



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ACTITUD ANTE LA MUERTE EN EL MÉDICO FAMILIAR

T E S I S D E P O S G R A D O
P A R A O B T E N E R E L D I P L O M A D E :
E S P E C I A L I S T A E N M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A :
D R A . L U I S A M A R G A R I T A M O G U E L C E R V A N T E S

ASESORA: DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 33

MÉXICO, D. F. ABRIL 2007



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.

AUTORIZACIONES

**DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN ALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
ASESORA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**DRA. LUISA MARGARITA MOGUEL CERVANTES
RESIDENTE DE TERCERE AÑO DEL CRUSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

Agradecimientos.

Gracias a Dios por haberme puesto en el lugar donde estoy, por rodearme de gente maravillosa, por guiar mi camino y acompañarme siempre.

Gracias Alfredo por estar conmigo siempre apoyándome, animándome a seguir cuando las cosas se tornan difíciles, por ser mi gran consejero y por hacerme crecer día con día. Gracias por tu apoyo, por la paciencia y por todo ese amor.

Gracias a mi Maggy y a mi bebé que viene en camino porque son un gran estímulo para seguir adelante, para seguir creciendo y mejorando, gracias por su amor y paciencia.

Gracias a mis papás, y a mis suegros por apoyarnos siempre incondicionalmente, por ayudarme a ser lo que soy ahora y por cambiar sus vidas para que yo pudiera cambiar la mía. Gracias Milo, Juan y Sandy que siempre están allí cuando los necesito, por su apoyo.

Gracias a mis profesores el Dr. Arvizu, Dra. Carmelita y en especial a la Dra. Mónica, mi asesora de tesis, por ayudarme a entender lo que es un Médico Familiar, lo que nos distingue: la profunda sensibilidad de este profesional para atender y entender al paciente en forma integral, la enorme responsabilidad de estar bien preparados para ser capaces de brindar una atención de calidad.

Gracias a mis amigos y compañeros por compartir buenos y malos momentos. Cada uno de ellos gente valiosa de la que también aprendí mucho, los voy a recordar siempre.

INDICE

TITULO.....	5
RESUMEN ESTRUCTURADO.....	6
INTRODUCCION.....	7
JUSTIFICACION.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
MATERIAL Y METODOS.....	19
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	51

ACTITUD ANTE LA
MUERTE EN EL MEDICO FAMILIAR

Moguel Cervantes M, Enriquez Neri M. Actitud ante la muerte en el Médico Familiar.

Introducción: La actitud del médico familiar es vital para el manejo adecuado de los enfermos y en gran medida condiciona la actitud de los pacientes ante su enfermedad y la proximidad de su muerte. **Objetivo:** Determinar el tipo de actitud ante la muerte en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, **Diseño:** Observacional, prospectivo, descriptivo, transversal y comparativo. **Material y métodos:** Se incluyeron 54 Médicos Familiares que laboran en la UMF 33 ambos turnos, quienes contestaron un instrumento de Actitud ante la Muerte, compuesto por 33 proposiciones que abarcan 6 dimensiones: evitación, aceptación, temor, creencia de que la muerte es un pasaje o tránsito, fundamentadas en la concepción de la muerte como una salida o solución, y en la que se involucra la perspectiva profesional. Se calculó estadística descriptiva, se realizó análisis estadístico por medio de la base de datos Epi Info Versión 6. **Resultados:** El 78.8% de los entrevistados fueron Médicos Familiares, el 21.2 % Médicos Generales. La frecuencia de actitudes fue aceptación 50%, influenciada por perspectivas profesionales 31%, pasaje o tránsito 23%, temor 10%, evitación y salida 4%. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de evitación, temor, pasaje y salida y ser Médico Familiar ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de preparar al profesional en el tema de la muerte de manera que ofrezca una atención adecuada al paciente que lo requiera sin que esto afecte emocionalmente al Médico.

Palabras clave: Actitud del Médico ante la muerte, Médico Familiar.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Familia ante la muerte

El proceso de una enfermedad crónica o la pérdida de uno de sus miembros requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Estos momentos se viven con gran intensidad por toda la familia y crean situaciones con mucha angustia y ansiedad. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen conflictos y a veces de enfermedad de otros miembros de la familia. De esto se desprende la importancia de que el médico familiar esté en contacto estrecho con el núcleo familiar que se encuentra ante dicha situación, siendo fundamental el apoyo del personal de salud. (1)

Las reacciones de los familiares contribuirán mucho en la respuesta que dé el paciente. Cualquier enfermo grave provoca cambios relevantes en la casa. Debemos procurar que la enfermedad no rompa totalmente con el hogar ni prive a los miembros de la familia de toda actividad placentera: así como el enfermo no puede afrontar su muerte todo el tiempo, tampoco los familiares pueden estar solamente al lado de su paciente todo el tiempo. Los miembros de la familia deberían administrar sus energías. (2)

Debemos recordar que los problemas de la familia van a continuar y quizá se agraven. Los familiares pasan por diferentes fases de adaptación iguales a las del paciente. Cuanto más se pueda expresar este dolor antes de la muerte del ser querido, resultará menos insoportable su muerte. En esta fase, la familia es la que necesita más ayuda y un poco menos el enfermo terminal. (3)

Los factores que determinarán las necesidades del paciente terminal ante la proximidad de la muerte son cuatro fundamentalmente: las características personales, las características de las relaciones interpersonales del moribundo, los factores socioeconómicos y las características de la enfermedad. La interacción de estas variables nos hará comprender una u otra reacción que el paciente asumirá ante su enfermedad terminal, y el curso que habrá de tomar el proceso tendiente a la aceptación del final. (3)

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. 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. (4)

El duelo se expande como una ola a través de todo el sistema familiar. El objetivo de la atención primaria en los casos de enfermedades terminales, muerte y duelo es canalizar este impacto sobre todo en la familia del fallecido para que pueda tener un efecto reparador y controlar su repercusión para prevenir la aparición de sintomatología en un futuro. (1)

Numerosos estudios han relacionado las pérdidas de diverso tipo con alteraciones de la salud. Hoy se acepta generalmente que en torno a un tercio de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria presentan problemas de salud mental que requerirían algún tipo de tratamiento y aproximadamente una cuarta parte del total presenta problemas que podrían considerarse relacionados con algún tipo de pérdida. (5)

Actitud ante la muerte.

La actitud puede ser entendida como:

a) Una disposición total, misma que es externa y aprendida, y que guía los pensamientos, sentimientos y las acciones de una persona hacia otras personas o hacia objetos específicos.

b) Una predisposición general para responder de manera favorable o desfavorable ante una persona o un objeto.

c) Un mecanismo interno de predisposiciones. (6)

Se ha mencionado ya que muchas de las actitudes sociales si no es que todas se basan en experiencias personales. La actitud particular de una persona lo mismo que el resto de sus actitudes está predeciblemente determinada por las influencias sociales particulares a las que ha estado expuesta. Todos los elementos de la cultura creencias, valores y expectativas acerca de las formas apropiadas para conducirte en determinadas situaciones influyen las actitudes de la persona. (6)

Este proceso terminal también genera ansiedad y cambios actitudinales en los familiares, amigos y allegados. En muchas ocasiones, el médico familiar se relaciona de manera importante con el enfermo o con los familiares, por lo que también se ve influido por la gran carga emocional del momento.

Las actitudes hacia la muerte han seguido un devenir proceloso y cambiante. Se pueden diferenciar dos momentos bien distintos en la forma de vivencia de la muerte: uno previo a su institucionalización (hospitalaria), en la que la muerte no infunde miedo porque esta es aceptada como parte del proceso natural de la existencia y otro, a partir de 1930, más o menos cuando debido al desarrollo y extensión de las primeras estructuras hospitalarias comienza a ser una institución, el hospital, el lugar reservado para morir. (7).

Hoy no solo tememos a la muerte, sino que la rechazamos y la negamos. En este ritual de negación se ha expulsado a la muerte del horizonte de lo cotidiano confinándola al universo de la subcultura hospitalaria, entre vidrios, catéteres y batas blancas, abocando a las ciencias de la salud a ejercer el nuevo arte estéril de alargar las agonías. Este cambio actitudinal ha impregnado también los esquemas biomédicos. Antes en la ciencia sanitaria se definía la vida como el “conjunto de funciones que nos arrastran a la muerte”

hoy esta sentencia ha sido reformulada de la siguiente manera: “la vida es el conjunto de funciones que se resisten a la muerte” (7)

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 menos peso en virtud de que se trate la muerte propia o la de otros, 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:

- a) Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- b) Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.
- c) El tener la noción del imparable paso del tiempo.
- d) El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o Terminal y en los miedos personales asociados.

La ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionadas con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y cambios; y estos, definitivamente influirán en la forma en que se llevaremos un proceso de duelo. (7)

El Médico ante la muerte

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. (4)

La importancia de los últimos momentos se debe al hecho de que los pormenores del encuentro serán recordados y referidos en gran detalle, expresando gratitud por la forma cuidadosa o rabia por una insensibilidad percibida. (8)

Prácticamente hasta que se vive la experiencia con los pacientes o alguien cercano a la familia, es cuando el Médico se percata que es la muerte la que le da un sentido de existencia a la vida y nos enseña a valorarla en una dimensión más objetiva: la de la finitud que nos hace simplemente personas humanas. Debemos recordar la siempre presente defensa omnipotente de los Médicos ante los retos enormes de la Enfermedad, la cual es reforzada por la competitividad inherente a la estructura social y hospitalaria de las carreras médicas. (4)

Al Médico se le educa y entrena para enfrentar a la enfermedad y para conservar la vida pero no se le forma en el manejo de la muerte, que es una circunstancia ineludible para todo ser humano y que es el final previsible de toda persona y una experiencia ineludible para todo el Personal de Salud y para el propio Médico (9). Desde el primer año de la carrera de Medicina se

maneja una filosofía que siempre tiende hacia la vida, a promover y preservar la salud.

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. (9)

La muerte de un paciente supone una de las situaciones más difíciles que debe afrontar un médico, pero también puede suponer una de las experiencias más enriquecedoras y de gran intensidad emocional que hay que ayudar a resolver sobre todo en los miembros de la familia que se enfrenta a esta situación. El proceso empieza desde el momento en que hay que comunicar un diagnóstico de una enfermedad terminal al paciente y a su familia. Debe hacerse de forma clara y directa, transmitida con el mínimo de ansiedad en la medida de lo posible y con un lenguaje sencillo. Concertar una nueva entrevista para hablar y resolver dudas con el paciente y su familia. (1)

El médico de familia es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden normalmente los dolientes y el único que puede atender la comorbilidad asociada, así como el dolor, la disfunción y la incapacidad ocasionados por el conjunto de circunstancias personales, familiares y sociales que conlleva el proceso del duelo. (10)

La atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo. En muchas ocasiones el médico asiste de su enfermedad al familiar fallecido, en el domicilio, estableciendo una relación especial con la familia en este periodo tan crítico para ella. En otras ocasiones, las más habituales, el fallecimiento se produce fuera del domicilio y el doliente acude a su médico de familia con una confianza casi natural, porque ya le conoce y está habituado a mostrarle los aspectos más vulnerables de sí mismo, sabe que puede expresar sus emociones en un ambiente seguro y, a la vez, mantener una circunstancia social normalizada, que no implica el estigma de la psiquiatría. (10)

Por otro lado, el conocimiento de las características básicas del proceso de duelo normal faculta al médico para realizar actuaciones que faciliten el que éste pueda llevarse a cabo en un modo satisfactorio. El conocimiento de los factores que pueden ser causa de problemas posibilita actuaciones preventivas. El conocimiento del proceso de duelo normal y de sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias y hace posible que se intervenga, en cambio, cuando sea verdaderamente necesario. (5)

Preguntados los dolientes sobre la ayuda que desearían recibir del personal sanitario, solicitan consultas programadas, consejo médico, visitas domiciliarias, y que siempre que acuden a la consulta se interesen por su pesar (10)

La actitud del médico de cabecera de un paciente es vital para el manejo adecuado de los enfermos y en gran medida condiciona la actitud de los pacientes ante su enfermedad Terminal y la proximidad de su muerte. Sin embargo cabe mencionar que parece ser que los médicos tienen más miedo a la muerte que los propios enfermos y en un estudio realizado en diferentes profesiones, el grupo de médicos resultó ser el que menos pensaba en ella y el que más le temía. (3)

Las principales actitudes en torno a la muerte del personal sanitario se centran en:

- a) No querer nombrar a la misma muerte, tampoco a las patologías o males que creemos que la atraen. Así se establece un ritual de la hipocresía y de la ocultación que culmina en enmascarar la verdad al paciente sobre su estado, con una falsa piedad que se racionaliza para “evitarle angustias al enfermo”, lo que sí se evita es la angustia al personal de salud que así se libera de ejercer una comunicación para la que no está preparado y de ser el “mensajero de la muerte” , ya que parece que los médicos tienen más miedo a la muerte que los enfermos. (11)
- b) No mirar cara a cara al enfermo, evitar su contacto, como segunda consecuencia no solo no se quiere pensar en la muerte o no nombrarla, sino que muchos médicos no miran cara a cara y sobre todo a los ojos, a los pacientes moribundos. Se debe resaltar en este punto 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. (11)
- c) Aumento de la atención tecnológica del encarnizamiento terapéutico. El último giro en la espiral es que el personal de salud 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 tenemos que se han empeorado las condiciones de muerte, alargando la agonía, convirtiéndose el morir hospitalario en algo solitario, mecánico y deshumanizado. En realidad el personal de salud no es culpable de manifestar estas actitudes y comportamientos habido 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. (3)

Una formación adecuada debería fomentar unas actitudes más adecuadas hacia el enfermo terminal, que deberían ser:

- A) Tomar consciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al dolor psíquico y físico.
- B) Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar adecuadamente sus necesidades específicas.

- C) Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados.
- D) Atender y ser sensible a las necesidades espirituales y religiosas del paciente.
- E) 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. (11)

Éticamente no se debe alargar la agonía estérilmente, delimitándose el punto de frontera que permite respetar la dignidad humana, aliviándola de una fría supervivencia tecnológica. Se debe dotar a los hospitales y al personal de salud de medios y conocimientos para atender las necesidades biopsicosociales que el paciente demande, centradas en la dignidad del bien morir. (3)

El profesional sanitario puede ir abordando el duelo a lo largo de todo el proceso del paciente terminal sin esperar a que se produzca el desenlace final y de esta forma la familia y el paciente se va preparando para abordar la nueva situación. (1)

Los profesionales de la salud que encaran pacientes moribundos pueden influir con intervenciones apropiadas en 2 procesos: en el proceso de morir y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio. (3)

Como profesionales de la salud, debemos tener presentes tres aspectos generales:

- a) El Hombre, ante su Muerte, vive una contradicción existencial. Porque la Muerte aparece como amiga y como enemiga, como deseada y como temida, como premio y como castigo, como fin y como principio, nos habla de finitud y nos dice de eternidad, es fuente de dolor y también de paz, es mal deseo y es buen anhelo, etc., todo lo anterior influye en el hombre y mucho, cuando se trata de la vivencia del morir y de la muerte.
- b) La Muerte se experimenta de diferentes maneras: en ocasiones, la Muerte está lejana a uno en el tiempo y en el espacio. Generalmente la muerte se aborda como una experiencia “extrapersonal”, sabemos de gente que muere pero que nunca tratamos, o gente que ha muerto en guerras tiempo atrás, sin embargo, no llega a conmover nuestro interior. Esto cambia radicalmente cuando la Muerte nos llega en una persona cercana, querida, o incluso si sólo la tratamos superficialmente o conocimos nada más por su fama. Esta muerte nos duele en mayor o menor grado, según la relación que se trate: es la experiencia “interpersonal”. Pero se vive algo muy distinto cuando se trata de “mi propia muerte”, entonces, la Vida se ve y se siente diferente y se percibe a la muerte de un modo mucho más profundo: es la experiencia “intrapersonal”.

- c) Debemos estar conscientes de que aunque todos muramos de la misma manera en cierto sentido, cada muerte es un acontecimiento totalmente individual, único, irrepetible, cien por ciento personal. Nunca habrá dos muertes iguales. Esta manera de morir, íntima y peculiar, va a depender de los siguientes factores:

Edad. No es lo mismo si quien muere tiene veinte años o si es ya un anciano de noventa. Sexo: normalmente las mujeres son mas valientes para enfrentarse a sus sufrimientos físicos o morales. Posición social: es muy diferente si el proceso de morir se vive en soledad o en la cariñosa compañía de amigos y familia. Cultura: hay gran discrepancia entre saber o ignorar lo relacionado con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, como tampoco es lo mismo si se tiene capacidad de conversación, hábitos de lectura, gusto por el cine o cualquier otra actividad que hable de distracción o de creatividad. Situación económica: nunca será igual si el que muere sabe que deja protegida económicamente a su familia, así la deja con deudas, sin protección, sin dinero; ni para los familiares sentir que dieron lo mejor a su ser querido en lo que toca a hospitales, tratamiento, médicos, o no. La familia: si es integrada, si es unida, o no. El umbral de dolor, la capacidad de relacionarse con los miembros del equipo de salud, etc.

El concepto personal y familiar sobre la muerte: nunca será lo mismo si la muerte es el fin total, absoluto, de la existencia humana o si es una transformación en energía, lo que significa de alguna manera, la continuación de presencia en el mundo. Como tampoco será igual el que se crea en la reencarnación o si la fe es en la resurrección, o si hablamos de descanso eterno en vez de vida eterna. (3)

Por último, los cambios de personalidad, de carácter, de humor que tanto el enfermo como los familiares sufren a lo largo del proceso de duelo.

El Médico Familiar debe tener en cuenta los aspectos descritos arriba son sumamente importantes para entender y comprender a nuestros pacientes y a su familia.

Definitivamente durante toda su vida laboral, el médico desarrolla una labor en la que el proceso de muerte es parte importante de su entorno. Es o debiera ser la persona quien comunica situaciones que generalmente causaran un gran impacto en la vida del paciente o la familia. Es por este motivo que cobra tal importancia la actitud del médico tratante, ante un fenómeno tan complejo como lo es la muerte, debemos tener claro que significa la muerte para nosotros, ya que esto, es lo que proyectaremos a nuestros pacientes, todo en relación a nuestra actitud.

Existen diferentes estudios que buscan determinar las actitudes del personal de salud ante el enfermo terminal, la muerte, el duelo. Uno de ellos fue el realizado por Marisa Tsuchida y María Bandrés quienes en su estudio titulado "Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal y los

cuidados al final de la vida”, encuentran que un 78% de los médicos comunicaron el diagnóstico a los pacientes terminales, cabe mencionar que sólo un 35% lo hizo al momento de enterarse. Esto deja entrever y nos lleva a la reflexión cuan difícil es enfrentarse a la muerte, incluso para el personal de salud. (12)

Un estudio en el que se evalúan las actitudes del personal sanitario ante la muerte es el que realizan Gala-León, Lupiani-Jiménez, Raja-Hernández, et al. Llamado “Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual.” (2). En este estudio se encuentran que el personal sanitario adopta muchas veces actitudes distorsionadas tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías “que las atraen”, no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y la no verbal, así como un aumento del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte.

El estudio realizado por Gisela Hernández, Verónica González, Luis Fernández, Olfa Infante se llama “Actitud ante la muerte en los médicos de familia” donde, mediante un instrumento que incluye 33 reactivos agrupadas en 6 subescalas: evitación, aceptación, temor, pasaje, salida y perspectiva profesional, se busca determinar la actitud ante la muerte del personal de salud.

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

JUSTIFICACION

El médico familiar es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden los dolientes y el que puede atender la comorbilidad asociada; el médico está en contacto frecuente con la muerte, puede ser la de un paciente portador de alguna patología crónico-degenerativa, algún paciente o familiar que haya fallecido de manera sorpresiva, o familiares de pacientes atravesando un proceso de duelo por muerte.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, se encuentran laborando 54 médicos en los 27 consultorios de la unidad de ambos turnos, estos profesionales de la salud, diariamente se enfrentan a pacientes portadores de diferentes patologías crónico degenerativas y oncológicas en etapas terminal, y es el primer contacto de familiares de pacientes fallecidos por distintas causas, desde salud hasta accidentes.

Por tal motivo, al analizar los diferentes tipos de actitud de los médicos ante la muerte en una unidad de primer nivel de atención nos permitirá tener un panorama al respecto y de esta forma en el futuro concienciar sobre la importancia de iniciar programas educativos enfocados a los médicos para modificar conductas negativas ante la muerte y mejorar la calidad de atención los pacientes que se enfrentan a un proceso de duelo ante la muerte.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la naturaleza de la labor desempeñada en una unidad de primer nivel, el profesional de la salud tiende a involucrarse con mayor profundidad en la relación con sus pacientes. Por lo anterior, la actitud que éste profesional tome ante diferentes entidades que afectan a un núcleo familiar puede influir en la respuesta del individuo y su familia ante un determinado evento.

Lo anterior cobra mayor importancia al tratarse de un proceso tan complejo como la muerte; ya se ha comentado que al médico no se le educa en esta área, por lo que su actitud ante la muerte puede estar cargada de creencias, sentimientos o pensamientos derivados de la propia experiencia, que en un momento dado puede verter sobre el núcleo familiar en cuestión. En un momento tan delicado como el que nos ocupa, una mala orientación podría llevar a nuestros pacientes a desarrollar un duelo patológico que se extiende en todo el núcleo familiar.

Actualmente en nuestro país no existen estudios en los que se estudie la actitud del personal de salud ante la muerte, esto es importante pues ya se comentó que la forma de reaccionar del médico tratante, ante la muerte puede influir en la respuesta de familiares y pacientes y así llevar a un proceso de duelo normal o bien, prolongarlo. Debido a que en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 no existen datos al respecto, es que hago el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es el tipo de actitud ante la muerte en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 33?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el tipo de actitud ante la muerte en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia de actitud de evitación ante la muerte en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 33.
2. Identificar la frecuencia de actitud de aceptación ante la muerte en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 33.
3. Identificar la frecuencia de actitud de temor ante la muerte en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 33.
4. Identificar la frecuencia de actitud basada en la creencia de que la muerte es un pasaje o tránsito en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.
5. Identificar la frecuencia de actitud fundamentada en la concepción de la muerte como salida o solución en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar no 33.
6. Identificar las características sociodemográficas de los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.
7. Comparar el tipo de actitud entre los especialistas en Medicina Familiar y los no especialistas en Medicina Familiar.
8. Determinar la influencia de la experiencia laboral ante el tipo de actitud ante la muerte del Médico Familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 33. El estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo, transversal y comparativo en 52 Médicos Familiares de ambos turnos, ambos géneros, con categoría base, 02 base, 08 sustitución, que desearan participar en el estudio, excluyendo a los médicos que no desearan participar, los incapacitados y los que no hubieran asistido a laborar durante la aplicación de la encuesta. Se eliminaron los que contestaron el cuestionario en forma incompleta. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, por lo que no se determinó el tamaño de la muestra.

Se consideró como actitud del Médico ante la muerte a la manera en la que reacciona el Médico Familiar ante el contacto con una persona que se encuentra en un proceso de duelo por muerte, según lo referido por el entrevistado. Se evaluó mediante el instrumento de Actitudes ante la Muerte, elaborado a partir de la revisión del Death Attitudes and Self-Reported Health-relevant Behaviors, el cual fue validado. Dicho instrumento está compuesto por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de evitación (preguntas 1, 8, 17, 22, 32), de aceptación (preguntas 2, 7, 16, 23, 27), de temor (preguntas 3, 9, 13, 24, 28), basadas en las creencias de que la muerte es un pasaje o tránsito (4, 11, 18, 25, 29), fundamentadas en la concepción de la muerte como una salida o solución (preguntas 5, 14, 15, 21, 31) y otra que involucra la perspectiva profesional (preguntas 6, 11, 12, 19, 20, 26, 30, 33). (11)

Cada médico expresó su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las oraciones de la encuesta, para tal finalidad cada una de las proposiciones que se presentaron constaron con una escala tipo Likert con una numeración del 1 al 5, en la cual el no 1 correspondió a totalmente en desacuerdo y el no. 5 a totalmente de acuerdo. Si el médico encuestado contestó del 1 al 3, se consideró que no predominaba la actitud evaluada, si por el contrario se marcan las opciones 4 o 5, la actitud evaluada será predominante en este médico. Se realizó una sumatoria de todas las respuestas obtenidas por dimensiones y para cada una de estas se aplicaron los siguientes parámetros:

Para la dimensión evitación: 5 a 15 puntos: no predomina actitud de evitación
16 a 25 puntos: predomina actitud de evitación. Para la dimensión de aceptación: 5 a 15 puntos: no predomina la actitud de aceptación, 16 a 25 puntos: predomina la actitud de aceptación. Para la dimensión de temor: 5-15 puntos: no predomina la actitud de temor 16-25 puntos: predomina la actitud de temor. Para la actitud basada en la idea que la muerte es un pasaje o tránsito: 5-15 puntos: actitud que no cree que la muerte sea un pasaje o tránsito, 16-25 puntos: actitud que considera que la muerte es un pasaje o tránsito. Para la actitud que se ve influida por perspectivas profesionales: 8-24 puntos: actitud no influida por perspectivas profesionales, 25-40 puntos: actitud influida por perspectivas profesionales. Para la actitud fundamentada en la concepción que la muerte es una salida: 5-15 puntos: actitud que no

considera a la muerte como una salida o solución, 16-25 puntos: actitud que considera a la muerte como una salida o solución.

Para realizar el análisis de los datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias, se calcularon porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados. El procesamiento estadístico inferencial fue a través del programa Epi Info versión 6, donde se calcula X^2 para la diferencia de proporciones entre grupos.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado y autorización de los médicos que participaron en el estudio.

RESULTADOS

Se entrevistó a 52 Médicos con un promedio de edad de 43.84 años. Del total de los entrevistados el 48.1% correspondieron al género femenino, y el 51.9% al género masculino (Tabla y gráfica No. 1).

Con respecto al estado civil de los entrevistados se encontró que en su mayoría (75%) eran casados; en segundo lugar se encontraron los solteros y divorciados con un 11.5% en cada caso. Sólo se encontró un viudo mismo que representó el 2%. (Tabla y gráfica No. 2).

Con respecto a los años de antigüedad en el servicio se pudo observar que la mayoría (34.6%) contaban con más de 20 años de antigüedad. En segundo lugar los intervalos de 6 a 10 años y de 16 a 20 años de antigüedad con un 21.2% en cada caso. Los entrevistados con menor o igual de 5 años de servicio representaron el 13.5%. (Tabla y gráfica No. 3).

De acuerdo a la formación de los Médicos entrevistados, se encontró que el 78.8% correspondieron a especialistas en Medicina Familiar, y el restante el 21.2% fueron Médicos Generales. (Tabla y gráfica No. 4).

En base a la descripción de los resultados de la encuesta por dimensión se encontró que del total de entrevistados sólo el 4% mostró que sí predomina la actitud de evitación ante la muerte y en el 96% de los entrevistados no predominó. (Tabla y gráfica No. 5).

En relación a la actitud de aceptación ante la muerte en el 50% de los entrevistados sí se encuentra dicha actitud, no así en el 50% restante. (Tabla y gráfica No. 6).

En cuanto a la dimensión de temor ante la muerte se detectó que en el 10% de los entrevistados sí predomina ésta actitud, mientras que en el 90% de la población estudiada no se encuentra esta actitud. (Tabla y gráfica No. 7).

Los resultados de la encuesta revelaron que el 23% de los entrevistados sí considera a la muerte como un pasaje o tránsito, mientras que el 77% no cree en esta dimensión. (Tabla y gráfica No. 8).

En lo referente a la dimensión de actitud ante la muerte que se ve influida por perspectivas profesionales se identificó que un 31% del personal Médico encuestado sí se ve influido por las perspectivas profesionales, en tanto que en el 69% restante no consideran que esté influida por este hecho. (Tabla y gráfica número 9).

En la descripción de la dimensión de actitud fundamentada en la concepción que la muerte es una salida o solución se encontró que sólo el 4% sí considera la muerte como salida o solución, mientras que un 96% de la población no la considera. (Tabla y gráfica No. 10).

Se analizó cada una de las dimensiones por antigüedad en el servicio encontrando lo siguiente:

Para comparar los grupos en cuanto a antigüedad en el puesto, se dividieron en: igual o menor de 15 años e igual o mayor de 16 años, encontrándose:

Para la dimensión de evitación ante la muerte y tener más o igual de 16 años de antigüedad con una $X^2 = 57.71$ y $p < 0.05$ (Tabla y gráfica No. 11).

La actitud de aceptación ante la muerte al ser analizada por años de antigüedad presentó una $X^2 = 2.455$ y $p > 0.05$. (Tabla y gráfica No. 12).

Con respecto a la antigüedad y la dimensión de temor ante la muerte se encontró una $X^2 = 0.327$ con una $p > 0.05$. (Tabla y gráfica No. 13).

En relación a la actitud basada en la idea de que la muerte es un pasaje o tránsito por antigüedad en el servicio, se encontró con una $X^2 = 0.081$ y una $p > 0.05$. (Tabla y gráfica No. 14).

En el caso de la actitud que considera la muerte como una salida o solución y tener menos de 15 años de antigüedad se encontró con una $X^2 = 78.89$ y una $p < 0.05$. (Ver tabla y gráfica 15).

La actitud influenciada por perspectivas profesionales y contar con más de 16 años de antigüedad en el servicio muestra una $X^2 = 15.322$, $p < 0.05$. (Tabla y gráfica 16).

Al analizar cada una de las dimensiones en relación a formación, se encontró:

Para la actitud de evitación ante la muerte y ser Médico Familiar se encontró una $X^2 = 22.582$ y $p < 0.05$ (Tabla y gráfica No. 17).

En relación a la actitud de aceptación y el tipo de formación se determinó una $X^2 = 0.271$; $p > 0.05$ (Tabla y gráfica No. 18).

Para la actitud de temor ante la muerte y ser Médico Familiar se determina una $X^2 = 23.778$ y una $p < 0.05$. (Tabla y gráfica No. 19).

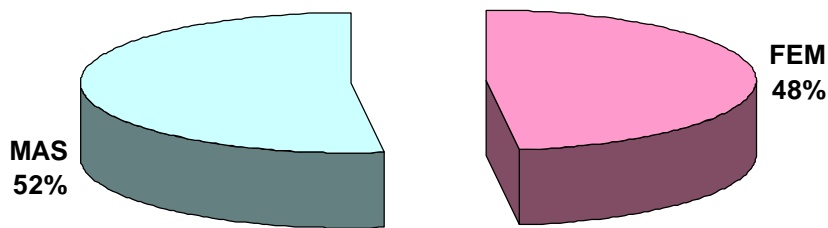
En cuanto a la dimensión de actitud basada en la idea de que la muerte es un pasaje o tránsito y ser Médico Familiar se encontró con una $X^2 = 9.291$ y una $p < 0.05$. (Tabla y gráfica No. 20).

Para la dimensión que considera a la muerte como una salida o solución y ser Médico Familiar se determinó una $X^2 = 22.523$, $p < 0.05$ (Tabla y gráfica No. 21).

La dimensión de actitud que se ve influenciada por perspectivas profesionales y el tipo de formación mostró una $\chi^2 = 0.123$, con una $p > 0.05$. (Tabla y gráfica No. 22).

GRAFICAS Y TABLAS

GRAFICA No. 1
PERSONAL MEDICO ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN GENERO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENERO 2007



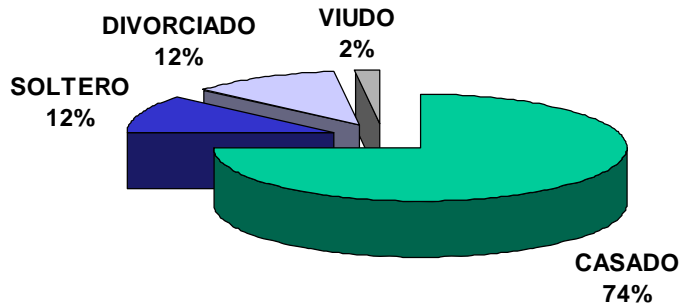
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 1
PERSONAL MEDICO DISTRIBUIDO SEGÚN GENERO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENERO 2007

GENERO	No.	%
FEMENINO	25	48.1
MASCULINO	27	51.9
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 2
 PERSONAL MEDICO ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ENERO 2007



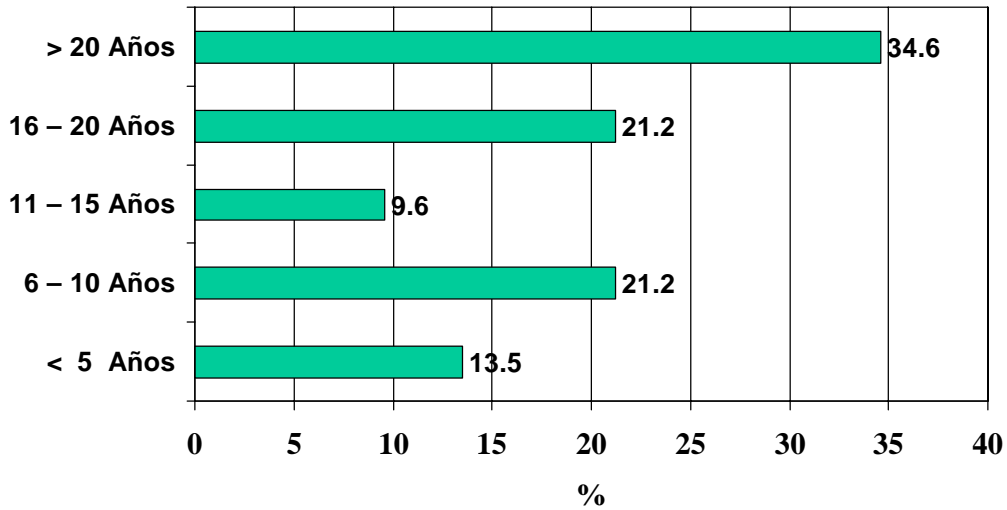
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 2
 PERSONAL MEDICO DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ENERO 2007

ESTADO CIVIL	No.	%
CASADO	39	75.0
SOLTERO	6	11.5
DIVORCIADO	6	11.5
VIUDO	1	2.0
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 3
PERSONAL MEDICO DISTRIBUIDO POR ANTIGUEDAD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENERO 2007



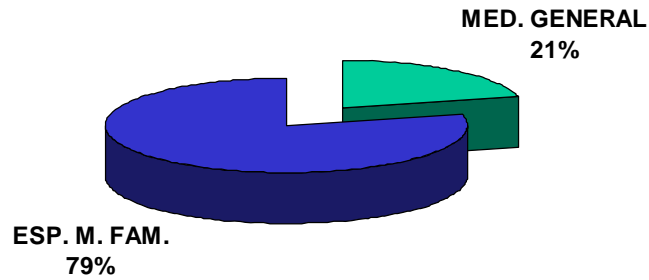
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 3
PERSONAL MEDICO DISTRIBUIDO POR ANTIGUEDAD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENERO 2007

ANTIGÜEDAD	No.	%
≤ 5 Años	7	13.5
6 – 10 Años	11	21.2
11 – 15 Años	5	9.6
16 – 20 Años	11	21.2
> 20 Años	18	34.6
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 4
 PERSONAL MEDICO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ENERO 2007



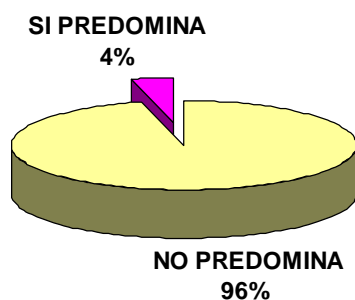
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 4
 PERSONAL MEDICO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 DEL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ENERO 2007

FORMACION	No.	%
MED. GENERAL	11	21.2
ESP. MED. FAMILIAR	41	78.8
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 5
DIMENSION DE ACTITUD DE EVITACION ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO



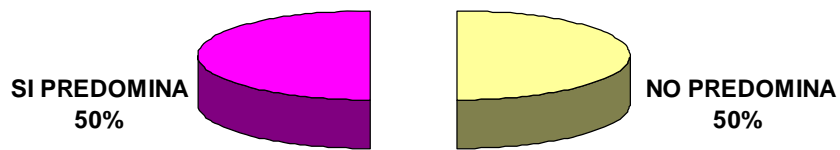
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 5
DIMENSION DE ACTITUD DE EVITACION ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO

ACTITUD DE EVITACION	No.	%
NO PREDOMINA	50	96
SI PREDOMINA	2	4
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, IMSS, enero 2007

GRAFICA No.6
DIMENSION DE ACEPTACION ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO



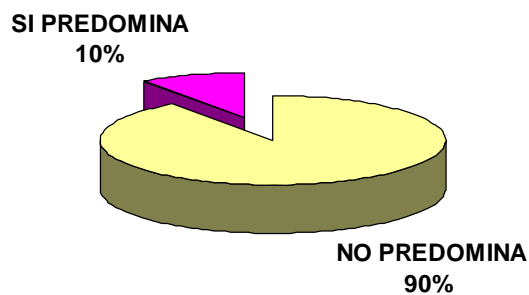
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No.6
DIMENSION DE ACEPTACION ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO

ACTITUD DE ACEPTACION	No.	%
NO PREDOMINA	26	50
SI PREDOMINA	26	50
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No.7
DIMENSION DE TEMOR ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO



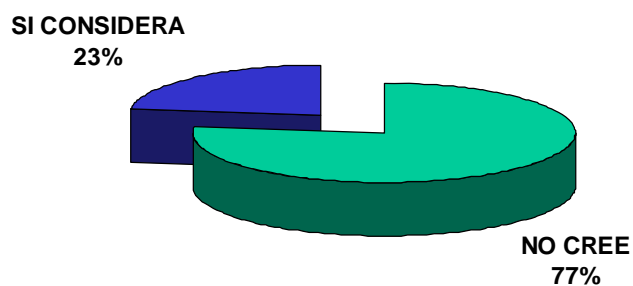
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 7
DIMENSION DE TEMOR ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO

ACTITUD DE TEMOR	No.	%
NO PREDOMINA	47	90
SI PREDOMINA	5	10
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 8
DIMENSION DE ACTITUD BASADA EN LA IDEA DE QUE LA
MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO



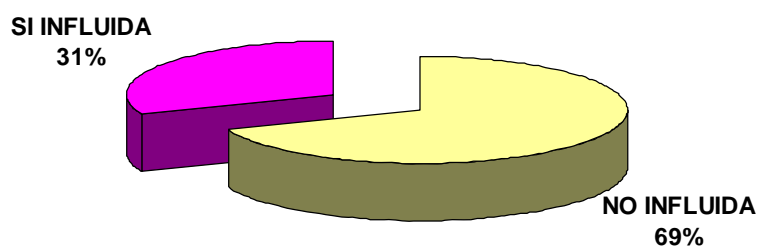
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 8
DIMENSION DE ACTITUD BASADA EN LA IDEA DE QUE LA
MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO
DEL PERSONAL MEDICO ENCUESTADO

LA MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO	No.	%
NO CREE	40	77
SI CONSIDERA	12	23
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 9
DIMENSION DE ACTITUD ANTE LA MUERTE QUE SE VE INFLUIDA
POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES DEL PERSONAL
MEDICO ENCUESTADO



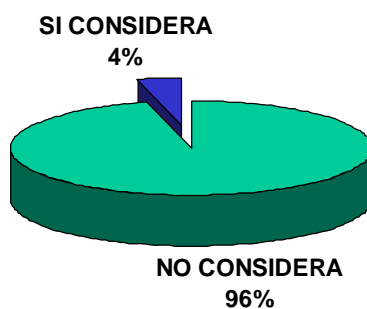
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 9
DIMENSION DE ACTITUD ANTE LA MUERTE QUE SE VE INFLUIDA
POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES DEL PERSONAL
MEDICO ENCUESTADO

SE VE INFLUIDA POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES	No.	%
NO INFLUIDA	36	69
SI INFLUIDA	16	31
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 10
DIMENSION DE ACTITUD FUNDAMENTADA EN LA CONCEPCION QUE LA MUERTE
ES UNA SALIDA O SOLUCION, EN EL PERSONAL ENCUESTADO



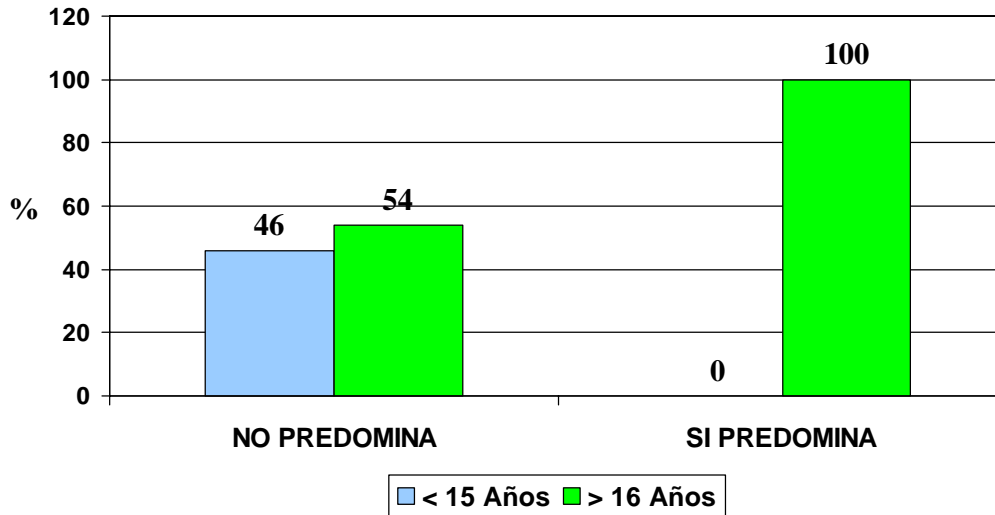
Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
Familiar ante la muerte, enero 2007

TABLA No. 10
DIMENSION DE ACTITUD FUNDAMENTADA EN LA CONCEPCION QUE LA
MUERTE ES UNA SALIDA O SOLUCION, EN EL PERSONAL ENCUESTADO

LA MUERTE ES UNA SALIDA O SOLUCION	No.	%
NO CONSIDERA COMO SALIDA O SOLUCION	50	96
SI CONSIDERA COMO SALIDA O SOLUCION	2	4
TOTAL	52	100.0

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 11
DIMENSION DE EVITACION ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

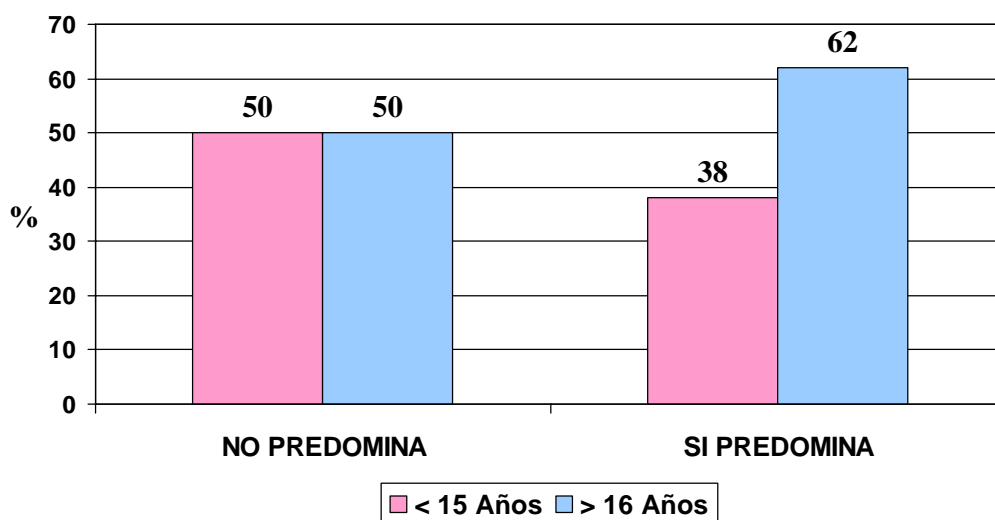
$X^2 = 57.71$; $p < 0.05$

TABLA No. 11
DIMENSION DE EVITACION ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD

ACTITUD DE EVITACION	ANTIGÜEDAD				TOTAL	
	≤ 15 Años		≥ 16 Años		No. %	
	No.	%	No.	%		
NO PREDOMINA	23	46	27	54	50	100
SI PREDOMINA	0	0	2	100	2	100
TOTAL	23	44	29	56	52	100
ANALISIS	$X^2 = 57.71$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 12
 DIMENSION DE ACEPTACION ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
 Familiar ante la muerte, enero 2007

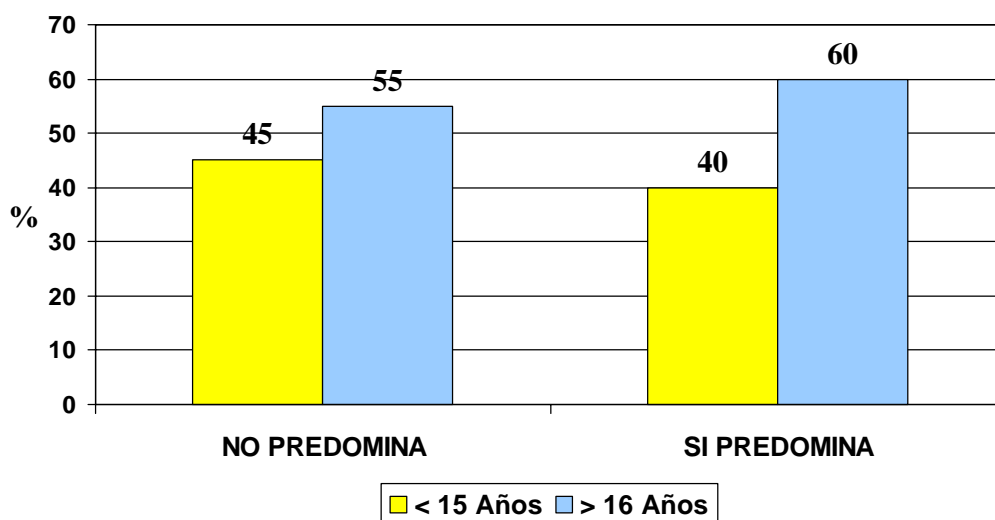
$\chi^2 = 2.455; p > 0.05$

TABLA No. 12
 DIMENSION DE ACEPTACION ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD

ACTITUD DE ACEPTACION	ANTIGÜEDAD				TOTAL	
	≤ 15 Años		≥ 16 Años		No.	%
	No.	%	No.	%		
NO PREDOMINA	13	50	13	50	26	100
SI PREDOMINA	10	38	16	62	26	100
TOTAL	23	44	29	56	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 2.455; p > 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
 Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 13
 DIMENSION DE TEMOR ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

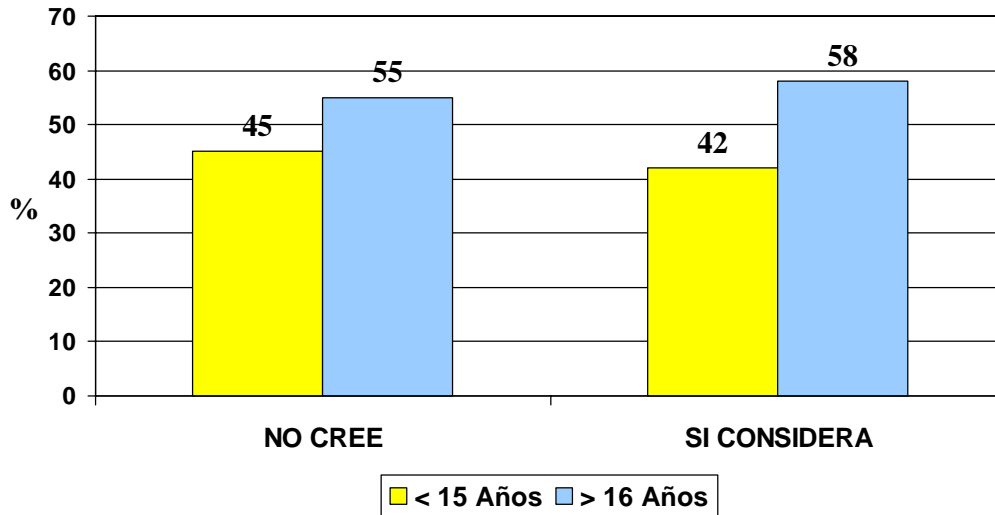
$\chi^2 = 0.327$; $p > 0.05$

TABLA No. 13
 DIMENSION DE TEMOR ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD

ACTITUD DE TEMOR	ANTIGÜEDAD				TOTAL	
	≤ 15 Años		≥ 16 Años		No.	%
	No.	%	No.	%		
NO PREDOMINA	21	45	26	55	47	100
SI PREDOMINA	2	40	3	60	5	100
TOTAL	23	44	29	56	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 0.327$; $p > 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 14
 DIMENSION DE ACTITUD BASADA EN LA IDEA DE QUE LA MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

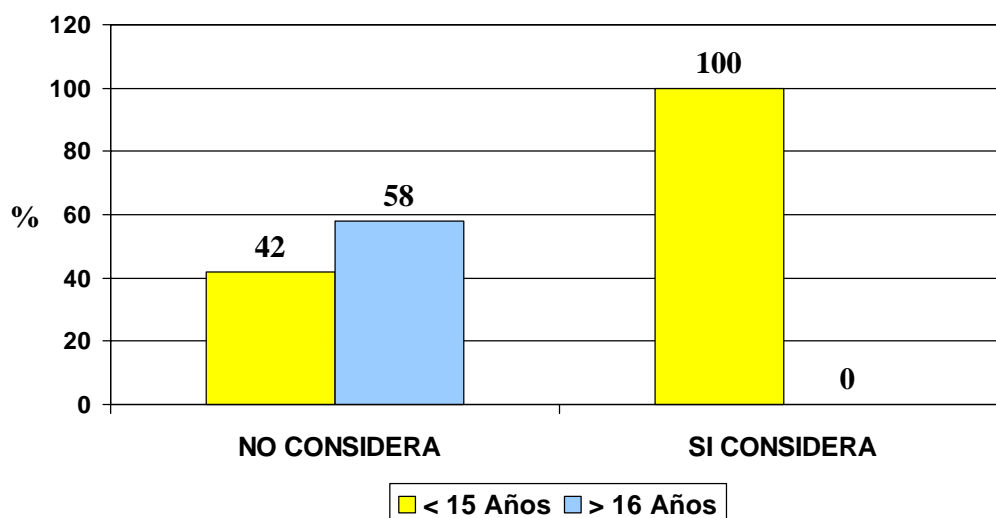
$X^2 = 0.081$; $p > 0.05$

TABLA No. 14
 DIMENSION DE ACTITUD BASADA EN LA IDEA DE QUE LA MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD

ACTITUD DE PASAJE	ANTIGÜEDAD				TOTAL	
	≤ 15 Años		≥ 16 Años		No.	%
	No.	%	No.	%		
NO CREE	18	45	22	55	40	100
SI CONSIDERA	5	42	7	58	12	100
TOTAL	23	44	29	56	52	100
ANALISIS	$X^2 = 0.081$; $p > 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 15
 DIMENSION DE ACTITUD FUNDAMENTADA EN LA CONCEPCION QUE LA MUERTE ES UNA SALIDA O SOLUCION DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

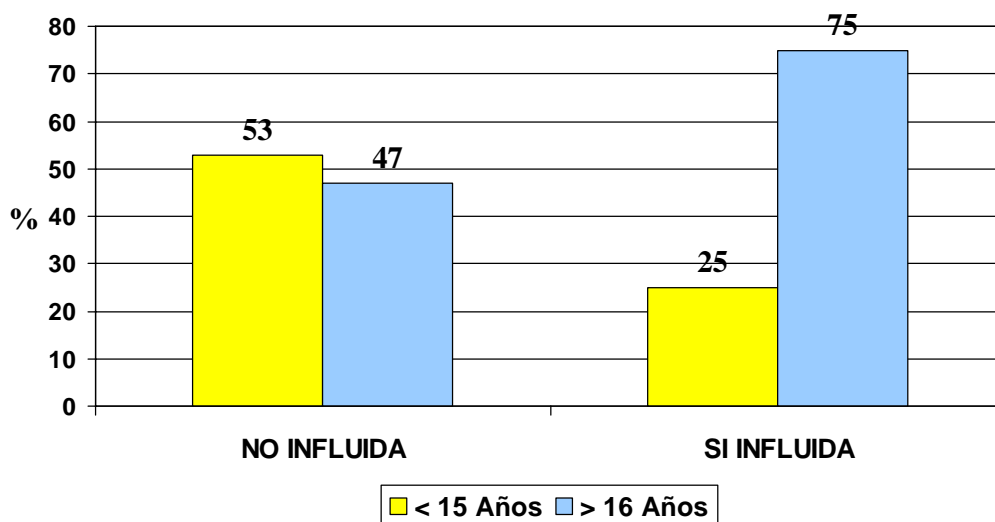
$\chi^2 = 78.898$; $p < 0.05$

TABLA No. 15
 DIMENSION DE ACTITUD FUNDAMENTADA EN LA CONCEPCION QUE LA MUERTE ES UNA SALIDA O SOLUCION DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD

LA MUERTE ES UNA SALIDA	ANTIGÜEDAD				TOTAL	
	≤ 15 Años		≤ 16 Años			
	No.	%	No.	%	No.	%
NO CONSIDERA	21	42	29	58	50	100
SI CONSIDERA	2	100	0	0	2	100
TOTAL	23	44	29	56	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 78.898$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 16
 DIMENSION DE ACTITUD QUE SE VE INFLUIDA
 POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES DEL PERSONAL ENCUESTADO
 DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

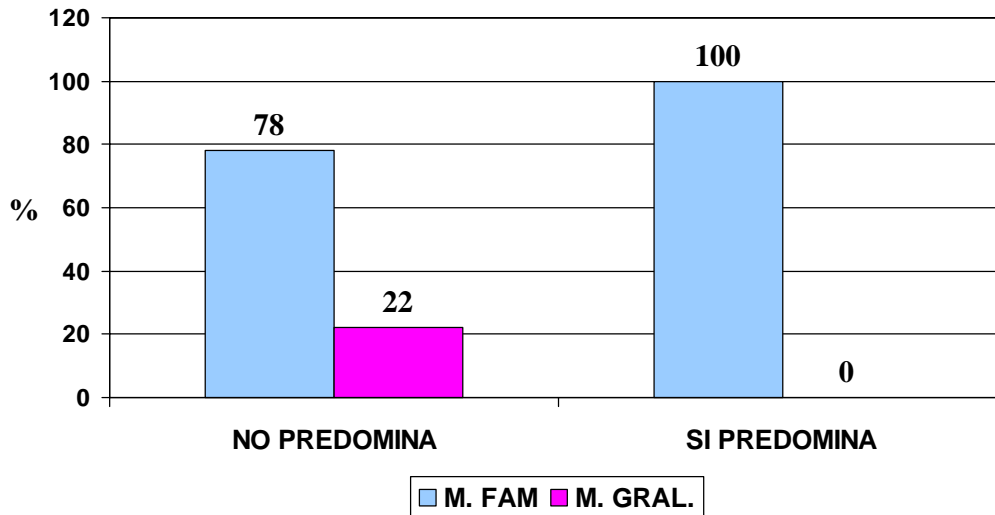
$\chi^2 = 15.322$; $p < 0.05$

TABLA No. 16
 DIMENSION DE ACTITUD QUE SE VE INFLUIDA
 POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES DEL PERSONAL ENCUESTADO
 DISTRIBUIDO POR ANTIGÜEDAD

ACTITUD QUE SE VE INFLUIDA	ANTIGÜEDAD				TOTAL	
	≤ 15 Años		≥ 16 Años		No. %	
	No.	%	No.	%		
NO INFLUIDA	19	53	17	47	36	100
SI INFLUIDA	4	25	12	75	16	100
TOTAL	23	44	29	56	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 15.322$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 17
 DIMENSION DE EVITACION ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

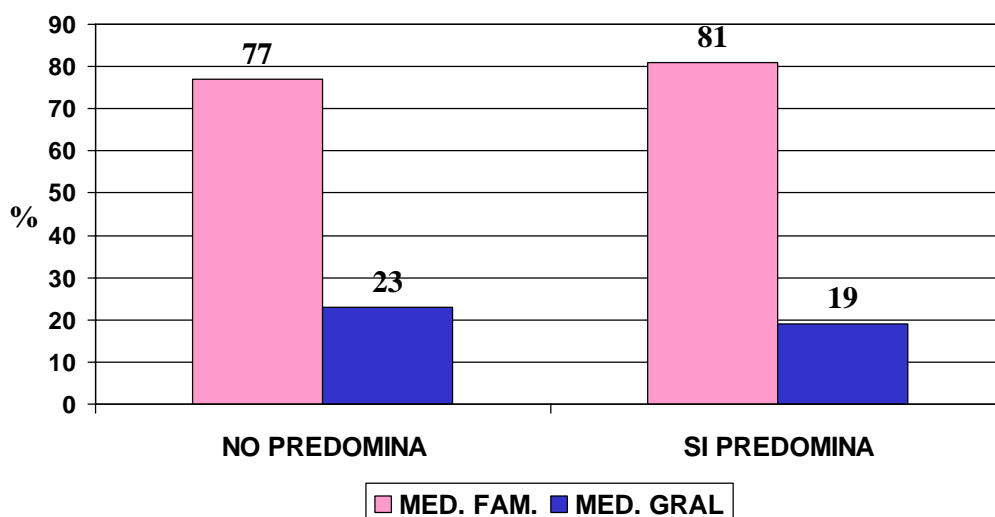
$\chi^2 = 22.582$; $p < 0.05$

TABLA No. 17
 DIMENSION DE EVITACION ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION

ACTITUD DE EVITACION	FORMACION				TOTAL	
	MED. FAM.		MED. GRAL.		No. %	
	No.	%	No.	%		
NO PREDOMINA	39	78	11	22	50	100
SI PREDOMINA	2	100	0	0	2	100
TOTAL	41	79	11	21	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 22.582$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 18
 DIMENSION DE ACEPTACION ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

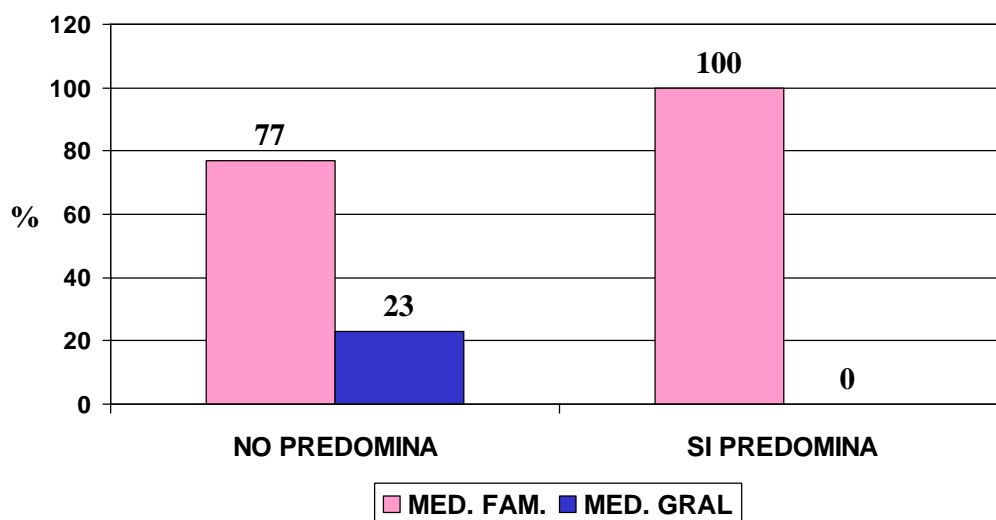
$\chi^2 = 0.271$; $p > 0.05$

TABLA No. 18
 DIMENSION DE ACEPTACION ANTE LA MUERTE
 DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION

ACTITUD DE ACEPTACION	FORMACION				TOTAL	
	MED. FAM.		MED. GRAL.			
	No.	%	No.	%	No.	%
NO PREDOMINA	20	77	6	23	26	100
SI PREDOMINA	21	81	5	19	26	100
TOTAL	41	79	11	21	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 0.271$; $p > 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 19
DIMENSION DE TEMOR ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

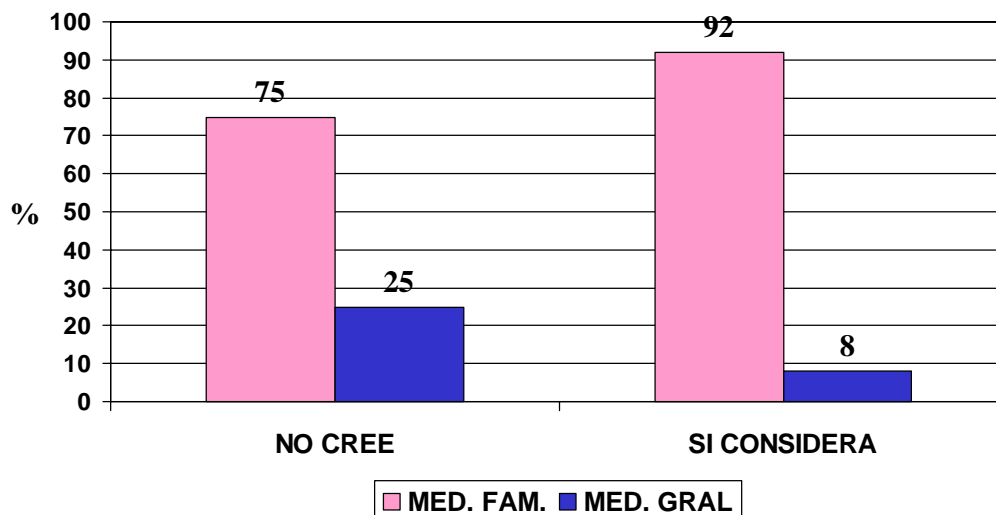
$\chi^2 = 23.778$; $p < 0.05$

TABLA No. 19
DIMENSION DE TEMOR ANTE LA MUERTE
DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACION

ACTITUD DE TEMOR	FORMACION				TOTAL	
	MED. FAM.		MED. GRAL.			
	No.	%	No.	%	No.	%
NO PREDOMINA	36	77	11	23	47	100
SI PREDOMINA	5	100	0	0	5	100
TOTAL	41	79	11	21	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 23.778$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 20
 DIMENSION DE ACTITUD BASADA EN LA IDEA DE QUE LA MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACIÓN



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

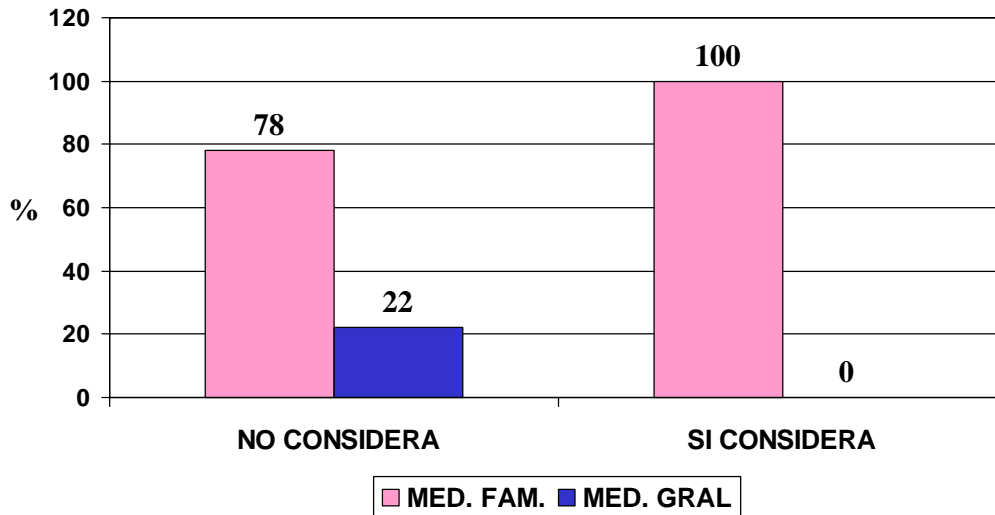
$\chi^2 = 9.291$; $p < 0.05$

TABLA No. 20
 DIMENSION DE ACTITUD BASADA EN LA IDEA DE QUE LA MUERTE ES UN PASAJE O TRANSITO DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACIÓN

ACTITUD DE PASAJE	FORMACION				TOTAL	
	MED. FAM.		MED. GRAL.		No.	%
	No.	%	No.	%		
NO CREE	30	75	10	25	40	100
SI CONSIDERA	11	92	1	8	12	100
TOTAL	41	79	11	21	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 9.291$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 21
 DIMENSION DE ACTITUD FUNDAMENTADA EN LA CONCEPCION QUE LA MUERTE ES UNA SALIDA O SOLUCION DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACIÓN



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

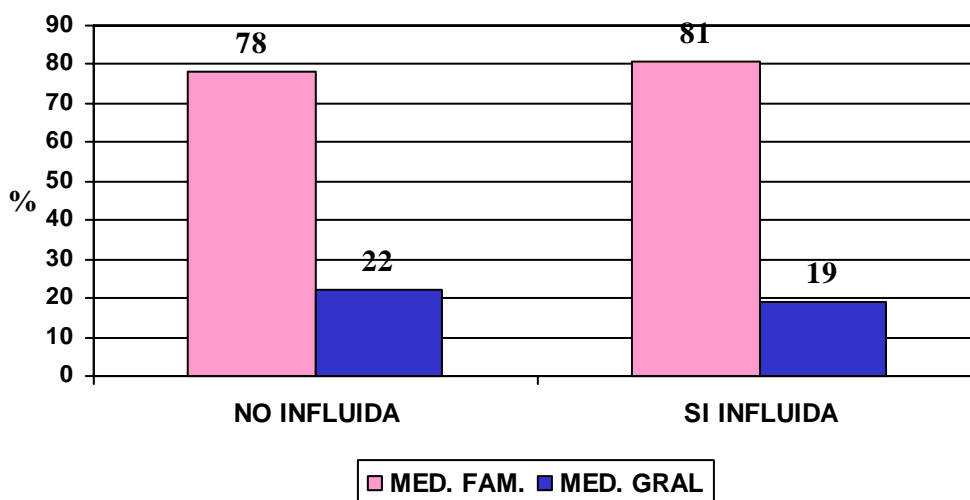
$\chi^2 = 22.523$; $p < 0.05$

TABLA No. 21
 DIMENSION DE ACTITUD FUNDAMENTADA EN LA CONCEPCION QUE LA MUERTE ES UNA SALIDA O SOLUCION DEL PERSONAL ENCUESTADO DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACIÓN

LA MUERTE ES UNA SALIDA	FORMACION				TOTAL	
	MED. FAM.		MED. GRAL.			
	No.	%	No.	%	No.	%
NO CONSIDERA	39	78	11	22	50	100
SI CONSIDERA	2	100	0	0	2	100
TOTAL	41	79	11	21	52	100
ANALISIS	$\chi^2 = 22.523$; $p < 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico Familiar ante la muerte, enero 2007

GRAFICA No. 22
 DIMENSION DE ACTITUD QUE SE VE INFLUIDA
 POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES DEL PERSONAL ENCUESTADO
 DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACIÓN



Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
 Familiar ante la muerte, enero 2007

$X^2 = 0.123$; $p > 0.05$

TABLA No. 22
 DIMENSION DE ACTITUD QUE SE VE INFLUIDA
 POR PERSPECTIVAS PROFESIONALES DEL PERSONAL ENCUESTADO
 DISTRIBUIDO SEGÚN FORMACIÓN

ACTITUD QUE SE VE INFLUIDA	FORMACION				TOTAL	
	MED. FAM.		MED. GRAL.		No.	%
	No.	%	No.	%		
NO INFLUIDA	28	78	8	22	36	100
SI INFLUIDA	13	81	3	19	16	100
TOTAL	41	79	11	21	52	100
ANALISIS	$X^2 = 0.123$; $p > 0.05$					

Fuente: Encuesta sobre actitud del Medico
 Familiar ante la muerte, enero 2007

DISCUSION

Se entrevistó a 52 Médicos, con una edad promedio de 43.84 años, con una proporción prácticamente igual de ambos géneros, predominando el género femenino. En relación al estado civil, la mayoría fueron casados, y con respecto a los años de antigüedad, la mayoría tenía más de 20 años de servicio. De acuerdo a la formación de los Médicos entrevistados, se encontró que la gran mayoría corresponde a Médicos Familiares. En el estudio realizado por Hernández Cabrera y cols se observa que, contrario a nuestros resultados, un 50% de los médicos tienen menos de 35 años, y tal como sucedió en nuestro trabajo existe una mayor proporción de mujeres y en cuanto a estado civil de casados. Ambos estudios coinciden en que la mayoría de los encuestados son Médicos Familiares.

En base a la descripción de los resultados de la encuesta y al evaluar los resultados por cada una de las dimensiones estudiadas se encontró: que el 4% mostró una actitud de evitación ante la muerte, mientras que un 96% no presentó dicha actitud. Lo anterior constituye una fortaleza por parte del personal médico que favorece una adecuada atención a los pacientes o familiares que atraviesan por esta situación.

Al analizar los datos en relación a años de antigüedad en el servicio, se encuentra que existe una diferencia estadística significativa en tener un predominio de la actitud de evitación ante la muerte y tener más o igual de 16 años de antigüedad. Se puede afirmar que sí hay una diferencia estadísticamente significativa entre un predominio de la actitud de evitación ante la muerte y ser Médico Familiar. Lo anterior no deja de llamar la atención, pues esperaríamos que al contar con 3 años de residencia este profesional tuviera más herramientas para enfrentarse al tema de muerte lo que aparentemente no es así, y definitivamente va en relación al punto anterior en cuanto a preparar al facultativo en este tema.

Para la actitud de aceptación ante la muerte, se presentó en el 50% de los encuestados, y no se detectó en el 50% restante, lo que semeja los resultados obtenidos por el equipo encabezado por Gisela Hernández donde se observan actitudes positivas hacia la muerte hacia su sentido enriquecedor. Al ser analizada la actitud de aceptación por años de antigüedad, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa. La actitud de aceptación ante la muerte al ser analizada por tipo de formación no presentó una diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a la actitud de temor se presentó en el 10%, no así en el 90% restante. Una vez más se demuestra que aunque se trata de personal médico, el tratar el tema de la muerte es complicado. Cabe mencionar que en artículo realizado por Hernández Cabrera hubo una correlación significativa encontrada entre la variable edad y la dimensión de temor, donde se observa que a mayor edad de los médicos, menor es el miedo a la muerte; lo anterior se explica

porque con la edad se incrementa la experiencia profesional de contacto con la muerte lo que puede actuar como un mecanismo desensibilizador.

Así mismo, en relación a la actitud de temor ante la muerte los resultados no muestran ninguna diferencia. Estos resultados se observan contrarios a lo esperado pues ya que se comentó que en el estudio de Hernández y colaboradores se obtuvo que a mayor edad menor temor ante la muerte.

También se encontró que sí existe una diferencia significativa entre predominar la actitud de temor ante la muerte y ser Médico Familiar, lo que va relacionado con lo antes mencionado entre predominio de evitación y ser Médico Familiar.

En relación a considerar la muerte como un pasaje o tránsito un 23% de los entrevistados se identificó con dicha dimensión, sin embargo no fue así en el 77%, resultados que muestran una parecido con los de Hernández y cols ya que en esta dimensión obtuvieron respuestas bajas. No se identificó una diferencia en la actitud basada en la idea de que la muerte es un pasaje o tránsito por antigüedad en el servicio.

La dimensión de actitud basada en la idea de que la muerte es un pasaje o tránsito analizado por tipo de formación revela una diferencia significativa en sí considerar esta actitud y ser Médico Familiar, contrario a lo que reporta Hernández Cabrera y cols donde los Médicos de Familia obtuvieron puntuaciones bajas.

En cuanto a la actitud influida por perspectivas profesionales se detectó que un 31% cuenta con esta actitud, y no fue así en el 69%. Comenta Gisela Hernández muy atinadamente como análisis en relación a los resultados obtenidos en esta dimensión en su estudio: “el Médico Familiar no está preparado para la aproximación realista y productiva a la muerte de sus pacientes, y requiere particular formación para la atención adecuada y sin costo emocional propio, a los pacientes terminales de su área.” Sin duda en esta dimensión se encuentran mezcladas perspectivas profesionales y personales, lo que hace necesaria una mayor educación al Médico de Familia en estos aspectos.

En el predominio de esta actitud también se identifica una diferencia estadísticamente significativa con tener más de 16 años de antigüedad en el servicio. Una vez más se pone de manifiesto la necesidad de preparar al Médico Familiar en torno al tema de la muerte para que éste dé una atención adecuada ante el paciente afectado sin repercusiones para él mismo. La dimensión de actitud que se ve influida por perspectivas profesionales analizada por tipo de formación no muestra ningún tipo de diferencia.

Al analizar la dimensión que considera la muerte como una salida o solución se observa que sólo el 4% se identifica con esta actitud, y el 96% no la considera. Coincidimos en esta dimensión al ser evaluada por Gisela Hernández y su equipo, puesto que sus resultados muestran puntuaciones bajas. Hacen énfasis sin embargo en los resultados de algunas de las

proposiciones: por ejemplo comenta que el 66% de los médicos prefieren vivir sin calidad a morir, en nuestro estudio, para este mismo cuestionamiento corresponde al 63% de los médicos que se aferran a la vida aún sin calidad, lo que pone en claro el importante apego a la vida por parte del profesional que puede estar influido por diversos factores.

En relación a considerar la muerte como una salida o solución y tener menos de 15 años de antigüedad si se identifica una diferencia estadísticamente significativa. Lo que probablemente este influido por la experiencia, ya que vemos que ésta relación disminuye conforme aumenta la edad del médico.

Sí hay una diferencia significativa entre considerar a la muerte como una salida o solución y ser Médico Familiar. Esto pudiera estar dado a que durante su formación está en continuo contacto con el sufrimiento y el dolor, así como pacientes con enfermedades en etapas avanzadas.

CONCLUSIONES.

Dentro del estudio que se llevó al cabo se encuentra que la actitud que predomina es la de aceptación ante la muerte con un 50%, posteriormente encontramos la actitud influenciada por perspectivas profesionales con un 31%, seguido de considerar la muerte como un pasaje o tránsito con un 23%. Así mismo tenemos que un 10% de los entrevistados presenta temor ante la muerte y con un 4% se encuentran las actitudes de evitación y la de considerar la muerte como una salida o solución.

Contrario a lo que podríamos esperar, se observa que los Médicos Familiares presentan más frecuentemente actitudes de evitación, temor y consideran la muerte como pasaje o salida, en comparación con el Médico General.

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de preparar al profesional en el tema de la muerte de manera que ofreciera una atención adecuada al paciente que lo requiera sin que esto afecte emocionalmente al Médico.

El hecho de que el Médico Familiar tenga 3 años más de preparación, de estar en contacto con la vida hospitalaria y en consecuencia con pacientes que experimentan dolor, sufrimiento y con enfermos terminales hacen que éste, en ocasiones, vea la muerte como una salida o solución, sin embargo para las otras dimensiones su reacción ante la muerte no deja de estar influenciada por experiencias personales.

Aún para el Médico Familiar el abordaje del tema de la muerte es tema complicado por lo que es necesario tomar en cuenta la importancia de un adecuado manejo del tema para ayudar al facultativo a brindar una atención de calidad. Tomando en cuenta lo anterior se sugiere la creación de programas educativos en relación al manejo adecuado del paciente que atraviesa el proceso de duelo por muerte dirigidos a Médicos Familiares, de manera que el profesional de la salud pueda encarar estas situaciones de manera más sencilla sin sentirse afectado por ello. Lo anterior resultaría en una atención adecuada e integral para el derechohabiente, libre de prejuicios o de opiniones personales del Médico que pudieran empañar la consulta y no obtener los resultados esperados.

BIBLIOGRAFIA.

1. Fuertes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. ANALES Sis San Navarra 2001, Vol. 24, Suplemento 2.
2. J. William Worden. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. España, Paidós, 1997, 240 pag.
3. Gala-León F, Lupiani-Jimenez M, Raja-Hernández R, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina forense no 30, octubre 2002.
4. Dueñas-Tentori H, Corral-García Juan, Canchola – Martínez E et al. Aspectos conductuales del Médico frente al paciente moribundo y sus familiares.
5. Fernández-Liria A, Rodríguez-Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo.
6. Documentos de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 33.
7. L. Alfonso Reyes Zubiría. Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. Curso Fundamental de Tanatología Tomo III, México, 1996, 229 pag.
8. Ponencia. Curso “Bioética”, Universidad Anahuac.
9. www.topia.com.ar/default.htm
10. www.pointofhope.org/es/duelo/que
- k 11. Hernández-Cabrera G, González-García M, Fernández-Machin L, Infante-Pereira O. Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18(1): 22-32.
12. Tsuchida-Fernández Marisa, Bandrés-Sánchez Maria. Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal y los cuidados al final de la vida.
13. Programa académico del curso de especialización en Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996.

ANEXO.

A continuación se presenta un cuestionario conformado por 2 partes: en la primera se interroga sobre algunos datos sociodemográficos que serán evaluados en el presente estudio. El instrumento es anónimo. Se agradece la mayor sinceridad posible, no consulte con otras personas. Su respuesta debe ser franca y auténtica. Gracias.

1. Edad: años.

2. Sexo: Masculino____ Femenino____

3. Estado civil: Casado____ Soltero____ Viudo____ Divorciado____

4. Señale el número de años que usted tiene laborados:

Menos de 5 años _____

De 6 a 10 años _____

De 11 a 15 años _____

De 16 a 20 años _____

Más de 20 años _____

5. Su formación comprende:

Especialidad en Medicina Familiar_____

Medicina General_____

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. En dicho apartado usted encontrará una numeración en la que el 1 representa el estar totalmente en desacuerdo y el 5 totalmente de acuerdo con cada una de las proposiciones. Usted deberá marcar el número que refleje mejor su manera de pensar:

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LUGAR Y FECHA:

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: ACTITUD DEL MEDICO FAMILIAR ANTE LA MUERTE EN LA UMF 33 DEL IMSS.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD O LA CNC: **COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA U. M. F. NO. 20.**

El objetivo de el estudio es: determinar el tipo de actitud ante la muerte en los médicos familiares de la unidad de medicina familiar no. 33.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: otorgar datos como edad, sexo, estado civil, años de experiencia laboral, formación como especialista en medicina familiar, contestar un instrumento en el que se busca evaluar la actitud del medico ante la muerte, en la que se busca evaluar 6 dimensiones entre las que se encuentran evitación (preguntas 1, 8, 17, 22, 32), aceptación (preguntas 2, 7, 16, 23, 27), temor (preguntas 3, 9, 13, 24, 28), pasaje (4, 11, 18, 25, 29), perspectivas profesionales (preguntas 6, 11, 12, 19, 20, 26, 30, 33) y salida (preguntas 5, 14, 15, 21, 31).

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos ni inconvenientes, ni molestias y si beneficio derivados de mi participación en el estudio ya que al determinar el tipo de actitud ante la muerte en los médicos que laboran en la UMF 33 se contará con una importante herramienta con la que se pueden iniciar programas educativos para modificar conductas negativas ante la muerte y mejorar la atención a los pacientes.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planté acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación de ningún tipo con el instituto mexicano del seguro social.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre, firma y matricula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Testigos

TESIS  IMPRESIONES
ENCUADERNADOS

COPYNET

100% DIGITAL

pressanddesign@yahoo.com.mx



TRABAJOS URGENTES
COCOTEROS 24, COL. NUEVA STA. MARÍA
DEL. ATZCO., MÉXICO, D.F. C.P. 02800
TELS. 53 41 49 88 Y 53 41 64 91