

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**LICENCIATURA DE MEDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**“ANSIEDAD Y ACTITUD ANTE LA PROPIA MUERTE DEL PERSONAL
MÉDICO DEL HOSPITAL NAVAL DE MAZATLAN”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTA:
JOSE JUAN MANCILLA RUIZ**

**DIRECTORES DE TESIS:
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN**

**ASESOR:
DR. EN HUM. ARTURO GARCIA RILLO**

**REVISORES:
M. EN A. M. RICARDO PAULINO GALLARDO DIAZ
M. EN TAN. ALEJANDRA MERCEDES GARCIA MALDONADO**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

A DIOS, POR DARMEN LA VIDA
Y LAS LECCIONES DEL DIA A DIA.

A MIS PADRES, PORQUE SIN ELLOS
NO SERIA LO QUE SOY, Y SERE POR
EL RESTO DE MI VIDA.

A MIS HERMANOS QUE SON EJEMPLO
Y MI APOYO SIEMPRE QUE REQUIERA.

A MI PROMETIDA Y FUTURA
ESPOSA, PORQUE CON ELLA EMPIEZA
UNA NUEVA VIDA.

A MIS AMIGOS, LOS QUE ME APOYAN
INCONDIONALMENTE Y SABEN
QUIEN SOY.

A LOS QUE ME DESEAN MAL PORQUE SON
MI INSPIRACION.

**“ANSIEDAD Y ACTITUD ANTE LA PROPIA MUERTE DEL
PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL NAVAL DE MAZATLAN”**

INDICE

	Página
I. MARCO TEORICO	1
I.1. Actitud	1
I.1.2 Actitud hacia la muerte	1
I.2. Ansiedad	2
I.2.1. Ansiedad ante la muerte	4
I..3. Actitud y ansiedad ante la muerte del personal de salud	4
1.4.El personal médico naval	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
II.1.Pregunta de investigación	9
III. JUSTIFICACIONES	10
III.1.Social	10
III.2Científica	10
III.3.Académica	10
IV. OBJETIVOS	11
IV:1.Objetivo general	11
IV.2. Objetivos específicos	11
V. METODO	12
V.1. Tipo de estudio	12
V.2.Diseño de estudio	12
V.3.Operacionalización de variables	13
V.4. Universo de trabajo y muestra	14
V.4.1.Criterios de inclusión	14
V.4.2.Criterios de exclusión	14
V.4.3.Criterios de eliminación	14
V.5. Instrumento de investigación	14
V.6. Desarrollo del proyecto	15
V.7. Límite de espacio y tiempo	15
V.8. Diseño de análisis	16
VI. IMPLICACIONES ETICAS	17
VII. ORGANIZACION	18
VIII. RESULTADOS	19
IX. CONCLUSIONES	23
X. RECOMENDACIONES	26
XI. BIBLIOGRAFIA	27
XII. ANEXOS	29

I. MARCO TEORICO

I.1 Actitud

La actitud ha sido definida como una respuesta evaluativa, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales (1). Por su parte, Llor, Abad, García y Nieto (2) mencionaron que una actitud es el conjunto de creencias que las personas tienen sobre los objetos o situaciones específicas, la actitud implica además, una combinación de conceptos, informaciones y emociones, que predisponen a los sujetos a responder de un modo favorable o desfavorable a personas, grupos o ideas del medio social u objetos concretos del entorno físico, siendo entonces las actitudes parte de las estructuras cognitivas que la persona desarrolla para organizar y sistematizar sus experiencias y conductas. Además, los mismos autores (2) hacen referencia a los siguientes componentes de la actitud; a) componente cognitivo: se refiere al factor informativo o conceptual, formado por el conjunto de creencias que la persona tiene sobre el objeto de la actitud. La actitud hace referencia a la evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto; b) componente evaluativo o emocional: implica una valoración del objeto en la dimensión positiva como atractivo, o en la dimensión negativa como indeseable. Además, implica una respuesta emocional ante el objeto actitudinal; y, c) componente conductual: es el elemento motivacional de la actitud que englobaría la intención conductual de responder ante el objeto, en función de la aceptación ó rechazo.

I.1.2 Actitud hacia la muerte

En México, la ideología que se tiene con respecto a la muerte está entrelazada por la influencia de los pueblos de Mesoamérica que habitaron el territorio y por la cultura occidental, la unión de las diferentes civilizaciones hace que la visión ante la muerte sea diferente a la de otros lugares y por tanto las reacciones y la manera de vivir el duelo que causa sean únicas y menciona que en este país existe esta dualidad única en que se puede dar el lujo de jugar y de a la vez respetar a la muerte como en ningún otro sitio (3).

Por otra parte, dentro del terreno de la psicología, la muerte ha sido poco abordada, sin embargo, es de suma importancia, ya que es irremediable para toda persona, y vivirlo significa a su vez enfrentarse a un proceso doloroso. Ahora bien, desde esta postura psicológica Kubler-Ross (4) mencionó que la muerte es un acontecimiento natural de la misma forma en que lo es el nacimiento y sin importar la edad, la posición económica, o las creencias, todo ser humano va a pasar por este hecho. Por lo tanto, la muerte es un acontecimiento que genera actitudes en las personas. En este sentido, la actitud hacia la muerte (AM) es entendida como una

respuesta evaluativa en relación a la muerte, que tiene consecuencias, cognitivas, afectivas y conductuales, contemplando la muerte dentro de un contexto situacional y cultural que posibilita la aparición de comportamientos y actitudes específicas (5).

Se menciona que en la actitud hacia la muerte habría dos estadios antagónicos: la tanatofobia (con el temor y la negación de la muerte) y la tanatofilia (con el deseo enfermizo de morir), junto a dos niveles intermedios; uno que afronta la realidad de la muerte de forma racional y juiciosa, sin incurrir en negaciones absurdas y otro que incurre por derroteros prefóbicos de verdadera angustia hacia la muerte, evitando incluso nombrarla (6).

Por su parte, Wong, Reker y Gesser (7) argumentan que tanto el miedo como la aceptación ante la muerte están relacionadas con la búsqueda de un significado personal, además, han identificado al miedo a la muerte como la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia, por su parte, la evitación ante la muerte se refiere a la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma y, finalmente, la aceptación de la muerte, de la cual identificaron tres tipos: 1) aceptación neutral: definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene; 2) aceptación de acercamiento: relacionado con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte; y, 3) aceptación de escape: se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaces para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia, por lo tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas.

I.2 Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nervio sismo y preocupación, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo simpático (sudoración, temblor, aceleración de la frecuencia cardíaca y respiratoria). Se caracteriza por ser de naturaleza anticipatoria; es decir, "posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo" (8).

Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa. No obstante, la ansiedad puede ser desadaptativa cuando anticipa un peligro irreal o irrelevante (9).

De acuerdo con Collel (10) la respuesta de ansiedad puede ser provocada, tanto por estímulos o acontecimientos externos, como por estímulos internos al sujeto, por ejemplo pensamientos, creencias, recuerdos, etc. En este sentido, Valdés (11) ha sugerido la siguiente clasificación para la ansiedad:

- a) **Ansiedad patológica:** cuando la ansiedad parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin una causa conocida o cuando esta ansiedad es extraordinariamente intensa y persiste durante mucho tiempo, puede resultar perjudicial y revestir en patológica. La cronicidad de la ansiedad es evidencia de que la misma, ya no sirve como señal de peligro sino que se ha convertido en un peligro por sí misma. La ansiedad puede presentar mayor grado de agudización en enfermedades crónicas, dolorosas y, en general, en estados complejos de inseguridad.
- b) **Ansiedad generalizada:** se trata de cuadros clínicos con ansiedad más o menos constantes de evolución prolongada. De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Edición Texto Revisado (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés), el síntoma clave de este tipo de ansiedad es la persistencia de la misma (12). Los pacientes suelen definirse como nerviosos, tensos o inquietos; por lo general, hay dificultad de conciliar el sueño, excesiva preocupación por los acontecimientos venideros, hipervigilancia y sintomatología somática derivada de la tensión motriz y de la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
- c) **Ansiedad indicadora o de señal:** se trata de la ansiedad que se caracteriza por su función señaladora contra la proximidad del peligro hacia el ego, proveniente de los impulsos e instintos primitivos. Si el desarrollo de la acción requerida para la satisfacción de los instintos es inaceptable para el ego, surge la ansiedad que conduce al establecimiento de los llamados mecanismos de defensa.
- d) **Ansiedad estado y ansiedad rasgo:** Cattell y Scheier (13, 14) indicaron la existencia de factores de estado en contraposición a los factores de rasgo de ansiedad. De esta manera, al hablar de rasgo, se hace referencia a la predisposición generalizada de conducta, se transformará en conducta manifiesta tan sólo cuando las características de la situación la activen adecuadamente, en cambio, en la ansiedad estado existen patrones de conducta considerados como transitorios que fluctúan según el tiempo y las situaciones (15). En este sentido, Spielberger (16) señaló que la ansiedad estado se refiere a una situación emocional transitoria o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa a través del tiempo y viene caracterizado por los aspectos subjetivos y por la activación del sistema nervioso autónomo, mientras que la ansiedad rasgo viene al percibir un amplio rango de circunstancias, objetivamente no peligrosas, como

amenazantes y en la tendencia a responder a tales amenazas con reacciones de estado de ansiedad.

I.2.1 Ansiedad ante la muerte

La actitud más investigada y, posiblemente, la más frecuente en lo que se refiere a la muerte es la ansiedad. La muerte siempre ha sido un tema que provoca temor al hombre. El proceso de la muerte, por la propia naturaleza humana crea un grado de ansiedad diferente en cada sujeto (4).

Se ha conceptualizado la ansiedad ante esta como “una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales (17).

Por su parte, Templer (18) describe la ansiedad ante la muerte como un estado emocional desagradable producido por la contemplación de la muerte propia. En este sentido, la ansiedad ante la muerte hace referencia a una amenaza general y sobre todo difusa que puede causar un daño a la supervivencia personal, por lo que la función de la ansiedad sería la de alertar ante el peligro difuso, de manera que se resalta aquí su función adaptativa y se podría sugerir en función de su intensidad y duración la ansiedad experimentada ante la muerte puede ser catalogada como:

Ansiedad normal ante la muerte: Derivada de los intensos sentimientos y emociones que la inevitabilidad de la muerte provoca en el hombre, si bien, la acción de los mecanismos de defensa tienden a evitar o controlar estos estímulos aversivos, facilitando la adaptación del individuo.

Ansiedad patológica: Sobreviene cuando los mecanismos de defensa fracasan y la intensidad de la reacción emocional es tan grande que genera una respuesta desadaptativa que incapacita a la persona para la realización de una vida normal (19, 20).

Como se ha podido observar, la muerte puede generar distintas actitudes, y emociones, entre las que destacan el miedo y la ansiedad, en este sentido, Neimeyer (21) considera al miedo como específico y consciente, mientras que la ansiedad como más generalizada.

I.3 Actitud y ansiedad ante la muerte del personal de salud

En estos últimos tiempos, el avance tecnológico con respecto a recobrar la salud al igual que en todos los aspectos de la vida cotidiana ha tenido un avance significativo hasta llegar al punto en que el fracaso del recobro de la salud, ósea la muerte, se ve como un fracaso (22).

El paciente ve a los médicos, personal de enfermería o cualquier integrante del área de la salud como medio de consulta, información, tranquilidad e incluso consuelo; aunque en el papel algunos prestadores de estos servicios toman con cierto desinterés incluso indiferencia esta aflicción, haciendo parecer que no es importante un tratamiento integral al paciente. El personal de salud ha aceptado la tarea de ayudar a la devolución de la salud y/o alargamiento de la vida no menos importante ha también aceptado la disminución del sufrimiento físico y en algunos casos mental humano.

Lamentablemente pese a su preparación o falta de la misma, desconocimiento del personal médico, este hiere de una forma deliberada con acciones u omisión de las mismas a pacientes graves como los son los pacientes de cáncer, VIH positivo, enfermedades neurológicas, procesos demenciales, enfermedades crónicas, y en general a todo diverso tipo de pacientes.

Existe la posibilidad y a la vez realidad que también que esto puede suceder por el profundo impacto que produce la proximidad y el conocimiento de la muerte al personal de salud, haciendo con esto la necesidad de preparar equipos que atiendan y modifiquen su percepción y actitudes ante la muerte (23, 24).

Con los avances tecnológicos, costumbres, incluso enseñanzas de los mismos maestros que guían a las nuevas generaciones de personal médico, se ha despersonalizado el trato al paciente volviendo de este un expediente clínico o una forma de ganancia monetaria, olvidando el objetivo de ayudar a la recobranza de la salud o en su caso al bien morir.

Existe no solo personal de salud que repercute en el nivel de salud de la población. Sino también transiciones que deben de tomarse en cuenta:

- 1.- Transición demográfica: Aumento en la tasa de fecundidad, por lo tanto de la población.
- 2.- Transición económica: Obliga a realizar todos los esfuerzos por aumentar el nivel económico, pese a la salud de los demás y la propia.
- 3.- Transición Epidemiológica: Existe un aumento de enfermedades crónico degenerativas, transmisibles, neoplásicas de una manera exponencial.

La relación personal de salud – paciente es la base de toda actitud ante el padecimiento y su caso la muerte, estas son:

- Relación cooperativa e informativa entre ambos.
- Un modelo progenitor – hijo: En el cual uno dirige, informa y otro es dirigido y coopera.
- Un modelo madre – lactante: En la cual uno permanece pasivo y el otro actúa.

Lleno de manera implícita la buena obra y el conocer sobre el caso o la omisión de uno o ambos aspectos; de el o los responsables de esta relación.

El personal de salud responde al impacto de las enfermedades sobre los pacientes. En los diversos servicios o consultas dentro del medio hospitalario o donde se desenvuelvan los servidores de la salud, estos experimentan diversos tipos de actitudes o ansiedades tanto consiente como inconscientemente llegando a incluir en adicciones, e incluso llevar al personal de salud al desinterés; como forma de protección o mecanismo de defensa hacia el dolor o mismo estrés provocado por las situaciones médicas y siendo estos incluso de implementación de los mismos a nivel institucional. Pero estos mismos mecanismos pueden convertir al personal en disfuncional.

Ante la pérdida de un paciente el personal de salud trata de enseguida de sentirse bien y esto no es más que una forma de ocultamiento, un modo de defensa para el dolor (25)

Gómez Sancho, numero algunas razones por las cuales se presenta esta falta de preparación ante la muerte en el personal de salud.

a).- Déficit de información: No existe una enseñanza de cómo se le debe de tratar ni que hay que hacer con un enfermo terminal y esto no se compensa con el buen deseo de ayudar.

b).- Sensación de fracaso: Al personal de salud se le enseña a salvar vidas aunque se sabe que la muerte es inminente o inesperada, aun así existe culpa de no ser capaz de ayudar y se entiende como un signo de impotencia o fracaso, muchas veces inconscientemente.

c).- Educación Médica: La muerte es el enemigo y las instituciones refuerzan involuntariamente esa idea.

Confrontar la muerte del paciente genera angustia ante la propia muerte. Los profesionales de la salud son también seres humanos y debido a que se desarrollan en un ambiente donde afloran los prejuicios, las creencias, ansiedades y temores hacia la muerte y dependiendo la historia personal de cada quien; es inevitable que se pongan inconsistentemente en juego mecanismos de defensa que pueden ir desde la dimisión y abandono, hasta la hiperactividad terapéutica. (26)

Como se mencionó previamente; el personal de salud dependiendo el lugar donde desarrolle sus labores sin excepción experimenta formas de ansiedad o estrés tanto conscientemente como inconscientemente y debido a esto pueden sufrir depresión, alcoholismo y abuso de sustancias.

Algunas de las estrategias de defensa psicológica que pueden poner en marcha los trabajadores de la salud pueden ser:

Negación: las transferencias de evasión que parten de la negación de la enfermedad y del temor de convertirse en pacientes.

Hipomanía: El mantenerse hiperactivo hace que la persona no enfrente el dolor, si deja de trabajar, tendrá que enfrentarlo.

Hipocondriasis: No tener enfermedades pero tener síntomas de ellas.

Erotización: Una forma de mostrar que todavía se está lleno de vida en un medio en donde se está en contacto mutuo con la muerte es el aumento de la actividad erótica.

Acting out: Externar los impulsos reprimidos. El personal puede realizar conductas destructivas o autodestructivas. Estas van desde prescribir medicamentos innecesarios hasta realizar intervenciones quirúrgicas con riesgos inútiles o atentar contra su propia persona.

Intelectualización: El dolor y el sufrimiento del paciente y el personal pueden perder su esencia cuando se convierten en “un caso interesante”

Algunas técnicas para proteger al personal de salud contra la ansiedad o el estrés son los cambios de turno, cursos hacia el trato del paciente y otras rutinas de los servicios hospitalarios que rompen pautas de estrés laboral. (27)

I.4 El personal Médico Naval

La Secretaría de Marina Armada de México tiene como objetivo en su programa de Sanidad Naval: prevenir, promover y conservar la salud del personal de la Armada de México.

Los médicos navales a cargo de los cadetes y activos, tienen como obligación inculcar el fortalecimiento de los más altos conceptos del honor, deber, lealtad, honradez y disciplina como valores supremos de la profesión de médico cirujano naval. (28)

La profesión militar y más la de un médico naval es la respuesta a una vocación de servicio. Se parte, por tanto, de una actitud ante la vida que se centra más en los demás que en uno mismo, y esta vocación generosa se aplica a una escala de valores en la que la Patria destaca como algo a lo que vale la pena servir. La Patria, no como una palabra hueca y grandilocuente, sino como nuestro patrimonio, que incluye el país, o sea, la tierra; la nación, es decir, la gente; el estado, como la nación organizada para la convivencia; y también la cultura propia, la historia común, la aventura compartida y los objetivos en los que convergen nuestros sueños y nuestras ilusiones colectivas.

La carrera militar es también una profesión, porque el vínculo se establece mediante un compromiso. Por eso imprime carácter. El compromiso del militar incluye el dar la vida, si ello fuera necesario, en el cumplimiento de la misión, y esto no es cosa baladí. Por eso andan bastante descaminados quienes consideran que la milicia es, o debe ser, una especie de funcionariado. La milicia es algo radicalmente distinto, y lo es precisamente porque existe este compromiso.

El médico se ocupa más bien de la salud que de la enfermedad, y por ello es el primero en meter sus manos en la enfermedad y la muerte, así él es el primero que se enfrenta a la dureza del peligro y de la muerte cuando la situación ha degenerado en el más radical y extremo de los conflictos. Y por ende no dejar que nada dentro de esta profesión altere su entorno de desarrollo y sólo se enfoque en algo: Hacer su trabajo. (29)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La muerte es un hecho que ha acompañado al ser humano desde el inicio de su existencia sobre la tierra. Con el paso del tiempo, el concepto de muerte y el entendimiento de esta han estado en debate por diversos autores y culturas.

Todos se preocupan por el concepto y manejo de las personas afectadas por las muertes de personas cercanas dentro de su medio social, pero nadie se ha preocupado por el tipo de ansiedad y actitud ante la muerte de aquella persona que trata y está en los últimos momentos de la salud de las personas que fallecen; el médico.

El personal Médico inevitablemente en algún punto de su carrera ya sea como estudiante, como especialista o simplemente como médico general sin excepción se va encontrar de frente con el problema del fallecimiento de su paciente, que por ende lo haga pensar en su misma muerte, el manejo de este hecho puede ser dependiente tanto del médico, de la preparación, así como del momento que ocurre esto.

Nadie sabe cómo reacciona el prestador de servicios de salud hacia su misma muerte siendo este el que vive y la siente tan cotidianamente; y que gracias a su conocimiento conoce prácticamente el desenlace de cada capítulo.

En México se piensa que el médico debe de estar preparado para el afrontamiento en todos los sentidos de la muerte, pero sería interesante el conocer qué tipo de actitudes que tiene una rama de médicos en especial que sería personal de sanidad con instrucción militar, como es el personal médico del Hospital Naval de Mazatlán.

Siendo ellos llevados con una disciplina intachable, un desarrollo profesional de muy alta calidad y siempre instruidos para afrontar todo tipo de situaciones que personal civil en lo general no está capacitado para afrontar.

El desconocimiento de estas reacciones en nuestro país y en particular de este gremio médico, estigmatizados a los médicos navales, al grado de ser sometidos a críticas y a daño psicosocial.

Todo esto nos dirige a la siguiente pregunta de investigación:

II.1 ¿Cuál es el tipo de ansiedad y actitud hacia la propia muerte del personal médico del Hospital Naval de Mazatlán durante el periodo Enero – Noviembre de 2013?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Social

En México la población en general tiene la idea de que el médico, en especial el militarizado, tiene una actitud frente a la muerte de los pacientes calificada en ocasiones como inhumana, lo cual ha sido debatido e incluso rechazado por muchos expertos en la materia. Pero suena interesante el saber qué tipo de reacciones se producen en una persona con una gran disciplina y desempeño profesional como lo es el de práctica militar con un tema como lo es su propia muerte, a sabiendas y conociendo que tipo de patologías y como estas actúan en el cuerpo humano para producir tal desenlace.

III.2 Científica

Este estudio servirá para describir las principales reacciones del personal médico naval hacia su propia muerte y con esto tomar medidas terapéuticas y de apoyo en el combate a este problema y romper los estigmas que rodean estas acciones.

III.3 Académica

La primera justificación académica que puedo citar es que este trabajo es parte fundamental del proceso académico de mi titulación profesional.

Asimismo, al ser una revisión conjunta de medicina, psicología y ética actual. Contribuirá a enriquecer el acervo bibliográfico de la Facultad de Medicina en cualquiera de los rubros antes mencionados. Podría ser consultado por alumnos de la licenciatura de Médico Cirujano y público con interés del tema, lo cual les permitirá tener las bases y el conocimiento del tema en general.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Conocer el tipo de ansiedad y la actitud hacia la propia muerte del personal médico del Hospital Naval de Mazatlán.

IV.2. Objetivos específicos

- Identificar el tipo de ansiedad ante la muerte propia del personal médico naval
- Identificar la actitud hacia la muerte propia del personal médico naval
- Conocer el género y la especialidad de los médicos participantes en el estudio.

V. METODO

V.1 Tipo de estudio

Descriptivo.

V.2 Diseño de estudio

Los cuestionarios de actitud y ansiedad ante la muerte fueron aplicados por el tesista al personal médico en activo del Hospital Naval de Mazatlán. Dichos cuestionarios serán recabados, y una vez analizados se les dieron los resultados a los participantes.

V. 3 Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición conceptual	Nivel de medición	Indicadores	Item
Ansiedad ante la muerte propia	Respuesta evaluativa, en relación a un objetivo, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales ante la muerte propia	Conjunto de creencias que tienen ante la muerte propia	Cualitativa nominal	Ansiedad normal ante la muerte. Hasta 29 Ansiedad patológica ante la muerte. 30 y más	Ansiedad ante la muerte de Templer, preguntas 1 al 15
Actitud ante la muerte propia	Reacción emocional de peligro ante la muerte propia acompañado de activación del sistema nervioso autónomo simpático	Reacción emocional que percibe a la muerte propia como amenaza	Cualitativa nominal	Aceptación de acercamiento Evitación de la muerte Aceptación de escape Miedo a la muerte Aceptación neutral	Perfil revisado de actitud hacia la muerte de Wong
Género	Es una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo biológico que convierten la diferencia sexual en una desigualdad social entre hombres y mujeres.	Construcción simbólica y cultural que permite diferenciar lo femenino, de lo masculino	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Ficha de identificación
Especialidad médica	La palabra especialidad se utiliza para hacer referencia algo que es especial o algo en lo que una persona se especializa.	Grado de estudios que adquiere un médico, de cierta rama de la medicina en específico.	Cualitativa nominal	Medicina Familiar Ginecología y Obstetricia Traumatología y Ortopedia Medicina Hiperbárica Otorrinolaringología Cirugía Maxilofacial Gastroenterología Neonatología Medicina Interna	Ficha de identificación

V.4 Universo de trabajo

En el estudio se incluyeron todo el personal médico (médicos generales y especialistas) naval que se encuentren en activo del Hospital Naval de Mazatlán del periodo Enero - Junio 2013 que cumplan con los siguientes criterios:

V.4.1 Criterios de inclusión:

- Personal médico con rangos navales o civiles que pertenezcan a la nómina del Hospital Naval de Mazatlán.
- Médicos ambos géneros.
- Médicos Generales o médicos Especialistas.

V.4.2 Criterios de exclusión:

- Personal médico que no deseen participar en el estudio.
- Personal médico que no se encuentre presente en el momento de aplicación del instrumento de investigación.

V.4.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

V.5 Instrumento de investigación

- Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PRAM) Diseñado originalmente por Wong *et al.* (10). La versión de este instrumento obtenida mediante los resultados de este proyecto de investigación está conformada por 32 ítems que miden distintas actitudes hacia la muerte con un escalamiento tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de nunca o casi nunca (1) a todo el tiempo (4). El PRAM cuenta con un coeficiente de confiabilidad total de $\alpha = 0.89$ en población española (12), y está dividido en los siguientes factores: 1) Aceptación de acercamiento ($\alpha = 0.93$), 2) Evitación de la muerte ($\alpha = 0.90$), 3) Aceptación de escape ($\alpha = 0.81$), 4) Miedo a la muerte ($\alpha = 0.83$), y 5) Aceptación neutral ($\alpha = 0.69$). Para la calificación de cada tipo de actitud se calcula la puntuación promedio de la escala dividiendo la puntuación total por el número de ítems que la forman, por lo que no cuenta con una puntuación total (Anexo I).

- Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (11), adaptada para México por Rivera-Ledesma y Montero-López-Lena (13) quienes modificaron la estructura de la escala, cambiando las opciones de respuesta dicotómicas por respuestas tipo Likert: 1) Nunca o casi nunca, 2) Algunas veces, 3) La mayor parte del tiempo y 4) Todo el tiempo. La escala está compuesta por 15 ítems, por lo que el puntaje mínimo total es de 15 (mínima ansiedad) y el puntaje máximo total fue 60 (máxima ansiedad). Cuenta con una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.80 para la escala total (Anexo II).

V.6 Desarrollo del proyecto

Se realizó el estudio de acuerdo a los siguientes eventos:

1. Aplicación del instrumento de trabajo que constó de preguntas cerradas donde se explora la actitud y la ansiedad que produce la muerte en un nivel personal.
2. Recolección de datos, elaboración de una base de datos y redacción del trabajo de tesis.

V.7 Límite de espacio y tiempo

Instalaciones del Hospital Naval de Mazatlán perteneciente al sistema de Sanidad Naval de la Secretaria de Marina Armada de México con domicilio en Calle Armada de México S/N, Colonia Sembradores de la Amistad, C.P. 82140 Mazatlán Sinaloa. Durante el periodo comprendido de Enero – Noviembre 2013.

V.8 Diseño de análisis

Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas como son: porcentajes.

VI. IMPLICACIONES ÉTICAS

Para la presente investigación las participantes fueron invitadas a participar en la investigación, y de acuerdo con Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, los participantes de ambos géneros fueron informados de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el presente estudio pudiera acarrear. Además, las personas fueron informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

Es importante señalar que los participantes fueron tratados en todo momento con respeto, desde el momento de la invitación hasta la confidencialidad de la información que brindan. De igual manera, serán tratados con respeto a su integridad como persona en todo el proceso de la investigación. No se utilizaron técnicas invasivas y el cuestionario no es causa de agresión física ni psicológica.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.P.S.S. José Juan Mancilla Ruiz

Directora de tesis: Dra. en Hum. María Luisa Pimentel Ramírez

Ph.D. Mario Enrique Arceo Guzmán

Asesor: Dr. en Hum. Arturo García Rillo

VIII. RESULTADOS

En las siguientes páginas se presenta el análisis realizado a los cuestionarios sobre actitud y ansiedad ante la propia muerte, a los médicos navales en el activo del Hospital Naval de Mazatlán; se respetó el derecho a la confidencialidad de los participantes.

Tipo de actitud ante la propia muerte, según género y especialidad de los médicos del Hospital Naval de Mazatlán, Enero – Noviembre de 2013.

Género	Especialidad	Actitud ante la muerte	
		Primera	Segunda
Femenino	Ginecología y Obstetricia	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Femenino	Medicina general	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Masculino	Traumatología y ortopedia	Aceptación neutral	Aceptación de escape
Masculino	Medicina Hiperbárica	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Masculino	Medicina Hiperbárica	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Masculino	Otorrinolaringología	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Masculino	Cirugía maxilofacial	Aceptación neutral	Evitación de la muerte
Masculino	Medicina general	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Masculino	Gastroenterología	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento
Masculino	Neonatología	Miedo a la muerte	Evitación de la muerte
Masculino	Medicina interna civil	Aceptación neutral	Aceptación de escape
Masculino	Medicina interna	Aceptación neutral	Evitación de la muerte
Masculino	Subdirector	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento

Fuente: Concentrado de datos

El perfil revisado de Actitudes hacia la muerte de Wong que como se menciona en el apartado V.5 (Instrumento de investigación) se interpretó debidamente de acuerdo a las actitudes presentadas; dando como resultado las 2 mayores calificaciones, y así, interpretando las 2 más posibles actitudes de cada personal hacia la propia muerte. Ya con este diagnóstico obtenido por medio del componente del cuestionario se dan

armas al personal del hospital para tomar acciones y trabajar con cada uno de sus entrevistados, y de igual forma, hacerles de su conocimiento los resultados.

A continuación se define de manera operacional los tipos de actitudes (Miedo a la muerte, Evitación de la muerte, Aceptación neutral, Aceptación de alejamiento, Aceptación de escape) que pueden resultar en la aplicación de los cuestionarios, para hacer la interpretación de los resultados más cómoda.

- Miedo a la muerte

Esta actitud es universal, y su ausencia puede reflejar negación de la misma. Se teme a la muerte por diferentes razones, la pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, dolor, sufrimiento, y el bienestar de los miembros sobrevivientes de la familia, por mencionar algunos.

Se hace observable en comportamientos evasores respecto a la propia muerte o la de los demás, mostrando angustia, ansiedad, sudoración, vulnerabilidad en su estado de ánimo. Esta dimensión es evaluada por 7 ítems en la prueba (1, 2, 7, 18, 20, 21, 32).

- Evitación de la muerte

Esta actitud se asocia con malestar psicológico. Permite afrontar pensamientos y sentimientos sobre la muerte que existen por debajo de la conciencia afectando la conducta, creando un malestar psicológico.

Se puede observar a partir de comportamientos como eludir el tema de la muerte, no mostrar deseos ni interés por conocer las causas de su muerte, ni el cómo, ni la proyección más allá de esta. Esta dimensión es evaluada por 5 ítems en la prueba (3, 10, 12, 19, 26).

- Aceptación neutral

La muerte sin duda es parte de la vida, estar vivo es vivir con la muerte y con el proceso de morir. En esta actitud ni se le teme ni se le da la bienvenida a la muerte; simplemente se la acepta como uno de los hechos inalterables de la vida, y se le intenta sacar el máximo provecho a un hecho que es finito como lo es la vida. Por lo tanto, esta actitud es una indiferencia hacia la muerte, y porque no, hacia la propia vida.

Se puede observar mediante comportamientos ni positivos ni negativos hacia la muerte propia, y la de los demás; lo toman como un suceso natural; no les preocupa

hablar de ese tema, ya que, no la aceptan ni la evitan; es decir, su punto es neutral. Esta dimensión es evaluada por 5 ítems en la prueba (6, 14, 17, 24, 30).

- Aceptación de acercamiento

En esta actitud se implica la creencia en una vida feliz después de la muerte; esta se encuentra en sujetos con fuertes compromisos religiosos que creen en una vida después de la muerte y se muestran con menos miedo a ella.

Se puede observar a través de la libertad con la cual se expresan del tema, consideran que en cuanto mueran van a encontrar una vida donde se reencontraran con sus seres queridos y vivirían una vida sin complicaciones. Esta dimensión es evaluada por 10 ítems de la prueba (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31)

- Aceptación de escape

En esta actitud se presenta en personas, las cuales su vida está llena de eventos que les producen dolor y miseria, y la muerte puede ser una alternativa bienvenida. Cuando el sufrimiento y el dolor aplastan a la gente, y hay pocas posibilidades del alivio la muerte parece ser el único escape; esta actitud positiva hacia la muerte se basa no en la “bondad” inherente de la muerte (como Aceptación de acercamiento) sino en la “maldad” de la vida y de un escape de esta. Se muestra en personas que no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de su existencia.

Se puede observar en personas que buscan un acercamiento a la muerte como fin de liberación pero también pueden no participar en el tema y mantener ocultas sus intenciones de manifestación alguna. Esta dimensión es evaluada por 5 ítems de la prueba (5, 9, 11, 23, 29).

Tipo de ansiedad, según género y especialidad de los médicos del Hospital Naval de Mazatlán, Enero – Noviembre de 2013.

Género	Especialidad	Tipo de ansiedad
Femenino	Ginecología y Obstetricia	Normal
Femenino	Medicina general	Normal
Masculino	Traumatología y ortopedia	Normal
Masculino	Medicina Hiperbárica	Normal
Masculino	Medicina Hiperbárica	Normal
Masculino	Otorrinolaringología	Normal
Masculino	Cirugía maxilofacial	Normal
Masculino	Medicina general	Normal
Masculino	Gastroenterología	Normal
Masculino	Neonatología	Normal
Masculino	Medicina interna civil	Normal
Masculino	Medicina interna	Normal
Masculino	Subdirector	Normal

Fuente: Concentrado de datos

La escala de ansiedad de Templer que como se menciona en el apartado V.5 (Instrumento de investigación), toma a la ansiedad normal entre 29 y menos puntos; y 30 o más puntos como ansiedad patológica. Ya con este diagnóstico obtenido por medio del componente del cuestionario se dan armas al personal del hospital para tomar acciones y trabajar con cada uno de sus entrevistados y de igual forma hacerles de su conocimiento los resultados.

IX. CONCLUSIONES

Las personas tienen la necesidad de buscar significado a su vida y es la ausencia de significado lo que producirá más miedo a la muerte, en este sentido, se ha sugerido que cuando las personas ven sus vidas como plenas y significativas, deberían mostrar menos ansiedad y más aceptación ante la muerte, pero el reflejo de la ansiedad siempre estará presente en el concepto de la muerte por ser un hecho del cual nadie sabe qué sucederá; lo importante es saber cuándo esta ansiedad afecta de manera cognitiva y física a la persona; y con eso empezar una serie de tratamientos para ayudar a quien la tiene a superarlo (lo cual en el estudio no paso, todos tuvieron una ansiedad normal hacia la propia muerte).

La perspectiva existencial de que las personas necesitan tener una sensación de significado para sobrevivir y afrontar la muerte ofrece un marco conceptual más útil para evaluar la Actitud hacia la propia Muerte, entendida como la respuesta evaluativa en relación a la muerte que tiene consecuencias, cognitivas, afectivas y conductuales.

La mayoría de las escalas de actitud hacia la muerte, se han concentrado específicamente en la evaluación del miedo, y otras en la ansiedad que produce la muerte (como es la de Templer, utilizada también en el proceso). Sólo el Perfil Revisado de Actitud hacia la Muerte (PRAM) evalúa cinco distintas actitudes hacia la propia muerte: 1) aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma); 2) miedo a la muerte (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte); 3) evitación de la muerte (dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte); 4) aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa); y, 5) aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida), en este sentido, el que la escala evalúe distintos tipos de actitud, permite conocer mejor las propias actitudes hacia la propia muerte.

El objetivo del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas del PRAM en una muestra, este sentido, los resultados señalaron que el instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, coincidiendo con la estructura factorial de convivencia con personas del medio militar.

Como se mencionó anteriormente, el PRAM ha demostrado ser un instrumento eficaz para evaluar la Ansiedad hacia la propia Muerte dado que evalúa una variedad de actitudes, en este sentido se ha mencionado que el PRAM al ser el único instrumento que mide un amplio espectro de Ansiedad hacia la propia Muerte permite comprender mejor el miedo a la muerte al comprender otras actitudes relacionadas hacia esta. Es posible que un mismo nivel de ansiedad a la muerte refleje actitudes muy diferentes hacia la misma, por ejemplo, una ansiedad normal a la muerte (como fue en la mayoría de los casos) y alta aceptación de escape puede referir la posibilidad de ver la muerte como una alternativa a la vida que se tiene, por lo que no se presenta el miedo a morir, sino al contrario, un cierto deseo por morir,

en cambio, una ansiedad a la muerte normal y alta aceptación neutral refiere la posibilidad de estar satisfecho con la vida que se tiene y motivada para seguir realizando sus actividades y concluir sus metas. En este sentido, al analizar las Actitudes hacia la propia Muerte de la muestra en estudio, se encontró que en promedio la muestra presentó mayor puntuación en la actitud de Aceptación Neutral, seguida de la Aceptación de Acercamiento, Evitación de la Muerte, Miedo a la Muerte y finalmente, Aceptación de Escape (ningún resultado positivo), lo cual indica que en promedio, las personas estudio aceptan la muerte de forma natural, como un proceso que es parte de la vida y presentan ciertas creencias religiosas, como la idea de la vida después de la muerte, o el deseo de encontrarse con sus seres queridos después de la muerte, esta mismas actitudes de aceptación se ven reflejadas en la baja presencia de la evitación y el miedo hacia la muerte, al igual que en su estructura formativa, así como en el medio donde se desempeñan donde innegablemente tiene repercusión por lo que su oficio aparte de ser médicos les significa, por lo que en general, la muestra presentan una actitud de aceptación ante la muerte.

Fueron los de formación naval los que presentaron mayor Aceptación Neutral en comparación con los otros grupos (en otros estudios), esto señala esta ambivalencia entre el deseo y el rechazo a la muerte, perciben la muerte como una condición normal del proceso de la vida, por lo que está dispuestos a aprovechar al máximo la vida que se tiene, esto se puede explicar porque debido a la juventud, formación y medio donde se desarrollan, la muerte no es una situación que le preocupe y están más interesados en vivir su vida y cumplir sus metas. Mientras que uno de ellos por la circunstancia que presentaba al ser papa recientemente, ven la muerte con una actitud de miedo, miedo a lo que sucederá después de la muerte, miedo al dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte, esto se puede explicar, puesto se tiene diversas actividades, como el trabajo, el cuidado de sus hijos e incluso el cuidado de sus propios padres, por lo que hay varias cosas por las cuales no se quiere morir y tiene miedo a la muerte.

La vida tiene diferentes caminos no importa la religión o las creencias que se tengan sobre esta, y al ser tan diversa cuenta con muchos andares, que se irán marcando dependiendo de cómo seamos formados por la sociedad a la que innegablemente pertenecemos; la cual, siempre ira modificando el estilo, de acuerdo a las propias necesidades, de acuerdo a las propias circunstancias, y se acepta cual sea el camino ya que solo se llegara a un único destino, la muerte.

Como seres pensantes se nos ha dado el don de sopesar lo que creemos nos hace mal o nos hace bien. Se nos da la oportunidad de elegir y eso es algo que sólo nuestra especie puede presumir.

Ansiedad; realmente como lo deja entrever Templer la ansiedad hacia la propia muerte y la de los seres cercanos siempre existirá, es un sentimiento que nos acompaña desde el mismo momento de nacer, ya que nos acercamos hacia algo

que solo se experimenta una vez, la muerte, y por esa misma experiencia única que no se puede comparar con nada, se convierte en algo nuevo, y lo nuevo siempre lleva su toque de ansiedad.

Las actitudes; como se deja descrito en párrafos anteriores son caminos, decisiones de la propia vida hacia algo que nosotros tomamos de forma libre, consciente o inconscientemente, para llegar al único destino seguro, la muerte.

X. RECOMENDACIONES

Lo que muestra el actual trabajo de tesis es nada más un episodio de la forma en que se ve la muerte en un cierto punto de la existencia de los participantes, ya que, esta cambiará el día en que tengan nietos, en que queden viudos, en que se curen de una grave enfermedad, etcétera; dependiendo de los momentos de la vida que el individuo tenga. Al igual que todas las concepciones de la vida, la ansiedad y la actitud hacia la propia muerte, se modificarán; pero, su estudio, análisis y comprensión; ayudara a los expertos a entender y porque no ayudar a los semejantes en el momento en el que se pasa por esas circunstancias y poder llegar al entendimiento simple y vano; que la muerte y la vida se tienen que disfrutar tanto como sea posible ya que eso es lo que nos vuelve tan humanos, que todo tiene un principio y un fin.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Lamberth J. Psicología Social. Madrid: Pirámide; 1982.
2. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Aspectos psicosociales de la hospitalización. España: McGraw-Hill; 1995.
3. Minnesota Uo. Celebrating the day of the dead. Minneapolis, USA: Tedick, D.J.; 2002.
4. Kubler-Ross E. La muerte. Un amanecer. Barcelona, España: Luciérnaga.; 2003.
5. Gesser G, Wong P, Reker T. Death attitudes across the the life-span: the development and validation of the Death Attitud Profile (DAP). . Omega. 1987;18:109-24.
6. Aranguren JL. La muerte en ética. Madrid: Alianza; 1987.
7. Wong P, Reker G, Gesser G. Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida multidimensional. Neimeyer R, editor. Barcelona: Paidós; 1997.
8. Sandín, B. Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson; 1997
9. Sandín, B. & Chorot, P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, A, Sandín, B & Ramos, F. (Eds.). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill. (1995) Vol. 2 (53-80).
10. Collel B. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
11. Valdés M. Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1994.
12. Asociación-Americana-de-Psiquiatría. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - IV Edición - Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2004.
13. Cattell R, Sheier H. The nature of anxiety: a review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. Psychological Report. 1958;4:351-88.
14. Cattell R, Sheier H. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. Estados Unidos de América: Ronald Press; 1961.
15. Bermudez J. Psicología de la Personalidad. España: UNED; 1985.

16. Spielberger C. Theory and research on anxiety. behavior Aa, editor. New York: Academic Press; 1966.
17. Limonero, J. T. Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: 1994
18. Templer D. I. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. Journal of General Psychology, 1970 82, 165-177.
19. Schmidt J. Validación de la versión española de la “Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte” y del “Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. España: Universidad de Granda; 2007.
20. Rivera-Ledesma A, Montero-López M. Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. Perspectiva Psicológica. 2010;6(1):135 – 40.
21. Neimeyer R, Moore M. Validez y fiabilidad de la escala multidimensional de miedo a la muerte. Neimeyer R, editor. Barcelona: Paidós; 1997.
22. Lara Olivera Karen. Ansiedad ante la muerte en adulto en población general y personal que trabaja en el sector salud. Revista Científica Electrónica en Psicología ICSa-UAEH. No 8; 84-91
23. Grau Abalo Jorge, Llantá Abreu María del Carmen. Ansiedad y Actitudes ante la muerte. Revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacitan en cuidados paliativos. Pensamiento Psicológico. Vol. 4 No 10, 2008; 27-58
24. Gala L.F.J. Lupiani J.M. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Consulta: 12/04/13
25. Martínez Silva Rosa Isela. Actitud del personal de salud hacia la muerte. Tesina.
26. Gómez Sancho Marcos. El medico ante la muerte. Consejo General de Colegios Oficiales Médicos. No 1819. Madrid. 12/04/12. 1-6.
27. Domínguez Márquez Octaviano Humberto. Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal. Acta Bioética 2009; 15 (1): 94-99.
28. Zedillo Ponce de León Ernesto. Reglamento de la escuela Medico Naval. Tercera Sección del Diario Oficial de la Federación. México. 9 de noviembre de 1998.
29. Pardo de Santayana. La profesión Militar y el pensamiento débil. Ensayo privado. Acuartelamiento “conde de Humanes”. Madrid. 2000.

XII. ANEXOS

Anexo I. Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte de Wong, Reker y Gesser

Este cuestionario contiene afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada declaración cuidadosamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo contemplando la siguiente escala:

1) Totalmente en desacuerdo

2) Desacuerdo

3) De acuerdo

4) Totalmente de Acuerdo

	1) Totalmente en desacuerdo	2) Desacuerdo	3) De acuerdo	4) Totalmente de Acuerdo
Nombre:				
Escolaridad:				
Edad:				
Religión:				
1. Creo que la muerte es sin duda una experiencia desagradable.				
2. La perspectiva de mi propia muerte me produce ansiedad.				
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.				
4. Creo que iré al cielo cuando muera.				
5. Pienso que la muerte pondrá fin a todos mis problemas.				
6. Considero que la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.				
7. Me preocupa saber que tengo que llegar a la muerte.				
8. Creo que la muerte es la entrada a un lugar de completa satisfacción.				
9. Considero que la muerte proporciona un escape de este mundo terrible.				
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.				
11. Pienso que la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.				
12. Intento pensar en otra cosa antes que en la muerte.				
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.				

14. Creo que la muerte es un aspecto natural de la vida.				
--	--	--	--	--

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15. Pienso que la muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.				
16. Creo que la muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.				
17. Siento que no le temo a la muerte ni le doy la bienvenida.				
18. Tengo un miedo intenso a la muerte.				
19. Evito totalmente pensar en la muerte.				
20. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.				
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo lo que conozco.				
22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.				
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.				
24. Considero que la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.				
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.				
26. Evito hablar sobre el tema de la muerte.				
27. Creo que la muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.				
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.				
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.				
30. Considero que la muerte no es buena ni mala.				
31. Espero la vida después de la muerte.				
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.				

Anexo II. Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer

Este cuestionario contiene afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada declaración cuidadosamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo contemplando la siguiente escala:

1) Nunca o casi nunca

2) Algunas veces

3) La mayor parte del tiempo

4) Todo el tiempo

Nombre:	1) Nunca o casi nunca	2) Algunas veces	3) La mayor parte del tiempo	4) Todo el tiempo
Escolaridad:				
Edad:				
Religión:				
1. Tengo mucho miedo de morirme.				
2. Pienso en la muerte.				
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.				
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.				
5. Tengo miedo de morir.				
6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.				
7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.				
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.				
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.				
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.				
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.				
12. Pienso que la vida es muy corta.				
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.				
14. Me horroriza ver un cadáver.				
15. Pienso que tengo motivos para temer al futuro.				

