

2005
ARRIAGA CONTRERAS, MIGUEL ANGEL

11237

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Hospital de Pediatría

**“Actitudes del médico residente de
pediatría ante la muerte”**

T E S I S

Por

Dr. Miguel Angel Arriaga Contreras
Médico Residente de Pediatría Médica

Tutor:

Dr. Héctor J. González Cabello



México, Distrito Federal

Diciembre 2005

m342697

V.B. [Signature]

V.B. [Signature]

V.B. Contreras
22/02/05
[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

RESUMEN

Objetivo: Identificar las actitudes de los residentes de pediatría de diversos grados ante el tema de la muerte.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Conflicto de Interés: Ninguno

Pacientes: No

Intervenciones: Ninguna

Resultados:

Grupo final de 45 médicos residentes (MR), por exclusión de 7 (13%), por no completar el cuestionario. Dentro de las características demográficas generales se observó, que la mediana de edad fue de 27 años, predominó el sexo femenino con una relación 1.5:1, 71% solteros, y sin hijos en el 82%, Católicos el 80% y 80% residentes de pediatría. De las actitudes destacó el desacuerdo en los rubros de **evitación, temor y salida**, y la tendencia al acuerdo en las preguntas relacionadas con **aceptación y pasaje**. En el análisis de los conjuntos de preguntas que evaluaron las actitudes y su relación con las demás variables: **Evitación** (evitar hablar de la muerte): especificidad del 97%, las variables asociadas fueron: ser mayor de 30 años, MR de 4º año o más, especialidad de pediatría. **Aceptación** (aprobación de hablar de la muerte): especificidad del 81.4% y no se encontraron variables asociadas. **Temor** (miedo a hablar de la muerte): Especificidad 65% y las variables asociadas: tener hijos, sexo femenino y religión católica, al. **Pasaje** (ver la muerte como un tránsito finito): especificidad del 73.1% y la única variable asociada fue la de ser mayor de 30 años. **Salida** (justificación del proceso): especificidad del 72% y las variables asociadas, fueron tener hijos.

Discusión: Las actitudes ante la muerte no parecen seguir un patrón específico, en el grupo estudiado, aunque hay cierta tendencia al acuerdo en declarar una postura de aceptación ante la muerte de un paciente, que es manifestada por el alto grado de acuerdo en los rubros de **aceptación y pasaje**, era esperado encontrar entonces un alto grado de desacuerdo en los rubros de **temor y evitación**, la diferencial de casi el 33.3%, hace inferir en que hay un grupo de MR aun con una postura no definida e incertidumbre,.

Conclusiones. La discrepancia en los grupos de rubros contrastantes de actitudes de aceptación o evitación ante el tema de la muerte, y la inferencia de un porcentaje alto de incertidumbre, sugiere la necesidad de que en el currículo de la carrera de medicina o durante la residencia médica, se aborden estos temas para devolverle a la medicina su principal esencia humanística y por otra parte la falta de postura puede influir en su actitud terapéutica que entre otras puede favorecer el encarnizamiento terapéutico.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dr. Miguel Ángel Ariaga Contreras

FECHA: 08/Abril/05

FIRMA: [Firma]

INDICE

Antecedentes

- El médico ante la muerte 4
- El pediatra ante la muerte 5
- Problemas del médico residente ante la muerte 7
- Ansiedad y miedo ante la muerte 7
- Etapas ante la muerte propia 8
- Etapas ante la muerte del otro 10

Planteamiento del problema 13

Justificaciones 14

Hipótesis 15

Objetivos 16

Material y métodos 17

Descripción general del estudio 18

Resultados 19

Discusión 20

Conclusiones 24

Bibliografía 25

Anexos 27

Antecedentes

La vida y la muerte

La muerte palabra incomprensible, misterio equivalente al de la vida, está rodeada de fenómenos que la convierten en aterradora. Es impensable la vida sin referencia a la muerte. Por esto mismo, toda interpretación de la muerte supone y con lleva una interpretación de la vida. Lo primero que la vida nos enseña al nacer es que algún día debemos morir. Vivir debiera ser una preparación para morir bien pero no es así, la muerte es una palabra tabú que produce rechazo, que es preferible ignorar y no pensar en lo que hay en la otra orilla, probablemente por temor a lo desconocido.

La muerte se encuentra en nuestra cultura en el rango de los negativo, malo, absurdo, no deseado, siniestro, etc. Es mejor visto y aceptado oponerse a la muerte que a la vida.

La experiencia ante el paciente moribundo en el ámbito médico nos enfrenta inevitablemente a la propia y dependiendo de las creencias conscientes e inconscientes que de ella tenga cada individuo, será el tipo de actitud que se tenga ante la muerte. ^{1, 2, 4, 5}

El médico y la muerte

Poco se ha escrito en la literatura médica con respecto a este tópico. Quizá porque el contenido psicodinámico de la respuesta del médico ante la muerte sea en principio siempre negar la vulnerabilidad de la vida y la limitación de nuestros esfuerzos ante la inminencia de la muerte inevitable. Al médico se le educa desde el primer año de la carrera en una filosofía que siempre tiende hacia la promoción y preservación de la vida. Prácticamente nunca se le habla de la muerte y sólo hasta que tiene que vivirla con los enfermos o cuando le toca la experiencia en alguien muy cercano es que llega, después de un enorme esfuerzo de autocrítica, a percatarse que es la muerte la que le da un sentido de existencia a la vida y le enseña a valorarla en una dimensión más objetiva: la de la finitud que nos hace simplemente humanos ^{6,7,8,9}

A lo anterior es necesario agregar las contradicciones de nuestra sociedad mercantil, dado que la medicina es cada vez más una actividad profesional que se ve afectada por costos progresivamente mayores. La forma de morir así considerada es claramente diferencial: depende de la capacidad adquisitiva de cada cual, lo que pone un serio dilema filosófico sobre el tema de la dignidad intrínseca de todos los seres humanos. ¹⁰

Diferentes estudios concuerdan en que los médicos debieran tener un papel definido con respecto a las anteriores consideraciones. Muchos de los pacientes y sus familiares tienden a adoptar aquellos patrones de conducta y creencias de su médico en el momento de verse enfrentados a la muerte: tal es el estado de

indefensión y vulnerabilidad de esa experiencia. Además de la alienación propia de la vida en nuestra sociedad mercantil, este estado de crisis hace ávidos de orientación, apoyo y guía a estos individuos.¹¹ Si la persona no sabe del proceso de morir, si sus familiares se encuentran llenos de ambivalencia y culpa, su médico debiera ser capaz de poderlo orientar y darle un sentido a la experiencia, así como guiar a los familiares al manejo de sus propias vivencias y para el apoyo del moribundo. Si somos capaces de lo anterior para un proceso de parto, debemos serlo también para un proceso de muerte, tal es la amplitud de nuestro contacto con la realidad humana. El momento del inicio de una vida humana o el momento del alta de un paciente gravemente enfermo son situaciones felices en la práctica cotidiana. La muerte digna de un paciente que ha sido adecuadamente conducido en su proceso es una de las situaciones más nobles del quehacer médico.^{12, 13, 14}

El pediatra y la muerte

El incremento de niños afectados por enfermedades crónicas, antes mortales pero ahora crónicas, ha desplazado la problemática de la supervivencia hacia la de su calidad de vida. La gran frecuencia de enfermedades crónicas de gravedad variable (diabetes, asma, epilepsia), pero también de potencial letal (cáncer, leucemias, hemofilia + SIDA), así como las secuelas de accidentes graves (quemaduras severas, invalidez post-traumática), han generado numerosas experiencias compartidas entre pediatras y psiquiatras de niños y adolescentes. Estas experiencias demuestran de un lado la mayor incidencia, prácticamente el doble, de dificultades psicológicas y de trastornos psiquiátricos en los niños afectados por enfermedades crónicas, que necesitarían un abordaje terapéutico específico, pero además, un abordaje más humano^{15, 16}

Conviene insistir en que el niño tiene conciencia clara de su muerte inminente y que, si se le da ocasión, hablará claramente de su idea de la muerte, de sus temores y de sus deseos al respecto. Las actitudes de padres y el equipo médico hacia el niño que sabe de la gravedad de su situación son de gran importancia. Todos los especialistas en la cuestión han señalado la necesidad de proporcionar una formación psicológica específica a los profesionales que trabajan habitualmente con niños afectados de enfermedades letales. También la presencia de un psicólogo-psiquiatra en estos equipos para comprender las reacciones y actitudes del niño ante la enfermedad así como las contra-actitudes de los adultos ha sido ampliamente recomendada. Sin embargo tal presencia no debe ni puede descargar sobre este profesional el hacerse cargo, en exclusiva, de los múltiples problemas psicológicos que se generan y que irradian tanto a la familia como a los equipos terapéuticos.^{15 - 19, 25}

Es importante que el profesional y la familia estén informados de los temas que el niño puede ir desplegando, si la relación de confianza lo permite. Enumeraremos algunos de los más frecuentes.

- La evocación por parte del niño de las consecuencias de su desaparición (reacciones de su familia, tristeza de sus familiares, destino de sus objetos)

o de sus sueños y proyectos no realizados, enunciados a veces de forma aparentemente ilusoria («vamos a ir a...» «de mayor voy a ser...») suele ser habitual si el adulto está dispuesto a este difícil, doloroso y beneficioso diálogo.

- La angustia de la muerte siempre está presente.
- La idea del más allá como viaje hacia algo desconocido y terrorífico, y de la imposibilidad de controlar el momento de su muerte, que puede llegarle «de repente», suelen ser habituales.
- Pero sin duda las angustias más inquietantes son las de tipo narcisista, amenaza de su integridad corporal y de su imagen cara a los demás «así nadie me quiere», siempre acompañadas de sentimientos de exclusión y abandono y en definitiva de la pérdida del amor.

Temores que no son sólo imaginarios pues a menudo los adultos, víctimas de su propio dolor, inician cuando el final se acerca, un proceso de alejamiento que anticipa el proceso de duelo. La relación entre cuidadores y familia es otro capítulo importante. Las reacciones al anuncio del diagnóstico fatal, y a la necesidad de un proceso exploratorio a menudo doloroso y decepcionante, a la sucesión de remisiones y «agravamientos» o al acercamiento de una evolución fatal inevitable, son situaciones que condicionan actitudes y reacciones, por ambas partes, que pueden causar un alivio o evitar un dolor sobreañadido, tanto al niño como a los demás, mejorando las relaciones terapéuticas y protegiendo a todos de malentendidos o agresiones inútiles. Suelen catalogarse dos tipos/polos de reacción en los equipos cuidadores y en las familias (y ambos tienen ventajas e inconvenientes).

Los grupos «fóbicos», respondiendo a la tendencia natural a huir de la situación angustiosa, la muerte, se organizan cuando lo fundamental es evitar un fondo permanente de ansiedad que aflora fácilmente, por procedimientos de distanciamiento (limitando o escapando de los encuentros espontáneos), o refugiándose tras actitudes «técnicas» deshumanizadas, o tras una jerarquía piramidal muy rígida.

Los grupos «fusionales», por el contrario (desarrollando una actitud contrafóbica), se organizan cuando el predominio de una culpabilidad excesiva y la necesidad inconsciente de compartirla con el paciente (y su familia) llevan a disminuir la distancia hasta suprimirla (tuteo, igualitarismo), se establece la libre circulación de comunicación y de deambulación y se llega hasta la desaparición de límites convenientes (delegando decisiones, haciendo confidencias personales), pudiendo incurrir en un exceso de confianza y proximidad (intimidad compartida incluso fuera del ámbito profesional). En el caso de las familias fusionales, lo habitual es una hiperprotección del niño, y un aislamiento progresivo del entorno exterior juzgado «insensible», que en lugar de tranquilizarle suele cargarle con más ansiedad y culpa. Sorprendentemente es frecuente que muy

rápidamente, los deseos de reparación lleven con frecuencia a un embarazo que genera un niño «reemplazante» del fallecido...o del agonizante. Tampoco es infrecuente que idénticas reacciones se produzcan en el personal sanitario, que a menudo tiene hijos de edad semejante a la de los afectados.^{15, 17 - 19}

El conocimiento de estas dificultades por parte de los profesionales permite comprender el proceso de muerte y así evitar malos entendidos que, de producirse, entorpecen el tratamiento y conllevan una angustia mayor de la que la propia enfermedad ya ocasiona

Problemas del médico residente ante la muerte

Lorraine Sherr (1992) afirma: "Los médicos, por definición, parecen temer la muerte. Motivados a invertir sus vidas en controlarla y prevenirla, su meta oculta parece ser eliminarla. Ellos, por tanto, son las últimas personas que pueden ayudarnos a aceptar la muerte. Los médicos jóvenes están frecuentemente devastados por sus primeros encuentros con la responsabilidad ante el moribundo y sus dolientes. Por lo general, son abandonados cuando se enfrentan con su consecuente desorden emocional, no son alentados a compartir esto con sus colegas y evitan y se separan de los dolientes cuando pueden, ya sea mediante un distanciamiento físico o emocional".²⁰ Con esta afirmación, nos advierte de las limitaciones psicológicas y emocionales que los médicos, y en especial los médicos jóvenes, podemos tener al abordar la asistencia al enfermo moribundo. El conocimiento de nuestras posibles limitaciones no debe inducirnos al desaliento, sino más bien estimularnos a superarlas.^{7, 19 - 24}

En la enseñanza actual, la mayoría de las relaciones prácticas con los enfermos son fugaces. Los estudiantes reciben una importante formación científica, pero sólo marginalmente se les enseña a comunicar con las personas enfermas. Como los médicos están entrenados para diagnosticar y curar, experimentan los procesos terminales como fracasos, prolongando con frecuencia innecesariamente la agonía mediante procesos artificiales, sin proporcionar al paciente durante ese tiempo una buena calidad de vida ni facilitarle la preparación a su muerte. Sin embargo, por su rol, estos profesionales tienen un enorme poder para ayudara los pacientes moribundos y a sus familiares.^{26 - 29}

Ansiedad y miedo ante la muerte

La ansiedad y el miedo son las respuestas más formalmente asociadas a la muerte en nuestra cultura. Ahora bien estas van a aparecer con mayor o menor peso en virtud de que se trate la muerte propia o la de otros, que sea este familiar, amigo o allegado; pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella.

En la descripción de la ansiedad y el miedo ante la muerte se han encontrado cuatro componentes principales:³⁰⁻³⁴

1. Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
2. Cambios físicos reales o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.
3. El tener la noción del imparable paso del tiempo.
4. El dolor y el estrés, real o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados.

Por otro lado, como no podía ser de otra forma, la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades)... de hecho gran parte de los componentes arriba descritos no son más que reacciones al cambio y a la separación. Veamos cómo se articulan y evidencian esta ansiedad y este miedo merced a que esta sea la muerte propia o la de otro^{18, 23-25}.

Etapas ante la muerte propia

Normalmente el análisis de las actitudes ante la muerte propia suele hacerse en sujetos cercanos a tal trance, como suelen ser los enfermos terminales, porque en ellos se ha producido el momento de la toma de conciencia de la muerte marcándose el cambio de trayectoria potencial de muerte a la trayectoria real de muerte (todos proyectamos una trayectoria de futuro para nuestra vida, en la que entra la posibilidad remota de nuestra muerte -de hecho no hacemos planes a 80 años vista- sin embargo, en el enfermo terminal esta trayectoria se trunca y tras la crisis de toma de conciencia de la muerte, se hace patente la trayectoria real de la muerte). En estas actitudes inciden factores diversos: personalidad, duración de la enfermedad, interacción con el personal sanitario, edad del paciente, lugar de la asistencia, tipo de enfermedad, entorno familiar, educación, creencia religiosa, presencia o no de dolor... sea como sea, estas actitudes unidas al sufrimiento psíquico se articulan en torno a los dos procesos de nuestra propia muerte: la agonía y el acto de morir como tal. De hecho, gran parte del temor pivota sobre el proceso de la agonía y no en el morir como tal; así en esta última etapa de la vida el miedo se evidencia de las siguientes formas:^{35, 36}

- Miedo al proceso de la agonía en sí: la mayoría de los enfermos terminales se plantean dudas y se angustian por si el hecho de morir les implicará grandes sufrimientos físicos o psíquicos.
- Miedo a perder el control de la situación: el proceso terminal vuelve al paciente cada vez más dependiente de los demás, hasta llegar a perderse el control de sí mismo temiendo así que todas las decisiones sobre él las tomen los demás.
- Miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte: así se preocupan especialmente por lo que le sucederá a su familia.

- Miedo al miedo de los demás: como dijo un poeta "no he sabido jamás lo que es el miedo hasta que lo vi en los ojos de los que me cuidaban".
- Miedo al aislamiento y a la soledad: los pacientes suelen tener miedo a estar solos a la hora de morir.
- Miedo a lo desconocido: la perspectiva de nuestra muerte hace inevitable el planteamiento del más allá, ¿qué ocurre después de la muerte?
- Miedo a que la vida que se ha tenido no haya tenido ningún significado: si la respuesta que el paciente se da a este interrogante no es satisfactoria, el proceso de morir es más temido aún.

La suma de estos miedos se traduce en sufrimiento, que es un verdadero dolor (dolor psíquico, casi peor que el físico ^{25, 37} y esto es lo que más se teme.

En este marco, diversos autores nos exponen fases o etapas en los cambios de actitud y en las emociones del enfermo terminal.

Kübler- Ross ³⁹ (1969) describe cinco estadios que se pueden asemejar a las fases que aparecen tras la pérdida de un ser querido. Estos estadios, no son necesariamente sucesivos, pueden darse retrocesos, o darse aspectos de distintas fases simultáneamente. Estos estadios, por los que no necesariamente tienen que pasar todos los pacientes:

Negación y aislamiento: Es la reacción que presenta el enfermo, y en ocasiones también la familia, tras ser informado de que su enfermedad es irreversible, pudiendo servir como un mecanismo amortiguador. Esta fase se da en todo los enfermos, pudiendo ser sustituida por una aceptación parcial.

Indignación o ira: Cuando el enfermo no puede seguir negando su estado, empieza a preguntarse "¿Por qué? ¿Qué he hecho yo para merecer esto?" y aparecen sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se culpa a sí mismo, a la familia, al personal médico y a Dios. Este comportamiento del enfermo puede despertar desconcierto y agresividad, por lo que es una fase en la que las relaciones médico enfermo pueden ser difíciles. También para la familia es cómodo en ese momento echar la culpa al médico, o quejarse continuamente de todo (asistencia, personal, institución, etc.).

Regateo o negociación: Cuando el paciente ha exteriorizado su indignación y empieza a afrontar la realidad pasa a una fase de negociación y pacto. Se somete dócilmente a las indicaciones de los médicos y realiza promesas de ser mejor con el fin de retrasar los hechos. ("yo me dejo hacer esta prueba o colaboro en el tratamiento, pero usted me garantiza que...").

Depresión: Cuando el enfermo comprueba que su negación, su indignación o sus negociaciones no le han aportado ninguna mejoría, cae en una depresión, con una doble vertiente, como consecuencia de las pérdidas pasadas y como proyección

hacia las pérdidas futuras. El enfermo se aísla, no habla, no come y no coopera. Ha aceptado plenamente que va a morir y desea que la familia y el personal asistencial le acompañen en silencio.

Aceptación: Si el paciente ha tenido el suficiente apoyo durante las fases anteriores, puede llegar a aceptar la muerte con paz y serenidad. Ya no está deprimido, no hay sentimientos negativos. Está muy cansado y débil. Durante esta etapa la comunicación no verbal puede ser de gran ayuda. El paciente requiere una persona que con cariño se ocupe de él. A veces, en esta fase tranquila de aceptación se intenta, de una manera equivocada, seguir animando al enfermo a que viva, cuando lo que el quiere es que le dejen morir tranquilo.

Etapas del duelo ante la muerte del otro

Pero este proceso terminal también genera ansiedad y cambios de actitud en los familiares, amigos y allegados.... Ante este miedo y esta ansiedad se ponen en marcha ciertas estrategias defensivas tales como:

- Eludir el problema del cuidado del enfermo trasladándolo a un hospital y no afrontando la convivencia cotidiana con él ("Lontano dil.oquio lontano dil cuore", dicen los italianos) quitándose el muerto de encima y nunca mejor dicho, aunque la mayoría de las personas preferirían morir en su casa. ⁴¹
- "Pacto o conspiración del Silencio" ⁴² evitando aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte lo cual se traduce en un mayor aislamiento del paciente.

Las etapas formuladas por Kübler-Ross también suelen aparecer en familiares y allegados, pero no al mismo tiempo que en el paciente terminal; más aún, por razones obvias las fases finalizan en el paciente al acabar su vida, sin embargo el proceso en los familiares y allegados continúa más allá de este momento, generándose un proceso de duelo, con las siguientes etapas: ⁴³

Embotamiento mental: caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad.

Anhelo y búsqueda del referente perdido: aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, y culpa con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico, hablamos de un duelo patológico).

Desorganización y desesperación: suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal.

Reorganización: si se van superando las fases poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión / distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas pueden ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte. ⁴⁴

Actitudes del personal de la Salud (PS) ante la muerte

a) **No querer nombrar a la misma muerte** y, por asociación, tampoco a las patologías o males que se cree que la atraen, así se establece todo un ritual de la hipocresía y de la ocultación que culmina en enmascarar la verdad al paciente sobre su estado terminal, con una falsa piedad que se racionaliza para "evitarle angustias al enfermo", Lógicamente algunos pacientes y, sobre todo, los familiares son cómplices complacientes en este ritual de la mentira.^{43,44}

b) **No mirar cara a cara al enfermo y evitar su contacto**; como segunda consecuencia no solo no se quiere pensar en la muerte o no nombrarla, sino que el PS no le mira cara a cara, y sobre todo a los ojos, a los pacientes moribundos, posiblemente por temor. Lo grave es que el enfermo lo nota y se ve a sí mismo como desahuciado, como un apestado (separado, a veces, del resto de una sala por una cortinilla). Hay que resaltar la **incongruencia** que supone el que a nivel de comunicación verbal se le diga que no tiene nada y a través de la comunicación no verbal se le diga lo contrario.^{43,44}

c) **Aumento de la atención tecnológica y del encarnizamiento terapéutico**: el último giro en la espiral, es que el PS con el sentimiento de culpa que le genera su conducta y sus actitudes "quiere expiarse pagando con tecnología lo que retira de afectividad y humanismo", así se convierte el morir hospitalario en algo solitario y vergonzante con el atrezzo de toda una parafernalia, como estéril sucedáneo del calor y del afecto humano; es decir **se han empeorado las condiciones de muerte**, alargándose la agonía, gracias al encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose el morir hospitalario- como nos recordaba Kübler Ross³⁹ en algo "solitario, mecánico y deshumanizado". Aunque, en realidad, el PS no es culpable de manifestar estas actitudes y comportamientos habida cuenta que están mediatizados por las carencias de formación profesional en técnicas de comunicación y en técnicas de afrontamiento ante la situación que plantea el enfermo agonizante.⁴⁰

Por otra parte es difícil medir de manera precisa o al menos confiable, las actitudes humanas, y en especial hacia el tema de la muerte, se han hecho esfuerzos para tratar de cualificar las actitudes hacia la muerte y se establece que puede llevarse a cabo mediante diversos procedimientos: entrevistas semiestructuradas, técnicas proyectivas y escalas o cuestionarios entre las que destacan: la Escala de miedo a la muerte de Boyar como lo descrito por Fods; la Escala de miedo a la muerte de Colet/Lester, la Escala de actitudes ante la muerte de Lester, el Índice de temor de Kreiger, Epsteing y Leitner y, sobre todo, la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Empler.^{18, 20, 21, 24, 41, 49}

Finalmente existe un cuestionario referido y validado por el grupo Cubano de la Dra. Hernández Cabrera⁴², al que nombró "Cuestionario de Actitudes ante la Muerte" (CAM); cuyo diseño se basó en la encuesta norteamericana denominada: "*Death Attitudes and Self-Reported Health Relevant Behaviors*"; obtuvo una sensibilidad de 95% y que quedó estructurado 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**

El mencionado cuestionario es en Idioma español y adecuado a las costumbres latinoamericanas, y dada su sensibilidad, se considera un instrumento útil para la calificación de actitudes de un individuo ante la muerte.

Planteamiento del problema

El concepto del fenómeno de la muerte influye en nuestra formación médica y en nuestras actitudes hacia el paciente pediátrico en estadios terminales. Dichas actitudes; son producto tanto del aprendizaje como de la personalidad, y pueden estar determinadas desde diferentes niveles de conciencia. Nuestro problema consiste, en que desconocemos estas actitudes del personal de salud cuando se enfrenta ante un paciente en etapas terminales; y por lo tanto, no podemos proponer un programa de educación para los futuros pediatras.

¿Cuál es la actitud del médico residente de pediatría Médica ante la muerte?

Justificación

1. Es importante que los residentes reconozcan su reacción ante la idea de su propia muerte, porque esta va a determinar, en gran parte la forma en que atiendan a los pacientes cercanos a la muerte, e incluso para muchos médicos se les dificulta la comunicación con el enfermo terminal, en virtud de que rechazan la idea de informales que van a morir cuando ya es inminente el suceso de deceso en un tiempo próximo.
2. Con el avance científico y tecnológico, el residente al no estar preparado en el tema de la muerte suele caer en el fenómeno del encarnizamiento terapéutico, lo cual dificulta el morir y prolonga la agonía. Este proceso debe acompañarse de una reflexión consiente acerca de los valores humanos fundamentales, debe respetar lo más sagrado del hombre: la vida sin perder de vista las transformaciones humanas que constituyen la revolución intelectual y ética del próximo milenio.
3. La educación acerca de la muerte es un fenómeno nuevo en muchos países, se imparte en los primeros años de la carrera en algunas Escuelas de Medicina, sin que se le dé un seguimiento. Algunos estudios mencionan que los residentes desde su formación carecen de una guía informativa en el tema de la muerte, lo cual provoca una deficiencia generalizada en la educación de los médicos que no saben como tratar a un enfermo cuya muerte se sabe próxima.
4. En México, la educación sobre la muerte y la investigación al respecto son insuficientes, es necesario obtener conocimientos que fundamenten una educación acorde con las necesidades de los futuros especialistas.

Hipótesis

El médico residente de pediatría manifiesta actitudes de rechazo o evitación en un 30%, ante el tema de la muerte.

Objetivos

Objetivo general:

- Identificar las actitudes de los residentes de pediatría de diversos grados ante el tema de la muerte.

Material y métodos

Universo de trabajo

El estudio será aplicado a los residentes de pediatría del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI y Hospital de pediatría del CMN "La Raza"

Criterios de inclusión

1. Ser médico residente de pediatría médica
2. Aceptar el estudio
3. Llenar en forma completa e individual el cuestionario

Criterios de eliminación.

1. No aceptar el estudio
2. Completar en forma incompleta y sin sentido
3. Médicos residentes en período vacacional o incapacidad.

Limite de espacio

El estudio se limitará a las instalaciones del hospital de pediatría de CMN "Siglo XXI"

Limite de tiempo

Se contempla un tiempo máximo de 2 meses a partir de la aprobación del protocolo entre los meses de octubre y noviembre.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal descriptivo, debido a que solamente una vez se les aplicará un cuestionario a los participantes del estudio.

Tamaño de la muestra

Muestra no probabilística por conveniencia

Variables

Las variables a considerar serán:

- I. Variable cuantitativa: Edad
- II. Variables cualitativas:
 - a. Sexo
 - b. Estado civil
 - c. Hijos
 - d. Religión
 - e. Grado académico
 - f. Actitudes:
 1. Evitación (E)
 2. Aceptación (A)
 3. Temor (T)
 4. Pasaje (P)
 5. Salida (S)

Descripción general del estudio

El estudio se realizará mediante un cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM) el cual está compuesto por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte:

1. **Evitación**, la cual en otro sentido se puede entender como una evasión para hablar del tema,
2. **Temor** que equivale a una actitud de aprensión, miedo ó angustia.
3. **Aceptación**, que implica aprobación
4. **Salida** que manifiesta una justificación del proceso,
5. **Pasaje** entendido como un concepto de transito finito en esta vida.

Además un grupo de preguntas evalúa el punto de vista actual en cuanto al tema denominándose **perspectiva profesional**

Cada médico expresa su grado de acuerdo o desacuerdo con la proposición que se presenta en una escala ordinal, del tipo análogo visual, haciendo una marca sobre la línea continua en cuyos extremos quedan fijados los polos *totalmente en desacuerdo* y *totalmente de acuerdo*. La calificación resultante de la respuesta de cada médico a cada escala, en magnitudes de 1-5, es expresada en valores en una base de datos para su procesamiento posterior. La aplicación del instrumento se realiza sobre la base del principio de voluntariedad, solicitando la colaboración de los colegas. En todo momento se garantiza el anonimato y cada instrumento es contestado de una sola vez, sin entrevista preparatoria. El procesamiento de los datos primarios se realiza mediante el sistema SSPS, con la ayuda de una computadora personal.

El esquema del procesamiento y análisis incorpora estadísticas descriptivas y pruebas de decisión, desarrollándose en 4 pasos fundamentales:

1. Análisis de las distribuciones de frecuencias de las respuestas en cada proposición del instrumento, así como de las variables sociodemográficas que caracterizan la población bajo estudio.
2. Determinación de las medias para cada dimensión y variable, y obtención de la correlación entre las variables que pertenecían a una dimensión y la media de esa dimensión, para un análisis de consistencia interna ítem sub-escala.
3. Determinación de las medias por rangos para cada variable sociodemográfica, para obtener su correlación con los promedios de las dimensiones del CAM.
4. Análisis de componentes principales para buscar grupos de variables que expliquen la varianza total del problema bajo estudio (análisis factorial).

Resultados

El grupo entrevistado total fue de 53 médicos residentes del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI, que acuden de forma regular a una sesión académica semanal programada y denominada Seminario de Tesis. Se excluyeron a un total de 7 (13%), por no completar el cuestionario, por lo que el grupo final lo constituyeron 45; en la **tabla 1** se muestran las características demográficas generales, donde se puede observar que la mediana de edad fue de 27 años (24 a 35 años), en cuanto al sexo destacó el femenino con una proporción hombre: mujer de 1:1.5. Un 71% es casado; tienen hijos solo el 17.7%. La religión más frecuente fue la católica en el 80%. En cuanto a especialidad los médicos residentes se constituyeron en 2 grupos, el primero de la especialidad de pediatría médica en el 80% y el restante por residentes de diferentes segundas especialidades en pediatría (20%). La distribución por año de residencia también se muestra en dicha tabla.

Con respecto a las actitudes, en la grafica 1, se observan los extremos de las respuestas en forma global, donde destaca el desacuerdo en los rubros de **evitación, temor y salida**, y la tendencia al acuerdo en las preguntas relacionadas con **aceptación y pasaje**.

Se analizaron los conjuntos de preguntas que evalúan las actitudes y su relación con las demás variables con el siguiente resultado enunciado en la **tabla 2**:

1. **Evitación:** Las preguntas que evalúan dicho rubro tienen una especificidad del 97.2%, y las variables asociadas fueron: ser mayor de 30 años, ser residente de 4º año o más, y por lo tanto no evitan hablar de la muerte.
2. **Aceptación:** Las preguntas tienen una especificidad del 81.4% y no se encontraron variables que influyeran para aceptar hablar de la muerte.
3. **Temor:** La especificidad de las preguntas fue baja (65%) y las variables asociadas fueron; tener hijos, sexo femenino y religión católica, que se asociaron al temor a hablar de la muerte.
4. **Pasaje:** Este conjunto de preguntas tiene una especificidad del 73.1% y la única variable asociada fue la de ser mayor de 30 años.
5. **Salida:** Se encontró una especificidad del 72% y las variables relacionadas a estar en desacuerdo de ver a la muerte como una solución o salida, fueron tener hijos.

Perspectivas profesionales ante la muerte: equivale a la postura de un médico que atiende a un paciente agónico, ante la eventual pérdida, y está ponderada en el cuestionario mediante 7 preguntas, el porcentaje de acuerdo y desacuerdo fueron muy similares, como se muestra en la **tabla 3**.

DISCUSIÓN

La muerte, aun para los médicos, es un tema difícil de abordar y aunque se considera parte del quehacer y vivir del personal de la salud, el comportamiento y visión real solo se pueden determinar con instrumentos específicos como el utilizado en este trabajo, y que constituye un intento por dilucidar si algún factor inherente al médico residente (MR) influye sobre su actitud ante la muerte; de los resultados obtenidos, divididos por ítem analizado destaca:

A. Evitación y Aceptación. Hubo desacuerdo en la actitud ante la muerte en el aspecto denominado evitación, que se puede entender como una manera de evasión para hablar del tema, se encontró que la mayoría de los MR (93.3%), no evitarían el tema de la muerte y están abiertos al mismo, situación que haría esperar que ante las preguntas relacionadas con la actitud contrastante denominada Aceptación, o aprobación para hablar del tema, el porcentaje fuera similar en aceptarlo, pero inquieta que el porcentaje disminuyó al 64.4%, como se observa en la grafica 1, probablemente relacionado a que existe un grupo de MR que sienten incertidumbre, no tienen una postura definida y que de manera inconsistente rechazan o aceptan conversar del tema. En la literatura se reporta también esta actitud contrapuesta, similar a detectada en el presente trabajo, y acorde con lo hallado en otros estudios donde la mayoría de los médicos y enfermeras niegan inicialmente tener algún problema en el cuidado del niño con una enfermedad mortal; sin embargo, siempre están muy ocupados; para hablar más tiempo del necesario con el paciente o su familia, o bien ignoran la necesidad del niño de estar informado de los procedimientos que se le van a aplicar para que puedan ejercer cierto control sobre las ansiedades que éstos le provocan y esta es la manifestación de la negación o evitación ¹⁶.

Dentro de las variables asociadas se observa que a mayor edad, año de residencia y de la especialidad de pediatría menos se evita hablar de la muerte, esto es existe mayor disposición para abordar el tema y concuerda con lo hallado en diferentes estudios, donde se expone que al paso del tiempo los médicos se muestran más comunicativos con los pacientes terminales y sus familias en relación a la muerte y el proceso de morir ²⁴. Esto puede explicarse porque con la edad se incrementa la experiencia profesional por mayor contacto con la muerte, lo que actúa como un mecanismo desensibilizador, y en el caso del médico pediatra, desde los primeros años de su formación tiene mucho contacto con la muerte de sus pacientes, lo ya que una de las cifras mas altas de mortalidad etaria es la de los niños menores de 5 años ³². Y en las unidades de 3er nivel como es el caso del hospital donde se realizo el estudio, el contacto con pacientes terminales hemato-oncológicos es mucho más frecuente y cercano ^{15, 16, 27}.

B. Temor. Es entendido como angustia y miedo, quizá el aspecto más difícil de evaluar debido a que estos sentimientos van a aparecer con mayor o menor intensidad, según se trate de la muerte propia o la de otros, familiar, amigo o allegado; lo que puede generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella. Por otro lado, como no podía ser de otra forma, la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (eventos muy unidos a los miedos y ansiedades personales) de hecho gran parte de los componentes arriba descritos no son más que reacciones al cambio y a la separación. Dichos aspectos quizá hayan influido en las respuestas de los MR ya que el 71.1% refiere no temer a la muerte probablemente debido a que en ese momento el MR haya utilizado la negación como mecanismo de defensa ^{15, 16}

Las variables asociadas fueron; tener hijos, sexo femenino y religión católica, que se asociaron al temor a hablar de la muerte; en cuanto a la primera variable es probable que el MR con hijos, esté mucho más conciente de la muerte del otro, más que de la propia lo que lo hace ser más sensible al tema ¹⁶. En cuanto al segundo aspecto o diferencia de género, es difícil determinar por que las mujeres temen más que los hombres, pero es factible relacionar este hallazgo, con el sentimiento de protección materna presente en las mujeres, referido por el psicoanalista pediatra Dr. Winnicott, quien textualmente menciona "Si el mundo sigue girando pese a nuestra ignorancia de estas cosas es porque hay algo en la madre de un bebé, algo que la hace singularmente apta para proteger a su pequeño en esa etapa de vulnerabilidad, algo que la capacita para contribuir en un sentido positivo a las necesidades positivas de su niño" ⁴⁸.

Por último la religión católica fue otra variable que se asoció a temor, y aunque como se observa en la **tabla 1**, el 80% de los MR son de dicha religión, aun así hubo diferencia significativa, y parece corresponder a una visión negativa y dolorosa de la muerte como refiere Moisés Aracena ⁴⁹ al mencionar a la angustia y temor que genera la idea del Juicio Final; por otra parte y como mayor refuerzo de dicho concepto, en distintas obras literarias y aun pictóricas, se le sugieren al hombre, conceptos equívocos de la muerte la que se mira como un castigo final, que además puede ser aumentado de manera eterna con el infierno, y aunque predomina la idea del perdón y el amor sobre toda otra consideración, prevalece la idea de juicio y castigo; y al asumir la trascendencia del alma, la actitud cambiaría. Mientras los médicos no acepten la muerte y le den un significado más natural, se verán influidos por aspectos religiosos personales y se sentirán probablemente con incertidumbre y confusión.

C. Pasaje. El concepto de pasaje se alcanza cuando la vida se concibe como un tránsito, morir es cambiar de estado y el bien morir puede ser entendido en términos de desprenderse finalmente de todo lo material que nos confina a este mundo para facilitarnos el paso a la eternidad. El bien morir es estar dispuesto con

humildad a despedirse de la vida, entregar la existencia que nos fue dada, sin rencores ni arrepentimientos, sin culpa y sin dolor.

Es interesante que en el grupo de preguntas que se refieren a la muerte como Pasaje, (tránsito a otro estadio), las respuestas hayan sido de aceptación asociándose que a mayor edad mejor concepción. Lo que nos indica que existe una formación filosófica y científica de los MR o que el contacto frecuente con la muerte de los pacientes durante la residencia y más en un hospital de III nivel, genera una mejor visión de la muerte. Contrasta dicha observación con lo hallado en otro estudio en el cual se está en desacuerdo con el pasaje, en dicha exposición se asoció a la religión como un factor que evita que se adquiriera dicho concepto. En esta indagación no se encuentra alguna otra variable relacionada. Se sugiere que este aspecto se investigue en futuros trabajos ²⁷.

El sentido de la muerte se encuentra en la vida misma, ya que sabemos que si vivimos vamos a morir algún día, y se dirigen los esfuerzos para tratar de vivir intensamente; el saber que se va a morir enseña a amar, querer, y recordar. Negar la propia muerte hacia la eternidad no puede sino constituir el más absurdo de los absurdos. En cuanto ésta dejaría de ser fuente de vida, vivir en el más acá, requiere la certeza de la finitud. La muerte es un espejo en el cual se contempla nuestra vida entera, la historia personal se perfila hacia un proyecto común de todos los hombres, de los que están y los que vendrán, el diálogo del espíritu con el corazón, resuelven su acuerdo de vida en un instante, el corazón ofrece energía para la acción, y el espíritu ofrece un viaje hacia el crecimiento ⁴⁷.

D. Salida. Al analizar esta actitud que considera a la muerte como una posible solución a los problemas de la vida, en un ensayo ²⁷ las puntuaciones de los Médicos Familiares estudiados son predominantemente bajas en 4 de los ítemes. Un análisis particular puede hacerse del ítem 15 (el 66 % de los médicos prefieren vivir sin calidad, a morir). Este apego irracional a la vida podría ser explicado por múltiples razones: de formación (énfasis en que la misión absoluta del médico es salvar vidas), por los componentes cognitivos de esta actitud (creencia sobre bases estereotipadas, que permiten la formación de actitudes prejuiciadas), por el componente afectivo de rechazo a la muerte (en él influye mucho el temor y la incertidumbre misma). La mayoritaria respuesta en altos niveles al ítem 31 ("hay momentos en que la muerte puede ser un alivio"), puede estar explicada por el continuo contacto con el sufrimiento, el dolor y el deterioro de pacientes con enfermedades avanzadas, que tienen realmente estos médicos en su comunidad y que han visto a lo largo de su formación. Es el único reactivo de esta sub-escala al que los médicos responden en mayoritario acuerdo con relación a la muerte vista como Salida o solución, hecho que contrasta diametralmente con lo encontrado en el presente trabajo, con desacuerdo del 97%, que traduce una actitud del médico pediatra de alto aprecio de la vida, quizás por la experiencia cotidiana de vivir con la esperanza de la vida que significan los niños que aun con enfermedades tienen un potencial de supervivencia generalmente largo y aun en enfermedades terminales, la cercanía con ellos modifica la actitud de derrotismo y se sublima en ternura hacia los niños. Por ello probablemente el MR se sensibiliza aún más

cuando tiene sus propios hijos, variable que se asoció en este aspecto y que se apoya con lo escrito en la literatura ^{16, 17, 19, 25, 27}

En cuanto al último rubro de la encuesta y que no es propiamente una actitud ante la muerte sino un punto de vista del pensamiento actual ante preguntas que involucran su visión profesional ante el enfermo agónico, el similar porcentaje de postura de acuerdo y desacuerdo del grupo, aunado a la diferencial encontrada entre los rubros contrastantes de evitación-temor vs aceptación-pasaje; concuerdan en que hay alto grado de incertidumbre y que esta influenciado por pocas variables y es posible inferior que tenga que relacionarse a vivencias no médicas previas ante la muerte. Este último concepto sugiere la necesidad de mayores estudios incluso de seguimiento en los grupos, ya que la incertidumbre o falta de postura definida, puede favorecer el encarnizamiento terapéutico o decisiones médicas inconsistentes..

Todo lo anterior sugiere que los médicos requieren de una formación adecuada en el área de Tanatología, que debiera fomentar otras actitudes de mayor compromiso y apoyo para con el enfermo terminal, como⁶⁸:

1. Tomar conciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico.
2. Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar adecuadamente sus necesidades específicas.
3. Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados.
4. Atender y ser sensible a las necesidades espirituales y religiosas del paciente.
5. Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan más cómodo y acogedor el habitáculo del enfermo, tanto para él como para sus familiares.

Conclusiones:

De la discusión anterior y los resultados se pueden emitir las siguientes conclusiones:

1. La hipótesis principal se rechaza, y los hallazgos sugieren aparente buena disposición de los MR a tocar el tema de la muerte, esto es aceptación, aunque inquieta que casi un tercio global, teme, rehuye o siente incertidumbre, hacia el tema, y puede considerarse como una evitación, que funcionaría como un mecanismo de defensa; en la clasificación de las etapas del duelo, corresponde a la denominada negación.
2. Las variables identificadas con mayor asociación a las distintas actitudes de aceptación, y pasaje, fueron ser mayor de 30 años, el año de residencia, que hace inferir una mejor apertura probablemente por la mayor experiencia y contacto vivencial con pacientes terminales hemato-oncológicos de este hospital
3. El temor fue una actitud difícil de evaluar, que puede estar favorecido por confusión y falta de postura ante la muerte, desde la concepción de la propia o la defunción del otro, y las variables asociadas fueron la paternidad que origina angustia hacia la muerte, La actitud femenina sugiere lo intenso de los sentimientos de protección materna, que le favorecen conducta positiva y mayor esperanza. Por otro lado, respecto a los 7 médicos residentes que fueron excluidos por no contestar de manera completa el cuestionario, una hipótesis a plantear es que fue precisamente el temor lo que les llevó en un momento dado a evitar contestar las preguntas, lo que indirectamente refleja una postura indefinida o un franco rechazo al tema de la muerte.
4. Como era de esperarse con respecto a las preguntas para identificar la actitud de ver a muerte como una Salida, o solución a los problemas, el desacuerdo fue casi unánime, ya que el ver a la muerte como salida implicaba una tácita aceptación del suicidio o de la eutanasia.
5. Inquieta la presencia en el 11.1% de una actitud acorde con ver a la muerte como una salida que puede interpretarse como la propia, y que aunque no constituyen una idea suicida real, es un aspecto a considerar y. dado que la encuesta no esta validada para detectar dicho problema mayor, ya que no hay manera de identificar a los MR en riesgo real, con estas respuestas; para ampliar el estudio de ellos, se requiere de investigarlos con métodos específicos, como es la tendencia actual de mirar al MR de forma integral y no solo un individuo sujeto de aprendizaje.
6. De los resultados que muestran un porcentaje general del 33.3% con incertidumbre y falta de postura definida ante la muerte de los MR, se requerirá evaluar la necesidad de implementar ya sea en el currículo de la licenciatura en medicina, el tema de Tanatología, o bien en el primer año de la residencia medica, cubrir esta, que parece una necesidad para mejorar la actitud ante la muerte de los pacientes y en todo caso apoyarlos en tan dramática situación que influirá en una práctica médica mas humanizada.

“Todos los médicos llevamos en el fondo del corazón un cementerio al que debemos voltear a menudo para seguir siendo humanos”...

BIBLIOGRAFÍA

1. **Morin E.** El hombre y la muerte, Ed. Kairos, Barcelona, 1974.
2. **Guillermo E.** Eutanasia: Un reto a la conciencia, ed. 1era, Ed. Alba, México D.F., 1995
3. **Diccionario Enciclopédico Ilustrado:** Océano Uno, Ed. Océano, Barcelona, 1994.
4. **Pérez Ruy** Tres variaciones sobre la muerte y otros ensayos biomédicos, Instituto de Investigaciones Biomédicas U.N.A.M. Ed. La Prensa Médica Mexicana, ed. 1era, México D.F., 1974.
5. **Ramos Francisco** La muerte, realidad y misterio, Vol. 92, Ed. Salvat, Barcelona, España, 1986.
6. **Storey P.** Symptom control in advanced cancer. Seminars in Oncology Dec. 1994 21(6):748-53.
7. **Álvarez del Río** Las actitudes del estudiante de medicina ante el tema de la muerte. Psiquiatría Enero-abril 1995 11(1): 6 – 11.
8. **Ortiz Federico** El paciente en fase terminal y los problemas que plantean los nuevos retos terapéuticos. Revista Médico Moderno, Julio 1994 Vol. 83: 45 – 53.
9. **Urzaiz C.** La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad de Yucatán. Revista Mexicana de Educación Médica 1990 1:177 –180.
10. **Ortiz Federico** Nuevos valores, nuevos problemas. Revista Mundo Médico, Abril 1995 8: 38 – 45.
11. **De Bellis R.** Terminal illness and the oncologist. Advances in Thanatology, 1993. 7:69-73.
12. **Lifshit Alberto** Morir con dignidad. Rev Med IMSS (Méx.) Enero-febrero 1995, 83(33):38 – 45.
13. **Soberón Acevedo** Nuevos frentes del humanismo en la práctica. Salud Pública de México, Septiembre – Octubre 1994, 36(5): 546.
14. **Ortiz Federico** La medicina está enferma. ed. Limusa, México, D.F. 1987
15. **Lasa A.** El niños ante la enfermedad grave y la muerte. Bol. S Vasco Nav Pediatr 2001: 35: 40-43
16. **Palanca M.** La muerte del niño: Procesos de afrontamiento en el paciente, la familia y el equipo médico. An Esp Pediatr 2000; 53: 257-260.
17. **Louis Vincent** Antropología de la muerte, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1era ed. México D.F., 1983, paginas: 269 – 345.
18. **Gala F.** Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Cuadernos de Medicina Forence Octubre 2002, 30:39 – 50.
19. **Academia Americana de Pediatría.** El pediatra ante el duelo del niño. Pediatrics 2000; 445-447
20. **Lorraine Sherr** Atención para los asistentes en agonía, muerte y duelo. Ed. Manual Moderno, 1992:89 – 103.
21. **Hayslip B.** Effects of death education on Conscious and Unconscious Death Anxiety. Omega, 28:101-111, 1993.
22. **Urzaiz C.** La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Revista Mexicana de Educación Médica, 1:177-180, 1990.
23. **Willey D.** On death and doctors: an exploration of how Medical Students are trained to Deal with the emotional Needs of theirs Dying Patients. Advanced in Thanatology, 1980 4:61 – 70

24. **Dikinson G.** Attitudes toward death and terminally ill Patients. *Arch Inter Med* 1999; 159: 1741- 1744.
25. **Quijano Manuel** Actitud del médico ante la muerte inminente. *Gaceta Médica de México*, Enero 1977, 113(1):3 – 4.
26. **Seravalli E.** The Dying Patients, the Physician, and fear of death. *New England J Med* 1988 319:1728 – 1730.
27. **Hernández Gisela** Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 18(1):22:32
28. **Wanzer S.** The physician responsibility toward helplessly ill patient, A second look", *New England J Med* 1989; 320:844 – 849.
29. **Rojas Soriano** Guía para realizar investigaciones sociales. U.N.A.M., Ed Universitaria, ed. Octava, México D.F., 1985.
30. **Gilliland J.** Relationship of death anxiety scale factors to the subjective state. *Omega*, 1980, 16:145:155.
31. **Lonetto R.** The nature of death anxiety. *Advances in personality assessment (Vol 3)*. Ed. Erlbaum associates. Hillsdale, 1983. pp: 141-174.
32. **Nelson L** A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega* 1975 6:171 – 178.
33. **Ramos F.** Miedo y ansiedad ante la muerte. *Psicopatología Clínica y Salud*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, 1991: 131- 166.
34. **Lorraine Sher** Atención para los asistentes en agonía, muerte y duelo. Ed. *Manual Moderno*, 1992: 89-103.
35. **McVan B.** Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma. Barcelona, 1987.
36. **Leich T.** The institute on hospice. Ed. Labor et Fides. Ginebra, 1982.
37. **Gala F.** El dolor y el sufrimiento en la frontera biopsicosocial de la condición humana. Servicio de publicaciones de la UCA (en prensa) 1987.
38. **Berger M.** Morir en el hospital. Ed. Rol. Barcelona, 1982.
39. **Kübler Ross** La muerte y el moribundo. Ed. McGrawhill, 1era ed. México D.F. 1987.
40. **Pattison E.** The experience of dying. Ed. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, 1977.
41. **Hilton J.** Experiencias sobre el morir. Ed. Seix Barral. Barcelona, 1996.
42. **Borrel F.** El pacto de silencio. *El médico* 12/05/1989.
43. **Altabirra F.** La muerte en la cultura post-moderna. Una perspectiva sociológica, *Quadern Caps (XXIII)*. Barcelona, 1995.
44. **Bowlby J.** La pérdida afectiva, tristeza y depresión. Ed. Herder, Barcelona, 1980.
45. **Summers G.** Medición de actitudes., Ed. Trillas, 2ª ed. México D.F., 1978.
46. **Bulletin of the World Health Organization, 2000**, 78 (10): 1175–1191.
47. **Manuel Ancízar**, Texto de la conferencia sobre .Ética y bioética, presentada el 28 de abril de 2001 en el Auditorio León de Greiff, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
48. **Gadea de Nicolás**, Escuela para Padres y Maestros, 1ª ed. ISB: 968-499-917-8, México.
49. **Moisés Aracena B**, Algunas consideraciones sobre el temor de la muerte. *Revista de Psicología* 1992 III (1) 63 – 68.
50. **Espinosa García**, La medida de las actitudes usando las técnicas de Likert y de diferencial semántico, *Enseñanza de las Ciencias*. 1998, 16 (3), 477-484.

Anexos:

Definiciones operacionales

Las actitudes se pueden entender como tendencias de acercamiento o evitación, o bien, como predisposiciones a responder de forma evaluativa ante cualquier asunto específico. Tienen un componente cognoscitivo conformado por ideas y prejuicios, y uno emocional que incluye deseos y temores. Dichas actitudes, son producto tanto del aprendizaje como de la personalidad, y pueden estar determinadas desde diferentes niveles de conciencia.^{7, 27}

Las actitudes presentan tres componentes:

- I. Cognoscitivo
- II. Emocional (Componente sentimental)
- III. Tendencia a la acción

Medición de las actitudes

La medición es un proceso complejo porque estas no pueden observarse directamente, sino que necesitan inferirse de la conducta. Dicho proceso presenta tres subprocesos:

- a. Identificación de las muestras conductuales que se aceptan como bases para hacer inferencias acerca del concepto subyacente.
- b. Recolección de las muestras conductuales
- c. Tratamiento de las muestras conductuales para convertirlas en una variable cuantitativa.

Escalas para medir las actitudes

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son:

- Método de escalamiento de Likert (Utilizado en el CAM)
- Escala de Guttman
- Diferencial semántico

Escala de Likert

Una tabla de likert evaluá las actitudes mediante las respuestas de los encuestados clasificándolas en actitudes negativas o de rechazo (-2, -1), positivas o de aceptación (1, 2), o neutras (0), esto es:^{27, 30, 31, 50}

1.(Actitud Evitación) Pensar en la muerte es perder tiempo

-2	-1	0	1	2
5	4	3	2	1
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No se	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si el encuestado marca 1 se considera que se encuentra en el grupo de evitación, por lo tanto se infiere que tiene una actitud negativa ante el tema de la muerte. El procesamiento del resto de las respuestas nos permitirá valorar la tendencia neta de la actitud.

Cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM)

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal. Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte de los médicos residentes, se ha diseñado este instrumento. Usted debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de desacuerdo o acuerdo que tiene usted con cada una de las proposiciones. El instrumento es anónimo y no califica la capacidad profesional del médico residente. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala. No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica. Muchas gracias.²⁷

5	4	3	2	1
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No se	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

	5	4	3	2	1
1E. Pensar en la muerte es perder tiempo.					
2A. La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.					
3T. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.					
4P. Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.					
5S. La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.					
6PP. Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.					
7A. Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.					
8E. Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.					
9T. Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.					
10P. Pienso que viviré después de mi muerte.					
11PP. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.					
12PP. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.					
13T. Yo temo morir joven.					
14S. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.					
15S. Prefiero morir a vivir sin calidad.					
16A. He pensado en mi muerte como un hecho imposible.					
17E. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.					
18P. Veo la muerte como un paso a la eternidad.					
19PP. Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.					
20PP. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.					
21S. He pensado que no vale la pena vivir.					
22E. No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.					
23A. Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.					
24T. Encuentro difícil encarar la muerte.					
25P. Yo espero con placer la vida después de la muerte.					
26PP. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.					
27A. Me siento más libre al aceptar mi muerte.					
28T. Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte.					
29P. Después de la muerte encontraré la felicidad.					
30PP. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.					
31S. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.					
32E. Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.					
33PP. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.					
Añada cualquier observación adicional que usted desee hacer sobre el tema: _____					

Tabla 1 Características Demográficas Generales del Grupo de estudio

Variables	Medida de tendencia central	Valor	Variación
Edad	Mediana:	27 años	Rango 24 – 35 años
Categoría de edad	Menor de 30 años	27	
	Mayor de 30 años	18	
Sexo	Hombre:	18	Relación: 1:1.5
	Mujeres:	27	
Estado civil	Casados:	13	Relación :1:1.7
	Solteros:	32	
Hijos	Tiene hijos:	8	
	No tiene:	37	
Religión	Católica:	36	
	Otras:	9	
Especialidad	Pediatría:	36	
	Otras	9	
Año de residencia	2° año	10	
	3er año	13	
	4° año o más	22	

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

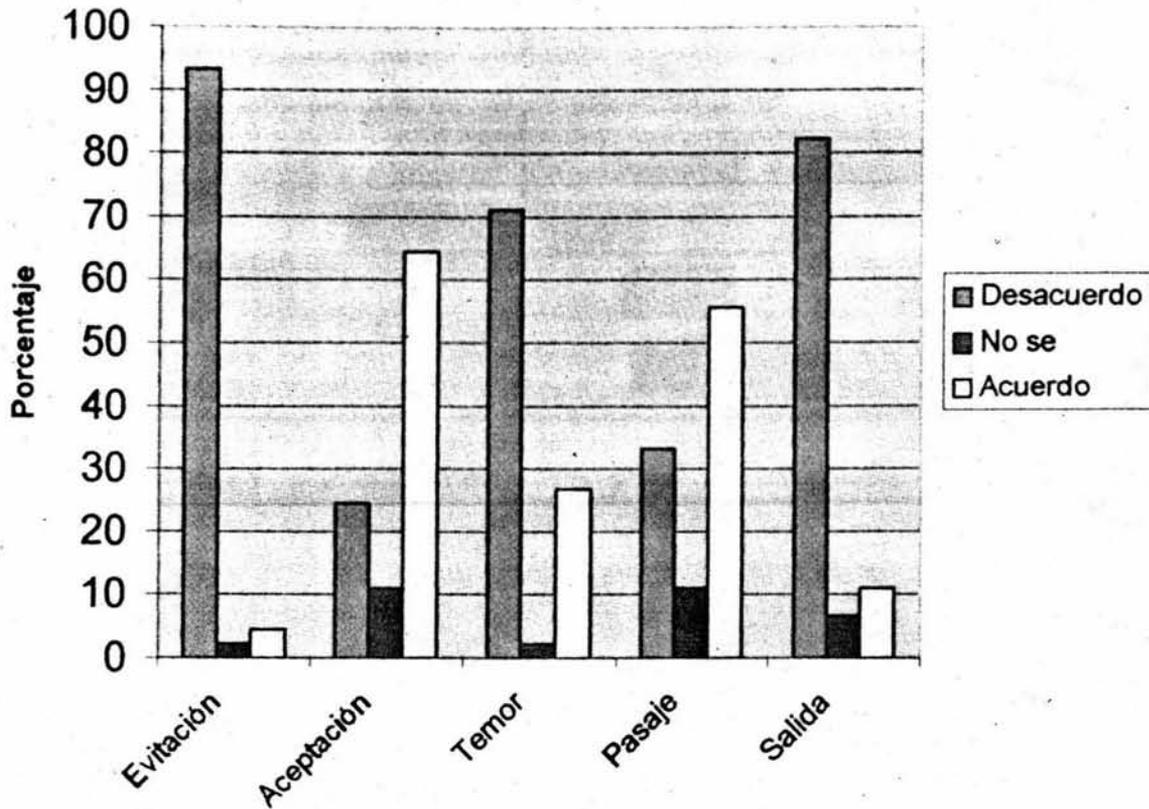
Tabla 2. Análisis y correlación con las distintas variables

Características	Edad	Sexo	Estado civil	Tener hijos	Religión	Especialidad	Año
Activación	>30 años OR = 2.62 (1.78, 3.8)	Femenino OR = 1.23 (0.29, 5.18)	Casados OR = 3.81 (0.2, 6.3)	Si OR = 3 (0.64, 14.02)	Católica OR = 1.27 (0.58, 3.08)	Pediatría OR = 2.1 (1.52, 2.88)	4o ó < OR = 2.21 (1.08, 1.49)
Optación	>30 años OR = 0.63 (0.30, 1.3)	Femenino OR = 0.71 (0.429, 1.17)	Solteros OR = 0.84 (0.58, 1.22)	Si OR = 2.27 (0.30, 16.8)	No católica OR = 0.75 (0.22, 2.51)	Pediatría OR = 1.06 (0.50, 2.24)	4o ó < OR = 0.70 (0.38, 1.28)
Mayor	>30 años OR = 1.45 (0.69, 3.0)	Femenino OR = 1.66 (1.08, 2.56)	Casados OR = 1.90 (0.74, 4.85)	Si OR = 6.66 (1.48, 29.8)	Católica OR = 1.39 (1.12, 2.72)	Pediatría OR = 1 (0.51, 1.19)	4o ó < OR = 1.33 (0.71, 2.4)
Mensaje	>30 años OR = 1.56 (1.69, 3.50)	Masculino OR = 0.68 (0.31, 1.50)	Casados OR = 0.84 (0.32, 2.17)	Si OR = 0.60 (0.17, 2.05)	Católica OR = 1 (0.726, 1.37)	Pediatría OR = 1.11 (0.51, 2.3)	4o ó < OR = 1.2 (0.63, 2.83)
Valida	>30 años OR = 1.05 (0.33, 3.33)	Femenino OR = 1.41 (0.83 -2.3)	Casados OR = 0.66 (0.10, 4.1)	Si OR = 1.25 (1.05, 1.44)	Católica OR = 3.70 (0.32, 10.3)	Pediatría OR = 1.30 (0.58, 2.89)	4o ó < OR = 0.82 (0.26, 2.52)

Tabla 3: Porcentaje de respuestas a los ítemes relativos a “perspectivas profesionales”

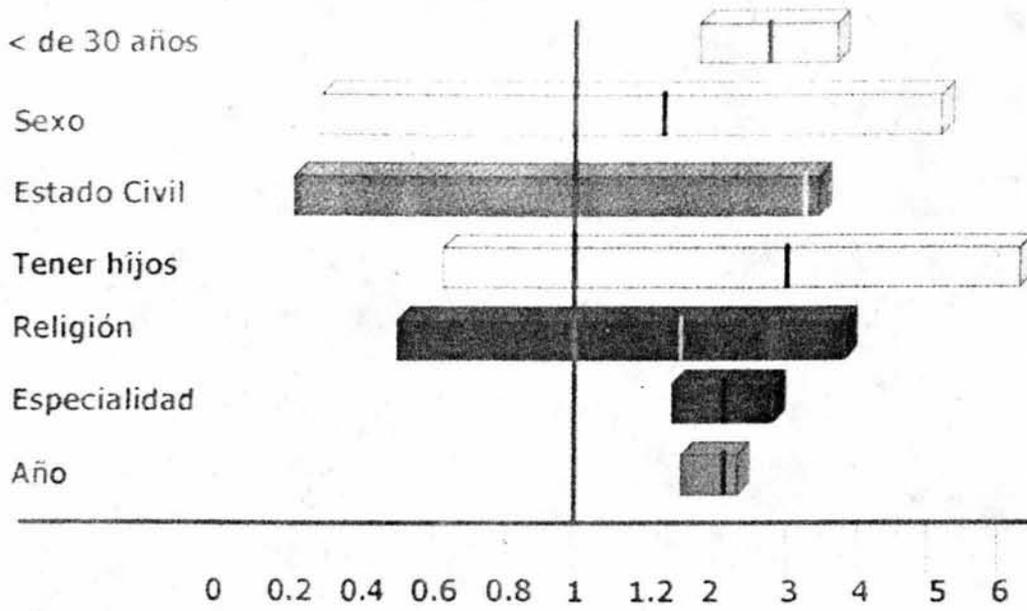
Item	Desacuerdo	No se	Acuerdo
6PP. Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.	72,7	6,7	20
11PP. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.	51,2	2,2	46,7
12PP. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área	71,1	11,1	17,8
19PP. Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.	48,9	6,7	44,4
20PP. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.	20	4,4	75,5
26PP. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.	20	4,4	75,5
30PP. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.	28,9	6,7	64,4
33PP. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.	35,6	20	44,4
Total	48,9	6,7	44,4

Gráfico 1. Porcentaje de respuestas de las actitudes



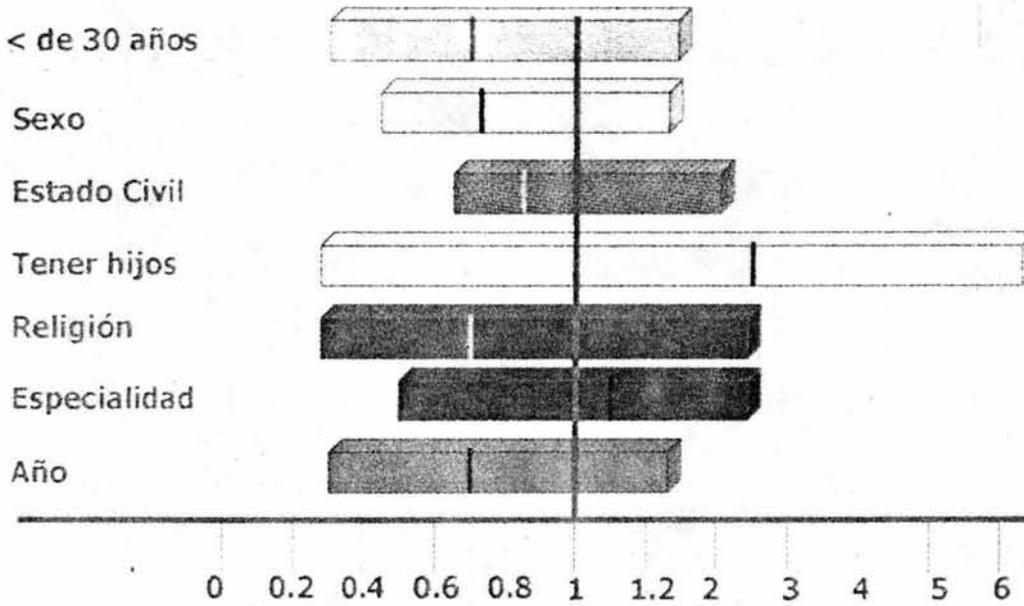
Evitación

Gráfico 2



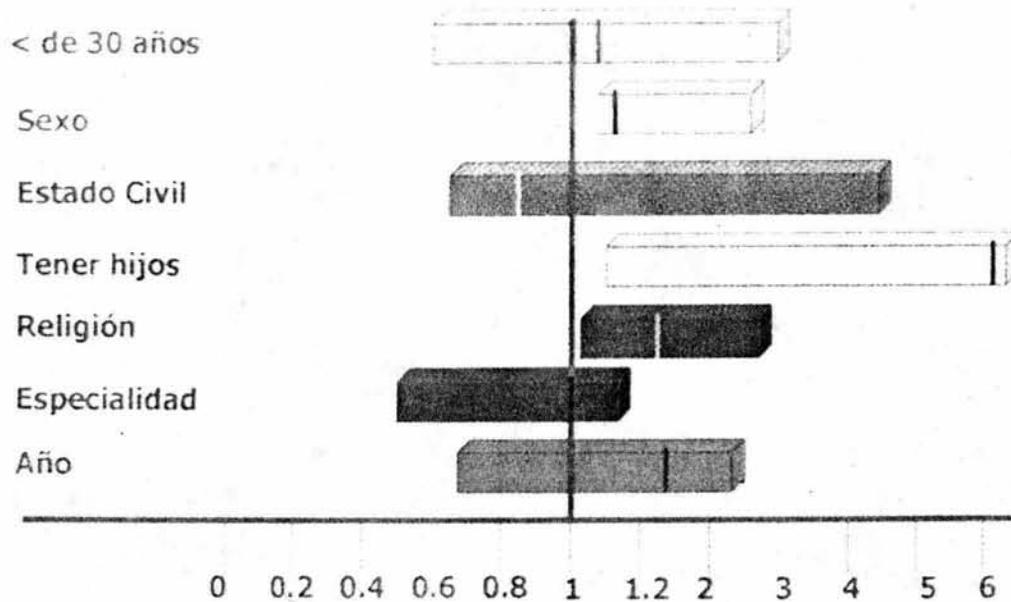
Aceptación

Gráfico 3



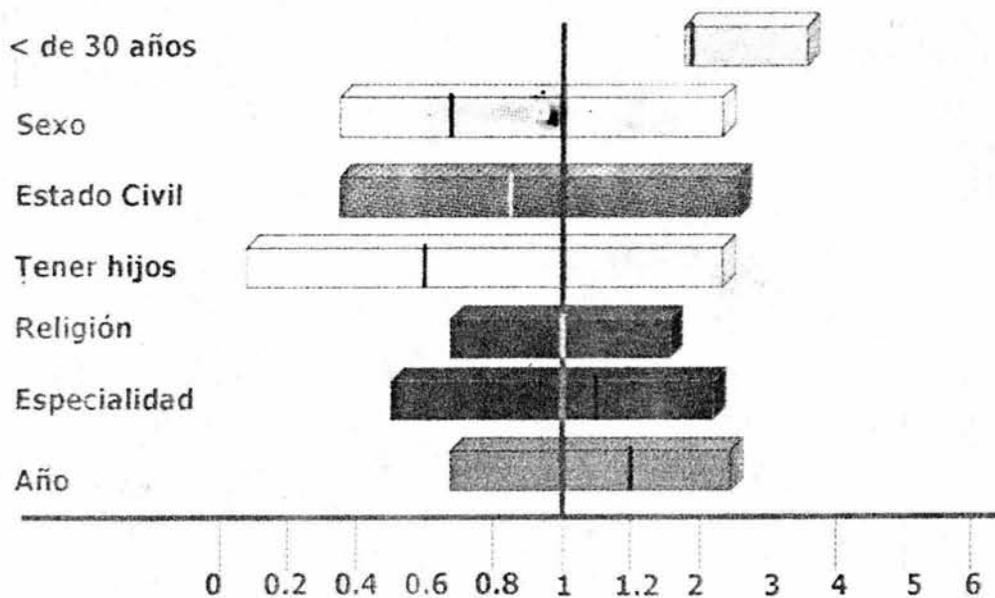
Temor

Gráfico 4



Pasaje

Gráfico 5



Salida

Gráfico 6

