

ACTITUD ANTE LA MUERTE EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Gisela Hernández Cabrera,¹ Verónica Marlene González García,² Luis Fernández Machín³ y Olga Infante Pereira⁴

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar las actitudes ante la muerte en una muestra de 50 Médicos de Familia del Policlínico "Plaza". Se utilizó una versión cubana de un instrumento diseñado anteriormente para estudiar las actitudes ante la muerte. Se intentaba a su vez, establecer los primeros indicadores de validez y confiabilidad de esta versión denominada convencionalmente: cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM), que incluía 33 reactivos, agrupados para su interpretación en 6 subescalas: evitación, aceptación, temor, pasaje, salida y perspectiva profesional. El procesamiento de las respuestas incluyó estadísticas descriptivas y pruebas de decisión con ayuda del sistema SSPS-PC+. Las actitudes prevalentes en los médicos eran de evitación y temor, en un contexto ambivalente dado por las actitudes positivas de aceptación de la muerte como un hecho natural, que se traduce en afrontamiento profesional no consecuente. En general, se encuentran actitudes que revelan la insuficiente preparación de los Médicos de Familia investigados para la aproximación realista a la muerte.

DeCS: ACTITUD FRENTE A LA MUERTE; MEDICOS DE FAMILIA, NEOPLASMAS/psicología; ATENCION INTEGRAL DE SALUD.

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 para el MINSAP durante los próximos años. Existen varias entidades que pueden conducir a un estadio terminal más o menos prolongado: el cáncer, la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas 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.^{1,2} Lamentablemente no siempre se logra este reenfoque de la atención médica, debido en gran parte al desconocimiento

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna.

³ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

⁴ Licenciada en Psicología.

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.³

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.⁴ Los profesionales de la salud que atendemos pacientes moribundos podemos influir con intervenciones apropiadas en 2 procesos: en el proceso de morir, y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio.⁵

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.),⁶ 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.⁷ El proceso de morir ha sido descrito por *E. Kubler Ross*⁴ después de escuchar confesiones de miles de pacientes moribundos, aunque las etapas descritas por él necesariamente no tienen que seguir una secuencia rígida; ellas pueden yuxtaponerse, repetirse en el curso de enfermedades crónicas largas, no darse, o también aparecer en desorden. Estas etapas pueden ser caracterizadas de las formas siguientes: **negociación, rabia o ira, depresión y aceptación.**

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*⁸ 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*,⁹ 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.¹⁰ 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.¹¹

Los factores que determinarán las necesidades del paciente terminal ante la proximidad de la muerte son cuatro fundamentalmente:¹² 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".¹³ El médico, sin embargo, cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal;¹⁴ 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.¹⁵

De lo que se ha reseñado se puede deducir claramente que la actitud del médico de cabecera de un paciente es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad terminal y la proximidad de su muerte.¹⁶ Esto es particularmente actual e importante cuando se proyecta en nuestro país implementar el programa de atención al dolor y cuidados paliativos,¹⁷ que desarrollará sus acciones fundamentales en la atención primaria de salud.

El conocimiento de las actitudes de los Médicos de Familia hacia la muerte será una contribución a la investigación que ha precedido este programa, y facilitará la tarea de preparación para la muerte en el manejo adecuado de los aspectos concernientes a ella. No existen investigaciones procedentes de nuestro país dirigidas a la caracterización de las actitudes ante la muerte entre los Médicos de Familia. Teniendo en cuenta el vínculo estrecho con la comunidad y la relación que se establece con los pacientes y sus familiares, que va mucho más allá de la tradicional relación médico-paciente de una consulta tradicional, y que involucra al profesional desde el punto de vista afectivo con mayor profundidad, es conveniente iniciar estudios dirigidos a explorar nuestras propias creencias y actitudes ante la muerte, y a describir su posible relación con algunas variables sociodemográficas. Estos estudios permitirán posteriormente, diseñar programas de intervención para modificar los aspectos negativos, y mejorar así la calidad de la atención médica integral a nuestros pacientes terminales.

Por todo ello, el objetivo de nuestro trabajo fue caracterizar las actitudes ante la muerte en los Médicos de Familia del Policlínico "Plaza de la Revolución", determinar la existencia de algunas variables sociodemográficas, y los tipos de actitu-

des ante la muerte identificados. Además pretendemos establecer los primeros indicadores de validez de un instrumento que pueda ser útil en investigaciones posteriores.

Métodos

El estudio realizado fue de tipo descriptivo con la población total de 50 Médicos de Familia del policlínico "Plaza de la Revolución", centro de referencia nacional de atención primaria de salud (CRNAPS). El instrumento original elaborado por sus autores a partir de la revisión del *Death Attitudes and Self-Reported Health – relevant Behaviors*,¹⁸ fue sometido a criterios de expertos hasta su versión final, siendo denominado convencionalmente Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) y quedó compuesto definitivamente por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de **evitación**, de **aceptación**, de **temor**, basadas en las creencias de que la muerte es un **pasaje o tránsito**, fundamentadas en la concepción de la muerte como una **salida o solución** y otra que involucra la **perspectiva profesional** (anexo).

Cada médico debía expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con la proposición que presentaba en una escala ordinal, del tipo análogo visual, haciendo una marca sobre la línea continua en cuyos extremos quedaban fijados los polos *totalmente en desacuerdo* y *totalmente de acuerdo*. La calificación resultante de la respuesta de cada médico a cada escala, en magnitudes de 1-5, fue expresada en tales valores en una base de datos para su procesamiento posterior.

La aplicación del instrumento se hizo sobre la base del principio de voluntariedad,

solicitando la colaboración de los colegas. En todo momento se garantizó el anonimato y cada instrumento era contestado de una sola vez, sin entrevista focalizada preparatoria. El procesamiento de los datos primarios se hizo con el sistema SSPS, con la ayuda de una computadora personal. El esquema del procesamiento y análisis incorpora estadísticas descriptivas y pruebas de decisión, desarrollándose en 4 pasos fundamentales:

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

Resultados

En la tabla 1 se presentan los porcentajes extremos a cada variable, agrupadas estas en sub-escalas, observándose altos niveles de respuestas en las sub-escalas de **Evitación**, **Aceptación** y **Temor**, mientras que resultan bajos en las sub-escalas **Pasaje** y **Salida**.

En la tabla 2 se presentan los valores (rangos) para las variables sociodemográficas,

TABLA 1. Porcentajes extremos de la frecuencia de respuestas a las proposiciones del instrumento

Proposición en cada dimensión	Porcentajes extremos	
	Respuestas de 5 (%)	Respuestas de 1 (%)
Evitación		
1	46	40
8	52	36
17	72	10
22	24	60
32	18	66
Aceptación		
2	60	28
7	44	42
16	56	24
23	58	28
27	48	32
Temor		
3	34	52
9	30	58
13	64	28
24	52	34
28	46	44
Pasaje		
4	14	74
10	2	90
18	10	78
25	8	88
29	4	86
Salida		
5	14	74
14	2	90
15	10	78
21	8	88
31	4	86

Fuente: CAM.

a fin de analizar con mayor facilidad las distribuciones de frecuencias, y poder luego correlacionar estos resultados con otras variables. Obsérvese que más del 50 % de los médicos tienen menos de 35 años, casi en igual proporción predominan las mujeres, los casados y quienes tienen hijos. La mayoría de los médicos encuestados son especialistas.

TABLA 2. Frecuencia de valores de las variables sociodemográficas

Valores codificados	Interpretación	Porcentajes de frecuencias
Edad (en años)		
1	23-25	6
2	26-30	40
3	31-35	24
4	36-40	12
5	41 o más	18
Sexo		
1	Femenino	66
2	Masculino	34
Estado civil		
1	Soltero	34
2	Casado	66
Hijos		
1	Tienen	48
2	No tienen	42
Categoría docente		
1	Recién graduado /familiarización	2
2	Residente	32
3	Especialista	66

Fuente: CAM.

En la tabla 3, el análisis de las medias de los reactivos (proposiciones) de la sub-escala de **Evitación** ofrece resultados similares al de las distribuciones de frecuencia siendo el ítem 17 el de mayor promedio. Como representativo de esta dimensión, de igual forma los promedios de las proposiciones de la sub-escala de **Aceptación**, todas ofrecen valores superiores a 3. En el análisis de los promedios de las proposiciones de la sub-escala **Temor**, se evidencia que va aumentando hacia el final del instrumento. Los promedios de la sub-escala **Pasaje** son los más bajos de todos, y el ítem es el que ofrece el promedio mayor de la sub-escala, cercano al valor 2. En la sub-escala **Salida** los promedios son bajos, y en el análisis de las medias en la sub-escala **Perspectivas Profesionales**, el promedio

más alto es el de la proposición 26, que casi llega al valor absoluto 5. En la segunda modalidad de procesamiento se pretende conocer la consistencia interna del instrumento como un indicador de confiabilidad de los primeros estudios acerca de su validez. Para ello se obtuvieron los coeficientes de correlación de *Spearman* entre los promedios de cada proposición, y la media general de la sub-escala correspondiente. Los resultados pueden verse en el margen derecho de la tabla 3. Como se aprecia, más de las dos terceras partes total de coeficiente de correlación son superiores a 0,5, lo cual indica alta correspondencia con los promedios de la sub-escala. La mayoría son significativos a un nivel $\alpha = 0,05$, y muchos al nivel de $\alpha = 0,01$. Esto indica un alto índice de consistencia interna del instrumento, al corresponderse la mayoría de los reactivos con lo que pretende evaluarse en la sub-escala.

En la tabla 4 aparecen las medidas de tendencia central de las variables sociodemo-gráficas estudiadas, así como los coeficientes de correlación obtenidos en la comparación de estas medidas con los promedios de la sub-escala o dimensiones del instrumento (se trabaja con el coeficiente de correlación de *Spearman*), por lo que se anotan los rangos numéricos de las variables sociodemográficas promediadas, y no las categorías nominales. Se busca conocer si existe relación entre estas variables y las actitudes reflejadas en las diferentes sub-escalas del CAM. Como puede deducirse del examen visual de la tabla 4 la única correlación significativa encontrada fue entre la variable **Edad** y la sub-escala de **Temor**. Esta correlación es negativa, es decir, a mayor edad de los médicos, menos es el miedo a la muerte. Esto puede explicarse porque con la edad se incrementa la experiencia profesional de contacto con la muerte, lo que actúa como un mecanismo desensibilizador.

TABLA 3. Estadística descriptiva y correlación ítem-escala

Ítems y escalas	Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de correlación
Evitación	2,9960	0,9289	
1	3,0600	1,8889	0,7050(*)
8	3,3200	1,8892	0,5334(*)
17	4,2600	1,3372	0,3426(*)
22	2,2800	1,7266	0,5835(*)
32	2,0600	1,6088	0,5218(*)
Aceptación	3,2080	1,0380	
2	3,6400	1,8043	0,7295(*)
7	3,0400	1,8840	0,4131(*)
16	3,7400	1,6759	0,4517(*)
23	3,6200	1,7944	0,7599(*)
27	3,3200	1,8087	0,7716(*)
Temor	3,0600	1,2894	
3	2,6200	1,8504	0,6496(*)
9	2,4600	1,8318	0,6275(*)
13	3,7600	1,8020	0,6932(*)
24	3,4000	1,8516	0,7334(*)
28	3,0600	1,9316	0,7704(*)
Pasaje	1,4720	0,8308	
4	1,8200	1,4803	0,8238(*)
11	1,2000	0,6999	0,7750(*)
18	1,6000	1,2778	0,7721(*)
25	1,3800	1,1229	0,7745(*)
29	1,3600	0,9638	0,6704(*)
Salida	2,3500	0,5411	
5	1,5800	1,2304	0,6340(*)
14	1,0200	0,1414	0,2178(*)
15	2,0800	1,6393	0,6005(*)
21	1,0200	0,1414	0,2178(*)
31	3,8400	1,6581	0,5376(*)
Perspectivas profesionales	3,3125	0,5998	
6	1,7200	1,2129	0,4215(*)
11	2,8000	1,7496	0,5527(*)
12	2,8600	1,7958	0,4590(*)
19	2,0800	1,5628	0,6420(*)
20	4,5600	1,0910	0,4334(*)
26	4,9400	0,3136	0,0475
30	3,7600	1,6358	0,1458
33	3,7800	1,5425	0,4875(*)

(*) Coeficiente significativo al nivel de $\alpha = 0,05$.

Fuente: CAM.

TABLA 4. Estadísticas descriptivas de variables sociodemográficas y coeficientes de correlación con sub-escalas de dimensiones

Variables demográficas	Promedio	Desviación estándar	Coeficiente de correlación con:					
			Evitación	Aceptación	Tema	Pasaje	Salida	Perspectivas profesionales
Edad	2,9600	1,2282	-0896	0451	3335	-1371	-0143	0104
Sexo	1,3400	4785	-0887	0026	-1065	1733	-0617	-1113
Estado civil	1,6400	4849	-1120	-1077	-1018	-0154	-0156	0439
Hijos	1,4400	5406	0767	0081	1546	1007	-0953	-0630
Categoría docente	2,6400	5253	-1536	0204	-1181	-1545	-1340	0649

Nota: Aparece encerrado en un círculo el único coeficiente de correlación significativo a nivel de $\alpha = 0,05$. Fuente: CAM.

Discusión

Resulta notoria la cantidad de respuestas evasivas ante la muerte en el grupo de médicos estudiados, lo que evidencia que el enfrentamiento a la muerte es poco realista, y pone de manifiesto los mecanismos defensivos de evasión en los médicos, 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. Llama la atención que las respuestas a proposiciones de la sub-escala de **Aceptación**, obviamente contrapuesta a la de **Evitación**, expresen actitudes positivas hacia la muerte, hacia su sentido enriquecedor.

El análisis contrastante de los resultados en las sub-escalas de **Evitación** y **Aceptación**, nos hace ver que existe no solo anteposición en las respuestas, sino cierta ambigüedad en la dirección (sentido positivo y negativo)¹⁵ de las actitudes hacia la muerte en los Médicos de Familia estudiados. 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.

Esta ambigüedad se pone también de manifiesto en el análisis de los niveles de

respuestas a las variables de la sub-escala de **Temor**. Mientras que la mayoría de los médicos niega la ansiedad o la perturbación que le produce este asunto (proposiciones 3 y 9), más de la mitad de los médicos aceptan, con altos niveles de respuestas, el temor y la dificultad al encarar la muerte cuando son jóvenes, o si contraen una enfermedad que los pueda llevar irremediablemente a ella. Es interesante que en la sub-escala que se refiere a la muerte como **Pasaje**, como un tránsito a otro estadio, las respuestas hayan sido tan bajas. Independientemente de la sólida formación filosófica y científica que tienen nuestros médicos, las respuestas a esas proposiciones son excesivamente bajas, teniendo en cuenta los indicadores de religiosidad de nuestra población. Sugerimos este aspecto se investigue en futuros trabajos.

En la sub-escala que considera a la muerte como una posible **Salida**, o solución a los problemas de la vida, las puntuaciones de los Médicos de Familia estudiados son predominantemente bajas en 4 de los ítems. Un análisis particular puede hacerse del ítem 15 (el 66 % de los médicos prefieren vivir sin calidad a morir). Este apego irracional a la vida podría ser explicado por múltiples razones: de formación (énfasis en que la misión absoluta del médico es

salvar vidas), por los componentes cognitivos de esta actitud (creencia sobre bases estereotipadas, que permiten la formación de actitudes prejuiciadas), por el componente afectivo de rechazo a la muerte (en él influye mucho el temor y la incertidumbre misma).

La mayoritaria respuesta en altos niveles al ítem 31 (hay momentos en que la muerte puede ser un alivio), puede estar explicada por el continuo contacto con el sufrimiento, el dolor y el deterioro de pacientes con enfermedades avanzadas, que tienen realmente estos médicos en su comunidad y que han visto a lo largo de su formación. Es el único reactivo de esta sub-escala al que los médicos responden en mayoritario acuerdo con relación a la muerte vista como **Salida** o solución.

Interés particular tiene el análisis de la sub-escala que se refiere a las **Perspectivas Profesionales** en relación con las actitudes de los Médicos de Familia hacia la muerte, aunque vale la pena aclarar que, de cualquier forma, todos los ítems o reactivo de los instrumentos, destacan esta perspectiva. Se puede ganar más claridad acerca de las actitudes de evasión profesional. Véase que 7 de cada 10 médicos responden categóricamente que no, o sea, puntuación 1, a la creencia de que la muerte de su paciente es un fracaso profesional. Aunque hay bastantes respuestas en los niveles intermedios, 4/10 médicos contestan también categóricamente, que no piensan en su familia ante un paciente que se va a morir, y que no evitan asistir al episodio terminal de un paciente de su área.

El 64 % de los médicos responden de forma absoluta que cuando asisten a un paciente terminal no piensan en la posibilidad de su muerte propia. No contrastan estos resultados con los que se recogen habitualmente en la literatura, y con las respuestas de estos mismos médicos a otros

ítems del cuestionario. Interpretamos las respuestas categóricas a estos ítems como mecanismos defensivos iniciales ante el impacto emocional que tales reactivos desencadenan en nuestros sujetos de estudio. Del análisis particular de esta sub-escala, en el contexto del análisis global de las respuestas al instrumento, se deduce que el Médico de Familia no está preparado para la aproximación realista y productiva a la muerte de sus pacientes, y que requiere de particular formación para la atención adecuada, y sin costo emocional propio, a los pacientes terminales de su área. En este resultado se entremezclan perspectivas profesionales y personales, por lo que resulta necesario el abordaje integral de estos aspectos en su formación específica para esta tarea. En el marco de este proceso de formación, se impone la modificación de sus actitudes ante la muerte, el cambio de un enfoque irracional, con predominio del componente afectivo de temor y del sentido de rechazo/evasión, hacia un enfrentamiento con una actitud más racional, de aceptación realista y que sea productivo para el trabajo con sus enfermos.

El análisis de los promedios en las diferentes sub-escalas es coincidente con el análisis realizado a partir de los porcentajes extremos, obtenidos en las distribuciones de frecuencia. Se ponen de manifiesto la ambigüedad, la inconsistencia y la estereotipia, reflejándose actitudes ante la muerte que no han sido consolidadas sobre la base de creencias y componentes racionales, sino impregnadas por fuertes vivencias de temor y desagrado, que llevan a evasiones cognitivas del tema. Tales mecanismos defensivos ante un tema que debería ser un tabú en estos profesionales, pueden conducir al manejo inadecuado de los pacientes terminales en sus áreas de salud y al enfrentamiento irracional a este problema, tan crucial cuando se ofrecen cuidados paliativos.

Conclusiones

1. Las actitudes que prevalecen en la población estudiada manifiestan reiterada ambigüedad (ambivalencia) en su dirección. Si bien se observan actitudes positivas de **Aceptación**, sobre todo a nivel cognitivo, predominan actitudes de **Evitación**, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (**Temor**), que son determinantes en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias.
2. La mayoría de los médicos no valoran a la muerte como un **Pasaje** o tránsito a una vida mejor ni como una **Salida** o solución a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que, en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento. Sin embargo, la gran mayoría prefiere vivir sin calidad a morir, denotando un apego irracional a la vida como actitud prejuiciada sobre la base de un estereotipo cognitivo, afectivamente acuñado, que desconoce la relación existente entre salud y calidad de vida.
3. Con excepción del **Temor**, que disminuye con la edad, no existen relaciones significativas entre las dimensiones del instrumento que se refiere a diversas manifestaciones de actitud y al resto de las variables sociodemográficas.
4. Se obtienen indicadores de alta correspondencia de las proposiciones, y reactivos del CAM con sus sub-escalas, que revelan buena consistencia interna en la conformación de los ítems del instrumento.
5. Las conclusiones de este trabajo apuntan a 2 resultados fundamentales: uno, relacionado con la estructuración del instrumento y la necesidad de su reelaboración, ya que no evalúa solamente actitudes, sino creencias, valores, emociones y afrontamientos profesionales; y otro, mucho más importante, que pone de manifiesto determinadas manifestaciones de actitudes que revelan la insuficiente preparación de los Médicos de Familia investigados para la aproximación realista y útil a la muerte de sus pacientes. En este resultado, se entremezclan perspectivas profesionales y personales, cuyo tratamiento integral y remodelación requiere de procesos específicos de formación y modificación de actitudes.

ANEXO

Cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM)

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal.

Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte de los Médicos de Familia, se ha diseñado este instrumento. Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de desacuerdo (A) o acuerdo (B) que tiene Ud. con cada una de las proposiciones.

El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala. No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica.

Muchas gracias

Anexo (continuación)

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

Añada cualquier observación adicional que ud. desee hacer sobre el tema:

(A)	(B)

SUMMARY: A descriptive study of attitudes to death was carried out in a sample of 50 family physicians from "Plaza" polyclinics. A Cuban version of a previously designed instrument to study attitudes to death was used. At the same time, it was intended to establish the first indicators of validation and reliability of this version which is conventionally called: Questionnaire of Attitudes to Death (QAD) that includes 33 reactions grouped into 6 subclasses for the purpose of interpretation: avoidance, acceptance, fear, passage, exit and professional perspective. The processing of responses covered descriptive statistics and decision-making tests assisted by the SSPS-PC+ system. The prevailing attitudes to death found in the physicians were: avoidance and fear in an ambivalent

environment given by positive attitudes of death acceptance as a natural fact of life, which means an inconsistent professional facing up to death. Generally speaking, the attitudes found revealed a poor preparation of the studied family physicians for a realistic approach to death.

Subject headings: ATTITUDE TO DEATH; PHYSICIANS FAMILY; NEOPLASMS/psychology; COMPREHENSIVE HEALTH CARE.

Referencias bibliográficas

1. Bejerano P, Jaramillo de I. Morir con dignidad, fundamentos de los cuidados paliativos. Laboratorios ITALMEX, Bogotá: Colombia; 1992:45-50.
2. Grau J, Lence J, Jiménez PJ, Chacón M7, 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.
3. Coates T, Temoshok L, Mendel J. Psychosocial research is Essential to Understanding and Treating AIDS. *American Psychologist* 39(11);Nov 1984:1309-14.
4. 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.
5. Olive L. La muerte: algunos problemas filosóficos. Ciencias, UNAM, 1995:30-35.
6. Sanz J. Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. *Medicina paliativa*, 1995; 2(3):14-5.
7. 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.
8. 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.
9. Gómez Sancho M. Cómo dar malas noticias en medicina. Madrid: Aula Médica, 1 ed, 1996:6-8.
10. Hermanos de San Juan de Dios. Labor Hospitalaria. Organización y Pastoral de la Salud, Barcelona, 28(240), abril-mayo-junio de 1996.
11. Sanz J. La comunicación en medicina paliativa. *Med Clin* 98, 1992:416-8.
12. 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.
13. 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.
14. Fonnegra Jaramillo de I. La muerte, el morir y el deudo desde diferentes perspectivas. Folleto de la fundación Omega, Bogotá, 1992.
15. Antonelli F. Per morire viviendo. 3ra ed. Roma: Citta Nouvaz Editrice, 1990:12-9.
16. TwycRoss RG. Rehabilitation in terminal cancer patients. *Eular Pup Basel Int Rehab Med* 3, 1991:134-44.
17. Grau J, Jiménez PJ, Chacón M. Programa cubano de atención al dolor y cuidados paliativos al paciente oncológico. La Habana, MINSAP, 1996.
18. Martín CH, Salovey P. Death attitudes and self-reported health relevant behaviors. *J of Health Psychology*, Sage Publications, I (4), 1996:441-53.
19. Sanz J. La sociedad, la medicina y la muerte. Barcelona, *Med Clin*, 1995, 419-20.

Recibido: 11 de abril de 2000. Aprobado: 26 de abril de 2002.

Dra. Gisela Hernández Cabrera. Lugareño # 115 entre Luaces y Montoro, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.