



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"**



**"ACTITUDES DEL MEDICO FAMILIAR ANTE SU MUERTE, LA MUERTE DEL SER
QUERIDO Y EL PROCESO DE MORIR, EN COMPARACIÓN CON EL MEDICO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR"**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

**DRA. ZAIRA JAZMIN LUSTRES CALVO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES

**DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORD. CLÍNICO DE EDUC. E INV. EN SALUD
U. M. F No. 33 "EL ROSARIO"**

**DR. JOSE MANUEL HERNANDEZ AGUILAR
COORDINADOR DEL SERVICIO DE AMED
TURNO VESPERTINO DEL H.G.Z. NO. 32 "VILLA COAPA"**

MEXICO D.F.

JULIO 2008



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.

**DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORD. CLÍNICO DE EDUC. E INV. EN SALUD
U. M. F No. 33 “EL ROSARIO” Y ASESOR DE TESIS**

**DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFRA. TITUTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 33 “EL ROSARIO”**

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFRA. ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 33 “EL ROSARIO”**

**DR. JOSE MANUEL HERNANDEZ AGUILAR
COORDINADOR DEL SERVICIO DE AMED T. V. DEL
H.G.Z. NO. 32 “VILLA COAPA” Y ASESOR EXTERNO DE TESIS**

**DRA. ZAIRA JAZMIN LUSTRES CALVO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por la oportunidad de vivir, por la oportunidad de ser médico, pero sobre todo por guiarme hacia la Medicina Familiar, Gracias...

A MIS PADRES:

Por darme la vida, por siempre ser incondicionales, porque sus brazos siempre se abren cuando los necesito, porque su corazón sabe comprender cuando preciso consejo. Su fuerza y su amor me han dirigido por la vida y me han dado las alas que necesitaba para volar. Gracias por hacer de mí quien soy, pues sin sus enseñanzas no lo hubiera logrado.

A CHAZO:

Por enseñarme a entender las diferencias de opinión y siempre estar ahí con una sonrisa a pesar de todo...

A TÍ, JOSE MANUEL:

Por ser mi inspiración, mi complemento, por siempre confiar en mí, por tu paciencia y apoyo incondicional, por impulsarme a seguir cada día aun cuando ya no podía mas, por enseñarme que en la Medicina Familiar se puede trascender. Gracias Amor por darme la oportunidad de compartir tu vida conmigo...TE AMO

A MIS AMIGOS:

Yeny, Moní, Montse y Cesar, por compartir conmigo sus experiencias, alegrías y tristezas durante estos tres años. Gracias por su tiempo y su paciencia, pero sobre todo por su amistad...

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	57
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	62

Lustres CZJ. Arvizu IR. Hernández AJM. Actitudes del Médico Familiar ante su muerte, la muerte del ser querido y el proceso de morir, en comparación con el Médico Residente de Medicina Familiar.

Introducción: El Médico Familiar y el Médico residente que ha de enfrentarse con la muerte pueden presentar actitudes de ansiedad e inseguridad, entre otras reacciones por el hecho de afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es evidente que estos miedos e inseguridades dificultaran el proceso de morir. Dado que cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay un único modo de morir, un primer paso en la mejora de la preparación de los Médicos Familiares, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia su muerte y hacia la de los demás.**Objetivo:** Determinar las actitudes del Médico Familiar ante su muerte, la muerte del ser querido y el proceso de morir, en comparación con el Médico Residente de Medicina Familiar. **Diseño:** Descriptivo observacional, prospectivo, transversal y comparativo. **Material y métodos:** Se incluyeron 24 Médicos Familiares así como 24 Médicos Residentes de la UMF 33, quienes contestaron 3 instrumentos evaluando sus actitudes ante la muerte propia, la muerte del ser querido y el proceso de morir. Se realizó el análisis de datos mediante estadística descriptiva y el análisis estadístico por medio de la base de datos Epi Info Versión 6. **Resultados:** En el grupo de Médicos Familiares el 29% acepto sentirse preparado para afrontar su muerte mientras que el 21% no, siendo el género masculino en el que predomina la aceptación para afrontar la muerte con un 33%. En lo que concierne a la ansiedad que genera la propia muerte, se encontró que el 45% de los médicos familiares presentan ansiedad; siendo el morir joven la causa de mayor ansiedad. El 83% de los médicos familiares presentan ansiedad ante la muerte de un ser querido. En el grupo de Médicos Residentes el 25% acepto sentirse preparado para afrontar su muerte mientras que el 29% no se siente preparado; siendo los hombres en los que se observa menor aceptación al proceso de morir con un 50%. En lo que concierne a la ansiedad que genera la propia muerte el 66% de los médicos residentes presentan ansiedad; siendo el morir joven la causa de mayor ansiedad. El 98% de los médicos residentes presentan ansiedad ante la muerte de un ser querido. En el rubro de ansiedad ante la muerte de un ser querido se encontró que es el Médico Residente quien tiene mayor riesgo de presentar esta actitud en comparación con el Médico Familiar (OR 7.66 IC 95% [0.84-4.69.54] X^2 4.18 [p=0.00409]). **Conclusiones:** Tanto en los médicos familiares como en residentes existe mayor miedo al proceso de morir que a la propia muerte, destacando como causas de mayor ansiedad el que la muerte se acompañe del deterioro físico y mental. Ambos grupos coinciden en que la muerte y el proceso de morir de un ser querido generan mayor ansiedad en comparación con la muerte y proceso de morir propio, sin embargo los residentes tienen 6 veces más riesgo de presentar ansiedad ante la muerte de un ser querido en comparación con los médicos familiares.

Palabras Clave: Actitud ante la muerte, proceso de morir, Médico Familiar, Medico Residente.

INTRODUCCION

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, circunstancia ineludible para todo ser humano y que es el final previsible de toda persona y una experiencia inevitable para todo el Personal de Salud y para el propio Médico.

Profundizando en el tema, señalare que en la actualidad y en nuestra sociedad, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos. Esta negación social también está presente en el personal de salud que no está exento de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que puede generar la muerte y el trabajo continuo en el proceso de morir ajeno.

Poco se ha escrito en la literatura médica con respecto a este tópico. Quizá porque la respuesta del Médico ante la muerte sea en principio la de siempre negar la vulnerabilidad de la vida y la limitación de nuestros esfuerzos ante la inminencia de la muerte.

La actitud del Médico Familiar es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida condiciona la actitud de los propios pacientes ante estadios terminales así como de la proximidad con la muerte.

El Médico Familiar o el Médico residente que ha de enfrentarse con la muerte puede presentar actitudes de ansiedad, rechazo e inseguridad, entre otras reacciones por el hecho de afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es evidente que estos miedos e inseguridades dificultaran el proceso de morir.

Así pues, si se pudieran canalizar las actitudes o conductas negativas que genera la muerte, probablemente podría incidir en una mejora en la atención que se presta al paciente terminal y a su familia que repercutiría en un mayor nivel de confort y bienestar.

Dado que cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay un único modo de morir, un primer paso en la mejora de la preparación de los Médicos Familiares, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia su muerte y hacia la de los demás.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológico-emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, quizás aquéllos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en su red de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da es también antagónica.¹

Aunque la muerte humana es un fenómeno cotidiano, y mientras que en muchas sociedades de pensamiento no occidental se acepta al hombre y a su muerte como algo inevitable,² en la sociedad occidental existe la tendencia a evadir todo aquello que conlleve pensar en la propia muerte, quizá ante la fantasía de que la ciencia contemporánea todo lo puede, o simplemente porque nadie deja de lamentar el fin de una vida de relación con el mundo, por todo lo gratificante y constructivo que ésta puede tener, sobre todo cuando se está sano o aún padeciendo alguna enfermedad tolerable y controlada. Es en Occidente en donde las conductas y actitudes hacia el morir por parte de la familia del sujeto involucrado, del equipo de atención a la salud y del propio sujeto, han ido adquiriendo nuevos matices en la medida en que se ha desarrollado el conocimiento biomédico, ha progresado la técnica y se ha manifestado una paulatina pero creciente toma de conciencia sobre los Derechos Humanos y de la autonomía, bienestar y calidad de vida, como valores fundamentales, entre otros.³

El tema de la muerte es uno de los más difíciles de tratar en la Medicina y en la vida. Es un tema interdisciplinario que rebasa con mucho el modelo médico y que implica para su cabal comprensión abordajes filosóficos, religiosos, espirituales, tanatológicos, artísticos, sociológicos, económicos y un largo etcétera.

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. Se nos educa desde el primer año de la carrera en una filosofía que siempre tiende hacia la vida, a promoverla y preservarla. Prácticamente nunca se nos habla de la muerte y sólo hasta que tenemos que vivirla con nuestros enfermos o cuando nos toca la experiencia en alguien muy cercano es que llegamos, después de un enorme esfuerzo de autocritica, a percatarnos 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 humanos.⁴

En nuestra época, la muerte ya no se considera un proceso natural e inevitable sino algo que debe combatirse con todas las armas de la biotecnología.

De hecho, en la formación médica universitaria el morir es el tema más olvidado. Durante diez semestres todo el entrenamiento del futuro Galeno va orientado precisamente a

erradicar, a vencer la muerte como un enemigo. Dejar morir en paz cuando el momento ha llegado se considera la peor de las derrotas médicas. Aún la muerte inevitable de un paciente representa una amenaza y un fracaso, y el deseo de impedirlo lleva al médico, en muchas ocasiones, a recomendar nuevos procedimientos, aún sabiendo que son totalmente inútiles para un paciente. Todo esto para encubrir su incapacidad de admitir la derrota de aceptar la muerte y de cambiar, con la humanidad y la humildad, el rumbo de sus intervenciones para pasar de curar al paciente a aliviarlo y prepararlo para el final.

La anterior reflexión es pertinente en los términos de 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.

La ambivalencia y la incertidumbre propias del tema de la muerte no tienen cabida en las estadísticas de los Comités de morbi-mortalidad: sería muy interesante el planteamiento de una metodología estadística para un Comité de mortalidad digna, por ejemplo.

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.⁵

Los Médicos debiéramos tener un papel definido con respecto a las anteriores consideraciones. Muchos de nuestros 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. 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.

En este sentido, la muerte o su proximidad generan un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión⁶⁻⁸. En nuestra

sociedad occidental, se vive como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y que la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos⁹.

Esta negación social de la muerte también se traslada al ámbito médico. Como señala con mucho acierto Azulay¹⁰, la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte; se prefiere una muerte rápida, súbita, que se produzca cuando uno está durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia¹¹. No obstante, Callahan¹² expresa que el objetivo de la medicina del siglo XXI no puede ni debe limitarse a evitar o curar enfermedades, sino que los fines son dos y ambos de la misma categoría e importancia: evitar la muerte, pero cuando ésta, a pesar de los esfuerzos, llegue, conseguir que los pacientes mueran en paz¹³.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes constituyen hoy las primeras causas de muerte en nuestro país, son considerados el objetivo estratégico de mayor prioridad en nuestro Plan Nacional de Salud durante los próximos años. Existen varias entidades que pueden conducir a un estadio terminal más o menos prolongado: el cáncer, la hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus y otras enfermedades degenerativas, pero es el cáncer el que nos aporta mayor número de pacientes terminales a nuestras áreas de salud.

En estos pacientes, el tratamiento curativo debe inexorablemente ser sustituido por el enfoque paliativo, que tiene entre sus objetivos, fundamentalmente, preparar para la muerte del paciente, tanto al enfermo mismo, como a sus familiares.^{14,15} Lamentablemente no siempre se logra este reenfoque de la atención médica, debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con un paciente de este tipo, y también, por el profundo impacto que causa sobre el personal de salud la proximidad de la muerte.¹⁶

La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, no sólo biológico, sino también psicosocial, en que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa generalmente a la simple observación.¹⁷ Los profesionales de la salud que atendemos pacientes moribundos podemos influir con intervenciones apropiadas en dos procesos: en el proceso de morir, y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio.¹⁸

En su trayectoria hacia la muerte inevitable, los enfermos terminales enfrentan múltiples temores (a la muerte en sí, a lo desconocido, al dolor, a perder su familia, su identidad, etc.)¹⁹, pero en muchos casos experimentan precisamente temores a compartir sus temores con sus familias, lo que representa algo así como una condena a permanecer en silencio con la consiguiente reducción de la comunicación y aislamiento.

Este es el resultado, además del desconocimiento que familiares y profesionales de la salud tienen habitualmente acerca del manejo adecuado de esta información, como expresara *Fonnegra* en su ponencia al Foro sobre la Muerte en la Universidad de los Andes.²⁰ El proceso de morir ha sido descrito por Elizabeth Kübler-Ross¹⁴, autora de mayor trascendencia en el tema, por lo que expongo a continuación su postulación acerca

de este proceso. Debe recordarse que se trata de una experiencia totalmente individual, que involucra muchos procesos psicológicos que pueden dar incluso manifestaciones frecuentes de psicopatología y que debe considerarse como una guía clínica dado que no se trata de etapas que deban seguirse unas a otras en forma rígida. La experiencia del Médico ante el proceso bien conducido y esta información teórica son las guías más importantes para poder comprender el proceso y poder ayudar al paciente y sus familiares. Estas etapas pueden ser caracterizadas de las formas siguientes:

Negación y aislamiento: Se trata de un período defensivo que permite amortiguar el impacto inicial y da oportunidad para que otros mecanismos de defensa de la personalidad salgan a flote. Estos a veces son sanos y apropiados y a veces no lo son.

Ira: Implica un proceso de proyección de sentimientos muy primitivos y de muy difícil manejo para el paciente, para sus familiares y para su Médico: rabia, envidia, resentimiento, etc. Tiene tanto un componente racional como uno irracional. Se debe ser especialmente comprensivo, paciente y prudente en esta etapa.

Negociación: Es una etapa que se da por accesos, breves pero progresivos hasta que el paciente llega a liberarse de sus temores irracionales, deseos inconscientes de castigo y culpas. Es una etapa en donde el paciente necesita un acompañamiento muy dirigido y profesional.

Depresión: Es el estado afectivo que sigue y tiene dos componentes:

- El reactivo: secundario al propio proceso y,
- El anticipatorio: pues recordemos que lo que el paciente tiene enfrente y hacia dónde se dirige es hacia su propia muerte.

Aceptación: Siempre y cuando haya tenido suficiente tiempo y haya recibido la adecuada ayuda y conducción en las fases anteriores. Cuando se llega a esta etapa habiendo vivido el paciente y el Médico con él su proceso se tiene una de las experiencias más formativas y de mayor templanza humana y espiritual que un Profesional de la Medicina pueda tener.

Al paciente moribundo se le exige dependencia y sumisión a las prescripciones médicas, muchas veces dirigidas a una epopéyica e inútil lucha por conservar la vida. Dice con razón *Urraca*²¹ que los derechos del moribundo moderno son no saber que va a morir, y si lo sabe, comportarse como si no lo supiese. El estilo de muerte de hoy en día está en armonía con esta atmósfera. Se aconseja discreción, crear la menor cantidad de problemas a los supervivientes, y como dice *Gómez Sancho*²², es "desaparecer de puntilla sin que nadie lo note". En verdad en la sociedad moderna no hay tiempo ni ganas de pensar en la muerte. Hay una tendencia a la ocultación mediante censura social rígida, que lleva incluso a engañar al moribundo, y lo convierte en un ente solitario lleno de desesperación y con atención insuficiente o deshumanizada.²³ La capacidad para aliviar con la palabra (comunicación verbal), con los gestos y con el trato humano han

disminuido sin lugar a dudas en el médico de hoy.²⁴ Los factores que determinarán las necesidades del paciente terminal ante la proximidad de la muerte son cuatro fundamentalmente²⁵ : 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. Hoy en día se reconoce que "morir es saber perder".²⁶ El médico, sin embargo, cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal²⁷; 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.²⁸

De lo que se ha reseñado se puede deducir claramente que la actitud del médico Familiar es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad terminal y la proximidad de su muerte.

Las actitudes individuales hacia la muerte y los aspectos asociados a ésta, como dolor, pena o sufrimiento, pueden condicionar, en cierto modo, la forma en que estos profesionales afrontan la muerte y el trato que dispensan a los enfermos en situación terminal y a sus familiares. En este sentido, aquellos colectivos, como el de los Médicos Familiares que han de enfrentarse de manera directa y frecuente a la muerte y la agonía ajena padecen, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en una atención inadecuada; por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, al afrontar sus propios miedos ante la muerte²⁹.

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 o amigo; 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 principales³⁰⁻³³

- 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.

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).

La medida de las actitudes hacia la muerte puede llevarse a cabo mediante diversos procedimientos: entrevistas semi-estructuradas, técnicas proyectivas y escalas o

cuestionarios entre las que destacan: la Escala de miedo a la muerte de Boyar (Fods)³⁴, la Escala de miedo a la muerte de Collet/Lester³⁵, la Escala de actitudes ante la muerte de Lester³⁶, el Índice de temor de Kreiger, Epsteing y Leitner³⁷ y, sobre todo, la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer³⁸.

Al analizar el tema genérico de las actitudes hacia la muerte no resulta gratuito el hacer una mención específica de las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte, yendo a la grapa de este tema aspectos tan cruciales como los de la eutanasia y la atención y el cuidado a la persona falleciente, siendo este último aspecto el que más me interesa.

Los cambios socioculturales descritos con anterioridad también han alcanzado, como no podría ser de otro modo, al Personal de Salud; en defensa a tales cambios, las principales actitudes en torno a la muerte del Personal de salud se centran en:

a) No querer nombrar a la misma muerte y, por asociación, tampoco a las patologías o males que creemos que la atraen³⁹. 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", cuando, a la postre, 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"... y es que como dice Kasper⁴⁰ "parece que los médicos tienen más miedo a la muerte que los enfermos". Lógicamente algunos pacientes y, sobre todo, los familiares son cómplices complacientes en este ritual de la mentira.

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 muchos sanitarios no miran cara a cara, y sobre todo a los ojos, a los pacientes moribundos... 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 contrario⁴¹.

c) Aumento de la atención tecnológica y 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 se convierte el morir hospitalario en algo solitario y vergonzante con el atrezzo de toda una tramoya de aparataje 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-Ross¹⁷ - en algo "solitario, mecánico y deshumanizado". Aunque, en realidad, el Personal de Salud no es culpable de manifestar estas actitudes y comportamientos habida cuenta que están mediatizados por las carencias de formación profesional en técnicas de comunicación⁴² y en técnicas de afrontamiento ante la situación que plantea el enfermo agonizante⁴⁰.

Así, una formación adecuada debería fomentar unas actitudes más adecuadas hacia el enfermo terminal, que deberían ser⁴³:

- 1) Tomar consciencia 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.

De acuerdo con los argumentos anteriores, es evidente que para prestar la mejor atención posible al enfermo moribundo y a su familia es necesaria una formación específica del Médico Familiar, en los aspectos vinculados a la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos. Dado que cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay un único modo de morir¹, un primer paso en la mejora de la preparación de los profesionales de la salud, en general, y de los Médicos Familiares, en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia su muerte y hacia la de los demás.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la delegación Azcapotzalco, del Distrito Federal, en el servicio de consulta externa con el objetivo de determinar las actitudes ante la muerte de los Médicos Familiares en comparación con los Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar.

El estudio fue observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y comparativo, de tipo encuesta el cual fue aplicado al total de Médicos Familiares adscritos a la unidad así como al total de Médicos inscritos en la especialidad de Medicina Familiar de esta unidad, que desearan participar en el estudio; excluyendo tanto a Médicos Familiares como a Médicos Residentes que contaran con diplomados o cursos monográficos en Tanatología. Se eliminaron a aquellos médicos que no mostraron disposición para participar en el estudio, aquellos que se encontraban de incapacidad y quienes contestaron parcialmente la encuesta. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, por lo que no se determinó el tamaño de la muestra.

Por lo anterior se encontró que 48 médicos cumplían con los criterios de inclusión para este estudio, de los cuales 24 correspondieron a Médicos Familiares y 24 a Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar.

Se aplicó la encuesta por el médico investigador a todos los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de Febrero – Abril del 2008. Se evaluaron las actitudes ante la muerte tanto de los Médicos Familiares como de los Médicos Residentes mediante los instrumentos: **Escala modificada de ansiedad ante la muerte**, utilizando una versión modificada por Dayés y Limonero de la Revised Collet-Lester Fear of Death and Dying Scale; la cual consta de cuatro subescalas en las que se contempla la preocupación por la propia muerte, y el propio proceso de morir, y la preocupación por la muerte de la persona más querida y la preocupación por su proceso de morir; cada subescala está compuesta de cinco ítems en donde la respuesta puede ir desde no me preocupa nada a la que se le otorga una puntuación de 1, hasta me preocupa muchísimo con una puntuación de 5; **Cuestionario sobre creencias sociales relacionadas con la muerte**, el cual fue construido y validado específicamente, con 15 ítems relacionados con creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte; valorando del 1 al 7 su nivel de desacuerdo-acuerdo con las afirmaciones que se menciona, donde la puntuación va desde 1 si está totalmente en desacuerdo hasta siete si está totalmente de acuerdo; **Escala de competencia percibida frente a la muerte**, utilizando la escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte descartando los ítems que se considero que no eran apropiados para los objetivos de la presente investigación. La escala original de competencia percibida de Bugen consta de 30 ítems de los cuales se escogieron 11, en donde se valoró del 1 al 7 el nivel de desacuerdo-acuerdo en las afirmaciones que se expusieron, siendo 1 el total de desacuerdo y 7 el total de acuerdo con la afirmación expuesta.

En cada uno de los instrumentos las proposiciones que se presentaron constaron de una escala tipo Likert con una numeración del 1 al 5 (primer instrumento) y del 1 al 7 (segundo y tercer instrumento).

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó el programa Excel, concentrando los datos en una hoja de cálculo de manera ordenada, para realizar el cálculo de los datos estadísticos descriptivos se obtuvieron promedios y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados. Para el análisis estadístico se utilizó la base de datos Epi Info Versión 6.

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 48 Médicos, de los cuales 24 corresponden a Médicos Residentes inscritos en la especialidad de Medicina Familiar, y los restantes 24 corresponden a Médicos Familiares adscritos a la unidad.

Con base a la descripción de los resultados de la encuesta para determinar si los médicos entrevistados se sienten preparados para afrontar su muerte se encontró que la mayoría de los médicos asumen una actitud neutral a este cuestionamiento (48%), el 27% acepta estar preparado para esta experiencia y el 28% no está preparado para morir (Tabla y gráfica 1).

Co relación a si los médicos entrevistados se han preparado para afrontar el proceso que conllevara a su muerte se encontró que la mayoría asumen una actitud imparcial (49%), el 30% se siente preparado para afrontar este proceso y el 21% no lo está (Tabla y gráfica 2).

Con respecto a la frecuencia de miedo ante la muerte se observó que del total de los entrevistados el 23% acepta tener miedo ante la muerte, mientras que el 44% no muestran esta actitud y el 33% refieren una actitud neutral (Tabla y gráfica 3).

En cuanto a la ansiedad que genera la propia muerte, se detecto que del total de los médicos entrevistados el 62% si presentan ansiedad mientras que el 38% no la presenta (Tabla y gráfica 4), siendo la imposibilidad de comunicación y el morir joven las causas de mayor ansiedad (Tabla y gráfica 5).

Referente a la ansiedad que genera el proceso de morir, se detecto que del total de los médicos entrevistados el 83% presenta ansiedad, mientras que el 17% restante no (Tabla y gráfica 6), siendo la pérdida de las funciones fisiológicas así como de las funciones mentales las causas de mayor ansiedad (Tabla y gráfica 7).

Al analizar si la muerte de un ser querido genera ansiedad, se encontró que del total de los médicos entrevistados la mayoría (90.83%) presenta ansiedad, mientras que el 9.17% no la presenta (Tabla y gráfica 8), siendo los aspectos de la pérdida definitiva así como el no poder comunicarse o ver al ser querido las causa de mayor ansiedad (Tabla y gráfica 9).

En lo concerniente a la ansiedad que genera el proceso de morir de un ser querido, el 95% de los médicos refirieron sentir ansiedad, y solo el 5% no lo refirió (Tabla y gráfica 10). Entre los aspectos que generan mayor ansiedad sobre el proceso de morir de un ser querido se encontraron el contemplar su dolor así como el deterioro de sus funciones fisiológicas y mentales (Tabla y gráfica 11).

Al analizar cada uno de los grupos en estudio se encontró lo siguiente:

En el grupo de Médicos Familiares referente a si se sienten preparados para afrontar su muerte el 29% acepto sentirse preparado para esta situación mientras que el 21% no se siente preparado, aunque llama la atención que el 50% de ellos no supieron que contestar y mantienen una opinión neutral al respecto (Tabla y gráfica 12). Cabe señalar que es en el género masculino en el que predomina la aceptación para afrontar la muerte con un 33%, ya que el género femenino representa un 22% (Tabla y gráfica 13).

En el cuestionamiento sobre la aceptación del proceso de morir, el 38% de los médicos familiares se siente preparado para ello, el 8% refirió no sentirse preparado y el 58% se mantuvo neutral ante este cuestionamiento (Tabla y gráfica 14); siendo en las mujeres en las que predomina esta conducta con un 44%, ya en los hombres solo se reporta un 33% (Tabla y gráfica 15).

Con relación a la ansiedad que genera la propia muerte, se encontró que el 45% de los médicos familiares presentan ansiedad y el 55% no la presentan (Tabla y gráfica 16); siendo el morir joven la causa de mayor ansiedad en ambos géneros; sin embargo en el caso de los hombres el no poder sentir o pensar nunca más y la imposibilidad de comunicación también son causas frecuentes de ansiedad; en cambio en las mujeres él no ser recordada tras su muerte es otra de las principales causas de ansiedad (Tabla y gráfica 17).

Al analizar si a este grupo de médicos les genera ansiedad su proceso de morir, se encontró que el 79% presentan ansiedad mientras que el 21% restante no la presentan (Tabla y gráfica 18). En cuanto a las causas de mayor ansiedad, el que el proceso de morir se acompañe de un dolor insoportable o de la pérdida del control de las funciones fisiológicas fue más frecuente en los hombres de este grupo, en cambio en las mujeres fueron el deterioro de las funciones mentales y la pérdida del control de las funciones fisiológicas las más frecuentes (Tabla y gráfica 19).

Referente a si la muerte de un ser querido genera ansiedad, el 83% de los médicos familiares presentan ansiedad ante este evento, y el 17% niegan sentir ansiedad por ello (Tabla y gráfica 20). En el caso del género masculino las causas de mayor ansiedad ante la pérdida de un ser querido fueron el no poder verla, sentirla u oírla nunca más, el perderla de manera definitiva y el no poder comunicarse nunca más con ella, en cambio en el género femenino lo que causa mayor ansiedad es el sentimiento de soledad ante la pérdida del ser querido (Tabla y gráfica 21).

Respecto a si el proceso de morir de la persona más querida genera ansiedad en los médicos familiares, se encontró que el 93% si la presente y sólo el 7 % no (Tabla y gráfica 22). Ambos géneros coincidieron que el presenciar el deterioro de las funciones mentales del ser querido es la causa de mayor ansiedad (Tabla y gráfica 23).

En el grupo de Médicos Residentes de Medicina Familiar, referente a si se sienten preparados para afrontar su muerte el 25% acepto sentirse preparado para esta situación, el 29% no se siente preparado y el 46% mantiene una opinión neutral al respecto (Tabla y gráfica 24), lo anterior no muestra diferencia con lo encontrado en los médicos familiares. Cabe señalar que es en el género masculino en el que predomina el no aceptar estar preparado para afrontar la muerte con un 50%, mientras que en el género femenino la aceptación representa el 27% (Tabla y gráfica 25).

En el cuestionamiento sobre la aceptación del proceso de morir, el 25% de los médicos residentes se siente preparado para ello, el 33% refirió no sentirse preparado y el 42% se mantuvo neutral ante este cuestionamiento (Tabla y gráfica 26); siendo en los hombres en los que se observa menor aceptación al proceso de morir con un 50 %, en tanto que en las mujeres solo representa un 27% del total entrevistado (Tabla y gráfica 27). Aunque en cuanto la aceptación del proceso de morir no hay una diferencia en los porcentajes, si se nota que el más difícil de aceptar el proceso de morir en los médicos residentes del género masculino.

En relación a la ansiedad que genera la propia muerte, se encontró que el 66% de los médicos residentes presentan ansiedad y el 34% no la presentan (Tabla y gráfica 28); siendo el morir joven la causa de mayor ansiedad en ambos géneros al igual que en el grupo de médicos familiares. Otra similitud se encuentra en las causas de ansiedad por género, ya que en el caso de los hombres la imposibilidad de comunicación también es causa frecuente de ansiedad en las mujeres él no ser recordada tras su muerte es causa de ansiedad (Tabla y gráfica 29).

Al analizar si en al grupo de médicos residentes les genera ansiedad su proceso de morir, se encontró que el 87% si presenta ansiedad mientras que el 13% restante no la presenta (Tabla y gráfica 30). En cuanto a las causas que generan ansiedad sobre el proceso de morir, se encontró que en ambos géneros las mayores causas son la pérdida del control de las funciones fisiológicas así como el deterioro de las funciones mentales (Tabla y gráfica 31).

Referente a si la muerte de un ser querido genera ansiedad, el 98% de los médicos residentes presentan ansiedad ante este evento, y el 2% niegan sentir ansiedad por ello (Tabla y gráfica 32). En cuanto a las causas de ansiedad tanto los hombres como las mujeres de este grupo coinciden en que el perder definitivamente al ser querido, es lo que más genera ansiedad (Tabla y gráfica 33).

Con respecto a si el proceso de morir de la persona más querida genera ansiedad en los médicos residentes, se encontró que el 98% si la presenta y sólo el 2 % no (Tabla y gráfica 34). Ambos géneros coincidieron que el presenciar la pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas y el deterioro de las funciones mentales del ser querido son las

causas de mayor ansiedad (Tabla y gráfica 35), estos resultados son similares a lo encontrado en el grupo de médicos familiares.

La edad del total de los médicos entrevistados, en el grupo de 20 - 30 años se registraron 22 médicos (46%), en el grupo de 31- 40 años se registraron 12 médicos (25%), en el grupo de 41 - 50 años se registraron 5 médicos (10%), en el grupo de 51 - 60 años se registraron 8 médicos (17%), en el grupo de más de 60 años se registró 1 médico (2%) (Tabla y gráfica 36).

Del total de los entrevistados el 56% correspondieron al género femenino, y el 44% al género masculino (Tabla y gráfica 37).

En cuanto al estado civil de los entrevistados, se encontró que en su mayoría eran solteros (51%); en segundo lugar se encontraron los casados con un 45%, y solo se encontraron uno en unión libre y otro divorciado los cuales correspondieron al 2% en cada caso (Tabla y gráfica 38).

Referente a los años de ejercicio profesional se pudo observar que la mayoría contaban con menos de 5 años de antigüedad (52%). En segundo lugar el intervalo de más de 20 años de antigüedad con un 23%, seguido del intervalo de 6 a 10 años con un 15 % y por último con un 6% el intervalo de 11- 20 años de antigüedad (Tabla y gráfica 39).

En relación a las creencias religiosas se encontró que la mayoría de los médicos entrevistados son católicos (77%); el 19% de los médicos refirieron ser agnósticos y solo un 4% refirieron ser cristianos (Tabla y gráfica 40).

Dentro del grupo de Médicos Familiares se encontró un promedio de edad de 44.37 años. Del total de Médico Familiares el 63% correspondieron al género masculino y el 37% al género femenino (Tabla y gráfica 41).

Con respecto al estado civil de los Médicos Familiares se encontró que en su mayoría eran casados (71%), seguido de los solteros con un 25 % y solo se encontró un divorciado, correspondiendo al 4% (Tabla y gráfica 42).

Concerniente a los años de ejercicio profesional en este grupo se observó que la mayoría contaban con más de 20 años de antigüedad (46%). En segundo lugar el intervalo de 6 – 10 años de antigüedad con un 25%, en tercer lugar el intervalo de menos de 5 años con un 17% y por último el intervalo de 11 - 20 años con un 11% (Tabla y gráfica 43).

En cuanto a las creencias religiosas en este grupo se encontró la mayoría de los médicos son católicos con un 79%, el 17% son agnósticos y el 4% son cristianos (Tabla y gráfica 44).

En el grupo de Médicos Residentes se encontró una edad promedio de 27.45 años. Del total de Médicos Residentes el 75% correspondieron al género femenino y el 25% al género masculino (Tabla y gráfica 45).

Respecto al estado civil de los Médicos Residentes se encontró que en su mayoría son solteros (79%), seguido de los casados con un 17% y solo se encontró uno en unión libre, correspondiendo a al 4% (Tabla y gráfica 46).

En relación a los años de ejercicio profesional el promedio fue de 1.54 años, debido a que son médicos en formación, la mayoría recién egresados.

Referente a las creencias religiosas en este grupo también se encontró que la mayoría de los médicos son católicos (71%), el 25% reporto ser agnóstico y solo el 4% son cristianos (Tabla y gráfica 47).

Se calculo el riesgo observado por medio de razón de momios para cada uno de los factores asociados en relación con el miedo y la ansiedad que generan la propia muerte, la muerte del ser querido y el proceso de morir para la comparación de ambos grupos (Tabla 48).

Con respecto a quien presenta mayor ansiedad ante la muerte un ser se encontró que es el médico residente quien presenta mayor ansiedad al este hecho, con una asociación tanto clínica como estadísticamente significativa (OR 7.66 IC 95% [0.84-4.69.54] X^2 4.18 [p=0.00409]). Por lo que los médicos residentes tienen 6 veces más riesgo de presentar ansiedad ante la muerte de un ser querido en comparación con los médicos familiares.

Referente a la asociación existente entre la edad menor de 35 años y presentar miedo ante la propia muerte, no existe asociación clínica ni estadísticamente significativa (OR 0.9 IC 95% [0.20-3.90] X^2 0.0198 [p=0.8881]).

En cuanto a la asociación entre ser mujer y presentar miedo ante la propia muerte, no existe asociación clínica ni estadísticamente significativa (OR 0.34 IC 95% [0.07-1.65] X^2 1.89 [p=0.173])

Respecto a la asociación entre no tener pareja y presentar ansiedad ante la muerte de un ser querido se encontró que si existe asociación clínica pero no estadísticamente significativa (OR 4.0 IC 95% [0.68-23.29] X^2 2.62 [p=0.105]).

Con relación a la asociación existente entre la religión católica como factor asociado a la disminución del miedo ante la muerte se encontró que no existe asociación clínica ni estadísticamente significativa reportándose una OR 0.4 IC 95% (0-03-4.25) X^2 0.60 (p=0.43).

En lo que concierne a la asociación entre ser Médico Familiar y presentar miedo ante la propia muerte no se encontró asociación clínica ni estadísticamente significativa (OR 1.1 IC 95% [0.2-4.85] X^2 0.19 [p=0.88])

Respecto a la asociación existente entre ser Médico Residente y presentar miedo ante la propia muerte no se encontró asociación clínica ni estadísticamente significativa (OR 0.9 IC 95% [0.20-3.90] X^2 0.0198 [p=0.8881]).

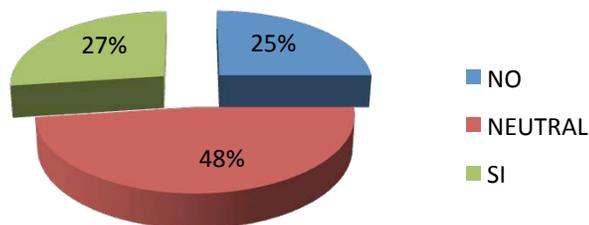
Referente a la asociación entre ser Médico Familiar o Médico Residente y presentar miedo ante el proceso que conllevará su muerte no se encontró asociación clínica ni estadísticamente significativa (OR 0.2 IC 95% [0.03-1.85] X^2 1.88 [p=0.16])

Con relación a la asociación entre ser Médico Residente y presentar ansiedad ante el proceso que conllevará la propia muerte se encontró que existe asociación clínica pero no estadística con una OR 2.09 IC 95% [0.17-24.73] X^2 0.35 [p=0.55].

Concerniente a la asociación entre ser Médico Familiar y presentar ansiedad ante la muerte de un ser querido no se encontró asociación clínica ni estadísticamente significativa (OR 0.13 IC 95% [0.014-1.83] X^2 4.12 [p=0.04]).

En cuanto a la asociación entre ser Médico Residente y presentar ansiedad ante el proceso de morir de un ser querido se encontró asociación clínica pero no estadísticamente significativa (OR 3.28 IC 95% [0.031-34.08] X^2 1.09 [p=0.296]).

GRAFICA 1.
ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE DE LA POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

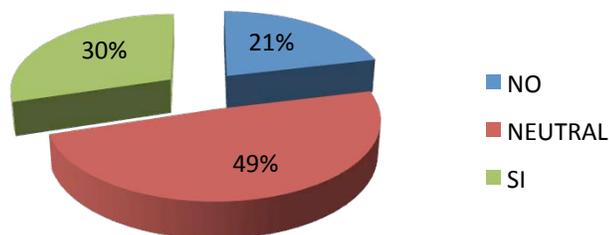


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 1.

ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE POBLACION TOTAL		
NO	NEUTRAL	SI
12	23	13

GRAFICA 2.
ACEPTACION PARA AFRONTAR EL PROCESO DE MORIR POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

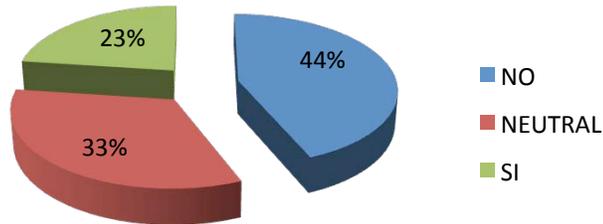


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 2.

ACEPTACION PARA AFRONTAR EL PROCESO DE MORIR POBLACION TOTAL		
NO	NEUTRAL	SI
10	23	14

GRAFICA 3.
FRECUENCIA DE MIEDO ANTE LA MUERTE
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

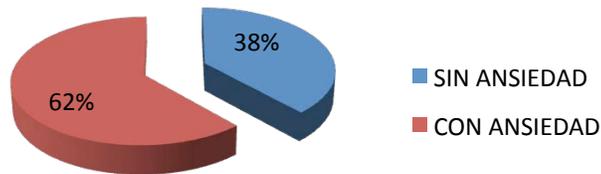


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 3.

MIEDO ANTE LA MUERTE POBLACION TOTAL		
NO	NEUTRAL	SI
21	16	11

GRAFICA 4.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

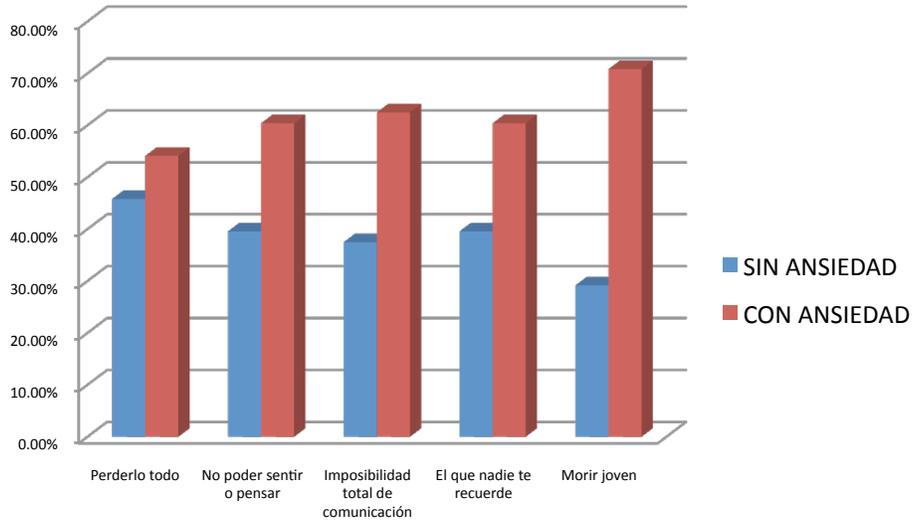


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 4.

ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE POBLACION TOTAL	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
38.33%	61.65%

GRAFICA 5.
ASPECTOS DE LA PROPIA MUERTE QUE GENERAN ANSIEDAD
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS UMF No.33 "EL ROSARIO"

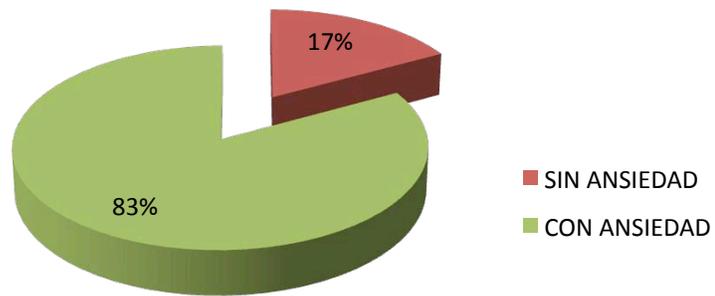


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 5.

ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE POBLACION TOTAL		
	SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
Perderlo todo	45.83%	54.12%
No poder sentir o pensar	39.58%	60.41%
Imposibilidad total de comunicación	37.50%	62.50%
El que nadie te recuerde	39.58%	60.41%
Morir joven	29.16%	70.83%

GRAFICA 6.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE EL PROPIO PROCESO DE MORIR
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS UMF No.33 "EL ROSARIO"

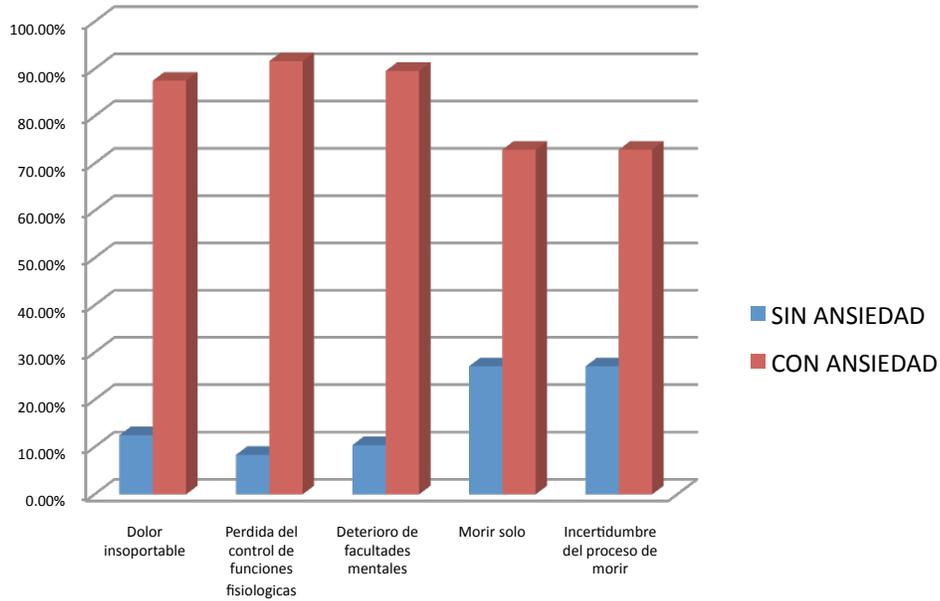


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 6.

ANSIEDAD ANTE EL PROPIO PROCESO DE MORIR POBLACION TOTAL	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
17.08%	82.91%

GRAFICA 7.
ASPECTOS DEL PROCESO DE MORIR QUE GENERAN ANSIEDAD
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS
EN LA UMF No.33 “EL ROSARIO”

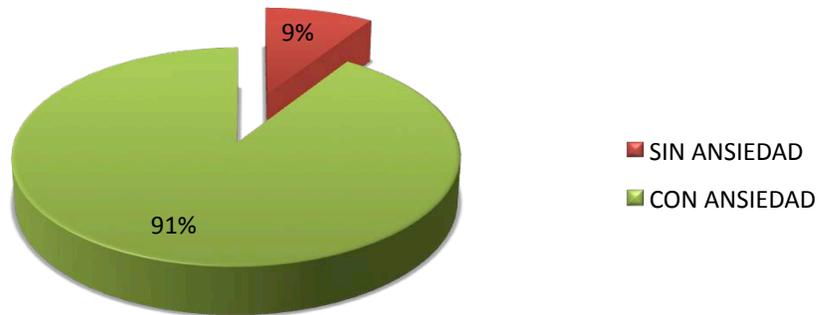


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 7.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR POBLACION TOTAL		
	SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
Dolor insoportable	12.50%	87.50%
Pérdida del control de funciones fisiológicas	8.34%	91.66%
Deterioro de facultades mentales	10.42%	89.58%
Morir solo	27.08%	72.91%
Incertidumbre del proceso de morir	27.08%	72.91%

GRAFICA 8.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MÁS QUERIDA
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS UMF No.33 “EL ROSARIO”

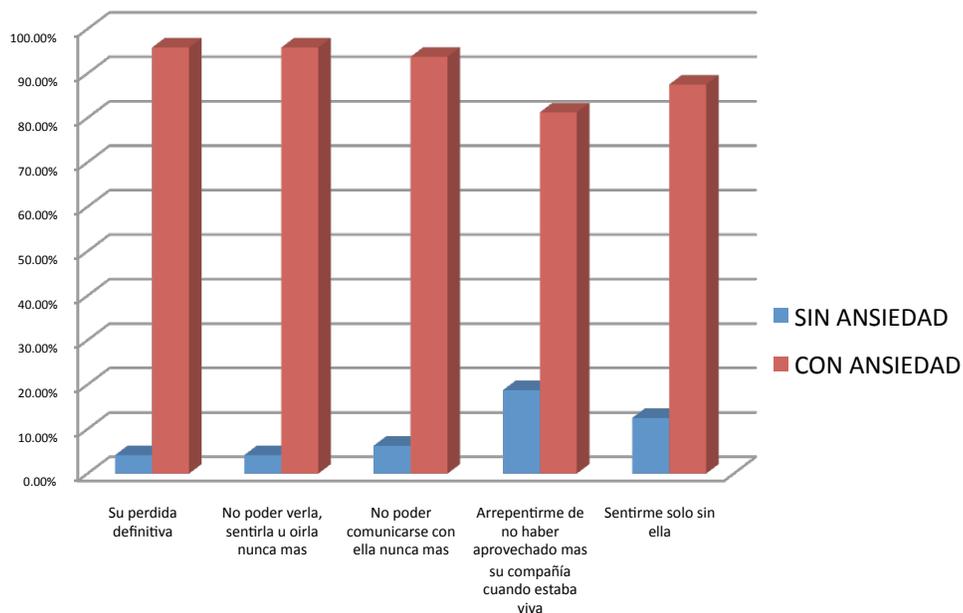


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 8.

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA POBLACION TOTAL	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
9.16%	90.83%

GRAFICA 9.
ASPECTOS DE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA QUE GENERAN ANSIEDAD
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No.33 “EL ROSARIO”

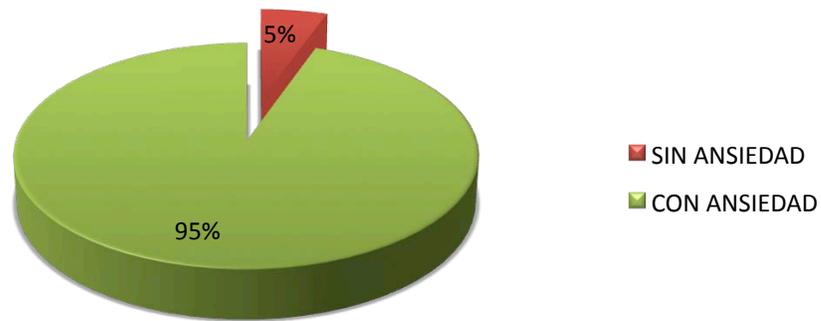


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA. 9

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA POBLACION TOTAL	SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
Su pérdida definitiva	4.16%	95.83%
No poder verla, sentirla u oirla nunca mas	4.16%	95.83%
No poder comunicarse con ella nunca mas	6.25%	93.75%
Arrepentirme de no haber aprovechado mas su compañía cuando estaba viva	18.75%	81.25%
Sentirme solo sin ella	12.50%	87.50%

GRAFICA 10.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS UMF No.33 "EL ROSARIO"

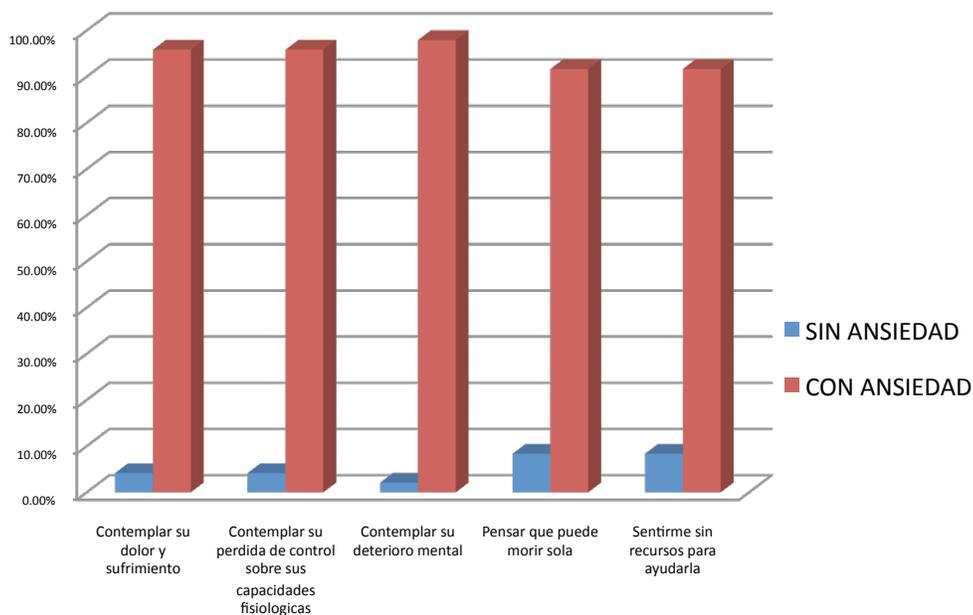


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 10.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA POBLACION TOTAL	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
5.42%	94.58%

GRAFICA 11.
ASPECTOS DEL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA QUE GENERAN ANSIEDAD
POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS UMF No. 33 “EL ROSARIO”

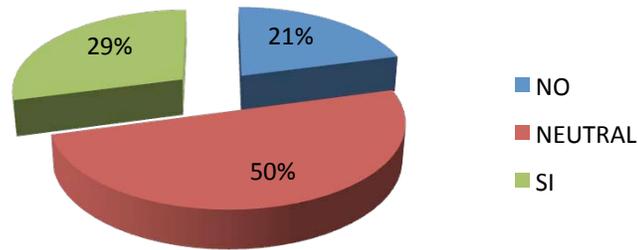


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 11.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA POBLACION TOTAL	SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
Contemplar su dolor y sufrimiento	4.16%	95.83%
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	4.16%	95.83%
Contemplar su deterioro mental	2.08%	97.91%
Pensar que puede morir sola	8.34%	91.66%
Sentirme sin recursos para ayudarla	8.34%	91.66%

GRAFICA 12.
ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 "EL ROSARIO"

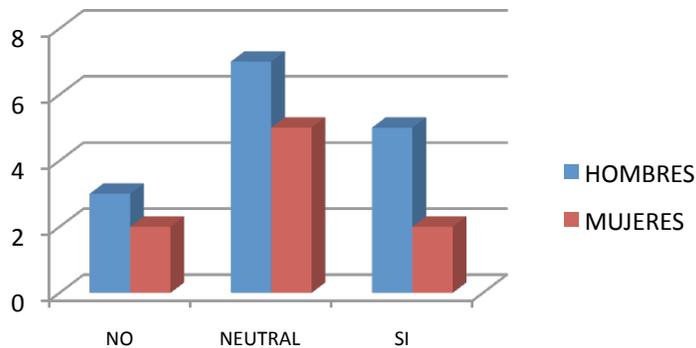


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 12.

ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE MEDICOS FAMILIARES		
NO	NEUTRAL	SI
5	12	7

GRAFICA 13.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LA ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 "EL ROSARIO"



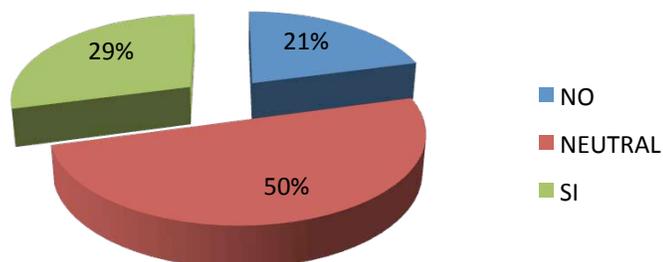
Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 13.

MEDICOS FAMILIARES	HOMBRES	MUJERES
NO	3	2
NEUTRAL	7	5

SI	5	2
----	---	---

GRAFICA 14.
ACEPTACION PARA AFRONTAR EL PROCESO DE MORIR
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”



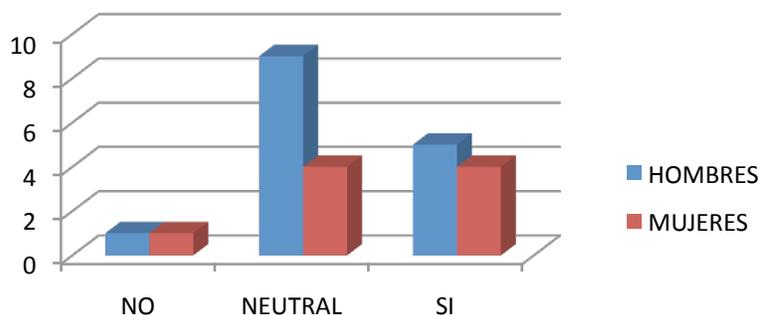
Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 14.

ACEPTACION PARA AFRONTAREL PROCESO DE MORIR
MEDICOS FAMILIARES

NO	NEUTRAL	SI
2	13	9

GRAFICA 15.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LA ACEPTACION PARA AFRONTAR EL PROCESO DE MORIR
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

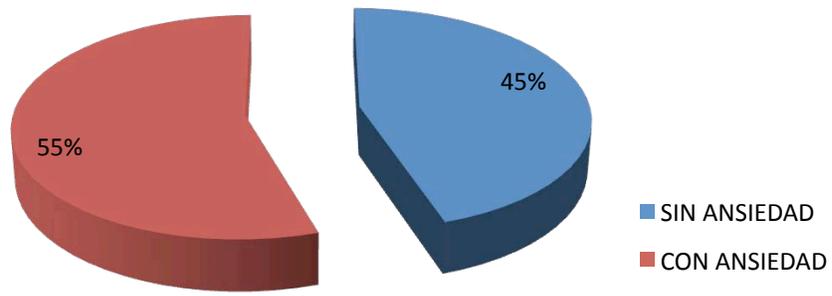


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 15.

MEDICOS FAMILIARES	HOMBRES	MUJERES
NO	1	1
NEUTRAL	9	4
SI	5	4

GRAFICA 16.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

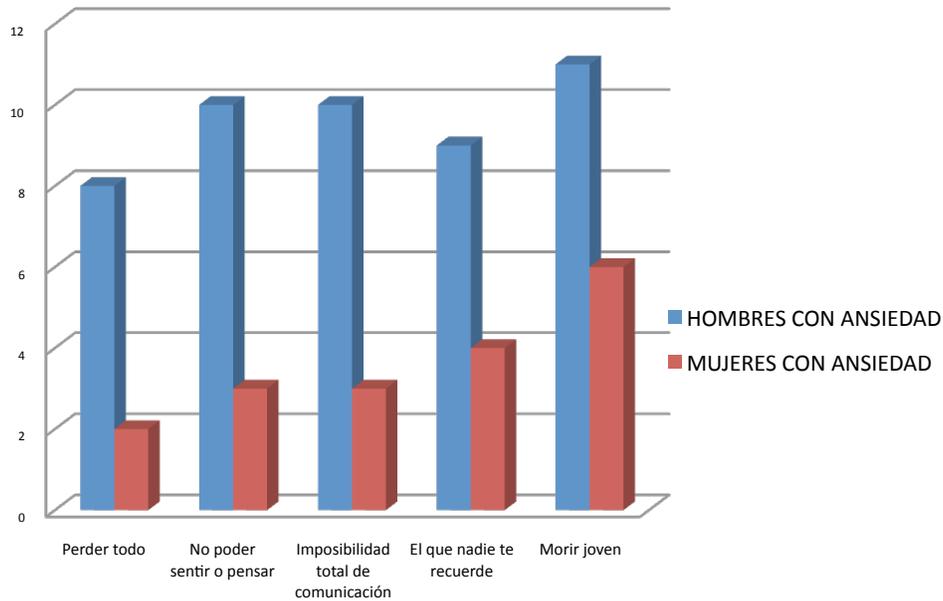


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 16.

ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE MEDICOS FAMILIARES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
45%	55%

GRAFICA 17.
DISTRIBUCION POR GÉNERO SOBRE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE MEDICOS FAMILIARES UMF No.33 “EL ROSARIO”

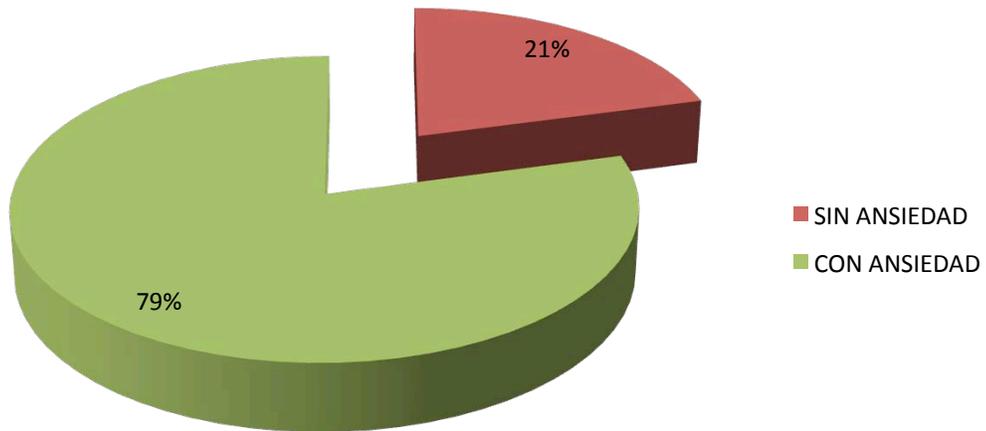


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 17.

ASPECTOS DE LA PROPIA MUERTE QUE GENERAN ANSIEDAD MEDICOS FAMILIARES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Perder todo	8	2
No poder sentir o pensar	10	3
Imposibilidad total de comunicación	10	3
El que nadie te recuerde	9	4
Morir joven	11	6

GRAFICA 18.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR
MEDICOS FAMILIARES UMF No.33 “EL ROSARIO”

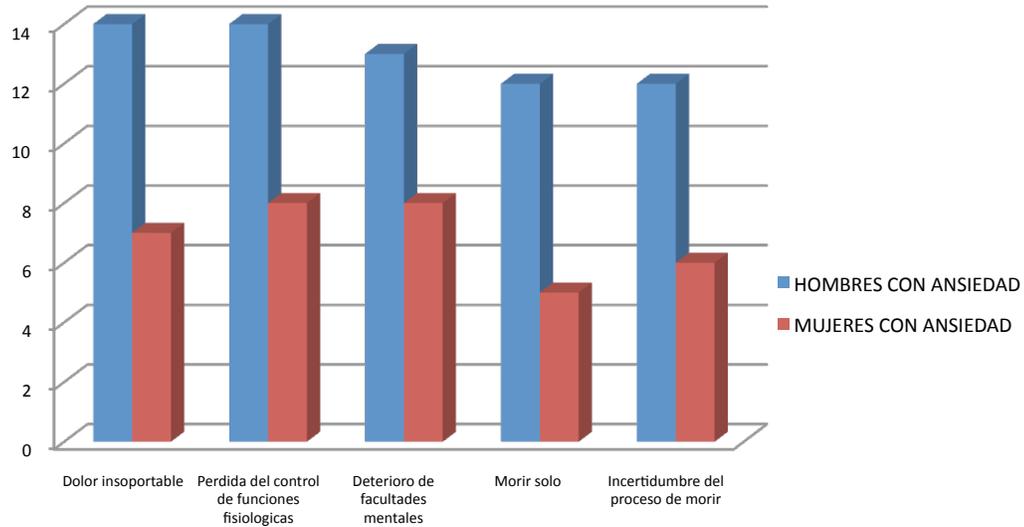


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 18.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR MEDICOS FAMILIARES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
21%	79%

GRAFICA 19.
DISTRIBUCION POR GÉNERO SOBRE LOS ASPECTOS QUE GENERAN
ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR MEDICOS FAMILIARES UMF No.33 “EL ROSARIO

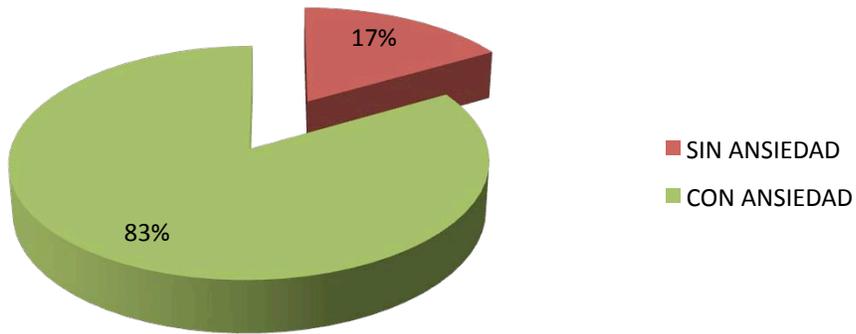


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 19.

ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR MEDICOS FAMILIARES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Dolor insoportable	14	7
Pérdida del control de funciones fisiológicas	14	8
Deterioro de facultades mentales	13	8
Morir solo	12	5
Incertidumbre del proceso de morir	12	6

GRAFICA 20.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 20.

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS FAMILIARES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
17%	83%

GRAFICA 21.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

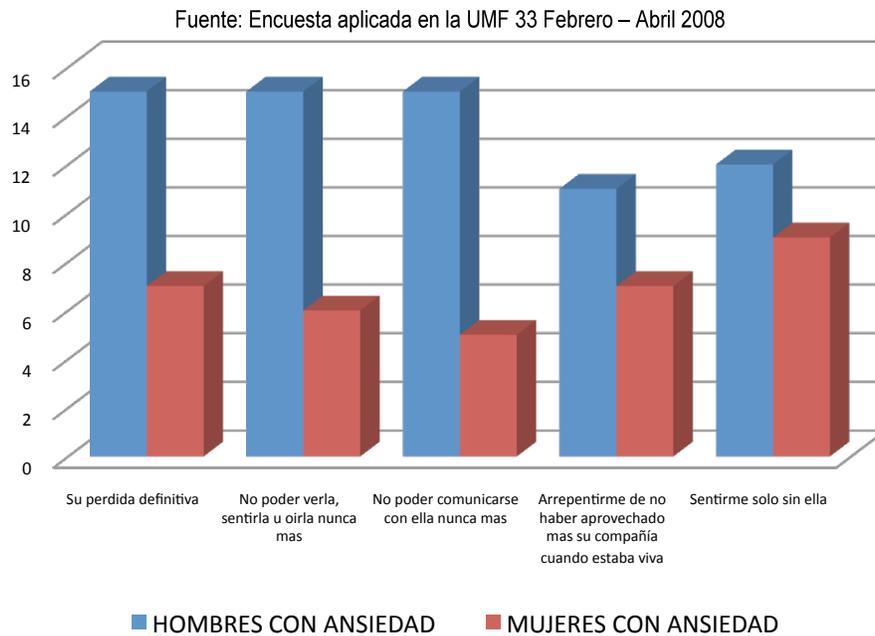
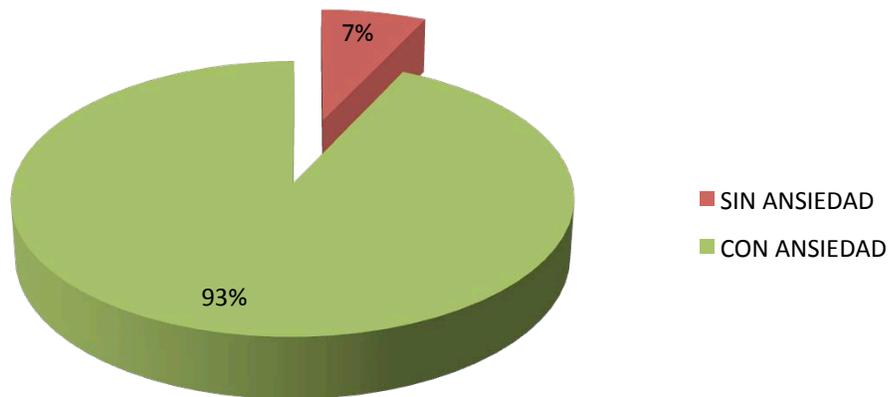


TABLA 21.

ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS FAMILIARES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Su pérdida definitiva	15	7
No poder verla, sentirla u oírla nunca mas	15	6
No poder comunicarse con ella nunca mas	15	5
Arrepentirme de no haber aprovechado mas su compañía cuando estaba viva	11	7
Sentirme solo sin ella	12	9

GRAFICA 22.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MÁS QUERIDA
MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 22.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS FAMILIARES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
7%	93%

GRAFICA 23.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS FAMILIARES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

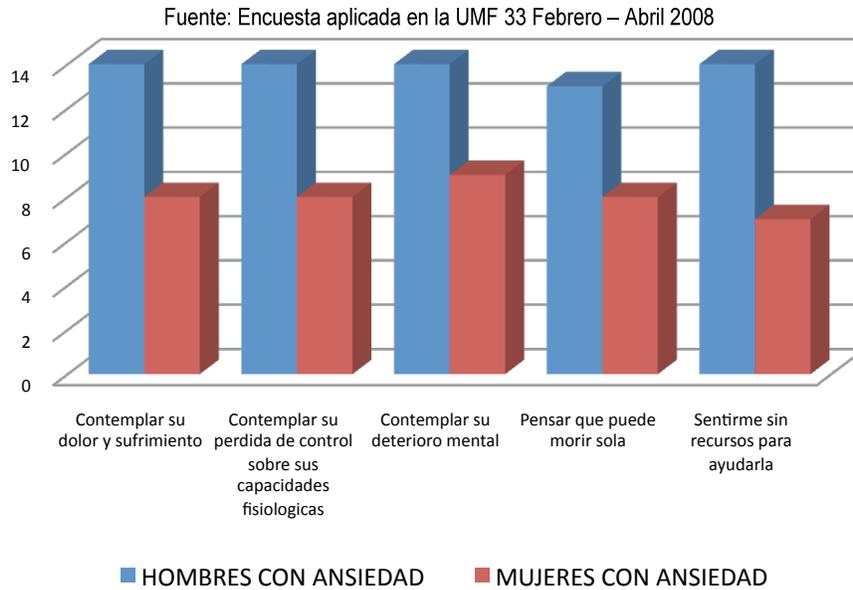
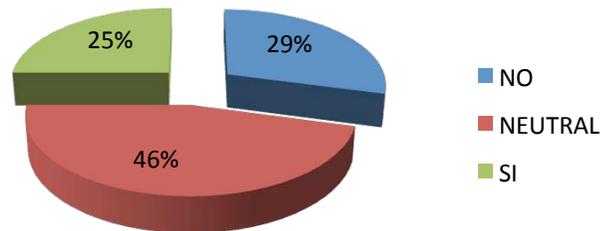


TABLA 23.

ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS FAMILIARES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Contemplar su dolor y sufrimiento	14	8
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	14	8
Contemplar su deterioro mental	14	9
Pensar que puede morir sola	13	8
Sentirme sin recursos para ayudarla	14	7

GRAFICA 24.
ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE
MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

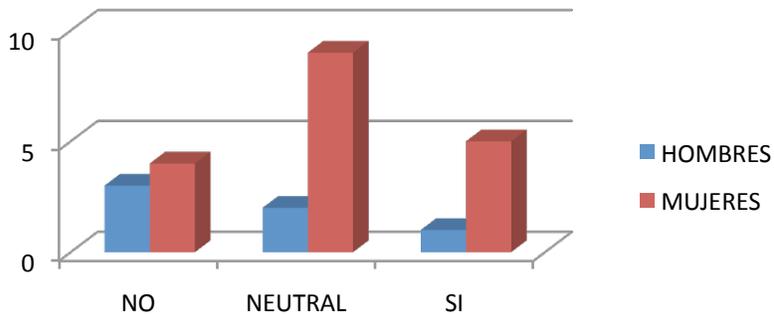


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 24.

ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE MEDICOS RESIDENTES		
NO	NEUTRAL	SI
7	11	6

GRAFICA 25.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LA ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE
MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

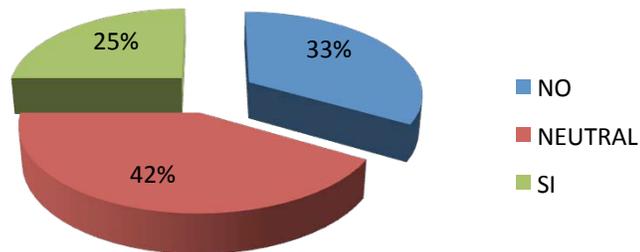


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 25.

MEDICOS RESIDENTES	HOMBRES	MUJERES
NO	3	4
NEUTRAL	2	9
SI	1	5

GRAFICA 26.
ACEPTACION PARA AFRONTAR EL PROCESO DE MORIR
MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

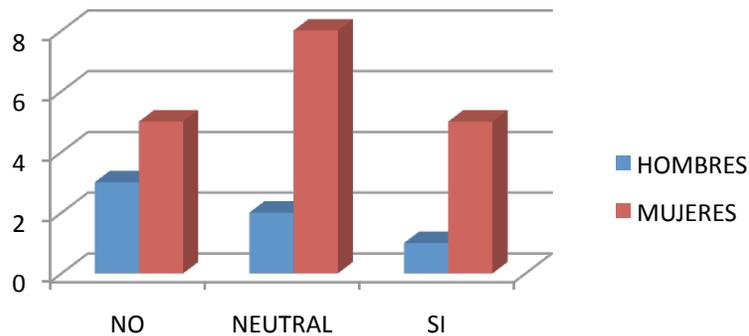


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 26.

ACEPTACION PARA AFRONTAREL PROCESO DE MORIR MEDICOS RESIDENTES		
NO	NEUTRAL	SI
8	10	6

GRAFICA 27.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LA ACEPTACION PARA AFRONTAR LA MUERTE
MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

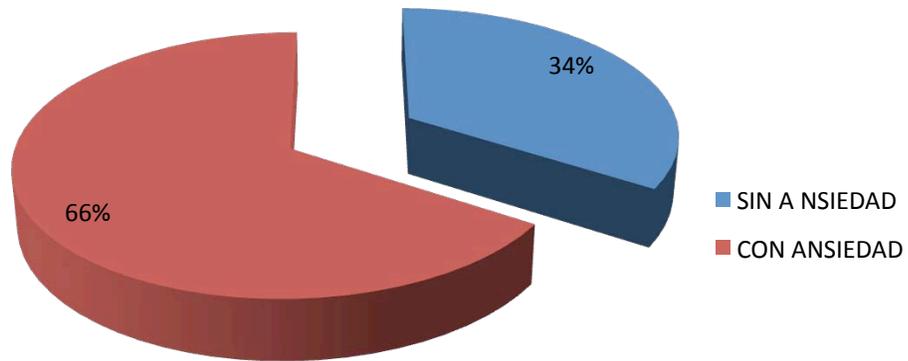


Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 27.

MEDICOS RESIDENTES	HOMBRES	MUJERES
NO	3	5
NEUTRAL	2	8
SI	1	5

GRAFICA 28.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE
MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 28.

ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE MEDICOS RESIDENTES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
34%	66%

GRAFICA 29.
DISTRIBUCION POR GÉNERO SOBRE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE LA PROPIA MUERTE MEDICOS RESIDENTES UMF No.33 “EL ROSARIO”

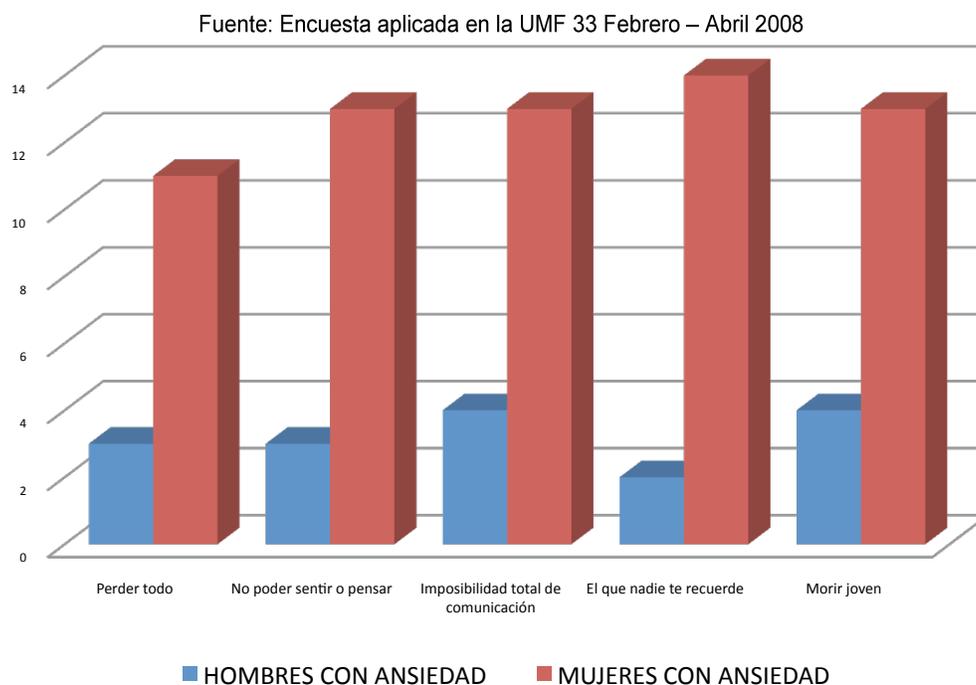
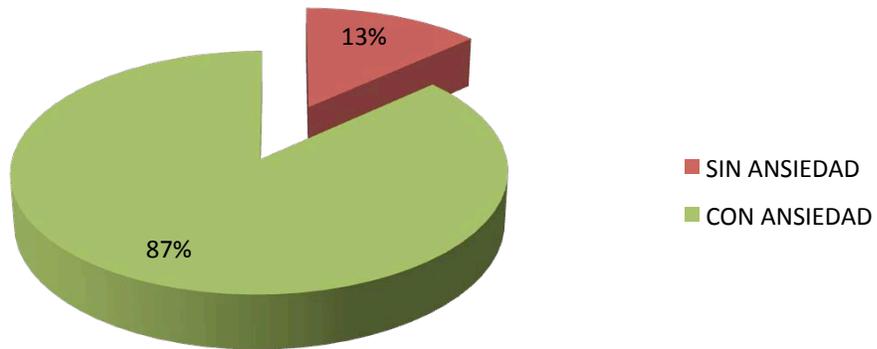


TABLA 29.

ASPECTOS DE LA PROPIA MUERTE QUE GENERAN ANSIEDAD MEDICOS RESIDENTES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Perder todo	3	11
No poder sentir o pensar	3	13
Imposibilidad total de comunicación	4	13
El que nadie te recuerde	2	14
Morir joven	4	13

GRAFICA 30.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR
MEDICOS RESIDENTES UMF No.33 “EL ROSARIO”



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 30.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR MEDICOS RESIDENTES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
13%	87%

GRAFICA 31.
DISTRIBUCION POR GÉNERO SOBRE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LOS MEDICOS RESIDENTES UMF No.33 “EL ROSARIO

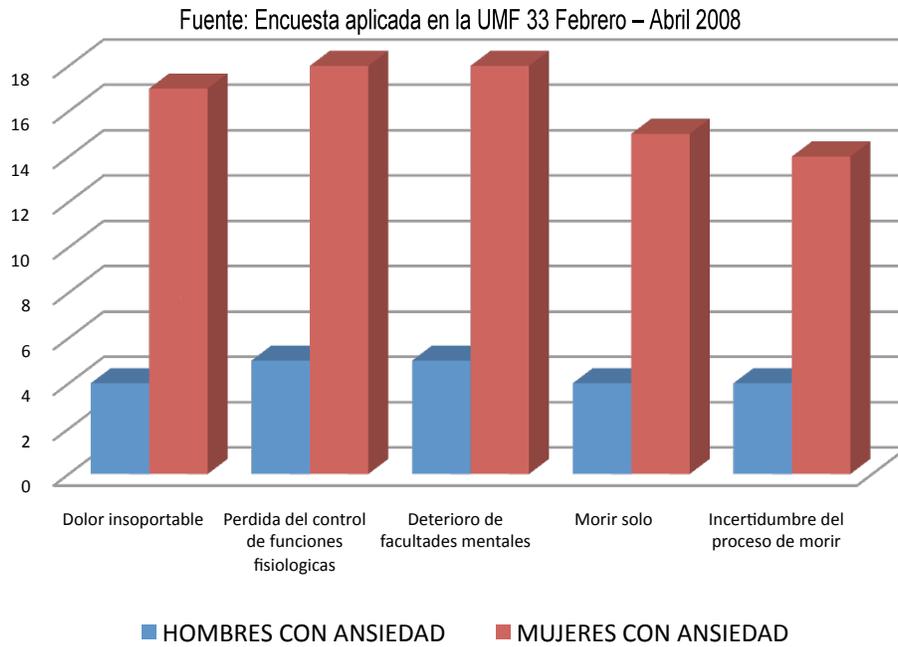
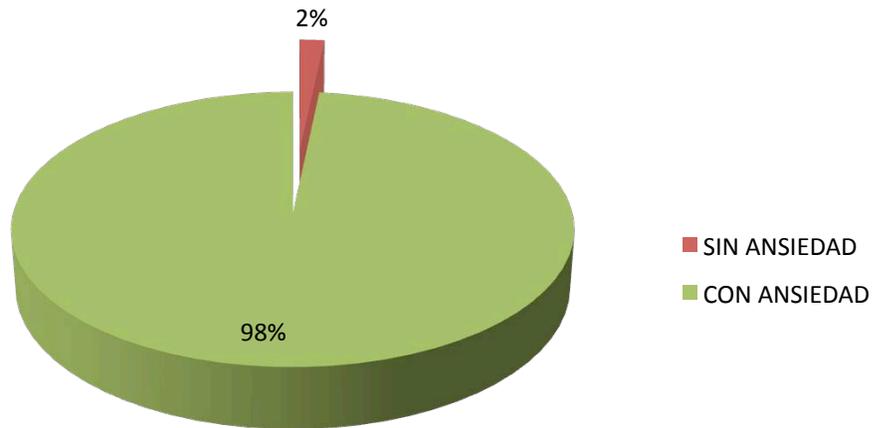


TABLA 31.

ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR MEDICOS RESIDENTES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Dolor insoportable	4	17
Pérdida del control de funciones fisiológicas	5	18
Deterioro de facultades mentales	5	18
Morir solo	4	15
Incertidumbre del proceso de morir	4	14

GRAFICA 32.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA DE LOS MEDICOS
RESIDENTES UMF No. 33 "EL ROSARIO"



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 32.

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS RESIDENTES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
2%	98%

GRAFICA 33.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

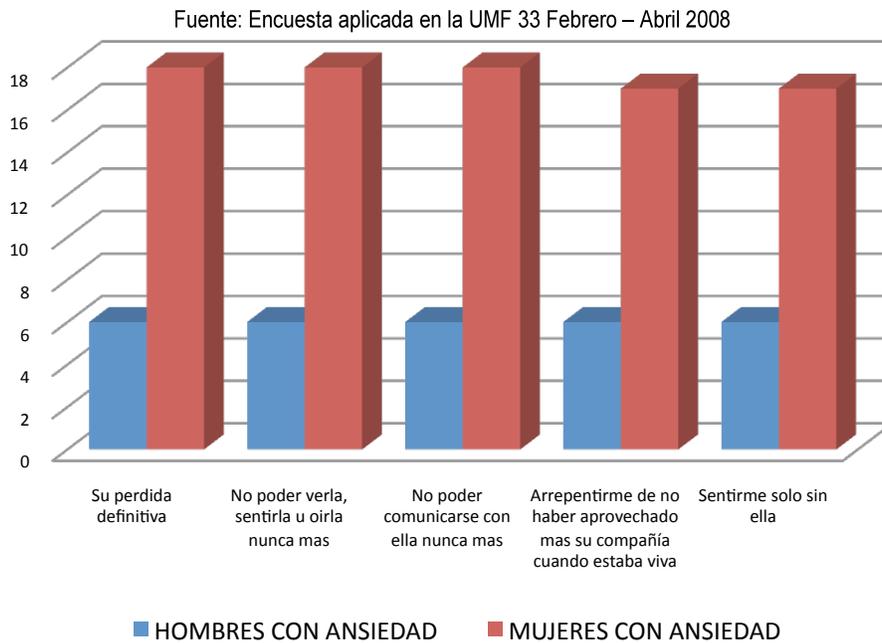
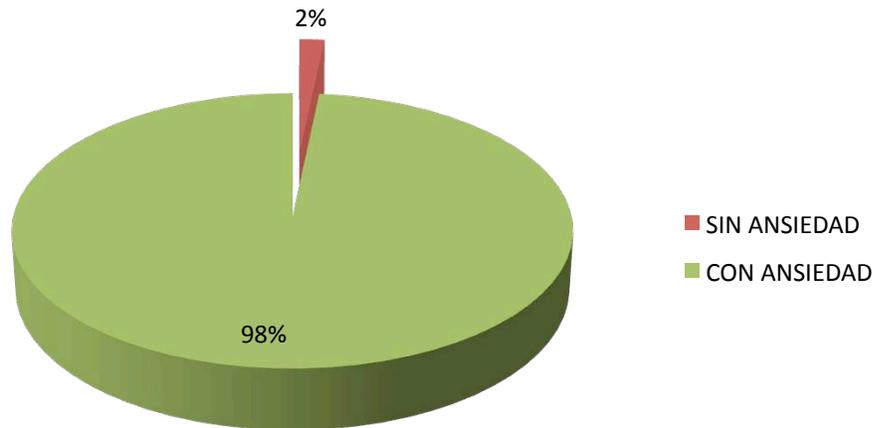


TABLA 33.

ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS RESIDENTES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Su pérdida definitiva	6	18
No poder verla, sentirla u oírla nunca mas	6	18
No poder comunicarse con ella nunca mas	6	18
Arrepentirme de no haber aprovechado mas su compañía cuando estaba viva	6	17
Sentirme solo sin ella	6	17

GRAFICA 34.
FRECUENCIA DE ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MÁS QUERIDA
MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”



Fuente: Encuesta aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 34.

ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS RESIDENTES	
SIN ANSIEDAD	CON ANSIEDAD
2%	98%

GRAFICA 35.
DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LOS ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS RESIDENTES UMF No. 33 “EL ROSARIO”

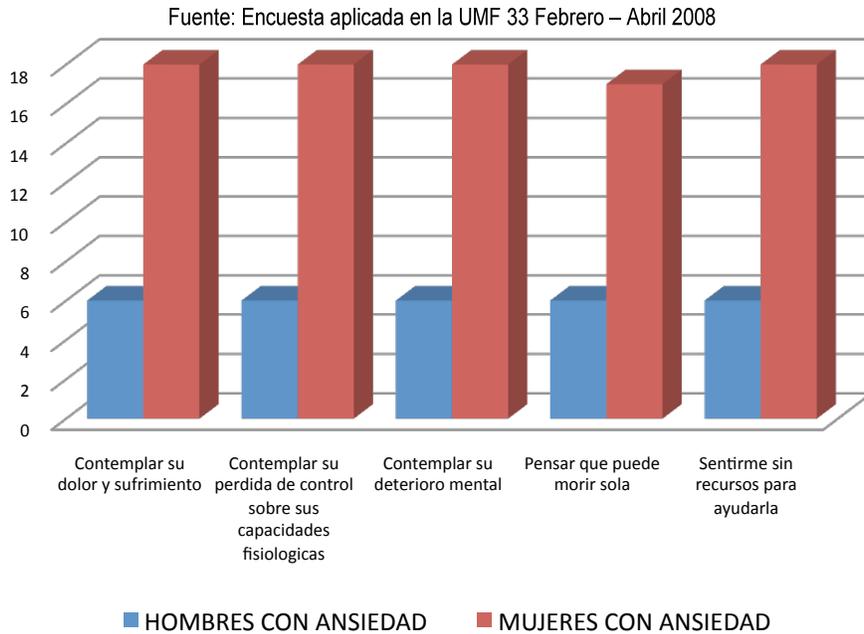
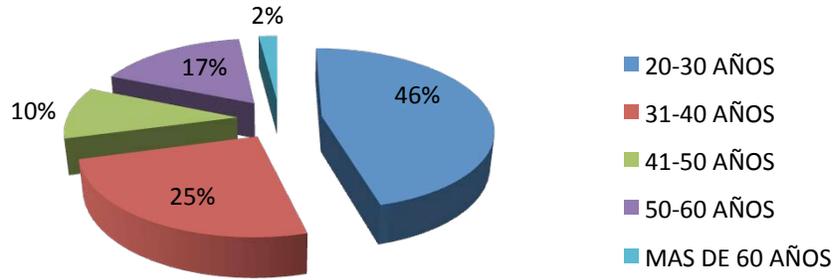


TABLA 35.

ASPECTOS QUE GENERAN ANSIEDAD ANTE EL PROCESO DE MORIR DE LA PERSONA MAS QUERIDA MEDICOS RESIDENTES	HOMBRES CON ANSIEDAD	MUJERES CON ANSIEDAD
Contemplar su dolor y sufrimiento	6	18
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	6	18
Contemplar su deterioro mental	6	18
Pensar que puede morir sola	6	17
Sentirme sin recursos para ayudarla	6	18

GRAFICA 36.
GRUPOS DE EDAD POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS
DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

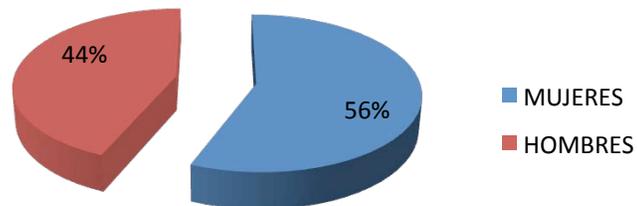


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 36.

GRUPOS DE EDAD POBLACION TOTAL	
20-30 AÑOS	22
31-40 AÑOS	12
41-50 AÑOS	5
50-60 AÑOS	8
MAS DE 60 AÑOS	1

GRAFICA 37.
GENERO DE LA POBLACION TOTAL DE MEDICOS ENTREVISTADOS
DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

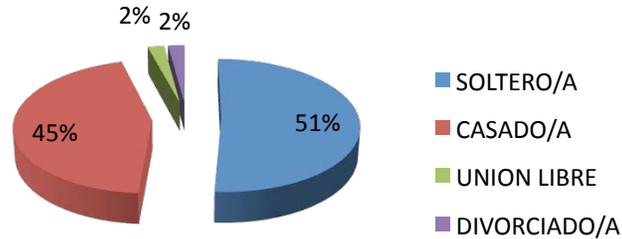


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 37.

GENERO DE LA POBLACION TOTAL	
MUJERES	HOMBRES
27	21

GRAFICA 38.
ESTADO CIVIL POBLACION TOTAL DE MEDICOS
ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

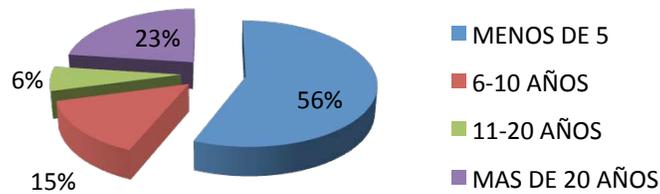


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 38.

ESTADO CIVIL DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS			
SOLTERO/A	CASADO/A	UNION LIBRE	DIVORCIADO/A
24	21	1	1

GRAFICA 39.
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL POBLACION TOTAL DE
MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

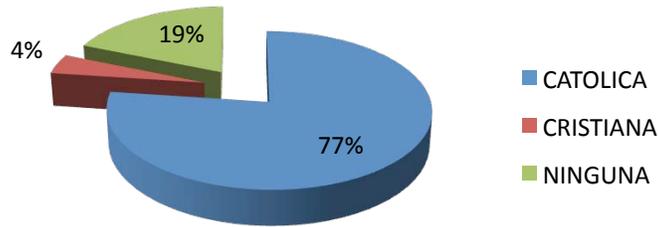


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 39.

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL POBLACION TOTAL	
MENOS DE 5	27
6-10 AÑOS	7
11-20 AÑOS	3
MAS DE 20 AÑOS	11

GRAFICA 40.
CREENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACION TOTAL
DE MEDICOS ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

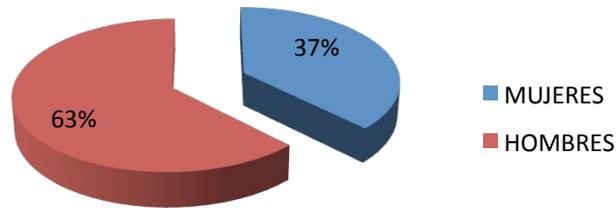


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 40.

RELIGION EN POBLACION TOTAL		
CATOLICA	CRISTIANA	NINGUNA
37	2	9

GRAFICA 41.
GENERO DE LA POBLACION DE MEDICOS FAMILIARES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

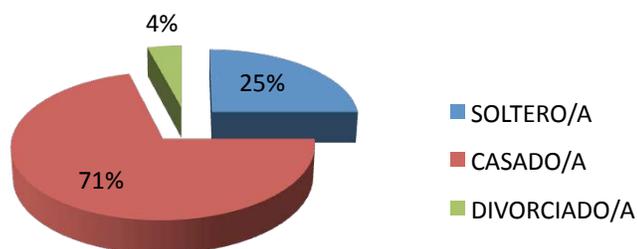


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 41.

GENERO MEDICOS FAMILIARES	
MUJERES	HOMBRES
9	15

GRAFICA 42.
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DE MEDICOS FAMILIARES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

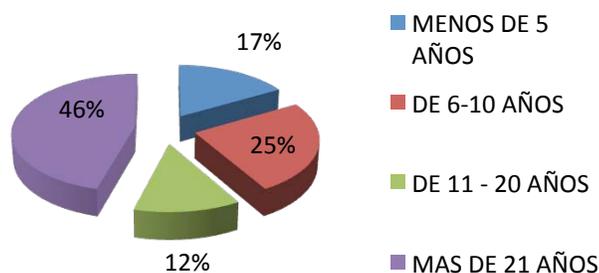


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 42.

ESTADO CIVIL MEDICOS FAMILIARES		
SOLTERO/A	CASADO/A	DIVORCIADO/A
6	17	1

GRAFICA 43.
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS MEDICOS FAMILIARES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No.33 “EL ROSARIO”

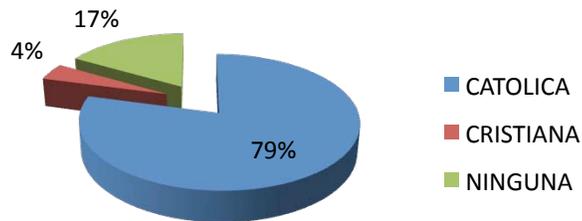


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 43.

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL MEDICOS FAMILIARES	
MENOS DE 5 AÑOS	4
DE 6-10 AÑOS	6
DE 11 - 20 AÑOS	3
MAS DE 21 AÑOS	11

GRAFICA 44.
CREENCIAS RELIGIOSAS DE LOS MEDICOS FAMILIARES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No.33 “EL ROSARIO”

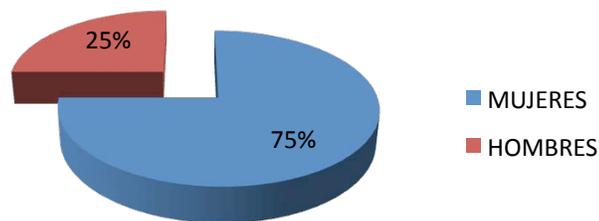


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 44.

RELIGION MEDICOS FAMILIARES		
CATOLICA	CRISTIANA	NINGUNA
19	1	4

GRAFICA 45.
GENERO DE LA POBLACION DE LOS MEDICOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

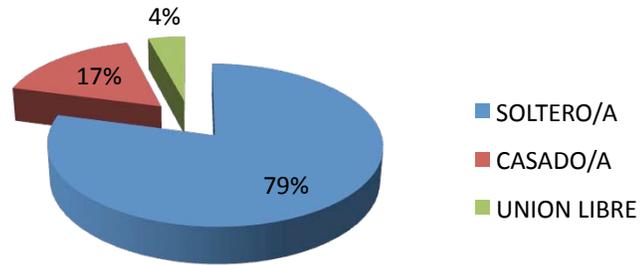


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 45.

GENERO MEDICOS RESIDENTES	
MUJERES	HOMBRES
18	6

GRAFICA 46.
ESTADO CIVIL DE LOS MEDICOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No.33 “EL ROSARIO”

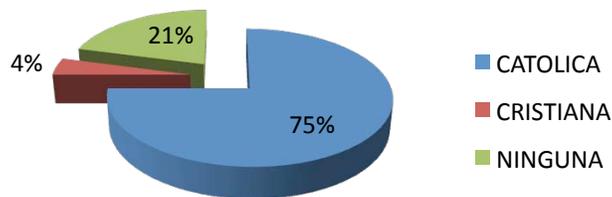


Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 46.

ESTADO CIVIL MEDICOS RESIDENTES		
SOLTERO/A	CASADO/A	UNION LIBRE
19	4	1

GRAFICA 47.
CREENCIAS RELIGIOSAS DE LOS MEDICOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS EN LA UMF No.33 “EL ROSARIO”



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas aplicada en la UMF 33 Febrero – Abril 2008

TABLA 47.

RELIGION MEDICOS RESIDENTES		
CATOLICA	CRISTIANA	NINGUNA
18	1	5

TABLA 48.

SIGNIFICANCIA CLINICA Y ESTADISTICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A PRESENTAR MIEDO Y/O ANSIEDAD ANTE LA MUERTE				
FACTOR ASOCIADO	OR	IC 95%	X²	p
EDAD: < 35 AÑOS	0.9	0.20-3.90	0.0198	0.8881
GENERO: FEMENINO	0.34	0.07-1.65	1.89	0.173
ESTADO CIVIL: SIN PAREJA	4.0	0.68-23.29	2.62	0.105
RELIGION: CATOLICA	0.4	0.03-4.25	0.60	0.43

OR= RAZON DE MOMIOS IC= INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%(p< 0.005)

Fuente: Encuesta aplicada en la UMF Febrero- Abril 2008

DISCUSION

El número total de médicos que participaron en este estudio fue de 48, de los cuales, 24 eran Médicos Familiares adscritos a la UMF No. 33 y 24 eran Médicos Residentes de la especialidad inscritos en la unidad.

Al evaluar los resultados sobre el afrontar la muerte y su proceso el 27% del total de médicos entrevistados coinciden en sentirse preparados para este evento, sin embargo resulta notoria la cantidad de respuestas evasivas tanto en el grupo de médicos familiares como en el grupo de médicos residentes, lo que evidencia que el enfrentamiento a la muerte es poco realista, y pone de manifiesto los mecanismos defensivos de evasión en los médicos en general, a que se hace referencia en la literatura ¹⁹. Esto deberá considerarse muy seriamente dada la proximidad real de este profesional al fenómeno de la muerte en su comunidad.

En cuanto al cuestionamiento de si se tiene miedo ante la muerte el 44% de la población total niega esta actitud, pero al dirigir los cuestionamientos sobre si les genera ansiedad el proceso de morir, más de la mitad de los médicos entrevistados aceptan sentir ansiedad ante encarar la muerte cuando son jóvenes, lo cual coincide con el estudio realizado por Hernández Cabrera y cols. Este análisis pone a flote, precisamente, contradicciones entre el componente afectivo y cognitivo de las actitudes, que están guiando las respuestas en un instrumento de este tipo.

En cuanto al factor edad, Bermúdez Cardona, señala que mientras más joven sea una persona mayor será el miedo que le genera el pensar en su propia muerte. Hernández Cabrera, encontró una correlación significativa entre edad y miedo a la muerte donde se observaba que a mayor edad de los médicos, menor es el miedo a la muerte, sin embargo en este estudio este factor no presentó una diferencia estadísticamente significativa.

En relación a las creencias sociales y las vivencias relacionadas con la muerte, cabe señalar que es el género femenino quienes presentan un nivel más elevado de ansiedad y miedo en lo referente a la muerte y esto podría deberse, entre otros factores como señalan Stillon (1995) y Tomás (2002), a que las mujeres son más capaces de demostrar y admitir sentimientos que los hombres a la hora de exponer pensamientos relacionados con la muerte. No obstante en estudio el género femenino no mostró actitudes de ansiedad o miedo en mayor cantidad que el género masculino, por lo que no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Referente al estado civil, en este estudio se observó que la falta de pareja aumenta 3 veces más el riesgo de presentar ansiedad ante la muerte en los médicos entrevistados, lo cual no concuerda con lo que reporta Bermúdez Cardona en su estudio, en donde se determino mayor riesgo en personas casadas, en etapas de expansión y dispersión, esto se explica porque en las primeras etapas del ciclo vital la familia tiende a hacerse

centrípeta, en cambio en el adulto joven sin compromiso prevalece una actitud de individualismo.

Por otra parte el elemento religioso es uno de los aspectos que a nivel sociocultural puede influir sobre la manera de afrontar la muerte y su proceso. En este estudio se observó que la religión católica predomina en ambos grupos lo que podría facilitar la aceptación de esta parte del ciclo vital. No obstante Limonero (1997) señala que los estudios que analiza el efecto de la religión ante la ansiedad para afrontar la muerte, presentan resultados contradictorios, observándose tanto efectos negativos como positivos sobre la ansiedad ante la muerte. En este estudio este factor no mostro significancia estadística. Sin embargo como afirma Thorson y Powell (1991) esta variable no ha sido medida en forma adecuada.

Para el nivel de ansiedad ante la muerte se utilizó la escala modificada por Bayes y Limonero de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Collet y Lester. En relación a la ansiedad ante la muerte, a partir de los resultados obtenidos, se observa que existe **más miedo al proceso de morir que a la propia muerte**. Por otro lado comparando la propia muerte y su proceso con la muerte del ser querido, en este estudio se encontró que generaría **mayor miedo y ansiedad la muerte y el proceso de morir de la persona más querida**. Encontrándose que lo médicos residentes tienen 6 veces más riesgo de presentar ansiedad ante la muerte y el proceso de morir de la persona más querida, esto quizá pueda explicarse debido a la poca experiencia profesional de contacto con la muerte, en comparación con el médico familiar. Resultados parecidos se pueden encontrar en Collet, Limonero y Otero (2003), y en Bayes *et al* (1999). DePaola *et al*(1997), en un estudio realizado con profesionales que atienden a enfermos geriátricos, concluyeron que el personal de geriatría no mostró mayor miedo a la muerte que el grupo control que tenían profesiones que no estaban relacionadas con la muerte. Una explicación posible, como sugieren estos autores, es que el personal de geriatría trata la muerte y el proceso de morir cotidianamente y puede que se hayan insensibilizado a la muerte. Lo cierto es que la falta de estudios realizados en nuestro país sobre el tema de evaluación de la ansiedad ante la muerte en Médicos Familiares o en Médicos Residentes hace que se tenga que ser cautos sobre las conclusiones a este respecto.

CONCLUSIONES

De los resultados del presente estudio se destacan a modo de conclusión los siguientes aspectos:

En la población estudiada existen opiniones contrastadas ante las actitudes hacia la propia muerte, ya que tanto médicos familiares como médicos residentes niegan sentir miedo ante la muerte, pero aceptan que les genera ansiedad el pensar en su muerte y en cómo será su proceso de morir, siendo la preocupación mayor de ambos grupos el morir joven.

Existe mayor miedo al proceso de morir que a la propia muerte, destacando como causas de mayor ansiedad el que la muerte se acompañe del deterioro físico y mental así como de un dolor insoportable.

Ambos grupos coinciden en que la muerte y el proceso de morir de un ser querido generan mayor ansiedad en comparación con la muerte y proceso de morir propio.

El médico residente tiene 6 veces más riesgo de presentar ansiedad ante la muerte de un ser querido en comparación con el médico familiar.

En la actualidad y en nuestra sociedad, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos. Esta negación social también está presente en el personal de salud los cuales no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que puede generar la muerte y el trabajo continuo en el proceso de morir ajeno. El Médico Familiar o el Médico residente que ha de enfrentarse con la muerte pueden presentar actitudes de ansiedad, rechazo, huida e inseguridad, entre otras reacciones por el hecho de afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es evidente que estos miedos e inseguridades dificultaran el proceso de morir. Si fuéramos capaces de aumentar desde los primeros años de formación médica la competencia percibida frente la muerte, esto provocaría que el médico se sintiera emocionalmente más preparado para afrontar el proceso de morir, lo que sin duda repercutiría en un aumento en la calidad asistencial y del bienestar del paciente terminal, de la familia y del propio personal asistencial.

Así pues, si se pudieran canalizar las actitudes o conductas negativas que genera la muerte, probablemente podría incidir en una mejora en la atención que se presta al paciente terminal y a su familia que repercutiría en un mayor nivel de confort y bienestar. Por tanto, considero que para prestar la mejor atención posible al enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal así como a sus familiares, es necesaria una formación y preparación específica en lo referente a la muerte, la atención del enfermo terminal, la atención al duelo y la preparación emocional.

BIBLIOGRAFIA

1. Bayés. R., et al. "¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?", *Med Clínica*, 2000, 115: 579-582
2. Thomas VL. *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
3. Llano EA. El morir humano ha cambiado. En: Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS, 1990: 87-93.
4. Storey P. Symptom control in advanced cancer, *Seminars in Oncology*. 21(6):748-53, 1994.
5. Ziegler J. Los vivos y la muerte, Siglo XXI editores, México, 1976.
6. Busquets, X. y Pujol, T. "Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir", *Rev. Med Paliativa*, 2001, 8(3): 116-119.
7. Limonero, J. T. "Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte". Tesis doctoral inédita. Edición en microfichas. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 1994.
8. Limonero, J. T. "El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones", *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1996, 49(2): 249-265.
9. Bayés R., et. al. "Evaluación de la ansiedad ante la muerte", *Med Paliativa*, 1999, (4): 140-143.
10. Azulay, A. "Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte", *Rev. Medicina Paliativa*, 2000, 7(4): 145-156.
11. Limonero, J. T. *Ansiedad ante la muerte. Ansiedad y estrés*, 1997, 3(1): 37-46.
12. Callahan, D. "Death and the research imperative", *New Engl J of Med*, 2000, 34: 654-656.
13. Bayés, R. "Los dos objetivos prioritarios de la medicina del siglo XXI", *Jano*, 2000, 65: 2428-2429.
14. Bejerano P, Jaramillo de I. Morir con dignidad, fundamentos de los cuidados paliativos. Laboratorios ITALMEX, Bogotá: Colombia; 1992:45-50.
15. Grau J, Lence J, Jiménez PJ, Chacón M, Romero T, Abascal ME. Calidad de vida, calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. *Psicología*, Instituto de Inv. psicológicas de Universidad de Veracruz, 5 de Enero-Junio de 1995:111-26.
16. Coates T, Temoshok L, Mendel J. Psychosocial research is Essential to Understanding and Treating AIDS. *American Psychologist* 39(11);Nov 1984:1309-14.
17. Kubler-Ross E. *On death and dying*. NY: The Macmillan Company, 1969. Martin CH, Salovey P. Death attitudes and self-reported health-relevant behaviors. *J Health Psychology* Sage Publications (4), 1996:441-53.
18. Olive L. La muerte: algunos problemas filosóficos. *Ciencias*, UNAM, 1995:30-35.
19. Sanz J. Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. *Medicina paliativa*, 1995; 2(3):14-5.
20. Fonnegra Jaramillo de I. Un acercamiento vivencial a la realidad de la muerte. Ponencia al Foro sobre la muerte. Universidad de los Andes Bogotá, marzo de 1998.
21. Urraca S. La muerte en la sociedad contemporánea. E: AA. W. Dilemas éticos de la medicina actual, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1986:10-28.
22. Gómez Sancho M. Cómo dar malas noticias en medicina. Madrid: Aula Médica, 1 ed, 1996:6-8. Barcelona, 28(240), abril-mayo-junio de 1996.
23. Sanz J. La comunicación en medicina paliativa. *Med Clin* 98, 1992;416-8.
24. Fonnegra Jaramillo de I. Aspectos tanatológicos de la enfermedad crónica. Conferencia en el Congreso de Enfermería, Centro Médico de los Andrés. Bogotá, abril de 1988.

25. Fonnegra Jaramillo de I. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. Trabajo presentado en el I Simposio Colombiano sobre Cuidado Integral a Pacientes Terminales. Bogotá, nov. 1988.
26. Fonnegra Jaramillo de I. La muerte, el morir y el deudo desde diferentes perspectivas. Folleto de la fundación Omega, Bogotá, 1992.
27. Antonelli F. Per morire viviendo. 3ra ed. Roma: Citta Novvaz Editrice, 1990:12-9.
28. TwycRoss RG. Rehabilitation in terminal cancer patients. *Eular Pup Basel Int Rehab Med* 3, 1991:134-44.
29. Tomás, J. y Guix, E. "Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería", *Enfermería Científica*, 2001, 11(3):104-109
30. Gilliland, J. Y Templer, D. Relationship of death anxiety scale factors to the subjective state. *Omega*, 1980. 16: 145-155.
31. Lonetto, R. Y Templer, D. The nature of death anxiety, En C. Spielberg y J. Butcher, *Avances in personality assessment (vol 3)*. Ed. Erlbamm associates. Hillsdale, 1983. (pp 141-174)
32. Nelson, L. Y Nelson, C. A factor analitic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega*, 6: 171-178, 1975.
33. Ramos, F Y García, I. Miedo y ansiedad ante la muerte. En J. Buendía, *Psicopatología Clínica y salud*. Servicio de Publicaciones de la Univ. de Murcia. Murcia, 1991. (pp 131-166)
34. Boydr, J. The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. *Dissertation Abstracts*, 1964, 25: 20-21.
35. Collet, L. Y Lester, D. The fear of death and the fear of dying. *Journal of psychology*. 1969. 72:179-181.
36. Lester, D. Experimental and correlation studies of the fear of death. *Psychology Buletin*, 1967. 67:26-36.
37. Kreiger, S; Epsteing, F. Y Leitner, L. Personal constructs threat, and attitudes toward death. *Omega*, 1974. 5: 299-310.
38. Templer, D. The construction and validation of death anxiety scale. *Journal of general Psychology*. 1970. 82:165-177.
39. Gala, F.J., Lupiani, M; Díaz, M. Op. cit. 1991
40. Pacheco, R. Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ATS con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia. Tesis doctoral. Univ de Murcia, 1987.
41. Gala, F.J., Lupiani, M; Díaz, M. Op. cit. 1991.
42. Gala, F.J., Lupiani, M; Díaz, M. et al. Oportunidad de una formación académica específica en Técnicas de Comunicación y en Habilidades Sociales para los alumnos de Ciencias de la Salud. En J.M. Alberca et al. (Edits). *Avances en Psicología Clínica y de la Salud*. Publicaciones del centro Clínico Los Naranjos. Málaga, 1997. (pp 32-38).
43. Mc Van, B (Editora). op. cit. 1987.

ANEXOS



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

“ACTITUDES DEL MEDICO FAMILIAR ANTE SU MUERTE, LA MUERTE DEL SER QUERIDO Y EL PROCESO DE MORIR, EN COMPARACIÓN CON EL MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR”

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 MI ESTUDIO ES: **ANALIZAR LAS ACTITUDES DEL MEDICO FAMILIAR ANTE LA MUERTE**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN:

1. OTORGAR DATOS COMO NOMBRE, EDAD Y SEXO
2. CONTESTAR UN CUESTIONARIO

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, QUE SON LOS SIGUIENTES: **ANALIZAR LAS ACTITUDES DEL MEDICO FAMILIAR ANTE LA MUERTE.**

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 EL EJERCICIO DE MI PROFESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

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 PACIENTE

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

REGISTRO DE PARTICIPANTES

Edad:	
Género:	
Estado civil:	
Religión:	
Años de ejercicio Profesional:	

Valora de 1 a 7 tu nivel de *desacuerdo - acuerdo* en las siguientes afirmaciones

	1	2	3	4	5	6	7				
	Totalmente en desacuerdo			Neutral			Totalmente de acuerdo				
Es peligroso hablar mal de los muertos					1	2	3	4	5	6	7
Creo que cuando una persona se muere, su espíritu o su alma no desaparece, permanece con nosotros					1	2	3	4	5	6	7
Es muy importante honrar la memoria de los muertos					1	2	3	4	5	6	7
Tengo miedo a los muertos					1	2	3	4	5	6	7
Llevar luto es la mejor forma de demostrar el amor por la persona fallecida					1	2	3	4	5	6	7
Tengo miedo a la muerte					1	2	3	4	5	6	7
Creo en el mal de ojo					1	2	3	4	5	6	7
Creo en una vida después de la muerte					1	2	3	4	5	6	7
Soy una persona con creencias religiosas					1	2	3	4	5	6	7
Con la muerte todo se acaba, no hay nada más después de la muerte					1	2	3	4	5	6	7
Se utiliza el luto para evitar los comentarios de la gente, "el que dirán"					1	2	3	4	5	6	7
Creo en la reencarnación					1	2	3	4	5	6	7
Soy una persona que pongo en práctica mis creencias religiosas					1	2	3	4	5	6	7
Cuando muera quiero que se me incinere					1	2	3	4	5	6	7
Cuando muera quiero que se me entierre					1	2	3	4	5	6	7

Valora de 1 a 7 tu nivel de desacuerdo - acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Neutral					Totalmente de acuerdo	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
Me siento preparado para afrontar mi muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos	1	2	3	4	5	6	7
Soy capaz de afrontar pérdidas futuras	1	2	3	4	5	6	7
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	1	2	3	4	5	6	7
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	1	2	3	4	5	6	7
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
Puedo ayudar a la gente a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y al proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
Soy capaz de hablar con un amigo o familiar sobre su muerte	1	2	3	4	5	6	7
Me puedo comunicar con un enfermo moribundo	1	2	3	4	5	6	7

¿Hasta qué punto te preocupan o inquietan los aspectos de la muerte y del proceso de morir que se mencionan a continuación?

Valora del 1 al 5 tu nivel de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones:

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo

1.- Tu propia muerte:

1. Perder todo lo que tienes en esta vida	1	2	3	4	5
2. No poder sentir o pensar algo nunca más	1	2	3	4	5
3. La imposibilidad total de comunicación	1	2	3	4	5
4. Que nadie te recuerde tras tu muerte	1	2	3	4	5
5. Morir joven	1	2	3	4	5

2.- Tu propio proceso de morir:

1. Un dolor continuo insoportable	1	2	3	4	5
2. La pérdida de control sobre mis funciones fisiológicas	1	2	3	4	5
3. El deterioro de mis facultades mentales	1	2	3	4	5
4. La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
5. La incertidumbre que acompaña el proceso de morir	1	2	3	4	5

3.- La muerte de la persona más querida:

1. Su pérdida definitiva	1	2	3	4	5
2. El hecho de que no podré verla, sentirla u oírla nunca más	1	2	3	4	5
3. No poder comunicarme con ella nunca más	1	2	3	4	5
4. Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva	1	2	3	4	5
5. Sentirme solo/a sin ella	1	2	3	4	5

4.- El proceso de morir de la persona más querida

1. Contemplar su dolor y sufrimiento	1	2	3	4	5
2. Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	1	2	3	4	5
3. Contemplar su deterioro mental	1	2	3	4	5
4. Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
5. Sentirme sin recursos para ayudarla	1	2	3	4	5