

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA**

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
HACIA LA MUERTE**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

ROSA ISELA MARTINEZ SILVA

**ASESOR:
OMAR MANJARES IBARRA**

México, D.F.

2002

INDICE

AGRADECIMIENTOS	I
1. INTRODUCCION	1
2. LA MUERTE	2
2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS	2
2.2 ASPECTOS SOCIOLOGICOS	6
2.3 ASPECTO HISTORICO	7
2.4 ASPECTOS RELIGIOSOS	8
3. EL PERSONAL DE SALUD	9
3.1 EL PERSONAL DE SALUD Y LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	14
4. ACTITUDES	16
4.1 MODERADORES DE LAS ACTITUDES	18
4.2 VISIÓN EXISTENCIAL DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE	21
5. MÉTODO	23
5.1 PROBLEMA	23
5.2 PROEGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	23
5.3 OBJETIVOS	24
5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES	25
5.5.1 VARIABLES INDEPENDIENTES	25
5.5.2 VARIABLES DEPENDIENTES	25
5.6 INSTRUMENTOS	26

5.6.1	PERFIL REVISADO DE ACTITUDES	
	HACIA LA MUERTE	26
5.6.2	ESCALA REVISADA DE ANSIEDAD	
	ANTE LA MUERTE	26
5.6.3	ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE	
	MIEDO A LA MUERTE	27
5.7	PILOTEO DEL INSTRUMENTO	27
6	CONCLUSIONES	28
7	BIBLIOGRAFIA	30
	ANEXO 1	32
	ANEXO 2	36

AGRADECIMIENTOS

A la gran Institución que me formó como profesionalista y que me permitió adquirir las herramientas necesarias para enfrentarme a la vida laboral.

A mis profesores:

Oscar Rodríguez, que con su paciencia tuvo a bien orientar mi camino en la última fase de mi licenciatura.

Omar Manjares, que me compartió amablemente sus conocimientos para la realización de esta tesina.

Miguel Reyes, que con cariño nos ayudó a soportar y enfrentar los difíciles cambios que pasamos durante el año de investigación.

Carmen Mier y Terán, que con ternura me brindó la oportunidad de realizar el servicio social a su lado y me permitió aprender y crecer como ser humano con sus enseñanzas y consejos.

Y a todos aquellos que desde 1995 contribuyeron con sus conocimientos y enseñanzas a mi formación.

A mis padres.

Les agradezco todo lo que me han dado, ya que se han esforzado mucho para ver este gran logro en mi vida, les comparto la inmensa felicidad de ver realizado uno de nuestros sueños: mi tesina.

A mi hermano:

Con tu compañía pude salir adelante en muchas de mis tareas, con tu ayuda y asesoramiento técnico hemos logrado este objetivo.

A Enrique Fajardo:

Por ser uno de mis mayores apoyos en momentos difíciles, y uno de mis mejores aliados en mis alegrías.

A Adolfo Aguilera:

Por haberme ubicado tantas veces en la vida, y por compartir conmigo algunos de sus conocimientos.

1. INTRODUCCIÓN.

Sin duda alguna, todos estamos conscientes de que moriremos algún día, puesto que es nuestro fin como seres vivos. Pero, ¿qué pasa cuando nos dicen que nuestros días están contados? ¿Cómo enfrentamos la situación de estar al lado de alguien que está a punto de morir, que desea saber acerca de su gravedad, y recibir el apoyo y afecto necesarios para no sentirse solo o con miedo?. Si bien es muy difícil imaginar una respuesta a estas preguntas, resulta mucho más difícil hacerlo cuando el que se encuentra en esa situación es un niño cercano a nosotros. Si no es fácil aceptar que una persona adulta que conocemos va a morir, es casi imposible creer que un niño está a punto de terminar sus días frente a nuestros ojos.

Al enterarnos que un niño cercano a nosotros va a morir, tenemos que apoyarlo y ayudarlo a estar tranquilo, y si es posible a ser feliz en sus últimos días. Pero también hay que tomar en cuenta que quien se encuentra a su cuidado es un ser humano, y por lo tanto le surgen emociones y sentimientos que tal vez le sean difíciles de contener, o tenga la gran habilidad de ocultarlos, y actuar en consecuencia.

En la actualidad existe el problema de que hay una incapacidad de ofrecer a los enfermos terminales ayuda, de mostrarles afecto, que es lo que más necesitan a la hora de despedirse de los demás; y esto precisamente porque la muerte de los otros se nos presenta como un aviso de nuestra propia muerte.

El problema que planteo en esta investigación es ¿cuáles son las actitudes que tiene el personal de salud ante la muerte? y ¿qué factores se relacionan con dicha actitud?

2. LA MUERTE

Por mas que la muerte pueda verse como un fenómeno natural, es imposible despojarla de sus componentes metafóricos, simbólicos. La proximidad de la muerte pone a prueba a los espíritus más templados; no sólo a la incertidumbre sobre el más allá y la preocupación existencial por dejar de ser, sino también algunas como no poder disfrutar nunca mas de ciertos placeres o las relacionadas con el porvenir de la familia. Estas preocupaciones están enmarcadas en los siguientes aspectos:

2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Existen varias teorías que a lo largo de la historia han explicado el fenómeno de la mente en la vida de la persona. Unas de ellas son las siguientes:

Teoría de la autorrealización.

Nos menciona que el sujeto se protege de las experiencias que percibe que no encajan en estas condiciones de valía. El proceso de defensa frente a esta amenaza consiste en la percepción selectiva o la distorsión de la experiencia y/o la completa negación de la misma o de parte de ella. La ruptura de estas defensas, y la posterior toma de conciencia de la incongruencia mencionada, produce ansiedad. Estar vivo se puede considerar una condición de valía fundamental

para las personas que están lejos del ideal teórico. Igualmente, la conciencia de la cercanía de la muerte amenaza a estos sujetos, que se protegen mediante las distorsiones y la negociación; la idea de Rogers (1959) es que la muerte tiene el estatus de una amenaza fundamental y por lo tanto puede ser una experiencia interesante. Un sujeto puede flexibilizar su condición de valía construyéndose a sí mismo como una persona valiosa a pesar de que la muerte es inevitable.

Teorías de la búsqueda del significado.

Thompson y Janigian (1968) utilizan el esquema vital como principal concepto teórico y metodológico para decir que el significado consiste en orden y en propósito. Los acontecimientos negativos se pueden afrontar cambiando el esquema vital de manera que se acomode a los acontecimientos negativos, por ejemplo, el cáncer o cambiando la percepción que uno tiene de ellos. Sugieren la existencia de dos componentes en la integración de la muerte: uno se centra en el sí mismo, sus logros, su pasado, y el otro lo hace en la muerte en sí misma, que se puede reconstruir para encajar la necesidad de encontrarle significado.

Teoría de los constructos personales.

Kelly (1955) menciona que una persona construye los acontecimientos para poder anticipar a nivel temático acontecimientos similares en el futuro. Kelly usa el término muerte para ejemplificar la "amenaza" definida como "la conciencia de un cambio inminente en las propias estructuras nucleares". Es una estructura nuclear incompatible con la estructura actual. Define la ansiedad como el reconocimiento de que los acontecimientos a los que uno se enfrenta están fuera de la gama de conveniencia del sistema de constructos del sujeto. La dificultad para concebir la propia muerte debería ir acompañada de una mayor ansiedad.

Teorías de la negación y de las ilusiones positivas.

El enfoque freudiano menciona los mecanismos de defensa que usa el ego para evitar la ansiedad que provocan los estímulos internos o externos (Freud, 1946). Estas defensas se utilizan como protección contra la inaceptabilidad de la muerte personal. Los niveles altos de ansiedad ante la muerte se pueden interpretar como un fracaso en los mecanismos protectores, principalmente el de negación. La habilidad para negar la muerte sin sentirse demasiado molesto por las propias "mentiras" se puede considerar normal.

La teoría psicosocial de Erikson.

La teoría del desarrollo de Erikson nos amplía la visión del papel que juega la ansiedad ante la muerte en la vida adulta y al destino final de la lucha contra la amenaza de la muerte. La parte de la teoría a la que se hace referencia es la última fase: integridad vs. desesperanza. La persona que se ve en esta fase y tiene un todo significativo resolverá positivamente la crisis. La solución negativa sería aquella en que una persona ve su vida como malgastada o equivocada.

De acuerdo con Norbert Elías, la represión que existe acerca del tema muerte puede ser en el plano individual y en el social. En el primero, este autor hace referencia a una serie de mecanismos de defensa psicológicos, mediante los que se impide el acceso al recuerdo de experiencias infantiles demasiado dolorosas. Para algunas personas la muerte puede ser tomada con serenidad y para otras puede representar miedo; así pues, el ver a un moribundo provoca

sacudidas en las defensas de la fantasía que los hombres hacen contra la idea de la propia muerte (algo hace que crean que son inmortales) (Eliás, 1988). En el plano social, la muerte es reprimida, por el hecho de representar un peligro biosocial de la vida humana, "al igual que otros aspectos animales, también la muerte, en cuanto proceso y en cuanto pensamiento, se va escondiendo cada vez más detrás de las bambalinas de la vida social" (Eliás, 1988), esto implica que también los enfermos terminales son aislados, y se les deja solos (Hernández-Arriaga, 1997). Muchas veces se les oculta la verdad sobre la gravedad de su situación, dejándolos solos desde el punto de vista emocional (Picazo de Cortina, 1995).

La muerte puede despertar en nosotros miedo, quizá por que la vemos como una fuerza de destrucción física que no podemos evitar (Ruiz Márquez). Tememos a la soledad, a lo desconocido, al dolor y a la prolongación de una enfermedad. A esto se le agregan otros sentimientos (Picazo de Cortina, 1995):

- "Insatisfacción de una vida mal llevada, pero ya es demasiado tarde para rectificar"
- "Culpa debido a que aún en este último momento, no nos perdonamos por haber obrado de esta o aquella forma"
- Inseguridad de estar recibiendo afecto de familiares y amigos. La postración que una enfermedad larga puede causar en el comportamiento de las personas queridas".

Se tiene tanto miedo al dolor y a la agonía que –si se llega a pensar- se prefiere una muerte de repente o durante el sueño (Lara, 1997).

Ante la muerte lo más valorado es el ocultar y reprimir el dolor y el llanto bajo unos lentes oscuros. Se admira más a quien es más discreto y mantiene un comportamiento controlado.

Piña y Quintanar consideran que la muerte puede ser vista con naturalidad como algo esperado y por lo tanto no tan doloroso.

2.2 ASPECTOS SOCIOLÓGICOS.

En nuestros días, la muerte se ha convertido en un tabú, es considerada como algo lúgubre, molesto (Ruiz Márquez, 1998). Un ejemplo es el comportamiento que las personas asumen en los funerales, se cuentan chistes, se habla de negocios, y sólo durante una fracción del tiempo algunos rezan.

Philippe Ariès nos dice que "... la muerte se ha convertido en un tabú, algo que no se puede nombrar. Y como sucedió anteriormente con el sexo, no es de buen gusto hablar de ella en público. En el siglo XX la muerte ha suplido al sexo como principal tema en entredicho. Antes se les decía a los niños que los traía la cigüeña, pero asistían a la gran escena de la despedida en el dormitorio y a la cabecera del moribundo. Hoy los niños son iniciados desde la más tierna edad en la fisiología del amor y del nacimiento pero cuando dejan de ver al abuelo y preguntan por qué, en Francia se les responde que ha salido de viaje hacia tierras lejanas, y en Inglaterra, que descansa en un bello jardín en el que crece la madre selva" (citado por Picazo de Cortina, 1995), en México se les dice que fueron al cielo frente a Dios, aunque se suponga que el cielo es para gente buena y el abuelo pudo no haberlo sido. La muerte es un tema que ha salido de las conversaciones de las personas a pesar de ser algo que siempre acompaña a la vida.

Este tabú se explica por que cada vez es mayor el número de personas que muere en el hospital, atendido por fríos e indiferentes profesionales de la salud. La pérdida del poder y la capacidad para ejercer control, que experimentan los médicos y enfermeras que atienden pacientes desahuciados, es un fenómeno que Benoleil comenta: la expresión de congoja del personal médico se inhibe a causa de las condiciones estructurales en las que trabaja. Pincus y Minahan dicen que se requieren grandes habilidades tanto en el trabajo con otros grupos profesionales como en la prestación de servicios a los pacientes para que mantengan una buena relación laboral y una relación médico paciente más cálida y de apoyo mutuo.

Generalmente se pueden observar dos ideas que ayudan a las personas a entender los procesos simultáneos de vida y muerte (Eliás, 1982). La idea de "mi muerte vs. tu muerte", nos muestra la idea irracional de que mientras "tu muerte" es una certeza, se puede hacer una excepción en "mi caso". La segunda idea, "muertes parciales vs. extinción total" enfatiza la creencia de que, al experimentar el duelo por la pérdida de familiares o amigos, una persona se acerca lo más posible a experimentar una "muerte parcial"(Picazo de Cortina, 1995; Fontanot, 1998; Noguez, 1998). De aquí que se pueda conjeturar que estas experiencias influyen en los comportamientos de las personas ante futuras pérdidas.

2.3 ASPECTO HISTÓRICO.

La forma de experimentar la muerte varía de acuerdo a cada grupo. Antiguamente la muerte era vista por todos como algo "natural", se moría rodeado de familiares y amigos en la casa. Los ministros religiosos eran una parte importante en el momento de despedir al moribundo. Ellos se encargaban de dar consuelo y auxilio a los que iban a morir(Eliás, 1982; Picazo de Cortina, 1995).

En la actualidad, a medida que las familias se han dispersado más y existe un mayor acceso al cuidado hospitalario, ha surgido la institucionalización del nacimiento y de la muerte (Picazo de Cortina, 1995). Morir en el hospital más que en la casa se ha vuelto una norma.

En diversos estudios realizados antes de 1960 señalaban que más de la mitad de las muertes ocurrían fuera de los hospitales, (Smith, 1988). Después de los 60's esta tendencia disminuyó, según Cartwright las razones fueron: La creciente movilidad; el aumento de número de mujeres que trabajan fuera de hogar y los núcleos familiares mas reducidos que pueden estar separados de sus lazos de parentesco –tanto geográficamente, como por valores y estilo de vida- (citado por Smith, 1988). De acuerdo con algunos estudios, si los pacientes y los familiares desean pasar el periodo final en casa, tienen que afrontar que está decisión presentará otros problemas generados por falta de cuidado especializado así como tensiones emocionales y sociales para el paciente y su familia (Aitken-Swan).

2.4 ASPECTOS RELIGIOSOS.

Existe la necesidad de ser flexibles y sensibles en nuestra proximidad hacia todos aquellos que estén muriendo o agonizando ya que es imposible saber todo acerca de cada grupo cultural o religioso.

Las familias generalmente se sienten muy complacidas si el cuerpo médico manifiesta interés en sus creencias y en su cultura y reconoce que el paciente puede tener necesidades en estas áreas de su vida.

Una persona en etapa terminal puede manifestar varios síntomas de angustia espiritual (Speck, 1988):

- 1) sensación de vacío
- 2) sufrimiento intenso
- 3) alejamiento de Dios, incapacidad para tener fe.
- 4) Ira contra Dios, la religión y el clero
- 5) Sentimiento de culpa o de vergüenza

Frank. Dijo: " El hombre no se destruye por sufrir, se destruye por sufrir sin ningún sentido" (El hombre en busca de sentido). Es por esto que también se debe tener en cuenta la necesidad que tienen los pacientes de ser escuchados y comprendidos cuando piden la asistencia de algún representante de su religión.

3. EL PERSONAL DE SALUD.

En el presente siglo, la tecnología médica se ha desarrollado amplia y exitosamente. El promedio de vida cada vez es más alto, por lo que el objetivo más importante de la medicina es el curar y preservar la vida, y la muerte puede ser vista como un fracaso. Quizá por ello la muerte ha pasado a ser un suceso cada vez menos aceptado. Con la disminución del número de muertes y de la experiencia en torno a este hecho, dicha visión es compartida por el paciente y su familia y frecuentemente reforzada por médicos y enfermeras (Doucet, 1996). Surge un gran problema cuando el personal médico no toma en cuenta la forma en que los pacientes reaccionan a nivel emocional (Goleman, 1997).

Para el paciente y su familia, el encontrarse con un médico o una enfermera representaría una oportunidad de consuelo, tranquilidad o simplemente de información, pero esto no ocurre así; los encargados de la salud física, actúan con precipitación o son indiferentes a la aflicción de sus pacientes. Pareciera que el personal de salud está más preocupado por cumplir con los preceptos institucionales que por un tratamiento integral para el paciente que le ayude a una rápida recuperación.

El personal de salud ha aceptado la responsabilidad de intentar alargar lo más posible la vida de sus pacientes pero también la no menos importante obligación de evitarles sufrimientos. La era tecnológica ha multiplicado las oportunidades de alargar la vida humana, pero también ha llevado a una redefinición del concepto de muerte.

Los encargados de cuidar a los pacientes, se ven envueltos en diversos y rápidos cambios debidos al auge de la medicina institucional y a las innovaciones tecnológicas, lo que tiende a *despersonalizar* la práctica médica, haciendo del paciente un simple expediente clínico. Estos cambios no sólo inciden en la práctica médica, sino en las interacciones y el contexto en que se dan.

Soberón-Acevedo y col. Mencionan algunas transiciones actuales que repercuten en el nivel de salud de los mexicanos:

1. La transición demográfica. Hay una disminución de la tasa de incremento de la población, debido al descenso de la fecundidad.
2. La transición económica. Obliga a hacer todos los esfuerzos por ser más competitivo, a costa de la salud de los demás y la propia.
3. La transición epidemiológica. Existe un aumento de enfermedades crónicas, cardiovasculares y neoplasias que antes nos se presentaba.

El paradigma en la práctica médica ha cambiado, de ser una atención individual de tipo curativo, se transforma en salud integral con carácter preventivo. Ya no sólo se trata de una relación médico paciente, sino del médico con la colectividad (Soberón-Acevedo, 1994).

El personal de salud responde al impacto de las enfermedades de los pacientes. En cada servicio hospitalario existen múltiples formas de ansiedad o estrés que todo el personal experimenta tanto consciente como inconsciente; se ve expuesto a sufrir de depresión, alcoholismo y al abuso de sustancias. Para enfrentar estas ansiedades se construyen estructuras de defensa tanto individuales como institucionales. Pero pueden convertir al personal de salud en disfuncional (Morales y Coronel, 1998; Piña y Quintanar, 1994).

Morales y Coronel (1998) señalan tres fuentes de ansiedad que se presentan en los servicios de oncología:

1. La que se origina al enfrentar las enfermedades mismas, se enfrentan a la enfermedad a la muerte y al envejecimiento y decrepitud que constituyen una experiencia dolorosa que les recuerda su propia mortalidad.
2. La que se genera por la muerte de los pacientes, se crea una impotencia al observar el dolor físico y psíquico de un paciente y la incapacidad ante la enfermedad.
3. La que provoca el trato con familiares desesperados, la mayoría no quieren estar encargados de dar las malas noticias a los familiares.

Hale y Hudson (1992) nos muestran las estrategias de defensa psicológica que experimenta el médico (en Morales y Coronel, 1998):

- Negación. Las transferencias de evasión que parten de la negación de la enfermedad y del temor a convertirse en pacientes.
- Hipomanía. Obsesión por el trabajo. El mantenerse hiperactivo hace que la persona no enfrente el dolor; si deja de trabajar, tiene que enfrentarlo,
- Hipocondriasis. Es común ver personal que tiene el síndrome de "no tener" muchas enfermedades, pero si quejarse de sus síntomas.
- Erotización. Una forma de mostrar que todavía se está lleno de vida en un medio en donde se está en contacto continuo con la muerte es el aumento de la actividad erótica. "El dolor y la enfermedad quedan fuera del hospital; lo importante son las relaciones entre el personal".

- **Acting out.** Actuar los impulsos reprimidos. El personal puede realizar conductas destructivas o autodestructivas. Estas van desde prescribir medicamentos innecesarios hasta realizar intervenciones quirúrgicas riesgos e inútiles. Otras como el consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

- **Intelectualización.** El dolor y el sufrimiento del paciente y el personal puede perder su esencia cuando se convierte en un "caso de interés clínico" o "de enseñanza".

Los hospitales se organizan de determinada manera para proteger de la ansiedad a los que trabajan en él. Los cambios de turno, el trato hacia los pacientes y otras rutinas de los servicios hospitalarios permiten romper las pautas de relación que son estresantes para el personal de salud, aunque no sea benéfico para los intereses de los pacientes.

En las situaciones de urgencia y ante enfermos agudos, el personal de salud deba asumir una actitud intrínsecamente directiva, pensando más en la sobrevivencia del enfermo que en su comprensión psicológica.

Hollender distingue tres modelos de relación médico – paciente :

- A) El tipo de relación mas adecuado se refiere a una relación de cooperación de ambos,
- B) En circunstancias excepcionales de agudeza y urgencia, la relación se atiene al modelo progenitor – hijo. El progenitor dirige y el hijo es dirigido.
- C) Finalmente la relación se atiene al modelo madre – lactante, el enfremo permanece en una situación de pasividad y el médico asume el papel de responsable.

4. ACTITUDES.

En psicología social Thomas y Znaiecki (1918) definieron por primera vez a la actitud como un estado mental del individuo dirigido hacia un valor, como un proceso en donde el sujeto está dirigido hacia el objeto de importancia social y que va a determinar las respuestas de aquel.

Louis Thurstone, define a la actitud como "la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios y distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto".

Festinger con su modelo de la disonancia cognitiva analiza el problema de las actitudes a partir de un solo elemento o componente. Este componente es el cognitivo, pues, cualquiera que sea la complejidad del objeto de la actitud, Festinger considera que siempre será posible representarla mediante una serie de cogniciones definidas como cualquier conocimiento, opinión o creencia acerca del ambiente, de uno mismo o de la propia conducta.

Algunos psicólogos sociales consideran que las actitudes se componen principalmente de dos elementos: el cognitivo y el afectivo. Entienden que el elemento cognitivo lo constituyen las ideas que una persona tiene respecto de un objeto determinado. Para ellos las ideas pueden ser más o menos objetivas y por eso suelen usar el concepto de creencia para referirse a ellas, ya que lo importante para entender una actitud es lo que una persona cree acerca de un objeto, independientemente de lo objetivo o subjetivo de este. Por otro lado, el elemento afectivo está formado por los sentimientos que tiene una persona acerca del objeto

No llorar frente al enfermo.

No mostrar preocupación.

Alentarlo a someterse a un tratamiento.

Por parte del personal de salud:

Informar el diagnóstico primero a los familiares, si ellos lo creen conveniente también al paciente.

Restricciones Situacionales. Algunas veces, las personas no pueden expresar sus actitudes porque si lo hacen romperían algunas normas en una situación determinada.

Hay ocasiones en las que se desea que el enfermo exteriorice sus sentimientos, pero no se le pregunta ¿cómo te sientes? Por no hacer que su estado de ánimo decaiga.

Presión temporal. Cuando las personas están bajo presión temporal y deben decidir y actuar rápidamente, tienden a replegarse en sus actitudes que les sirven de guía rápida y sencilla.

Cuando el médico sabe cual es la enfermedad del paciente, informa del diagnóstico a los familiares de una manera muy técnica y en ocasiones ellos no entienden claramente.

Origen de las actitudes. Las actitudes que se forman en la base de experiencias directas ejercen efectos más fuertes en el comportamiento que otras.

Cuando un médico no tiene experiencia suficiente para informar un diagnóstico, no sabe como hacerlo y lo dice con tecnicismos, se le hace un hábito y después sigue informando diagnósticos de la misma manera.

Intensidad de las actitudes. Es la fuerza de una reacción emocional provocada por el objeto de la actitud.

Como ya se dijo, la actitud hacia la muerte, en nuestra sociedad, es negativa, por ser considerada como un tabú.

Relevancia de valores. Si una actitud esta conectada a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia.

Algunas personas creen que es bueno acompañar a un enfermo terminal en sus últimos momentos y lo hacen.

4.2 Visión existencial de las actitudes hacia la muerte.

Miedo a la muerte.

Generalmente se cree que el miedo a la muerte y todos los procesos relacionados con el morir son universales, pero complejos.

Se teme al a muerte pro diferentes razones. La perdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, etc. son sólo algunas de las fuentes de miedo a la muerte. Además, al crecer s e nos inculca la importancia del logro y la valía personas; al envejecer nos damos cuenta de nuestra impotencia ante la muerte (Wong, Reker, Gesser, 1994)

Otra investigación postula que los individuos se sienten motivados a buscar significado personal (Frank, 1965). Nos dice que el miedo a la muerte procede del fracaso a la hora de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte. El hecho de aceptar o temer a la muerte depende en gran parte si se ha aprendido a aceptar el ciclo de vida.

Butler (1975) propuso que las personas tienen más miedo a una existencia sin sentido que a la muerte. "Los sujetos que ven sus vidas como plenas y significativas deberían mostrar menos ansiedad ante la muerte y más aceptación de la misma".

5.4 Hipótesis.

1. El personal de salud tiene una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: El personal de salud tiene una actitud favorable hacia la muerte.
2. Si el personal de salud presenta la intelectualización como forma de defensa, esta se relaciona con una actitud favorable hacia la muerte.
H₀: Si el personal de salud presenta la intelectualización como forma de defensa, esta se relaciona con una actitud desfavorable hacia la muerte.
3. El acting out se relaciona con una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: El acting out se relaciona con una actitud favorable hacia la muerte.
4. La negación se relaciona con una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: La negación se relaciona con una actitud favorable hacia la muerte.
5. La hipocondriasis se relaciona con una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: La hipocondriasis se relaciona con una actitud favorable hacia la muerte.
6. La hipomanía se relaciona con una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: La hipomanía se relaciona con una actitud favorable hacia la muerte.
7. La erotización se relaciona con una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: La erotización se relaciona con una actitud favorable hacia la muerte.
8. Si se tiene mayor ansiedad ante la propia muerte, se tiene una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: Si se tiene mayor ansiedad ante la propia muerte, se tiene una actitud favorable hacia la muerte.
9. Si se tiene mayor ansiedad ante la muerte de los pacientes, se tiene una actitud desfavorable hacia la muerte.
H₀: Si se tiene mayor ansiedad ante la muerte de los pacientes, se tiene una actitud favorable hacia la muerte.

5.6 INSTRUMENTOS.

De acuerdo con la literatura consultada, los términos más empleados para referirse a las actitudes hacia la muerte son ansiedad, miedo, amenaza, preocupación y aceptación a la muerte (Neimeyer, 1997). Para los fines de esta investigación utilizaré el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PRAM), la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (ERAM) y la Subescala de Miedo por Personas Significativas de la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte (EMMM).

5.6.1 PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE.

Las respuestas fueron sometidas a un análisis factorial; de acuerdo con las formulaciones de Wong y otros, se extrajeron cinco componentes y se rotaron para lograr una solución ortogonal (varimax). Los cinco componentes representan el 66.2% de la varianza.

Los coeficientes alfa de consistencia interna y los coeficientes de estabilidad en un test-retest de cuatro semanas. Los coeficientes alfa oscilaban entre uno bajo de .65 (aceptación neutral) a uno alto de .97 (aceptación de acercamiento); los coeficientes de estabilidad oscilaban entre uno bajo de .61 (evitación de la muerte) a uno alto de .95 (aceptación de acercamiento).

5.6.2 ESCALA REVISADA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de esta escala es de .804. De esta escala no incluiré los ítems 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12 por que están comprendidos en el PRAM .

6. CONCLUSIONES.

Con esto podemos llegar a la conclusión de que el personal de salud prefiere mantener una distancia considerable con respecto a las emociones de sus pacientes, para no verse afectados y que su rendimiento no disminuya; esto se puede ver en la reducción considerable de ítems del cuestionario original, ya que la mayoría de los reactivos que fueron eliminados, están relacionados con el acercamiento hacia los pacientes o con las emociones que estos les pueden despertar.

Las formas de defensa que más utilizan son la intelectualización, la hipomanía y la negación. Viéndose afectada la comunicación con sus pacientes y los familiares de estos, la cual es calificada por ellos mismos como decisiva para que su relación se vea deteriorada, criticada y valorada de una forma negativa.

Son conscientes de que necesitan cambiar esa actitud, pero no están preparados ni individual ni institucionalmente para realizar dichos cambios.

Todos debemos estar conscientes de que nuestra sociedad esta en un cambio constante y debemos estar receptivos y abiertos a cualquier petición de flexibilidad, podemos partir de aceptar nuestras características y estar dispuestos a colaborar con los demás para mejorar como personas y grupos. Además de tener paciencia y confiar en que los demás harán su parte. El personal médico está en la mejor disposición de ayudarnos, porque es su vocación y su obligación.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Armitage, Christopher J. (1999). "The theory of planned behavior: Assessment of predictive validity and 'perceived control'". En *British Journal of Social Psychology*. Vol. 38 p. 35-54.

Baron y Myers. (1998) " Las actitudes: una evaluación del mundo social" en *Psicología Social*. Ed.

Doucet Herbert. (1996). "Vida sufrimiento y muerte" en *Salud Mundial*. Vol. 49
Núm. 5

Fernández, Francisco Alonso. Psicología médica y social. Ed. Salvat, 1ª Ed. 1989.

Fontanot, Gina. (1998). "Descansar en paz". En *Prometeo* Vol.

Elías, Norber (1988). La soledad de los moribundos. Fondo de Cultura Económica.
2ª. Ed. México, D.F.

Golema, Daniel. (1997). Inteligencia emocional. México.

Hernández-Arriaga, Jorge; Morales-Estrada, Arnulfo; Cortés Gallo, Gabriel.
(1997), " Encuesta de actitudes médicas ante el paciente terminal". En
Revista de Investigación Clínica Núm. 49.

Lara y Mateos Rosa María. ¡997. "Tanatología: cultura de la vida, cultura de la muerte".

Lifshitz, Alberto. La práctica de la medicina en la era tecnológica. UNAM. 2ª Ed. México, 1997.

Morales García, Rodrigo y Coronel Brizio, Pedro. (1998). "El impacto psicológico y el equipo de salud" en Revista de Psicología y Salud. P 115-121.

Noguez, Sergio. "La muerte en el desarrollo humano".

Picazo de Cortina, Alicia. (1995). Tanatología. México.

Piña, Luz y Quintanar Fernando. "Muerte y desarrollo urbano" en Umbral XXI 1994 Núm. 15 p. 17-20.

Ruiz Márquez, Ma. Esperanza. "El proceso de morir como etapa del desarrollo humano" en Prometeo 1998 Vol. p. 24-28.

Sherr, Lorraine. Agonía, muerte y duelo. Manual Moderno, 2ª Ed. 1992.

Smith, Carole. (1988) Trabajo social con moribundos y su familia. Ed. Pax México. 1ª. Ed. Español. Trad. Thomas Kramer.

Soberón-Acebedo, Guillermo; García-Viveros, Mariano; Narro-Robles, José. (1994). "Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica" en Salud Pública de México. Vol. 36, num. 5.

Trafimow, David; Duran, Anne. (1998) "Some tests of the distinction between attitude and perceived behavioural control". En British Journal of Social Psychology Vol. 37 p. 1-14.

ANEXO 1

ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD HACIA LA MUERTE

Se le pide a los sujetos que contesten si están de acuerdo o no con las afirmaciones en un formato tipo Likert de siete puntos.

1. La muerte es, sin duda, una experiencia horrible. TD D MD I MA A TA
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad. TD D MD I MA A TA
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte. TD D MD I MA A TA
4. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte. TD D MD I MA A TA
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones. TD D MD I MA A TA
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, TD D MD I MA A TA
innegable e inevitable.
7. Me trastorna la finalidad de la muerte. TD D MD I MA A TA
8. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma. TD D MD I MA A TA
9. La muerte proporciona un escape de este terrible mundo. TD D MD I MA A TA
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, TD D MD I MA A TA
intento apartarlo.
11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento. TD D MD I MA A TA
12. Siempre intento no pensar en la muerte. TD D MD I MA A TA
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este TD D MD I MA A TA
mundo.
14. La muerte es un aspecto natural de la vida. TD D MD I MA A TA
15. La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna. TD D MD I MA A TA
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa. TD D MD I MA A TA
17. No temería a la muerte ni le daría la bienvenida. TD D MD I MA A TA

18. Tengo un miedo intenso a la muerte. TD D MD I MA A TA
19. Evito totalmente pensar en la muerte. TD D MD I MA A TA
20. El tema de la vida después de la muerte me preocupa TD D MD I MA
A TA mucho.
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final TD D MD I MA
A TA de todo tal como lo conozco.
22. Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después TD D MD I MA A TA
de morir.
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal. TD D MD I MA A TA
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida. TD D MD I MA A TA
25. Veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito. TD D MD I MA A TA
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte. TD D MD I MA A TA
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma. TD D MD I MA A TA
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi TD D MD I MA A TA
creencia en una vida después de la misma. TD D MD I MA A TA
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida. TD D MD I MA A TA
30. La muerte no es buena ni mala. TD D MD I MA A TA
31. Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte. TD D MD I MA
A TA
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber que ocurre TD D MD I MA A
TA después de la muerte.

Se le pide a los sujetos que indiquen hasta qué punto están de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación (1= Totalmente de acuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= Algo en desacuerdo, 5= Totalmente en desacuerdo).

1. Me asusta tener una muerte dolorosa. 1 2 3 4 5
2. Me preocupa no haber cómo será el otro mundo. 1 2 3 4 5
3. La idea de no volver a pensar después de morir me asusta. 1 2 3 4 5
4. No estoy ansioso respecto a lo que le ocurre al cuerpo después del entierro. 1 2 3 4 5

5. Los ataúdes me ponen nervioso. 1 2 3 4 5
6. Odio pensar en perder el control sobre mis cosas 1 2 3 4 5
después de morir.
7. Me fastidia estar totalmente inmóvil después de la muerte.
1. Me aterra pensar en que me operen.
2. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho. 1 2 3 4 5
3. No tengo miedo a una muerte larga y lenta.
4. No me preocupa la idea de que me encierren en un ataúd 1 2 3 4 5
cuando muera
5. Odio la idea de sentirme indefenso después de la muerte. 1 2 3 4 5
6. No me preocupa en absoluto si hay vida o no después 1 2 3
4 5 de la muerte.
7. Me perturba la idea de no volver a sentir nada después de 1 2 3 4 5
morir.
8. Me asusta el dolor que implica morir. 1 2 3 4 5
9. Espero una nueva vida cuando muera. 1 2 3 4 5
10. No me preocupa sentirme indefenso algún día. 1 2 3 4 5
11. Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se 1 2 3 4 5
descomponga en la tumba.
12. Me trastorna pensar en todo lo que perderé después de morir. 1 2 3 4 5
13. Me preocupa saber qué nos pasa después de morir. 1 2 3 4 5
14. No me interesa en absoluto controlar las cosas. 1 2 3 4 5
15. Me asusta el asilamiento total de la muerte. 1 2 3
4 5
16. No estoy particularmente asustado por contraer cáncer. 1 2 3 4 5
17. Dejaré instrucciones cuidadosas sobre cómo se deberían 1 2 3 4 5
hacer las cosas cuando me haya ido.
25. Lo que ocurra con mi cuerpo después de muerto no me preocupa 1 2 3 4 5

Se le pide a los sujetos indiquen hasta que punto les inquietan los siguientes aspectos de la muerte encerrando en un círculo el número que mejor represente lo que sienten.

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 1. | Tengo miedo de morir muy lentamente. | 1 2 3 4 5 |
| 2. | me asusta morir en un incendio | 1 2 3 4 5 |
| 3. | me asusta experimentar mucho dolor cuando muera. | 1 2 3 4 5 |
| 4. | me asustaría caminar por un cementerio solo de noche. | 1 2 3 4 5 |
| 5. | me asusta pensar que puedo estar consciente mientras yazgo en el depósito de cadáveres. | 1 2 3 4 5 |
| 6. | Tengo miedo de las cosas que han muerto. | 1 2 3 4 5 |
| 7. | Tengo miedo de que muera alguien de mi familia | 1 2 3 4 5 |
| 8. | si las personas próximas a mi mueren de repente sufriría mucho tiempo. | 1 2 3 4 5 |
| 9. | Si me muriera mañana mi familia estaría triste durante Mucho tiempo. | 1 2 3 4 5 |
| 10. | puesto que todo el mundo se muere, no estaré demasiado triste cuando mis amigos mueran | 1 2 3 4 5 |
| 11. | a veces me entristezco cuando mueren conocidos. | 1 2 3 4 5 |
| 12. | si muero mis amigos estarán tristes durante mucho tiempo. | 1 2 3 4 5 |

ANEXO 2

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE.

COMPONENTE 1: aceptación de acercamiento.

No.	Ítem	Carga
2	Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.	.63
4	Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	.27
8	La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	.74
13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	.46
15	La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.	.54
16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	.67
25	Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.	.36
27	La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	.41
28	Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en un vida después de la misma.	.48
31	Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.	.41

COMPONENTE 2: miedo a la muerte.

No.	Ítem	Carga
1	La muerte es, sin duda, una experiencia horrible.	.65
7	Me trastorna la finalidad de la muerte.	.70
18	Tengo un miedo intenso a la muerte.	.68
20	El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.	.67
21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco.	.48
22	La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	.69
32	Me preocupa la incertidumbre de no saber que ocurre después de la muerte.	.76

COMPONENTE 3: evitación de la muerte.

No.	Ítem	Carga
3	Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	.76
10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	.63
12	Siempre intento no pensar en la muerte.	.78
16	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	.49
19	Evito totalmente pensar en la muerte.	.41

COMPONENTE 4: aceptación de escape.

No.	Item	Carga
5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	.70
9	La muerte proporciona un escape de este terrible mundo.	.71
11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	.85
29	Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	.76

COMPONENTE 5: aceptación neutral.

No.	Item	Carga
6	La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	.70
14	La muerte es un aspecto natural de la vida.	.78
17	No temería a la muerte no le daría la bienvenida.	.51
24	La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	.80
30	La muerte no es ni buena ni mala.	.42

COMPONENTE	COEFICIENTE ALFA
MIEDO A LA MUERTE	.81
EVITACION DE LA MUERTE	.76

ACEPTACIÓN NEUTRAL	.79
ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO	.60
ACEPTACIÓN DE ESCAPE	.69

ESCALA REVISADA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.

COMPONENTE 1

No.	Ítem	Carga
2	Me preocupa no saber como será el otro mundo.	.56
3	La idea de no volver a pensar después de morir me asusta.	.63
6	Odio pensar en perder el control sobre mis cosas después de morir.	.41
7	Me fastidia estar totalmente inmóvil después de la muerte.	.62
12	Odio la idea de sentirme indefenso después de la muerte	.35
14	Me perturba la idea de no volver a sentir nada después de morir.	.48
19	Me trastorna pensar en todo lo que perderé después de morir.	.59
20	Me preocupa saber que nos pasa después de morir.	.65
22	Me asusta el aislamiento total de la muerte.	.58

COMPONENTE 2

No.	Ítem	Carga
10	No tengo miedo a una muerte larga y lenta.	.78
11	No me preocupa la idea de que me encierren en un ataúd cuando muera	.37
15	Me asusta el dolor que implica morir.	.69
17	No me preocupa sentirme indefenso algún día.	.69
21	No me interesa en absoluto controlar las cosas	.59
23	No estoy particularmente asustado por contraer cáncer.	.83

COMPONENTE 3

No.	Ítem	Carga
5	Los ataúdes me ponen nervioso.	.43
9	El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.	.78
13	No me preocupa en absoluto si hay vida después de la muerte.	.51
16	Espero una nueva vida cuando muera.	.54
18	Me asusta el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.	.32
25	Lo que le ocurra a mi cuerpo después de la muerte no me preocupa.	.60

COMPONENTE 4

No.	Ítem	Carga
1	Me asusta tener una muerte dolorosa.	.83
4	No estoy nada ansioso respecto a lo que ocurre al cuerpo después del entierro.	.67
8	Me aterra pensar en que me operen.	.56
24	Dejaré instrucciones cuidadosas sobre cómo se deberían hacer las cosas cuando me haya ido.	.39

COMPONENTE	COEFICIENTE ALFA
1	.69
2	.72
3	.65
4	.70