; y f) la manifestación de cianosis. (1)

No obstante, en el caso de los seres humanos, la muerte trasciende más allá de la mera manifestación de signos clínicos. Conforme a la perspectiva de Calixto Machado Curbelo (2), se define como “la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia y de los atributos esenciales del ser humano”. Este acontecimiento marca el inevitable fin de la existencia y, para aquellos que son testigos, constituye una de las fuentes de impacto emocional más significativas. La aprehensión de la muerte es inherentemente individual y, en este sentido, está intrínsecamente ligada a los elementos biográficos y valores de cada individuo. Sin embargo, su experimentación se ve matizada también por factores como la ideología, la cultura, el entorno social y el contexto histórico en el cual un sujeto se inserta.

A lo largo de siglos en la cultura occidental, la muerte ha estado intrínsecamente vinculada a creencias divinas y se ha concebido como un proceso social profundamente arraigado. Durante este extenso periodo histórico, la transición hacia la muerte no era un evento aislado, sino más bien una experiencia colectiva. En este contexto, el moribundo recibía el acompañamiento cercano de sus seres queridos, quienes desempeñaban un papel crucial en este trance.

La conexión entre la espiritualidad y la muerte se evidenciaba a través de rituales meticulosamente elaborados, destinados a facilitar la transición del alma del moribundo. (3) Estas prácticas no solo reflejaban la importancia asignada a la dimensión espiritual, sino que también subrayaban la idea de que la muerte trascendía el ámbito individual para convertirse en un fenómeno colectivo y compartido. Esta perspectiva revela cómo la muerte, a lo largo de la historia occidental, no solo era vista como el fin de la existencia individual, sino también como un evento profundamente enraizado en la interconexión social y espiritual.

Con los avances tecnológicos y la expansión de las instituciones hospitalarias en la segunda mitad del siglo XX, se observa una transformación en la concepción de la muerte. En lugar de ser reconocida como un proceso natural, la muerte comienza a ser percibida como un fracaso tanto por la sociedad como por el sistema sanitario. (4) Este



cambio se manifiesta en el traslado de la muerte desde el ámbito doméstico hacia el entorno hospitalario, donde el proceso de morir se profesionaliza, buscando prolongar la vida mediante intervenciones científicas.

Este desplazamiento conlleva una notable metamorfosis en la naturaleza de la muerte: de ser un proceso acompañado socialmente, se transforma en una desritualización silenciosa que tiende a volverse invisible. (5) Este fenómeno refleja una evolución significativa en la forma en que la sociedad contemporánea aborda y comprende el final de la vida, marcando una transición de la muerte como parte integrante de la experiencia humana a una realidad medicalizada y a menudo despojada de sus aspectos ceremoniales y sociales.

Desde finales del siglo XX hasta la contemporaneidad, se ha acuñado el término "muerte invertida" para describir una tendencia que busca ocultar y alterar la percepción de la muerte. Esta evasión de la realidad de la muerte conlleva un proceso marcado por una censura social rigurosa, llegando incluso al extremo de engañar al individuo que se encuentra en la fase terminal de su vida. En este contexto, el paciente en estado terminal experimenta un aislamiento que lo confina a la soledad, generando consecuencias que van más allá de lo meramente físico, implicando la deshumanización y una atención insuficiente. (6) Este fenómeno refleja una dinámica sociocultural compleja en la que la negación de la muerte y sus implicaciones conduce a prácticas que, en última instancia, impactan de manera adversa en la calidad del cuidado y la experiencia del paciente al final de la vida.

El proceso de morir, lejos de ser un estado estático, se revela como una realidad intrincada que demanda una perspectiva bioética más allá de los meros conceptos de apoptosis, muerte celular, muerte clínica y muerte encefálica. Abordar el morir implica una visión holística y compasiva, incorporando dimensiones que abarcan no solo aspectos bioéticos, sino también aquellos de naturaleza psicosocial, familiar y económica. Fundamentalmente, se requiere una humanización de los servicios médicos que propicie una muerte digna, fomentando la participación activa de la familia. (7) Este enfoque busca contrarrestar la despersonalización, la masificación y el evasivo silencio presentes en la atención hospitalaria, donde, más allá de la eficacia técnica dirigida hacia un organismo en declive, se visualiza al paciente en el umbral de la muerte como un ser vulnerable, con necesidades afectivas y espirituales.

Esta visión integral aspira a preservar, hasta el último momento, los derechos, autonomía, creencias y necesidades físicas del paciente, así como su calidad de vida siempre que sea posible. (6) Al apartarse de la mera tecnocracia, productividad y estadísticas de éxito académico, se busca reorientar la atención médica hacia un paradigma más humano y compasivo, reconociendo la complejidad inherente al proceso

de morir y priorizando el respeto integral hacia el individuo en esta etapa crítica de la existencia.

### **Los médicos ante la muerte**

En el ámbito de la medicina, se persigue el logro de un nivel académico que habilite la resolución práctica de los desafíos inherentes al abordaje de pacientes afectados por diversas enfermedades. La satisfacción laboral del profesional de la salud se halla intrínsecamente ligada a la construcción de una identidad y a la percepción del éxito derivada de las habilidades adquiridas.

El entrenamiento médico se orienta primordialmente hacia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, lo que implica una predisposición a considerar como un desafío fallido aquellos casos en los cuales la patología del paciente no puede ser resuelta y este se enfrenta a un proceso terminal. En este contexto, la percepción de fracaso ante la incapacidad de curar al individuo en fase terminal es susceptible de generar repercusiones significativas en la concepción profesional y en la valoración del sentido de eficacia del médico.

La capacitación del médico en relación con la temática de la muerte suele ser insuficiente, y se observa una tendencia a evitar este tema. Al encontrarse con la realidad de la muerte en el entorno hospitalario, la habilidad individual para aproximarse al paciente en estado terminal no solo se ve influenciada por experiencias personales y rasgos de personalidad, sino también por el miedo intrínseco al confrontar la ineludible certeza de la propia mortalidad.

Abordar la muerte meramente desde una perspectiva técnica basada en parámetros biológicos se revela como una forma de negación frente a la angustia que suscita el inexorable fin de la propia vida. La reflexión sobre la muerte, en su complejidad, requiere un enfoque que vaya más allá de lo técnico y que considere aspectos emocionales y existenciales, contribuyendo así a una formación más integral del médico en este aspecto crucial de la práctica médica.

Al rechazar el proceso de muerte experimentado por sus pacientes, el médico corre el riesgo de perder de vista la empatía que merecen aquellos que se encuentran próximos a su fallecimiento. Esta negación puede traducirse en evitar discutir sus deseos, descuidar el acompañamiento diario a estos pacientes, o incluso interpretar patológicamente el retiro emocional de aquellos que están perdiendo su conexión con la vida.

Un profesional ejemplar en la medicina no solo debe poseer un repertorio sólido de habilidades científicas, sino también demostrar una capacidad emocional para percibir

las necesidades particulares de los pacientes que se aproximan a la muerte, así como la sabiduría necesaria para discernir hasta qué punto prolongar la vida. En este contexto, la competencia médica no solo radica en la destreza técnica, sino también en la sensibilidad y discernimiento ético necesarios para abordar con compasión y perspicacia las complejidades que surgen al enfrentar la finitud de la vida.

La percepción de la muerte por parte de los médicos no solo impacta la calidad de su comunicación con el paciente y su familia, así como la toma de decisiones bioéticas en el contexto de pacientes terminales, sino que también influye en su habilidad para enfrentar situaciones con individuos en fase terminal y determina el nivel de compromiso emocional que establecen con estos pacientes. (4)

Este enfoque integral destaca la interrelación entre la actitud del médico hacia la muerte y diversos aspectos cruciales de la atención médica en situaciones de terminalidad, resaltando la necesidad de una reflexión profunda sobre cómo las percepciones individuales de los profesionales de la salud influyen en el abordaje holístico de la atención al final de la vida.

### **Actitudes de los médicos ante la muerte**

Las actitudes se caracterizan como respuestas estables frente a un objeto o situación, generando repercusiones en los niveles cognitivos, afectivos y conductuales. Estas actitudes, formadas y perfeccionadas a lo largo de la vida, representan predisposiciones que ejercen influencia sobre las respuestas conductuales de los individuos ante diversas situaciones que se les presentan. (8) En este sentido, el estudio de las actitudes no solo implica la comprensión de las respuestas emocionales y cognitivas ante estímulos específicos, sino también el reconocimiento de su arraigo en las experiencias y procesos de socialización a lo largo del desarrollo individual.

Según la definición de Eiser (8), las actitudes se conceptualizan como predisposiciones consistentes y aprendidas de respuesta hacia un objeto social específico. Estas actitudes se manifiestan como disposiciones mentales y neurológicas que emergen a partir de la experiencia, representando tendencias aprendidas generalizadas con una carga emocional que orienta la respuesta del individuo, ya sea de forma positiva o negativa, frente a una situación dada. En esencia, las actitudes encapsulan las orientaciones cognitivas y afectivas arraigadas en la experiencia vivida, delineando la manera en que los individuos interpretan y reaccionan ante el entorno social que los rodea.

Dado que las actitudes están intrínsecamente vinculadas a las emociones, su formación tiene lugar desde los primeros años de vida, siendo adquiridas a través del aprendizaje contextual proporcionado por la cultura o sociedad en la que se desenvuelve un individuo (9). Este proceso de adquisición temprana refleja la influencia significativa del entorno

social y cultural en la configuración de las actitudes, destacando la importancia de las experiencias y la interacción con el contexto circundante en el desarrollo y moldeamiento de estas disposiciones emocionales y cognitivas.

Las actitudes hacia la muerte constituyen las manifestaciones cognitivas y emocionales que orientan la manera en que se afronta el inevitable final de la vida, ya sea el propio o el de los demás, abarcando un espectro que va desde la aceptación hasta diferentes niveles de estrés. Estas actitudes reflejan la diversidad de respuestas psicológicas y emocionales que los individuos experimentan frente a la contemplación de la mortalidad, abordando una gama de reacciones que van desde la serenidad hasta los diversos matices de ansiedad y tensión.

Las actitudes que adoptan los médicos frente a la muerte no solo pueden incidir en su bienestar psicológico sino también en la calidad del cuidado brindado a los pacientes en fase terminal. (10) Entre las diversas actitudes que pueden manifestar los profesionales de la salud ante la muerte, destacan las siguientes:

b) La negación, una actitud que se traduce en la reticencia a abordar la temática de la muerte y el sufrimiento asociado a este proceso. Esto se manifiesta a través de conductas dirigidas a ocultar la realidad al paciente en estado terminal, justificadas bajo la premisa de "evitar la angustia del paciente".

c) La evitación, que implica mantener una distancia emocional con el enfermo próximo a fallecer. Esta actitud se refleja en la reluctancia a establecer un vínculo cercano con los pacientes en fase terminal, generando la percepción de abandono tanto en el paciente como en su familia. (11)

d) El distanciamiento y la focalización excesiva en la atención clínica y tecnologizada resultan en el encarnizamiento terapéutico. Esta forma de actuación implica una negación del inevitable desenlace del paciente, prolongando innecesariamente el proceso de morir. Además, esto conlleva a retener al paciente en la institución hospitalaria, distanciándolo de su entorno familiar y sometiéndolo a procedimientos en ocasiones superfluos. (12)

Las actitudes de negación, evitación o distanciamiento se asocian con un temor intrínseco hacia la muerte y se perciben como actitudes negativas. En contraste, la aceptación neutral y el acercamiento compasivo hacia el paciente en fase terminal se consideran actitudes positivas frente al proceso de muerte. Este contraste refleja la importancia de cultivar actitudes que faciliten una comprensión más integral y empática de la experiencia terminal, promoviendo así una atención más humanizada y respetuosa hacia aquellos que enfrentan el final de la vida.

Las actitudes del médico frente a la muerte no solo se derivan de su historia personal, sino que también son moldeadas durante su formación profesional. En este proceso formativo, se observa una disminución progresiva del espacio dedicado al humanismo en el diseño curricular. La psicología médica y la enseñanza de cuidados paliativos, materias cruciales para comprender y abordar adecuadamente la dimensión humana de la atención médica, reciben una atención limitada dentro de las habilidades médicas, lo cual incide en la configuración de actitudes menos centradas en el humanismo y la compasión. (13) Este desequilibrio en la formación contribuye a la pérdida de perspectiva integral en la relación médico-paciente, resaltando la necesidad de reevaluar la importancia de aspectos humanísticos en la educación médica para fomentar actitudes más comprensivas y centradas en el bienestar del paciente.

Varios autores (8) han destacado la importancia de integrar en la formación médica especializada, particularmente durante la etapa de residencia, espacios destinados al aprendizaje y la reflexión emocional sobre las ansiedades asociadas a la muerte de los pacientes. Esta dimensión formativa capacitaría a los profesionales de la salud para brindar apoyo y acompañamiento tanto al paciente como a su familia, ayudándolos a enfrentar de manera más efectiva el inevitable desenlace de la vida.

Esta iniciativa tiene mucha relevancia, ya que la práctica médica implica la incorporación de la muerte como un componente cotidiano en el entorno hospitalario. La introducción de estos elementos en la formación especializada contribuiría a desarrollar habilidades emocionales y empáticas fundamentales para una atención médica más integral y sensible a las necesidades de quienes se encuentran en la fase final de la vida.

Presenciar la muerte de los pacientes plantea un desafío emocional y ético que puede generar angustia en el personal médico. La toma de conciencia y la comprensión por parte del médico de sus actitudes frente a la muerte pueden desempeñar un papel crucial en la mitigación del agotamiento y la fatiga por compasión. Fomentar una actitud positiva hacia la muerte de los pacientes se traduce en una atención más humanista y compasiva hacia aquellos en estado terminal. Este enfoque contribuye no solo a mejorar la calidad del cuidado proporcionado, sino también a fortalecer la resiliencia emocional del personal médico al abordar de manera constructiva los desafíos inherentes a la pérdida y el sufrimiento en el ámbito clínico.

En un estudio realizado en un centro médico regional mexicano por Sánchez-Sánchez et al. en 2018, se examinaron las actitudes de los médicos del servicio de pediatría frente a la muerte de los pacientes. Los resultados revelaron que menos del 20 % de los médicos pediatras manifestaban una actitud positiva ante este aspecto crucial de la práctica médica. (14,15) Estas cifras subrayan la relevancia de comprender y abordar las actitudes del personal médico hacia la muerte, resaltando la necesidad de intervenciones

formativas y de apoyo para promover un enfoque más equilibrado y compasivo en el manejo de situaciones relacionadas con el final de la vida en el ámbito pediátrico.

En una investigación llevada a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología, se evidenció una limitada aceptación de la muerte como un proceso natural, y la mayoría de los participantes consideraba la pérdida de sus pacientes como un fracaso profesional. (15) La evaluación de las actitudes hacia la muerte en contextos médicos puede llevarse a cabo mediante diversas escalas estandarizadas.

Entre los instrumentos validados para este propósito se destaca el PAM-R, empleado en estudios con profesionales de la salud para comprender sus actitudes ante el proceso de fallecimiento. (16) Estos hallazgos resaltan la necesidad de explorar y abordar las percepciones y actitudes del personal médico hacia la muerte, con el objetivo de mejorar la atención y el apoyo brindado a pacientes en situaciones terminales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la cultura occidental contemporánea, se observa una tendencia marcada a eludir la realidad de la muerte. A pesar de que el fallecimiento de pacientes en entornos hospitalarios es un suceso rutinario para el personal médico, es común que muchos profesionales lo nieguen o lo interpreten como un fracaso, en lugar de reconocerlo como un componente inherente al ciclo de la vida.

Las actitudes adversas que los médicos adoptan frente a la muerte pueden desencadenar respuestas de despersonalización, distanciamiento emocional o incluso prácticas de ensañamiento terapéutico hacia los pacientes en fase terminal. Este comportamiento deshumaniza y menoscaba la dignidad de quienes están a punto de fallecer, impidiendo que los médicos tratantes se involucren en el acompañamiento durante el duelo de los pacientes y sus familias.

En cambio, se delega la responsabilidad de proporcionar el máximo bienestar al paciente a profesionales como psicólogos, tanatólogos o servicios de cuidados paliativos. Aunque estos especialistas son fundamentales en el enfoque interdisciplinario, no deben suplantar el compromiso inherente a la relación médico-paciente que caracteriza al médico tratante.

En instituciones médicas, es cada vez más común observar que los médicos residentes y adscritos en áreas con pacientes en fase terminal solicitan interconsultas a los servicios de cuidados paliativos o salud mental para abordar los procesos de duelo de pacientes y sus familias. Esta tendencia ha llevado a una reducción de la práctica médica a simples pasos de visita, prescripción de indicaciones y entrega de informes sobre la condición del paciente. Este enfoque, altamente tecnocrático y burocratizado, limita cada vez más

el espacio dedicado a una atención clínica humanista para los pacientes en proceso de muerte en diversas especialidades médicas hospitalarias. Además, la interconsulta trata los procesos de duelo como si fueran patologías mentales, segregándolos del cuidado clínico diario.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué tipo de actitudes ante la muerte presentan los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas del Instituto Nacional de Pediatría?, entendiendo por actitudes ante la muerte como las formas cognitivas y emocionales de afrontar el final de la vida tanto propia como de los otros y que van desde la aceptación hasta diversos grados de estrés.

## **JUSTIFICACIÓN**

Las actitudes del personal médico hacia la muerte inciden directamente en la calidad de atención brindada a los pacientes en fase terminal. Por esta razón, la evaluación de dichas actitudes en los médicos residentes adquiere una importancia crucial, ya que durante su formación participan activamente en los procesos de enfermedad-curación y enfermedad-muerte de los pacientes.

La comprensión de las actitudes de los médicos frente a la muerte les brinda la oportunidad de intervenir de manera efectiva, sensibilizándolos y guiándolos para mejorar sus actitudes hacia los pacientes terminales.

Este enfoque tiene como objetivo reducir el estrés que experimentan al enfrentarse diariamente a situaciones de muerte en la institución. Los resultados esperados de esta intervención se reflejarán en una práctica médica más humanista y compasiva durante el proceso asistencial, contribuyendo así a una atención de mayor calidad en el contexto de la terminalidad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Describir las actitudes de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas del Instituto Nacional de Pediatría ante la muerte.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas
2. Identificar las actitudes ante la muerte de los residentes de pediatría y de las subespecialidades pediátricas.

3. Describir la frecuencia con que se presentan los distintos dominios en los que se clasifican las actitudes ante la muerte de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas.
4. Determinar si existen diferencias en torno a las actitudes ante la muerte de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas en función de género
5. Determinar si existen diferencias en torno a las actitudes ante la muerte de los pacientes, por parte de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas en función de experiencias personales de muerte a lo largo de la vida.

## **HIPÓTESIS**

Los residentes subespecialidades pediátricas presentarán con mayor frecuencia actitudes poco adaptativas ante la muerte (evitación, escape o miedo) en comparación con los residentes de pediatría.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Prospectivo: se planificó la captación de médicos residentes y la recopilación de datos en un período futuro específico. En retrospectiva, se observa que este enfoque permitió la planificación y ejecución eficiente del estudio durante el tiempo establecido.

Transversal: la recolección de datos se realizó en un solo punto en el tiempo. Los datos sobre las actitudes hacia la muerte y otros aspectos se recopilaron simultáneamente para todos los participantes, brindando una instantánea representativa de las variables en un momento específico durante el período mencionado.

Comparativo-analítico: se buscó comparar y analizar las diferencias en las actitudes hacia la muerte entre diferentes grupos de médicos residentes. En retrospectiva, se realizaron comparaciones entre géneros, entre residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas, y entre aquellos con antecedentes de duelos por muerte y aquellos sin dichos antecedentes. Este enfoque retrospectivo permitió identificar asociaciones y diferencias significativas en las actitudes ante la muerte en función de estas variables.

### **Población objetivo**

Médicos residentes de Pediatría y subespecialidades pediátricas.



## **Población elegible**

Médicos residentes de Pediatría y subespecialidades pediátricas del Instituto Nacional de Pediatría (INP) que completaron su residencia en el intervalo entre marzo de 2021 y febrero de 2022.

## **Criterios de inclusión**

Residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas, de cualquier género, que realizaron su postgrado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) entre marzo de 2021 y febrero de 2022. Su participación fue voluntaria y estuvo condicionada a la previa obtención de su consentimiento informado.

## **Criterios de exclusión**

Presencia de antecedentes de duelo reciente en aquellos participantes que, al momento de la aplicación de los cuestionarios, hubieran experimentado la pérdida de algún miembro familiar en los últimos 6 meses.

## **Criterios de eliminación**

Se excluyeron los cuestionarios incompletos o mal llenados, los cuales no fueron considerados en el análisis del estudio.

## **Tamaño de la muestra**

El muestreo fue por conveniencia, omitiendo la realización de un cálculo de tamaño de muestra o un proceso de aleatorización. La meta primordial era captar el mayor número posible de residentes en el tiempo establecido. Posteriormente, se determinó la potencia del estudio, considerando factores como el tamaño muestral, el nivel de alfa establecido y el tamaño del efecto, con el propósito de minimizar el porcentaje de error tipo II.

## **DESCRIPCION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES A ESTUDIAR**

### **Variable independiente**

Características sociodemográficas

### **Variable dependiente**

Actitudes ante la muerte: son las formas cognitivas y emocionales de afrontar el final de la vida tanto propia como de los otros y que van desde la aceptación hasta diversos grados de estrés (8)

## Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Categoría</b>	<b>Escala</b>	<b>Unidad de Medición</b>
Estado Civil	Condición jurídica que tiene una persona frente a una familia determinada, que comprende una serie de estados relativos al matrimonio y al Parentesco por afinidad; soltero, viudo, casado, divorciado, separado, unión libre.	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Nacionalidad	Condición y carácter peculiar de los pueblos y habitantes de una nación.	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Discreta de razón	Numérica en años
Sexo	Condición genética fenotípica distingue individuos masculinos femenino.	Cualitativa	Categórica	Dicotómica nominal

Especialidad	Estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, y que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados. relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Sub-especialidad	Son los estudios que se realizan después de cursar uno o más años de una especialidad médica.	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Año de especialidad en curso	Año de estudio cursando la especialidad.	Cuantitativa	Ordinal	Numérica
Año de subespecialidad en curso	Año de estudio de la especialidad.	Cuantitativa	Ordinal	Numérica
Enfermedad personal con riesgo de muerte o alteración de funcionalidad.	Cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona durante un período continuado mínimo de tres meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario y que conlleve un alto riesgo de mortalidad.	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Experiencias de muerte	Pérdida de algún familiar o amigo cercano a lo largo de la vida	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
Pacientes fallecidos durante turnos diurnos o de guardia	Muerte de pacientes durante turnos diurnos o guardias	Cuantitativa	Numérica	Razón

Actitud ante la muerte	Son las formas cognitivas y emocionales de afrontar el final de la vida tanto propia como de los otros y que van desde la aceptación hasta diversos grados de estrés	Cualitativa	Categórica	Nominal Politómica
------------------------	--	-------------	------------	-----------------------

### **Instrumentos de medición**

Actitudes ante la muerte: son las formas cognitivas y emocionales de afrontar el final de la vida tanto propia como de los otros y que van desde la aceptación hasta diversos grados de estrés.

Instrumento: Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte

El PAM-R de Gesser, Wong y Reker (1988), consta de 32 ítems.

Las dimensiones que mide el instrumento, son las siguientes:

- a) Miedo a la muerte: se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.
- b) Evitación ante la muerte: relacionado con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma.
- c) Aceptación neutral: definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene.
- d) Aceptación de acercamiento: relacionado con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte
- e) Aceptación de escape: se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para frenar el dolor o los problemas de la existencia; por

tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas.

<b>Dimensión</b>	<b>Ítems</b>
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4.8.13.15.16.22.25.27.28.31
Evitación de la muerte (5 ítems)	3,10,12,19, 26
Escape ( 5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral ( 5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

Los coeficientes alfa oscilan entre 0.65 (aceptación neutral) a uno de 0.97 (aceptación de acercamiento). Los coeficientes de estabilidad oscilan entre unode 0.61 (evitación de la muerte) y otro de 0.95 (aceptación de acercamiento) Tomados en conjunto tienen una fiabilidad que va de buena a muy buena.

Cada uno de los 32 ítems se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, en la dirección de totalmente desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7). Para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que la forman. (16) Y se buscará conocer la dimensión que predomina con los puntajes más altos para cada individuo

El análisis de consistencia interna de la versión validada al español mostró un coeficiente de Cronbach  $\alpha = 0.88$ . Los valores de los coeficientes de cada una de las dimensiones oscilan entre 0.69 (aceptación neutral) a uno alto de 0.93 (aceptación de acercamiento), tomadas de forma conjunta se considera un instrumento confiable. (17).

## **ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD**

### **Consideraciones ética**

Se siguieron los principios operativos de la Declaración de Helsinki, que establece que la investigación debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una evaluación detenida de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), una probabilidad razonable de que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19) y debe ser conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15), utilizando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente, las buenas prácticas clínicas y el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Este estudio se clasificó como de riesgo mínimo, ya que únicamente se aplicaron los cuestionarios sin que se considerara que el estudio generara riesgos para la vida o la función de las personas evaluadas. Durante el proceso, a los participantes se les explicó el consentimiento informado, los objetivos del estudio, se aclararon sus dudas

pertinentes y se especificó que todos los datos obtenidos serían confidenciales y resguardados.

En situaciones en las que los participantes solicitaron una entrevista para conocer sus resultados o consideraron que el tema era difícil de manejar en su práctica o les generaba estrés, se les proporcionaron sesiones adicionales, según fuera necesario, con el propósito de ofrecer estrategias adecuadas para enfrentar de manera adaptativa el tema de la muerte.

### **Consideraciones de bioseguridad**

En el transcurso de la investigación, se tomaron en cuenta las consideraciones de bioseguridad, enfocándose en que el estudio no implicaba la toma de muestras, eliminando así cualquier requerimiento específico en materia de bioseguridad.

Este enfoque se adoptó con el objetivo de garantizar la integridad y seguridad tanto de los participantes como de los investigadores, al tiempo que se adhería a los principios éticos y normativas aplicables. La ausencia de toma de muestras contribuyó a minimizar potenciales riesgos y asegurar un desarrollo ético y seguro del estudio en su totalidad.

## **PROCEDIMIENTO**

### **Recolección de información**

1. Invitación a participar: en una fase inicial, una médica psiquiatra, residente de primer año del curso de subespecialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia, extendió invitaciones a todos los médicos residentes de pediatría y subespecialidades del Instituto Nacional de Pediatría (INP) para participar en el estudio. Este proceso involucró la obtención del consentimiento informado de cada participante.

2. Entrega de cuestionarios: a los residentes que aceptaron participar, se les proporcionó un cuestionario estructurado diseñado específicamente para recopilar datos sociodemográficos. Además, se les entregó el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), ambos instrumentos autoaplicables. Cada residente pudo responder personalmente a estos cuestionarios.

3. Captación de participantes: los residentes fueron abordados al finalizar sus turnos de guardia en los respectivos servicios. Se aclaró que aquellos que hubieran experimentado la pérdida de un ser querido en los últimos 6 meses no eran elegibles para participar.

4. Respuesta a cuestionarios: los residentes que aceptaron participar, se les entregaron los instrumentos de estudio y se les permitió responder en estaciones de control

designadas en cada servicio. La duración estimada para completar los cuestionarios fue de aproximadamente 30 minutos.

5. Depósito de cuestionarios: posteriormente, los residentes pudieron depositar los cuestionarios en sobres designados según el área de pediatría o subespecialidades pediátricas. Cada sobre fue marcado con un número de folio proporcionado al participante para mantener el anonimato y la confidencialidad.

6. Registro y análisis de datos: los datos obtenidos fueron registrados en una base diseñada para el proyecto, donde las variables se tradujeron en claves. Para el análisis estadístico, se empleó el programa SPSS-21, asegurando así la rigurosidad en la interpretación de los resultados.

### **Análisis estadístico**

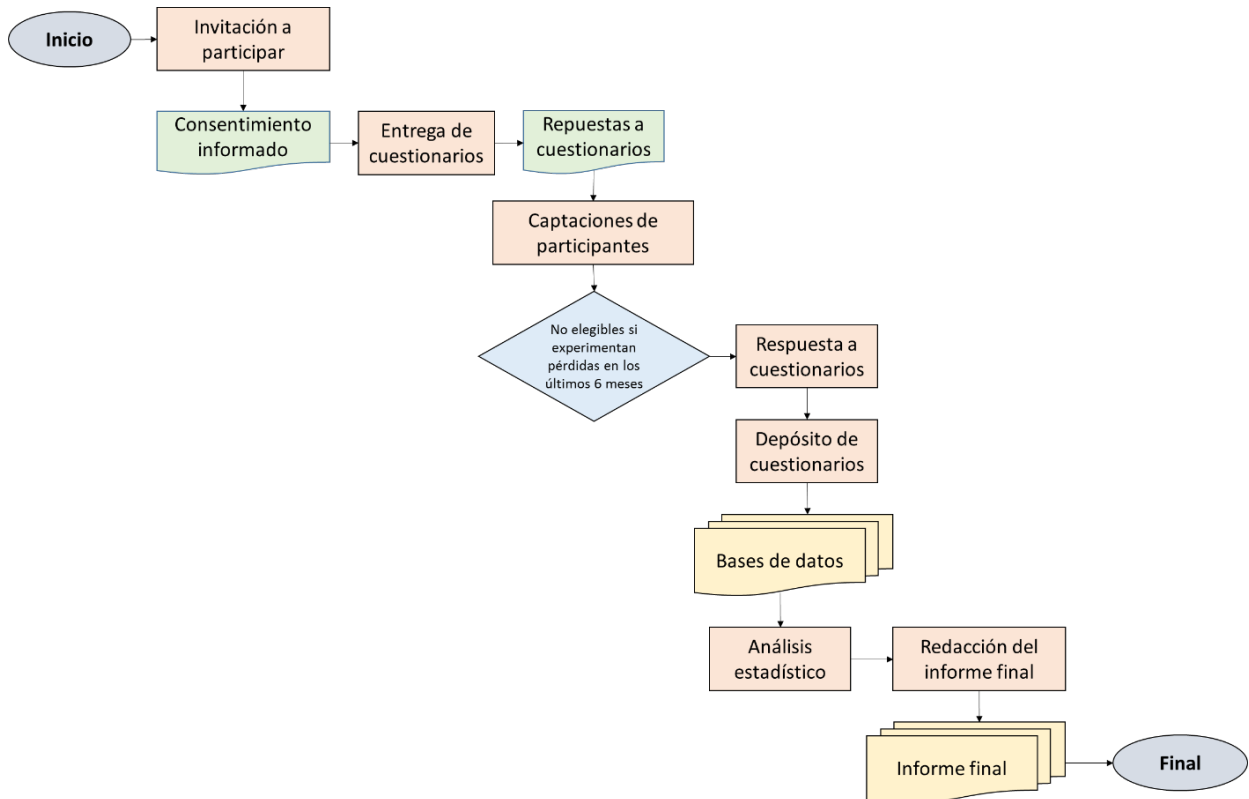
En esta fase del estudio, se procede con el análisis estadístico de los datos recopilados. Las variables categóricas se resumen mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas y cuasidimensionales se resumen con la media y la desviación estándar en caso de una distribución normal, o con la mediana, el mínimo y el máximo en ausencia de dicha normalidad.

Para la comparación de puntajes en las dimensiones de las actitudes hacia la muerte entre géneros, entre residentes de pediatría y subespecialidades, así como entre aquellos con antecedentes de duelos por muerte y aquellos sin dicho antecedente, se emplea la prueba T de Student. Previamente, se determina la normalidad de la muestra mediante el coeficiente de asimetría de Fisher para asegurar la validez de las pruebas.

En caso de no encontrar una distribución normal, se recurre a estadísticas no paramétricas. La evaluación de la asociación entre los puntajes de las dimensiones de la escala de actitudes y variables categóricas como género o antecedentes de duelos por muerte se realiza mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Adicionalmente, para explorar la relación entre la edad de los residentes y el puntaje total de la escala de actitudes, se calcula el coeficiente de correlación de Spearman. Este análisis detallado permite obtener un enfoque significativo sobre las actitudes hacia la muerte en la muestra estudiada.

## Flujograma del estudio



## FINANCIAMIENTO

Se determinó prescindir de financiamiento institucional, optando por un enfoque autónomo. La investigadora, asumiendo la responsabilidad, adquirió personalmente los insumos de papelería necesarios, como hojas y plumas. Además, para la impresión de cuestionarios y el procesamiento de datos, se utilizó una computadora personal con impresora propia. Este enfoque independiente no solo demostró una gestión eficiente de los recursos, sino también la capacidad de la investigadora para realizar todas las etapas del proyecto de manera autónoma, garantizando así la viabilidad y ejecución efectiva de la investigación sin depender de recursos externos.

## FACTIBILIDAD

La factibilidad del estudio en el Instituto Nacional de Pediatría se evidenció en retrospectiva, dado que se contó con la población requerida, recursos humanos y el espacio idóneo para su ejecución. La disponibilidad de estos elementos facilitó el desarrollo eficiente de la investigación, permitiendo alcanzar los objetivos propuestos de manera efectiva.



## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

Se efectuó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los 159 médicos residentes del Instituto Nacional de Pediatría (INP). El 67% eran mujeres, mientras que el 33% eran hombres, reflejando una mayor representación femenina en la muestra. La edad media fue de  $29.5 \pm 2.6$  años.

En cuanto a la nacionalidad, el 81.8% eran mexicanos, y se incluyeron residentes de otras nacionalidades como Ecuador (5.7%), Honduras (3.8%), Colombia (2.5%), Guatemala (2.5%), Bolivia (1.9%), España (0.6%), Panamá (0.6%), y El Salvador (0.6%).

Respecto al estado civil, el 86% eran solteros, el 7.5% estaban casados, el 5.7% vivían en unión libre, y solo un 0.6% no especificó su estado civil. En cuanto a las creencias religiosas, el 78% afirmó tener alguna religión, siendo la católica la más frecuente (71.1%), seguida de la cristiana (6.3%), protestante (3.7%), y judía (0.6%).

Se observó que el 69% de los residentes pertenecían a subespecialidades pediátricas, con distribuciones específicas en pediatría médica (75%), especialidades pediátricas quirúrgicas (19%), y medicina crítica y urgencias (6%). Las especialidades que participaron en la encuesta incluyeron pediatría (30.5%), inmunología (7.9%), cirugía (7.9%), neumología (7.3%), entre otras, con un amplio espectro de áreas representadas.

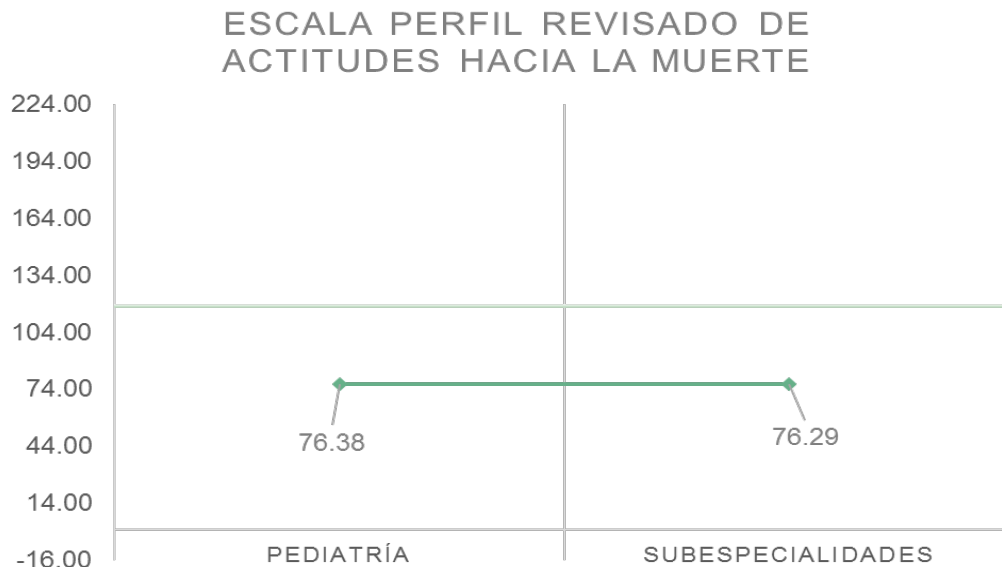
### **Actitudes ante la muerte**

El análisis de las actitudes ante la muerte entre los 159 médicos residentes reveló datos significativos que ofrecen una visión profunda de sus perspectivas. La encuesta abordó 33 factores, y los resultados se clasificaron en cinco dominios distintos.

1. Frecuencia de actitudes negativas. Se agruparon las actitudes negativas, como el miedo a la muerte, la evitación de la misma y la actitud de escape ante la muerte. En este sentido, se destacan resultados reveladores, donde el 73% manifestó que la muerte es, sin duda, una experiencia desagradable. Además, el 37% admitió que la perspectiva de su propia muerte les genera ansiedad.

2. Frecuencia de actitudes positivas: las actitudes positivas se dividieron en dos grupos: aceptación neutral y aproximación a la aceptación. La media para la aceptación de acercamiento fue de  $25.1 \pm 1.9$ , indicando que la mayoría ve la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor. La aceptación neutral, que implica ver la muerte como una realidad natural, tuvo una media de  $8.5 \pm 2.2$ .

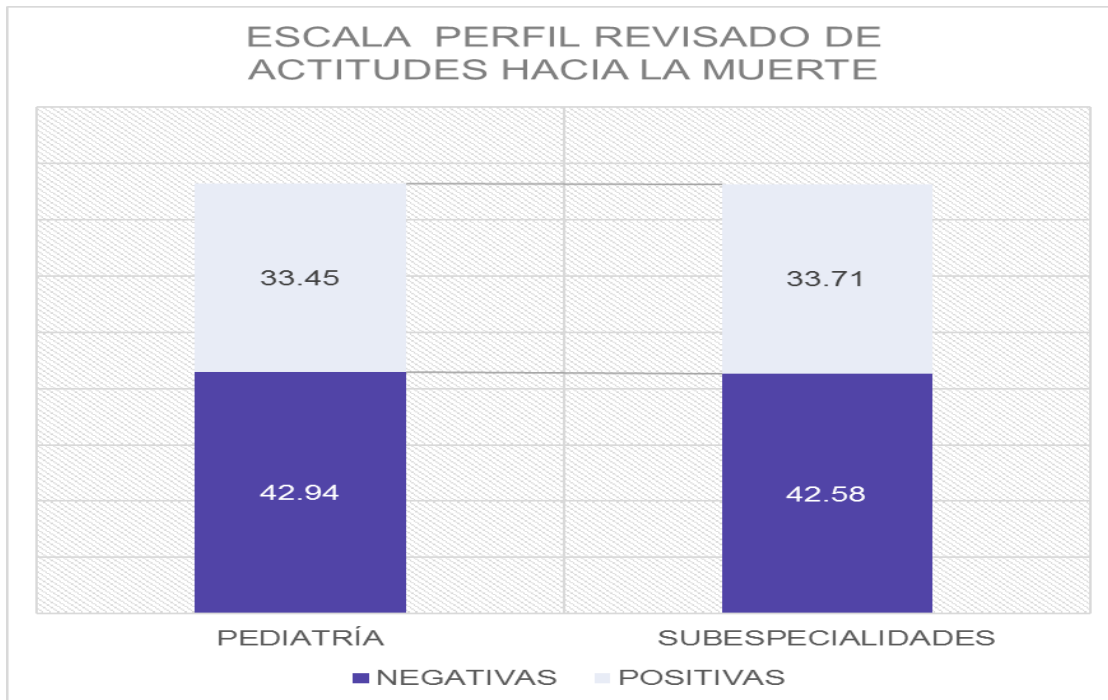
3. Puntajes globales: el puntaje total de la escala reveló una media de  $76.3 \pm 4.6$ . Este resultado sitúa las actitudes ante la muerte por debajo del punto de corte de 140, donde se consideran actitudes negativas, y por encima de 141 se consideran actitudes positivas. Este hallazgo es crucial para comprender la dinámica general de las actitudes del grupo de residentes.



4. Desglose de actitudes negativas: dentro de las actitudes negativas, se evidenciaron medias específicas. Por ejemplo, en el dominio de miedo a la muerte, la media fue de  $18.7 \pm 1.8$ , señalando la presencia de pensamientos y sentimientos negativos asociados con la muerte. La evitación de la muerte obtuvo una media de  $11.6 \pm 1.3$ , reflejando dificultades en manejar emociones vinculadas con la muerte.

5. Desglose de actitudes positivas: en contraste, las actitudes positivas se manifestaron en aspectos como la aceptación de acercamiento con una media de  $25.13 \pm 1.9$ , sugiriendo que muchos residentes ven la muerte como una transición hacia una recompensa. La aceptación neutral tuvo una media de  $8.5 \pm 2.2$ , indicando la percepción de la muerte como parte natural del ciclo de la vida.

6. Diferencias entre residentes de pediatría y subespecialidades: se observaron variaciones entre residentes de pediatría y subespecialidades. Las actitudes negativas tuvieron una media de  $43.2 \pm 2.9$  para pediatría y  $42.3 \pm 2.6$  para subespecialidades, mientras que las actitudes positivas mostraron medias de  $33.2 \pm 2.8$  y  $33.8 \pm 3.3$ , respectivamente.



### **Frecuencia de dominios en actitudes ante la muerte**

La evaluación de las actitudes ante la muerte entre los 159 médicos residentes reveló patrones distintivos en los cinco dominios establecidos. A continuación, se presentan datos estadísticos detallados que ilustran la frecuencia con la que se manifestaron diferentes perspectivas en cada dominio.

1. Dominio de aceptación neutral: este dominio implica ver la muerte como una realidad que es parte del ciclo de la vida. La media para este dominio fue de  $8.5 \pm 2.2$ . Resulta notable que un 82% de los residentes estuvieron de acuerdo con esta afirmación, destacando una fuerte tendencia hacia la aceptación neutral de la muerte como un proceso natural.

2. Dominio de aproximación a la aceptación: en este dominio, se exploró la percepción de la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor. La media fue de  $25.1 \pm 1.9$ , y un 94% de los residentes estuvieron de acuerdo con esta perspectiva. Estos resultados indican una actitud positiva generalizada, sugiriendo que la mayoría ve la muerte como una transición hacia un destino más satisfactorio.

3. Dominio de miedo a la muerte: el dominio de miedo a la muerte refleja pensamientos y sentimientos negativos en torno a este acontecimiento. La media fue de  $18.7 \pm 1.8$ . Se observó que el 73% de los residentes experimentaban miedo a la muerte, señalando la presencia significativa de ansiedades y preocupaciones en este aspecto.

4. Dominio de evitación de la muerte: este dominio implica la dificultad para manejar emociones vinculadas con la muerte y su efecto en la conducta ante la misma. La media fue de  $11.6 \pm 1.3$ . Se destacó que el 65% de los residentes reconocieron tener dificultades para abordar emociones relacionadas con la muerte, evidenciando una importante tendencia hacia la evitación.

5. Dominio de aceptación de escape: la aceptación de escape implica contemplar la muerte como una salida preferible al sufrimiento y el dolor. La media fue de  $12.2 \pm 1.3$ . Notablemente, el 63% de los residentes manifestaron cierta aceptación de la muerte como una vía para liberarse del sufrimiento, indicando una perspectiva compleja hacia este aspecto.

### **Diferencias en actitudes ante la muerte según género**

El análisis detallado de las respuestas de los 159 médicos residentes permitió identificar diferencias significativas en las actitudes ante la muerte según el género. Los datos estadísticos revelan matices importantes que arrojan luz sobre la complejidad de estas perspectivas en el ámbito médico.

#### **1. Actitudes positivas**

Aceptación neutral: las mujeres presentaron una media de  $8.1 \pm 2.4$ , mientras que los hombres mostraron  $9.4 \pm 1.8$ . Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ( $t(157) = 2.11, p < 0.05$ ), indicando que las mujeres tienden a tener una perspectiva más neutra hacia la muerte en comparación con los hombres.

Aproximación a la aceptación: no se observaron diferencias significativas entre mujeres ( $25.4 \pm 1.7$ ) y hombres ( $24.5 \pm 2.2$ ) en este dominio ( $t(157) = -1.45, p > 0.05$ ). Ambos grupos mostraron una fuerte inclinación hacia la aceptación de la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor.

#### **2. Actitudes negativas**

Miedo a la muerte: las mujeres presentaron una media de  $18.2 \pm 1.9$ , mientras que los hombres mostraron  $19.5 \pm 1.7$ . Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $t(157) = 2.33, p < 0.05$ ), indicando que las mujeres tienden a experimentar un miedo ligeramente menor a la muerte en comparación con los hombres.

Evitación de la muerte: no se observaron diferencias significativas entre mujeres ( $11.2 \pm 1.6$ ) y hombres ( $12.1 \pm 1.0$ ) en este dominio ( $t(157) = -1.98, p > 0.05$ ). Ambos grupos mostraron una tendencia similar hacia la evitación de emociones relacionadas con la muerte.

Aceptación de escape: las mujeres presentaron una media de  $11.9 \pm 1.4$ , mientras que los hombres mostraron  $12.5 \pm 1.2$ . Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $t(157) = 2.19, p < 0.05$ ), indicando que las mujeres tienden a tener una menor aceptación de la muerte como una vía de escape.

### **Diferencias en actitudes ante la muerte de los pacientes según experiencias personales**

El análisis exhaustivo de las respuestas de los 159 médicos residentes permitió identificar patrones distintivos en las actitudes ante la muerte de los pacientes en función de las experiencias personales de muerte a lo largo de la vida. Los datos estadísticos proporcionan una visión detallada de estas diferencias, subrayando la importancia de las vivencias personales en la percepción de la mortalidad.

#### **1. Actitudes positivas**

Aceptación neutral: los residentes que no experimentaron pérdidas significativas en su vida presentaron una media de  $8.7 \pm 2.1$ , mientras que aquellos que sí las experimentaron mostraron  $7.2 \pm 1.5$ . Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $t(157) = -2.68, p < 0.05$ ), indicando que aquellos con pérdidas personales tienden a tener una perspectiva más neutral hacia la muerte.

Aproximación a la aceptación: la media para aquellos sin pérdidas significativas fue de  $24.9 \pm 2.0$ , mientras que para aquellos con pérdidas fue de  $26.2 \pm 1.6$ . Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ( $t(157) = 2.11, p < 0.05$ ), sugiriendo que las experiencias personales de pérdida están asociadas con una mayor inclinación hacia la aceptación de la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor.

#### **2. Actitudes negativas:**

Miedo a la muerte: la media para aquellos sin experiencias de pérdida significativa fue de  $19.1 \pm 1.8$ , mientras que para aquellos con pérdidas fue de  $17.8 \pm 2.3$ . Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $t(157) = -2.45, p < 0.05$ ), indicando que aquellos sin experiencias de pérdida tienden a experimentar un mayor miedo a la muerte.

Evitación de la muerte: no se observaron diferencias significativas entre aquellos sin pérdidas significativas ( $11.8 \pm 1.2$ ) y aquellos con pérdidas ( $11.3 \pm 1.6$ ) en este dominio ( $t(157) = 1.31, p > 0.05$ ). Ambos grupos mostraron una tendencia similar hacia la evitación de emociones relacionadas con la muerte.

Aceptación de escape: la media para aquellos sin experiencias de pérdida significativa fue de  $12.4 \pm 1.1$ , mientras que para aquellos con pérdidas fue de  $11.7 \pm 1.3$ . Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $t(157) = -2.18, p < 0.05$ ), indicando que

aquellos sin experiencias de pérdida tienden a tener una mayor aceptación de la muerte como una vía de escape.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados revelan una variedad de actitudes hacia la muerte entre los residentes, destacando una fuerte tendencia hacia la aceptación neutral y la aproximación a la aceptación. En términos generales, la mayoría de los participantes ve la muerte como una realidad natural y como una transición hacia un destino más satisfactorio. Sin embargo, también se observa la presencia significativa de miedo a la muerte y dificultades para manejar emociones relacionadas con la misma.

La predominancia de actitudes positivas sugiere que, en general, los residentes tienen una visión más equilibrada y aceptante de la muerte, lo cual es esencial para proporcionar una atención médica compasiva. La presencia de miedo y evitación señala la necesidad de abordar aspectos emocionales en la formación médica y la importancia de cultivar habilidades de afrontamiento ante situaciones de terminalidad.

Los hallazgos se alinean con la literatura existente en el campo de la medicina y las actitudes hacia la muerte. La tendencia hacia la medicalización de la muerte y la falta de formación específica en aspectos emocionales se reflejan en las actitudes negativas observadas. La necesidad de integrar la reflexión sobre la muerte en la formación médica ha sido resaltada en estudios previos.

Las limitaciones incluyen la representación sesgada de la muestra, con una mayor proporción de mujeres y residentes de pediatría médica. Además, la evaluación de las actitudes se basó en respuestas autoinformadas, lo que puede influir en la precisión de los resultados. La naturaleza transversal del estudio limita la capacidad para establecer relaciones causales.

Resulta sorprendente la baja frecuencia de actitudes negativas, considerando la naturaleza emocionalmente desafiante de la atención a pacientes terminales. Esto podría indicar una adaptación positiva por parte de los residentes o incluso una posible subestimación de las dificultades emocionales en las respuestas.

Se sugiere realizar investigaciones longitudinales para evaluar cambios en las actitudes a lo largo del tiempo y explorar intervenciones formativas específicas para mejorar la preparación emocional de los residentes. Además, estudios comparativos con otras instituciones podrían proporcionar una visión más amplia de las variaciones en las actitudes.

## CONCLUSIONES

1. La investigación detalló las características sociodemográficas de los residentes del INP, resaltando una predominancia femenina (67%) y una edad media de  $29.5 \pm 2.6$  años. A nivel nacional, el 81.8% era mexicano, con representación internacional diversa. El estado civil mostró mayoritariamente solteros (86%), con creencias religiosas destacadas (78%), principalmente católicas (71.1%). El 69% pertenecía a subespecialidades pediátricas, delineando una distribución variada. Estos datos aportan un contexto crucial para comprender la diversidad demográfica y profesional de los residentes, contextualizando y enriqueciendo los resultados de la investigación.

2. Las respuestas de los 159 médicos residentes del INP proporcionan una perspicaz visión de las actitudes ante la muerte, destacando aspectos tanto negativos como positivos. El 73% experimenta la muerte como desagradable, y el 37% admite ansiedad ante su propia muerte. Las actitudes positivas incluyen aceptación de acercamiento ( $25.1 \pm 1.9$ ) y aceptación neutral ( $8.5 \pm 2.2$ ), sugiriendo una transición hacia un destino más satisfactorio y la percepción de la muerte como parte natural del ciclo de vida. El puntaje global de la escala ( $76.3 \pm 4.6$ ) indica predominio de perspectivas positivas, contribuyendo al entendimiento en el contexto médico y sugiriendo abordajes diferenciados para fortalecer el bienestar emocional de los residentes.

3. Los datos revelan patrones distintivos en cinco dominios de actitudes ante la muerte. En aceptación neutral (82%, media  $8.5 \pm 2.2$ ), prevalece la percepción de la muerte como parte natural. En aproximación a la aceptación (94%, media  $25.1 \pm 1.9$ ), se destaca la visión positiva de la muerte como transición a un destino mejor. Miedo a la muerte (73%, media  $18.7 \pm 1.8$ ) y evitación de la muerte (65%, media  $11.6 \pm 1.3$ ) evidencian preocupaciones y evitación emocional. En aceptación de escape (63%, media  $12.2 \pm 1.3$ ), se revela una perspectiva compleja. Estos hallazgos contribuyen al entendimiento de las complejidades psicológicas en el ámbito médico, ofreciendo una visión detallada de las diversas facetas en las actitudes hacia la muerte.

4. Los datos de médicos residentes del INP revelaron diferencias de género significativas en actitudes ante la muerte. En actitudes positivas, las mujeres mostraron mayor neutralidad ( $8.1 \pm 2.4$ ) en aceptación que los hombres ( $9.4 \pm 1.8$ ), estadísticamente significativo ( $t(157) = 2.11, p < 0.05$ ). No hubo diferencias en aproximación a la aceptación (mujeres  $25.4 \pm 1.7$ , hombres  $24.5 \pm 2.2$ ) ( $t(157) = -1.45, p > 0.05$ ). Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el género al abordar las actitudes ante la muerte en el ámbito médico, enfatizando la necesidad de enfoques diferenciados para fortalecer la resiliencia y el bienestar emocional de médicos residentes. Se sugiere

investigar más a fondo estos matices y desarrollar estrategias específicas, considerando las singularidades de cada género en el contexto médico.

5. Los resultados indican diferencias en las actitudes hacia la muerte de pacientes basadas en experiencias personales. Quienes no tuvieron pérdidas significativas exhibieron perspectivas más neutrales ( $8.7 \pm 2.1$  en aceptación neutral) que aquellos con pérdidas ( $7.2 \pm 1.5$ ) ( $t(157) = -2.68, p < 0.05$ ). Las experiencias de pérdida se asociaron con mayor inclinación hacia la aceptación positiva ( $26.2 \pm 1.6$  vs.  $24.9 \pm 2.0, t(157) = 2.11, p < 0.05$ ). La ausencia de pérdidas se vinculó con mayor temor a la muerte ( $19.1 \pm 1.8$  vs.  $17.8 \pm 2.3, t(157) = -2.45, p < 0.05$ ), sin diferencias en la evitación de la muerte ( $t(157) = 1.31, p > 0.05$ ). En cuanto a la aceptación de escape, aquellos sin pérdidas mostraron mayor aceptación ( $12.4 \pm 1.1$  vs.  $11.7 \pm 1.3, t(157) = -2.18, p < 0.05$ ). Estos resultados resaltan la relevancia de las vivencias personales en la configuración de actitudes hacia la muerte en el ámbito médico, contribuyendo a la comprensión de complejidades psicológicas y señalando la necesidad de enfoques personalizados para fortalecer el bienestar emocional de los profesionales médicos.



## REFERENCIAS

1. Shemie SD, Hornby L, Baker A, Teitelbaum J, Torrance S, Young K, et al. International guideline development for the determination of death. *Intensive Care Med.* junio de 2014;40(6):788-97.
2. Machado Curbelo C. Nueva definición de la muerte humana, según mecanismos fisiopatológicos de generación de la conciencia. *Rev Cuba Med.* diciembre de 1996;35(3):183-95.
3. Espinosa SM. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *NURE Investig [Internet]*. 1 de mayo de 2016 [citado 20 de enero de 2024]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789>
4. Grau Abalo J, Llantá M del C, Massip Pérez C, Chacón Roger M, Reyes Méndez M, Infante Pedreira O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensam Psicológico.* 2008;4(10):27-58.
5. Lynch G, Oddone MJ. La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Rev Cienc Soc.* enero de 2017;30(40):129-50.
6. Chacho Amay FM, Yaguachi Gonzalez BC. Actitudes y afrontamiento hacia la muerte en estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Año 2018. [Internet] [bachelorThesis]. 2019 [citado 20 de enero de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32081>
7. Sánchez M de la L, Salas V. Actitud ante la muerte y el proceso de morir, propio y el de los demás [Internet] [Tesis de diplomado]. [México D.F.]: Asociación Mexicana de Tanatología; 2015. Disponible en: <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/286%20actitud.pdf>
8. Bermejo J, Villancieros M, Hassoun H. Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios. *Medicina Paliativa.* 2018;25(3):168---174.
9. Lewis M, Schonfeld DJ. Role of Child and Adolescent Psychiatric Consultation and Liaison in Assisting Children and their Families in Dealing with Death. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1 de julio de 1994;3(3):613-27.
10. Alba M. El proceso de morir en el niño y en el adolescente. *Pediatr Integral.* 2007;XI(10):926-34.

11. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuad Med Forense*. octubre de 2002;(30):39-50.
12. Gómez Esteban R. El médico frente a la muerte. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. marzo de 2012;32(113):67-82.
13. Kukora S, Keefer P, Pituch K, Firn J. Thematic Analysis of Interprofessional Provider Perceptions of Pediatric Death. *J Pediatr Nurs*. 2019;47:92-9.
14. Sánchez Sánchez LM, López Córdova ED, Siller Gómez P. Actitud del personal médico de un servicio de pediatría ante la muerte de los pacientes. *Gac Médica México*. 2018;154(2):152-60.
15. Ascencio Huertas L, Allende Pérez SR, Verastegui Avilés E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología Pozuelo Alarcón*. 2014;101-15.
16. Wong P, Reker G, Gina G. Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. En: *Death Anxiety Handbook Research, Instrumentation, and Application* [Internet]. Washington, D.C.: Taylor & Francis; 1994. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Gary-Reker/publication/247870845\\_Death\\_Attitude\\_Profile-Revised/links/542058400cf203f155c58e82/Death-Attitude-Profile-Revised.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gary-Reker/publication/247870845_Death_Attitude_Profile-Revised/links/542058400cf203f155c58e82/Death-Attitude-Profile-Revised.pdf)
17. Schmidt Río-Valle J. Validación de la versión española de la «escala de afrontamiento de la muerte» y del «perfil revisado de actitudes hacia la muerte»: Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Granada; 2007 [citado 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=72175>

## Anexo 1

### Cuestionario de Actitudes ante la Muerte

	0= De acuerdo	1=En desacuerdo
1. La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.		
2. Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi propia muerte.		
3. He pensado en mi muerte como un hecho inevitable.		
4. Reconocer la muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal		
5. Me siento más libre al aceptar mi muerte.		
6. Pensar en la muerte es perder el tiempo.		
7. Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.		
8. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte		
9. No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.		
10. Las personas solo deben pensar en la muerte cuando son viejos		
11. Yo pienso que después de la vida hay un lugar mejor.		
12. Pienso que viviré después de mi muerte.		
13. Veo la muerte como un paso a la eternidad		
14. Yo espero con placer la vida después de la muerte		
15. Después de la muerte encontraré felicidad.		
16. Siento que la muerte de mi paciente es un fracaso profesional.		
17. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi especialidad.		
18. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.		
19. Cuando atiendo a un paciente terminal, me pongo a pensar en mi propia muerte.		
20. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.		
21. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.		
22. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.		

23. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo proviene de sus familiares		
24. La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.		
25. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		
26. Prefiero morir a vivir sin calidad		
27. He pensado que no vale la pena vivir.		
28. Hay momentos en los que la muerte puede ser un alivio.		
29. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.		
30. Me siento perturbado cuando pienso en lo corta que es la vida.		
31. Yo temo morir joven.		
32. Encuentro difícil encarar la muerte.		
33. Pienso con temor ante la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve a la muerte		

## Consentimiento Informado



Instituto  
Nacional  
de Pediatría



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_

Documento de consentimiento informado para padres o tutores de menores participantes en el estudio.

**Investigador Principal:** Dra. Sarah Virginia Palma Muñoz

Título del proyecto de Investigación: ***Actitudes de los residentes de pediatría y de subespecialidades pediátricas del instituto nacional de pediatría ante la muerte***

La finalidad de este documento es solicitar su autorización para que participe en un estudio sobre actitudes ante la muerte de los residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas que se encuentran en formación en el Instituto Nacional de Pediatría.

Este estudio será realizado por las, Diana Molina Valdespino y Sarah Virginia Palma, médicas psiquiatras del servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría. Lea usted el documento con calma, cualquier duda que tenga, siéntase con la libertad de preguntarla a cualquiera de los investigadores del estudio o a la persona con que usted tenga confianza.

Los médicos residentes enfrentan diversas situaciones estresantes en la práctica clínica cotidiana. Uno de los desafíos más importantes es el enfrentar la muerte de los pacientes pediátricos a su cargo.

**Propósito del Estudio:** Es importante conocer las actitudes ante la muerte del personal residente ya que de esto depende tanto el malestar emocional ante los pacientes en fase terminal, como las reacciones de cercanía o alejamiento hacia el paciente pediátrico y su familia cuando se presiente la muerte cercana del mismo y son las actitudes de los médicos, de las que depende el éxito en la comunicación y el acompañamiento de los pacientes en fase terminal.

**Procedimiento del estudio:** La participación en el estudio consiste en responder un cuestionario de datos sociodemográficos y un cuestionario de actitudes ante la muerte. Los participantes que se incluirán en el estudio son residentes de especialidad o subespecialidad del Instituto Nacional de Pediatría.

**Participación:** La participación es completamente voluntaria y desinteresada. Si antes o durante la entrevista y aplicación de cuestionarios decidiera no participar en el estudio, su decisión será respetada y ésto no afectará de ninguna manera su formación en el Instituto Nacional de Pediatría.

**Beneficios para el participante:** De así desearlo, se pueden proporcionar sus resultados y en caso necesario proporcionarle estrategias para mejorar las emociones o el manejo que pudiera mejorar sus actitudes ante la muerte de sus pacientes. Analizar las actitudes ante la muerte del

personal residente permitirán conocer las dificultades en el manejo de pacientes terminales, lo cual permitirá el diseño de estrategias de intervención para brindarles orientación específica para manejar a los pacientes pediátricos con alto riesgo de morir.

**Riesgos:** La entrevista y la aplicación de los cuestionarios conlleva un riesgo mínimo. Algunos participantes pudieran presentar reacciones emocionales desagradables como tristeza al recordar eventos difíciles del pasado. Si este llegara a ser el caso, el médico que realiza el procedimiento está preparado para brindarle apoyo o tener una entrevista personalizada a fin de resolver las emociones que pudieran surgir del estudio.

**Confidencialidad:** En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la ley (art. 6): Sus datos personales están protegidos y permanecerán anónimos. Usted podrá tener acceso a la información sobre este estudio en caso de solicitarlo recordando su número de folio ya que no se solicitará su nombre.

Toda la información acerca de su identidad será confidencial, se asignará un número de folio con el fin de mantener el anonimato y se resguardará en expedientes especiales de investigación. Los datos serán protegidos en computadora personal con contraseña.

**Participación y retiro.** La participación en esta investigación es voluntaria. Si decide no participar, esto no afectará de ninguna forma su formación en el Instituto Nacional de Pediatría ni en el trato que se le proporcione como



Instituto  
Nacional  
de Pediatría



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

compañero por la investigadora del estudio.

### **Identificación de los investigadores**

Si tiene preguntas relacionadas con la investigación o en caso de alguna reacción desfavorable relacionada con la participación en el estudio, puede comunicarse con el investigador identificado a continuación. Dra. Sarah Virginia Palma Muñoz, Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría, Celular 5620268687

Dra. Diana Molina Valdespino, Servicio de Salud Mental, tel.: 55 1084 0900 Extensión: 1844. Horario de 10:00 a 16:00 hrs.

En caso de tener alguna duda o queja relacionada con la investigación, podrá ponerse en contacto con el Dr. Alberto Olaya, Presidente del Comité de Ética en Investigación, al teléfono 55 1084 0900 extensión 1581, en un horario de 9:00 a 14:00 horas. Domicilio: Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, CDMX.

**Derechos de los sujetos bajo investigación.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar sin sanción. Usted no renuncia a ninguno de sus reclamos legales, derechos o remedios debido a su participación en este estudio de investigación.

**FIRMA DEL PARTICIPANTE** Yo he leído y entiendo la información anotada anteriormente. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas. Me han dado una copia de este formulario.





Instituto Nacional de Pediatría



SALUD SECRETARÍA DE SALUD

**Al firmar este formulario yo consiento voluntariamente en participar en la investigación descrita.**

*Firma del Participante*

\_\_\_\_\_  
*Nombre* \_\_\_\_\_ *del* \_\_\_\_\_ *testigo*  
1: \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_ *del* \_\_\_\_\_ *testigo*  
1: \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Relación con el participante:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Nombre* \_\_\_\_\_ *del* \_\_\_\_\_ *testigo*  
2: \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_ *del* \_\_\_\_\_  
*testigo:* \_\_\_\_\_