

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

**“ACTITUDES ANTE LA MUERTE, CONOCIMIENTO Y ACTITUD ANTE
VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. y H. MIRANDA CRUZ WENDY

DIRECTOR DE TESIS

M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

REVISORES DE TESIS

E. EN M. F. OLIVIA REYES JIMÉNEZ

E. EN M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

**“ACTITUDES ANTE LA MUERTE, CONOCIMIENTO Y ACTITUD ANTE
VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013”**

*Porque sabemos que el sufrimiento
Produce perseverancia; la perseverancia,
Entereza de carácter,
La entereza de carácter, esperanza.*

Romanos 5:3

AGRADECIMIENTOS:

A Dios.

Por mantener mi fe en el camino de esta vida y mostrarme que la disciplina es un maravilloso don y el amor un milagro de la vida.

A mi madre.

Por ser el más grande faro de mi vida, te amo mamá.

A mi hermana.

Por su enorme apoyo en este reto, te amo hermana mía.

A mi familia Mark, Edith, Yuritz, Edwin, Rodrigo...

Aun cuando somos numerosos somos una red de apoyo.

Al M. en I.C. Luis Rey.

Por ofrecer retos, así como, creer en la docencia y la familia como parte fundamental en la medicina.

A todas las participantes de mi estudio que proporcionaron a mi espíritu enseñanza y madurez, como dijo una paciente “todos estamos en la fila y vamos al mismo lugar vivir nuestra propia muerte”.

“Los hospitales se hicieron para curar a las personas no para llevarlos a morir”.

Y Siendo así como dijo Ikram Antaki “La muerte traduce lo más humano del ser”.

Creo firmemente en un proyecto de ejercicio de la autonomía y planeación de una muerte digna.

ÍNDICE

CAPÍTULOS.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.....	1
I.1. CÁNCER DE MAMA.....	1
I.1.1 Definición.....	1
I.1.2 Etiología.....	1
I.1.3 Factores de riesgo.....	1
I.1.4 Cuadro Clínico.....	4
I.1.5 Diagnostico.....	5
I.1.6 Tratamiento.....	6
I.2. ACTITUDES ANTE LA MUERTE.....	9
I.2.1 Definición.....	9
I.2.2 Antecedentes.....	9
I.2.2 Actitud ante la muerte en pacientes con cáncer.....	11
I.3. VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	12
I.3.1 Definición.....	12
I.3.2 Antecedentes históricos.....	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
II.1 Argumentación.....	16
II.2 Pregunta de Investigación	16
III. JUSTIFICACIONES.....	17
III.1 Académica.....	17
III.2 Epidemiológica.....	17
III.3 Social.....	18
III.4 Económica.....	19
IV. HIPÓTESIS.....	20
V. OBJETIVOS.....	20
V.1 General.....	20
V.2 Específicos.....	20
VI. MÉTODO.....	21
VI.1 Características donde se realizara el estudio.....	21
VI.2 Diseño.....	21
VI.2.1 Tipo de estudio.....	21
VI.2.2 Grupo de estudio.....	21

VI.2.2.1 Criterios de inclusión.....	21
VI.2.2.2.Criterios de exclusión.....	21
VI.2.2.3 Criterios de eliminación.....	21
VI.2.3 Tamaño de la muestra.....	22
VI 3 Ejecución (operalización) de las variables.....	23
VI.4 Instrumentos.....	27
VI.4.1 Descripción.....	27
VI.4.2 Validación.....	27
VI.4.3.Aplicación.....	28
VI.5 Descripción general del estudio.....	28
VI.6 Análisis de datos.....	29
VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	30
VIII. ORGANIZACIÓN.....	31
IX. RESULTADOS.....	32
X. DISCUSION.....	36
XI. TABLAS Y GRÁFICAS.....	41
XI. CONCLUSIONES.....	56
XII. RECOMENDACIONES.....	60
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	62
XIV. ANEXOS.....	65

I.- MARCO TEÓRICO.

I.1.- CÁNCER DE MAMA:

I.1.1 Definición: Neoplasia con transformación celular a células malignas; caracterizada como una enfermedad crónica de la mujer con una larga historia natural; es el tumor maligno más frecuente en el mundo, en el 2004 la Organización Mundial de la Salud con una incidencia de 1'200,000 de casos con un 19 % de cáncer en la mujer;^{1,2} en general los países de Latinoamérica tienen baja frecuencia; en México desde 2001 la tasa de mortalidad por cáncer de mama se elevó en México de 14.5 por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años,³ en el 2006 es la primera causa de muerte oncológica en mujeres de edad reproductiva afectando con mayor frecuencia a mujeres (62.5 %); la Secretaría de Salud se calcula un promedio de vida de años de vida productiva por cada mujer, que tuvieron un efecto económico de 3,107,505,000.00 pesos en el 2001;⁴ En el Instituto Mexicano del Seguro Social, a partir del 2004 el cáncer de mama ocupa el tercer lugar de mortalidad en la población general en la edad productiva;⁵ En la delegación del Estado de México poniente del IMSS, durante los últimos 5 años la tasa de mortalidad por 100 mil mujeres debido a cáncer de mama se ha incrementado de 4.5% en 2004 a 12% en el 2007.⁶

I.1.2.- ETIOLOGÍA: su origen no se ha declarado aún y existen múltiples factores desencadenantes.⁷

I.1.3.- FACTORES DE RIESGO:

Edad: En México existen casos de cáncer de mama desde la segunda década de la vida y su frecuencia se incrementa rápidamente hasta alcanzar la máxima entre 40 y 54 años. Después hay descenso paulatino a partir de la quinta década de la vida.³

Sexo: Esta enfermedad ocurre predominantemente en el sexo femenino debido al desarrollo y función de este órgano en la mujer (62.5 %); en cuestión a sexo masculino se reporta en México sólo 0.1% y fueron reportados en hombres ancianos.³

Antecedentes personales o familiares de cáncer: Es evidente que existe un aumento de riesgo considerable cuando hay antecedentes de cáncer de mama; en familiares de primer grado de consanguinidad, con incremento de riesgo de 1.5 a 3 veces, si son varios los familiares afectados el riesgo se puede elevar a 5 ó 9 veces más. Caso especial el cáncer mamario familiar en el cual es; el cáncer hereditario es el que se produce por transmisión autosómica dominante que es del 4% del cáncer de mama tenían transmisión hereditaria la cual es del 4% identificando el gen BRCA1, logrado en el brazo largo del cromosoma 17 y BRCA2, brazo largo del cromosoma 13.⁸ Además de una serie de síndromes hereditarios relacionados con cáncer de mama como: Li-Fraumeni, Peutz-Jeghers, Muir-Torre y enfermedad de Cowden.⁹ El antecedente personal de cáncer de ovario, o de endometrio, aumenta el riesgo de cáncer de mama y el antecedente de cáncer de mama duplica el riesgo de tenerlo en la otra mama.

Hiperplasia mamaria: En mujeres con antecedente de enfermedad benigna de mama con biopsia de hiperplasia de células ductales o lobulillares aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama.¹⁰ Y aumenta cuanto la hiperplasia se cataloga como atípica.¹¹

Cuando existe hiperplasia sin atipia el riesgo se incrementa solo dos veces y es más evidente y en mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. Cuando las pacientes con hiperplasia atípica tienen además un familiar en primer grado con cáncer de mama, el riesgo es nueve veces mayor.

Distribución geográfica y factores ambientales: Los factores ambientales abarcan: actividad física, uso de tintes para el cabello, ingestión de café y alcohol,

consumo de tabaco, estrés, depresión, administración de medicamentos como reserpina o espirolactona, radiaciones eléctricas o ionizantes, y contaminantes ambientales como pesticidas organoclorados que tiene capacidad de interactuar con fitoestrogenos y otros xenoestrogenos, el sobrepeso y obesidad se relaciona con concentraciones más altas de estrógenos y sulfato de estrona.¹²

Factores hormonales y reproductivos: Las hormonas controlan la diferenciación del epitelio mamario y regulan la rapidez de la división de los blastos debido al mecanismo de por el cual intervienen en la carcinogénesis mamaria, la mayor exposición de estrógenos como son: menarquía temprana, mayor edad del nacimiento del primer hijo,¹³ la mujeres con ciclos mamarios anovulatorios son más propensos a cáncer por que el efecto proliferativo de los estrógenos no está frenado, por la progesterona,¹⁴ los anticonceptivos orales son un factor de riesgo cuando se consumen en forma consecutiva por más de 5 años.¹⁵

Factores alimentarios: El mayor consumo de grasas polinsaturadas se ha relacionado con cáncer de mama.^{16, 17}

Estructura corporal: Mujeres cuya talla es mayor a 1.67 metros tiene mayor riesgo; mujeres con mamas grandes con edad mayor de 45 años; la distribución de la grasa sobre todo en abdomen es un factor de riesgo sobre todo en mujeres premenopausicas en las que se produce aumento de estradiol, ya que se relaciona con inperinsulinemia, que ha su vez se aumenta el factor de crecimiento de insulina,¹ el cual interactúa con los estrógenos, para estimular la función de las células de cáncer mamario. Las mujeres que aumentan de peso más de 27 kilos en su juventud a la edad madura tienen el doble de riesgo de padecer cáncer de mama.¹⁷

Factores pronóstico: En la mayoría de las mujeres puede predecirse quienes recaerán, tanto local, como sistémica, dependiendo de los factores de alto riesgo y del pronóstico del estudio histológico detallado de la neoplasia, así al final de

cuentas será la diseminación de las metástasis en la historia natural de la enfermedad la que defina el lapso de vida en cada caso. El número y volumen de ganglios metastásico se encuentra en relación directa con aumento de la frecuencia de la recidiva local y con la disminución de la supervivencia global,¹⁸ algunos estudios prospectivos a 30 años con cáncer de mama posterior a la mastectomía radical reportó que 61 % murieron de cáncer, 37 % estaban curadas, 13 % tuvieron cáncer mamario en la glándula opuesta.¹⁸

I.1.4.- CUADRO CLÍNICO

El inicio suele ser asintomático. La localización más frecuente es en cuadrantes superoexternos. En más del 80%, la primera manifestación clínica es la presencia de un tumor o induración. Un 15-20% acuden por presentar alteraciones en el complejo areola-pezones. En etapas más avanzadas puede originar retracción, ulceración y edema cutáneo “piel de naranja.”⁷

Estas pacientes son cada vez menos frecuentes y son reflejo de procesos muy avanzados. Disemina tan fácilmente que debe considerarse como una enfermedad sistémica casi desde el principio. La diseminación linfática es la principal vía de diseminación en el cáncer de mama. Los grupos más frecuentemente afectados son los axilares homolaterales (si el tumor está en un cuadrante externo), los de la cadena mamaria interna (si el tumor está en cuadrantes internos), y en tercer lugar, los supraclaviculares. El tamaño del tumor primario está directamente relacionado con el porcentaje de metástasis pulmonares. La afectación ganglionar se realiza habitualmente de manera escalonada. Existe una vía de extensión local linfática hacia el hígado a través del ángulo epigástrico.⁷

Metástasis. Las metástasis pulmonares son las más frecuentes (63%). El cáncer de mama constituye la primera causa de metástasis ósea afectando a pelvis, columna, fémur, costillas, cráneo. La metástasis en encéfalo también tiene como principal origen el cáncer de mama.⁷

I.1.5.- DIAGNÓSTICO

Las técnicas utilizadas para el diagnóstico incluyen:

Autoexploración. No ha demostrado utilidad en la disminución de la mortalidad.

Exploración clínica. Hay que palpar la mama y las áreas linfáticas. Son signos sospechosos de malignidad: un nódulo duro, fijo y de contorno irregular, la retracción de la piel o del pezón, la secreción sanguinolenta y unilateral, y la presencia de adenopatías duras, fijas y homolaterales.

Mamografía. Es hoy el método imprescindible en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Se realizan dos proyecciones: craneocaudal y oblicua mediolateral. Se consideran signos mamográficos de posible malignidad:

- Presencia de un nódulo denso, espiculado, de bordes imprecisos con retracción de la piel o edema cutáneo.
- Microcalcificaciones: son el signo sospechoso de malignidad que aparece más precozmente en la mamografía.
- Pérdida de la arquitectura y desestructuración del tejido mamario.
- Densidades focales asimétricas.

Ecografía. Es más eficaz en mujeres jóvenes. Se debe sospechar malignidad ante una imagen ecográfica sólida, irregular, hipoecogénica o heterogénea con bordes mal definidos y pérdida del eco posterior.

Punción aspiración con aguja fina. Ante toda sospecha de patología mamaria, se debe practicar una PAAF con estudio citológico del material obtenido. Es una prueba económica, con pocas complicaciones y gran valor diagnóstico. Tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 96%.

Biopsia con aguja gruesa (“Core-biopsia”). Tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad del 100% y no precisa patólogos especialmente entrenados como ocurre con la PAAF, y permite distinguir las formas invasoras de las no invasoras.

Biopsia. Nos da el diagnóstico definitivo. Debe realizarse a toda mujer con sospecha de cáncer de mama.

Los marcadores son de poca utilidad en el diagnóstico, pero pueden ayudar en el control del tratamiento, la detección de recidivas y en la valoración del pronóstico. Los más usados son: receptores de estrógeno y progesterona, pS2, catepsina D, Ki67; El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe.

La mayoría de las personas viven con mucho temor, ansiedad, o preocupación el hecho de enfrentarse ante una enfermedad grave que amenaza sus vidas, como se pone de manifiesto cuando alguien recibe el diagnóstico de un cáncer.

Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, la ruptura con las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima.¹⁹

Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden suponer fuentes importantes de estrés para los pacientes, que les puede llevar incluso a sufrir una serie de alteraciones psicopatológicas si se ven desbordados por dicho estrés, al no saber manejarlo o aminorarlo.

I.1.6.- TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer de mama es un tema complejo y en continua revisión, hay que tener en cuenta que se considera una enfermedad sistémica desde el

principio, por lo que añadiremos una terapia adyuvante a la cirugía y la radioterapia en los casos de riesgo.

La cirugía agresiva muestra unos resultados muy parecidos a la cirugía conservadora, si se selecciona adecuadamente a las pacientes, por lo que se tiende a conseguir el mayor grado de supervivencia con el menor grado de mutilación posible.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

El tratamiento inicial será quirúrgico excepto en aquellos candidatos de quimioterapia neoadyuvante (T4, N2, N3), en los que se valorará la cirugía posterior según la respuesta.

- a) Conservador.
- b) Mastectomía.
- c) Linfadenectomía axilar.

RADIOTERAPIA.

Está indicada tras la cirugía conservadora en todos los casos y postmastectomía.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

El tratamiento sistémico se basa actualmente en dos líneas terapéuticas fundamentales, la quimioterapia y la hormonoterapia, con tendencia a realizar un tratamiento individualizado, dependiendo de los factores de la paciente, su estado hormonal y el tipo de tumor.

QUIMIOTERAPIA.

Es el principal adyuvante. Se suele dar poliquimioterapia CMF (ciclofosfamida, MTX, 5-fluoruracilo), también se emplean adriamicina, vincristina, mitoxantrona y taxol. Está indicada en pacientes con ganglios axilares positivos o axila negativa con factores de mal pronóstico.

HORMONOTERAPIA.

Estaría indicada en pacientes con receptores hormonales positivos.

Existen varias modalidades de tratamiento supresor de estrógenos:

- Castración quirúrgica o RT
- Antiestrógenos: moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM).
- Inhibidores de la aromatasa: derivados esteroideos como el exemestrano.
- Análogos de GnRH.

Por último, el Trastuzumab (Herceptin) es un anticuerpo monoclonal empleado en aquellas pacientes que sobreexpresen el gen C-erb B2 (Her2/neu), para el tratamiento del cáncer de mama metastásico.

I.2.- ACTITUDES ANTE LA MUERTE:

I.2.1.- DEFINICIÓN.

De acuerdo a la real academia española “actitud” es un término que proviene del latín actitudo. Es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo estado de disposición nerviosa y mental, que es garantizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones se han distinguido tres componentes de las actitudes:

- a) Cognoscitivo formado por las percepciones creencias hacia un objeto así como por la información que tenemos sobre el mismo.
- b) El afectivo que es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social.
- c) El conductual que es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una cierta manera.²⁰

La muerte la definimos como el cese de todas las funciones vitales no es un fenómeno instantáneo sino un proceso biológico biopsicosocial y cultural.²⁰

Las actitudes ante la muerte van estar estrechamente relacionadas con el proceso de socialización en el marco de una determinada cultura la muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive, las actitudes ante la muerte se han visto modificadas en el tiempo y en las sociedades.

1.2.2.- ANTECEDENTES.

Los estudios en torno a las actitudes hacia la muerte se han llevado a cabo en pacientes con enfermedad terminal.^{21, 22, 23}

En general, estos confirman que los individuos en las diferentes edades perciben la muerte como un desenlace vital inevitable y no temible, siempre que mantengan

vínculos sociales activos y niveles de actividad asociados con proyectos de vida personales.^{24,23}

En particular, se encuentra que el grupo de adultos mayores se halla más temeroso con respecto a la muerte. En la mayoría de los estudios, la religiosidad intrínseca juega un papel importante frente a las actitudes hacia la muerte²² puesto que las actividades espirituales (orar), parecen estar relacionadas positivamente con la aceptación de la muerte y una vida después de la misma.

Otros hallazgos, señalan una mayor aceptación de la muerte en los sujetos física y psicológicamente afectados ya que la enfrentan como una opción válida, cercana y propia.²⁵ Los factores intrínsecos como la religión, los vínculos sociales, los diagnósticos médicos, el apoyo familiar y la realidad personal influyen sobre las actitudes hacia la muerte de manera positiva o negativa según la situación particular de cada sujeto. Finalmente, las investigaciones evidencian que el mayor temor experimentado es sobre “el cómo” de la propia muerte y no a “la muerte” en sí.^{22, 23, 20}

Desde otra perspectiva, la población con enfermedad crónica es un grupo vulnerable con mayor riesgo de muerte. Su experiencia de la misma esta mediada por creencias y actitudes construidas en el marco sociocultural e histórico en el cual se han desarrollado. Estas actitudes hacen que su bienestar psicológico se vea comprometido en mayor o menor medida por estados de temor, ansiedad y otras preocupaciones, que hacen del proceso de enfermedad una condición de mayor dificultad aumentándose la percepción negativa de esta experiencia.²⁴

Los retos a los que el personal de salud se enfrenta son constantes y evolutivos, en la actualidad, el cáncer de mama, es una de las neoplasias que causa más muertes a nivel nacional y mundial.

I.2.3 ACTITUD ANTE LA MUERTE EN PACIENTES CON CÁNCER

El cáncer de mama por ser una patología que origina cambios físicos, psicológicos y sociales, así como una alta prevalencia y mortal; el personal de salud debe ser capaz de atender todas esas necesidades con la finalidad de ayudar al individuo a mantener su independencia en el proceso salud enfermedad y a su vez, fortalecer su salud biopsicosocial y espiritual.

El cáncer de mama ha ido en incremento de su incidencia y prevalencia, El médico familiar conoce el enfrentamiento con la muerte que vive la paciente con cáncer de mama, sin embargo, las actitudes hacia la muerte han venido sufriendo una evolución en los últimos siglos y, sobre todo en las últimas décadas, pues el cáncer es considerado como sinónimo de muerte el cual hay que ocultarlo y negarlo, con la finalidad de ahorrar el sufrimiento.

I.3.- VOLUNTADES ANTICIPADAS

I.3.1.- DEFINICIÓN:

Se entiende por voluntad anticipada como documento médico-legal en el cual se plasma de forma escrita como: “Al acto a través del cual una persona física, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previniendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración unilateral, de manera anticipada, sobre lo que desea para si en relación con el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos ya sea en una acta o en una escritura de voluntad anticipada, en los términos que la presente ley establece.”²⁵

I.3.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

ALEMANIA: El reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar decisiones en el ámbito sanitario es un derecho de reciente adquisición.

En el campo de la investigación médica, tanto el Código de Nüremberg de 1947,²⁶ como la Declaración de Helsinki de 1964 con sus revisiones posteriores (Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. Octubre de 2000.) y el Informe Belmont de 1978, (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 18 de abril de 1979²⁷ destacan la obligatoriedad del consentimiento informado de los sujetos de investigación.

En lo que respecta a la práctica clínica, la idea del derecho de los pacientes al ejercicio de su autonomía ha permanecido muchos siglos alejada de los valores predominantes.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: Con respecto a las voluntades anticipadas, que suponen un paso más en el reconocimiento de la autonomía de los individuos,

tuvieron su origen en los Estados Unidos. En 1967, un abogado de Chicago, Luis Kutner, preocupado por la repercusión negativa que los avances tecnológicos en el ámbito sanitario podían tener sobre los pacientes, en el sentido de imponerles tratamientos no deseados, confeccionó un documento mediante el cual cualquier ciudadano pudiera expresar su negativa a ciertos tratamientos en caso de enfermedad terminal, el denominado testamento vital. En 1976 se aprobó la Ley sobre la Muerte Natural en California (The California Natural Death Act), que inició la creación de leyes estatales en Estados Unidos de América sobre testamentos vitales. En 1991 se aprobó la Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self-Determination Act) que obliga a que las instituciones sanitarias requieran a los pacientes acerca de su voluntad para establecer documentos de voluntades anticipadas y se establecen formularios para facilitar su cumplimentación.

ESPAÑA: En España se verifica el 81.2% de los pacientes que no conocen el documento de voluntades anticipadas y el 75 % consideraría necesaria más información, en el 2004, Pugno resalta que la atención primaria es idónea para informar sobre documentos de voluntades anticipadas, y Rich consideran que los médicos de familia deberían incluir el documento de voluntades anticipadas como parte de su atención al paciente, (responsabilidad profesional), otros estudios revelan que el 93.7 % de los pacientes no han manifestado a su médico sus decisiones sobre el tramo final de su vida, dando un 86.4% no conocen su cumplimentación y la tendencia de la población en estudios sobre actitud ante la muerte solo el 15% a pesar de no conocer el documento de voluntades anticipadas, afirman no precisar de mas información concluyendo que de esta forma también eluden reflexionar sobre el momento de la muerte.

MÉXICO: La Ley General de salud, en su TITULO OCTAVO BIS; DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A LOS ENFERMOS EN SITUACION TERMINAL; CAPITULO I AL IV; ARTICULO 166 BIS DEL 1 AL 21. Se hace mención a la voluntad anticipada, sin embargo la iniciativa de Ley de Voluntad Anticipada fue presentada a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados (Iniciativa para

incluir el decreto personal de las voluntades anticipadas en la Ley General de Salud, adicionando un Art. 51 Bis. (68/LVIII), México, 2002) y aprobada en el 2007.

También la Carta de Derechos Generales de los Pacientes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico²⁸ señala el derecho a las decisiones libres e informadas de los pacientes adultos competentes respecto a su tratamiento, pero, no existe en nuestro país un documento oficial que haga operativa esta opción.

Aunque la propuesta de los Documentos de Voluntades Anticipadas tiene un adecuado fundamento legal para su aplicación²⁹ y existen antecedentes internacionales al respecto, en nuestro país se desconoce la opinión que sobre estos documentos y sus contenidos tienen los posibles futuros usuarios, en México no existe una Ley Federal especial en el marco jurídico aplicable a la voluntad anticipada.

Sólo existe un marco general previsto en la Ley General de salud y en las estatales son pocas, por lo tanto, en nuestro país los conflictos prácticos en el terreno jurídico-médico son mayores, aunados a la ya conflictiva posibilidad de prever situaciones clínicas futuras en momentos de incertidumbre.

En México se establece diversas acepciones dependiendo de la formalidad seguida para su otorgamiento algunos ordenamientos limitan su realización a aquellas personas en fase terminal y la mayoría condicionan su ejecución al hecho de padecer una enfermedad terminal y no a la capacidad para expresar su voluntad.

La planificación anticipada y estratégica de tratamientos y cuidados a partir de un diagnóstico concreto y de un pronóstico conocido.

En general, los pacientes presentan una actitud favorable hacia el documento de voluntades anticipadas (DVA), por el cual pueden expresar su voluntad sobre aspectos relacionados con el final de la vida.³⁰ Sin embargo, aunque el 78%

muestra intención de formalizar el documento,³¹ sólo lo hace una baja proporción.^{32, 33}

La mayoría de los sujetos (73,8%) preferiría rellenar el documento de voluntades anticipadas con su médico,³¹ y se ha observado que la relación médico-paciente es más satisfactoria para los usuarios cuando estos temas se abordan en la consulta³⁴. Una relación médico-paciente prolongada y basada en la confianza se asocia con una mayor probabilidad de hablar sobre los cuidados al final de la vida³⁵.

La Comisión de Arbitraje Médico realizó una encuesta a población abierta (350 personas), el cual muestra que existe una aceptación a esta medida en un 86.9%; a favor de los cuidados paliativos 75.5 %; en contra de la eutanasia y en contra de las medidas médicas fútiles en un 82.2%; nombran a su cónyuge como primera opción tutelar, y utilizaría este documento para expresar su disponibilidad o no de donación cadavérica de órganos.

El Programa de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud del Distrito Federal reporta a partir del 2008 hasta el julio del 2013, se encuentran registrados 1969 ciudadanos ante notario público del cual 690 son hombres y 1279 son mujeres el cual el 48.96% aceptan la donación de sus órganos; en el Estado de México 175 ciudadanos (8.8%) realizaron el documento de voluntades anticipadas.

Se ha observado una creciente importancia que se da no solo a la salud, sino a la calidad de vida, parece haber un gran interés por el documento de voluntades anticipadas, pero sigue siendo destacable el bajo número de documentos formalizados.

Una mayor comprensión de este problema permitiría diseñar estrategias para mejorar la difusión de estos derechos entre los pacientes.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

II.1 ARGUMENTACIÓN.

La enfermedad del cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo y ocupa el tercer lugar en mujeres en edad reproductiva; afecta a cada integrante de la familia de manera diferente, debido a que representa una crisis paranormativa de tipo enfermedad y modifica la estructura familiar conforme evoluciona la enfermedad creando paradigmas y un problema grave de salud.

La actitud ante la muerte en pacientes con enfermedades con cáncer es de acercamiento hacia la muerte en un inicio y cursando por todas las fases del duelo sin embargo el concepto de la muerte y la actitud ante ella se modifica con el paso del tiempo y la evolución de la enfermedad, sin embargo poco se sabe del derecho de autonomía y el documento de voluntades anticipadas en nuestro país, la importancia como documento médico legal, su cumplimentación y cómo delimitar el actuar médico evitando el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia los cuales presentan una sanción penal en nuestro país.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cómo es la actitud ante la muerte, el conocimiento y actitud ante voluntades anticipadas en el paciente de cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar número 64 en el periodo de septiembre a octubre del 2013?

III.- JUSTIFICACIÓN:

III.1.- ACADÉMICA:

La presente investigación además de las connotaciones académicas correspondientes permitirá la obtención del Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

III.2.- EPIDEMIOLOGICA:

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo, en el 2004 la Organización Mundial de la Salud con una incidencia de 1'200,000 casos nuevos, con un 19 % de cáncer en la mujer; en México desde 2001 la tasa de mortalidad por cáncer de mama se elevó de 14.5 casos por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, a partir del 2004, el cáncer de mama ocupa el tercer lugar de mortalidad en la población general en la edad en edad productiva; En la Delegación del Estado de México Poniente del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los últimos 5 años la tasa de mortalidad por 100 mil mujeres debido a cáncer de mama se ha incrementado de 4.5% en 2004 a 12% en el 2007.

(El documento de voluntades anticipadas en México), La Comisión de Arbitraje Médico realizó una encuesta sobre la población abierta (350 personas), el cual muestra que existe una aceptación a esta medida en un 86.9%; a favor de los cuidados paliativos 75.5 %; en contra de la eutanasia y en contra de las medidas médicas fútiles en un 82.2%; nombran a su cónyuge como primera opción tutelar, y utilizaría este documento para expresar su disponibilidad o no de donación cadavérica de órganos.

El Programa de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud del Distrito Federal reporta a partir del 2008 hasta el julio del 2013, que se encuentran registrados 1969 ciudadanos ante notario público del cual 690 son hombres y 1279 son mujeres el cual el 48.96% aceptan la donación de sus órganos; en el Estado de México 175 ciudadanos (8.8%) realizaron el documento de voluntades anticipadas.

III.3.- SOCIAL:

Las actitudes ante la muerte son en parte un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. En relación con dicho contexto cultural la presencia de creencias espirituales y/o religiosas (o las que configuran alguna creencia acerca de lo que es la muerte); influyen en la idea que las personas se hacen de la muerte, se preparan para ella. Dichas idea que uno se puede hacer sobre lo que es la muerte está estrechamente relacionada con las expectativas de lo que ocurre después de ésta: aniquilación del ser, posibilidad de existencia después de a muerte, que se puede esperar que sea mejor o peor que la existencia mientras se ha estado vivo.

Estudios realizados en España en el 2004, resaltan que la atención primaria es idónea para informar sobre documentos de voluntades anticipadas, se considera que los médicos de familia deberían incluir el documento de voluntades anticipadas como parte de su atención al paciente, (responsabilidad profesional), otros estudios revelan que el 93.7 % de los pacientes no han manifestado a su médico sus decisiones sobre el tramo final de su vida, dando un 86.4% no conocen su cumplimentación y la tendencia de la población en estudios sobre actitud ante la muerte solo el 15% a pesar de no conocer el documento de voluntades anticipadas, afirman no precisar de mas información concluyendo que de esta forma también eluden reflexionar sobre el momento de la muerte.

Actualmente no contamos con una Ley Federal de Voluntades Anticipadas ya que se encuentra en iniciativa, y por lo tanto no se encuentra bajo jurisdicción de un órgano federal, como lo es, el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin embargo, considero necesario su legislación ya que se delimitaría el actuar médico y se prevería el encarnizamiento terapéutico, con la finalidad de buscar alternativas para la preparación, apoyo del paciente y su familia, a fin de generar mejores condiciones en el cuidado del paciente, así como la toma de decisiones al final de

la vida de forma autónoma, para ello, se necesitan mayores medidas de difusión de este documento.

III.4.- ECONÓMICA:

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en el mundo; en México afecta el 62.5% de las mujeres, con una tasa de mortalidad de 12.5% de casos en el 2011, siendo la primera causa de muerte oncológica en mujeres de edad reproductiva, afectando con mayor frecuencia a mujeres en edad productiva (62.5%); la Secretaría de Salud en el 2001 calcula que este fenómeno tuvo un efecto económico de \$3,107'505,000.00 pesos.

IV.- HIPÓTESIS:

Las pacientes con cáncer de mama presentan actitudes de evitación y temor ante la muerte, no tiene conocimiento de las voluntades anticipadas y presentan actitud positiva ante las voluntades anticipadas.

V.- OBJETIVOS:

V.1.- General.

Identificar las actitudes ante la muerte, conocimiento y actitud ante el documento de voluntades anticipadas en pacientes con cáncer de mama en la UMF No. 64 en el periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2013.

V.2.- Específicos.

- Describir las variables edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, tiempo de diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento que recibió, tratamiento actual, religión.
- Determinar los tipos de actitudes ante la muerte en las pacientes con cáncer de mama.
- Determinar el conocimiento sobre las voluntades anticipadas en las pacientes con cáncer de mama.
- Determinar los tipos de actitudes ante el documento de voluntades anticipadas en las pacientes con cáncer de mama.

VI.- SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

VI.1 Características donde se realizara el estudio.

Este estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar no. 64, Delegación 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Avenida Bomberos sin número, Colonia Unidad del Seguro Social, Municipio de Tlalnepantla del Estado de México, la cual presta atención a la población de los municipios de Tlalnepantla, Atizapán, Tultitlan y Cuautitlán, se aplicara la encuesta a pacientes seleccionados a quienes acuden a esta unidad.

VI.2.- DISEÑO.

VI.2.1.- TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo es de tipo Observacional, Transversal y Descriptivo.

VI.2.2.- GRUPO DE ESTUDIO.

VI.2.2.1.- Criterios de inclusión:

Pacientes femeninas con cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 en el periodo comprendido septiembre 2013 a diciembre del 2013, previa aceptación de consentimiento informado.

VI.2.2.2.-Criterios de exclusión:

Pacientes femeninas con cáncer de mama que sean analfabetas.

VI.2.2.3.- Criterios de eliminación:

Aquellas pacientes con cáncer de mama que no contesten el 100% de las preguntas del cuestionario de actitud ante la muerte, conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas.

VI.2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra basado en el universo de 416 pacientes con un error máximo aceptable del 5% con un nivel de confianza en porcentaje del 16% y con un nivel de confianza del 95%.

Se obtiene por fórmula de proporción un tamaño de muestra representativa de 104 encuestas.

VI.3.- EJECUCIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERATIVA.	TIPO DE VARIABLE.	NIVEL DE MEDICIÓN.	INDICADORES.	ITEM.
Edad.	Tiempo que ha vivido en años una persona. (Real Academia Española)	Años cumplidos al momento del estudio de la paciente con cáncer de mama de la UMF 64.	Cuantitativa.	Continúa.	Edad en años.	1
Estado civil.	Situación jurídica en la familia y sociedad que determina la capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones es indivisible, indisponible, imprescriptible y su asignación corresponde a la ley. (Diario oficial No. 33).	Situación jurídica en la que la paciente con cáncer de mama presenta en una relación de familia.	Cualitativa.	Nominal.	1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Viudez 5) Divorciado o Separado	2
Escolaridad.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Real Academia Española).	Conjunto de cursos que sigue el paciente con cáncer de mama de la unidad de Medicina Familiar No. 64.	Cualitativa	Nominal Ordinal	6) Primaria 7) Secundaria 8) Preparatoria 9) Universidad 10) Posgrado	3
Ocupación.	El conjunto de tareas y cometidos desempeñados por una persona, o que se prevé que ésta desempeñe, incluido para un empleador o por cuenta propia (organización internacional del trabajo).	El conjunto de tareas y cometidos desempeñados por una persona, incluido para un empleador o por cuenta propia que ejerce la paciente que padece cáncer de mama de la unidad de Medicina Familiar No. 64. (sistema nacional de ocupaciones del 2011).	Cualitativa.	Nominal	11) Ama de casa 12) Empleada 13) Comerciante 14) Jubilada 15) Estudiante 16) Otro.	4

Número de hijos.	Número de hijos vivos que se han procreado. (INEGI).	Número de hijos vivos procreados por la paciente con cáncer de mama al momento de la encuesta en UMF 64.	Cuantitativa.	Discreta.	17) 0 18) 1 a 3 19) Más de 3	5
Tiempo de diagnóstico de cáncer de mama.	Periodo en el cual la enfermedad progresa de una etapa a otra.	Periodo en cual la enfermedad progresa de una etapa a otra en los pacientes que padecen cáncer de mama de la UMF 64.	Cuantitativa.	Continua.	20) Tiempo de diagnóstico en años.	6
Tratamiento que recibió.	Conjunto de medios que se emplearon para curar o aliviar una enfermedad. (Real Academia Española).	Conjunto de medios que se emplearon para curar o aliviar los síntomas de las pacientes que padecen cáncer de mama de la UMF 64.	Cualitativa.	Nominal.	21) Quimioterapia 22) Radioterapia 23) Hormonoterapia 24) Quirúrgico 25) Combinación de alguno de los tratamientos anteriores 26) Sin tratamiento	7
Tratamiento actual.	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad. Real Academia Española.	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar los síntomas de los pacientes que padecen cáncer de mama en pacientes de la UMF 64.	Cualitativa.	Nominal.	27) Quimioterapia 28) Radioterapia 29) Hormonoterapia 30) Quirúrgico 31) Combinación de alguno de los tratamientos anteriores. 32) Otro. 33) Sin tratamiento.	8
Religión.	Creencia o preferencia espiritual que declare el individuo. (glosario INEGI 2010).	Creencia o preferencia espiritual que declare la paciente con cáncer de mama.	Cualitativa.	Nominal.	34) Ninguna 35) Cristiano 36) Judío 37) Testigo de Jehová 38) Mormón 39) Católico 40) Otro.	9

Actitud ante la muerte.	Comportamiento que emplea un individuo ante la muerte.	Forma de actuar de una persona ante la muerte en los pacientes con cáncer de mama cuestionario PAM-R de Wong, Reker & Gesser el cual se considera en: Aceptación de acercamiento puntaje de 40. Aceptación de escape 17ptos. Aceptación neutral 17ptos. Evitación de la muerte 17 puntos. Miedo a la muerte 28 puntos (1987).	Cualitativa.	Nominal.	1)Aceptación de acercamiento. 2)Miedo a la muerte. 3)Evitación de la muerte. 4)Aceptación de escape. 5)Aceptación neutra.	10-41
Conocimiento de las voluntades anticipadas.	Conjunto integrado por información de reglas interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto como lo es el acto de una persona física expresa su voluntad en una declaración unilateral de manera anticipada, sobre lo que desea para si en relación con los tratamientos y cuidados de salud en acta o en una escritura. (Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México).	La información es personal en el sentido de que se origina y reside en la paciente con cáncer de mama resultado de su propia experiencia sobre el estudio de la muerte y las decisiones al final de la vida. (Fernando Andrés Pretel) el cual se representa en porcentaje: Se tiene poco conocimiento 0-50%. Se tiene conocimiento: 51-100%.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Se tiene poco conocimiento. 2. Se tiene conocimiento.	42-47

<p>Actitud sobre el documento de Voluntades anticipadas.</p>	<p>Sentimiento a favor o en contra de un objeto social puede ser una persona o cualquier producto de la actividad humana como lo es el documento de voluntades anticipadas.</p>	<p>Cualquier sentimiento de la paciente con cáncer de mama ya sea positivo, negativo. Por el cuestionario de actitud sobre las voluntades anticipadas se considero actitud positiva si la puntuación era igual o superior a 53 puntos.</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Nominal Dicotómica.</p>	<p>1. Negativo 2. Positivo</p>	<p>48-61</p>
--	---	--	---------------------	----------------------------	------------------------------------	--------------

VI.4.- INSTRUMENTOS.

VI.4.1.- DESCRIPCIÓN

ACTITUD ANTE LA MUERTE.

Aunque el PAM es adecuado psicométricamente, el PAM-R es más exhaustivo y conceptualmente más puro. El PAM-R es que representa un amplio espectro de actitudes ante la muerte el cual se miden cinco dimensiones: aceptación de acercamiento, consta de diez ítems (33.3% de la varianza); miedo a la muerte de 7 ítems (13.4% de la varianza); evitación de la muerte, 5 ítems (7.7% de la varianza); aceptación de escape 5 ítems (6.0% de la varianza) y aceptación neutral 5 ítems (5.7% de la varianza). Los cinco componentes representan el 66.2% de la varianza. (Gesser et al., 1988).

VI.4.2.-VALIDACIÓN.

Fiabilidad del perfil revisado de actitudes hacia la muerte muestran 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 un 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), tomadas conjuntamente, las escalas PAM-R tienen una fiabilidad que va de buena a muy buena. (Gesser et al., 1988).

a) CONOCIMIENTO Y ACTITUD ANTE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS.

El Instrumento consta de 20 preguntas, las cuales muestran conocimiento y actitudes; las primeras 6 preguntas valoraran el nivel de información de las personas mayores sobre el documento de voluntades anticipadas; las siguientes 14 preguntas de tipo liker se valoraran las actitudes hacia el documento de voluntades anticipadas, cuyas respuestas se valoraran en 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, se consideró "actitud positiva" si la

puntuación de este índice era igual o superior a 53 puntos, frontera del percentil 75 de la distribución.

VI.4.3.- APLICACIÓN.

Se realizara la aplicación del instrumento Actitud ante la muerte, conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas a los pacientes con cáncer de mama pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS, que aceptaron participar en el estudio.

VI.5.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal descriptivo, el cual se realizará en Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Septiembre a Diciembre del 2013. Elegidas a través de un muestreo no probable por conveniencia. Para la obtención de los datos se utilizará una encuesta que incluirá datos sociodemográficos, así como, el instrumento de investigación (actitud ante la muerte, conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas), previa autorización de participar en el mismo gracias al consentimiento informado.

En primera instancia se realizara el cuestionario que se aplicará, el cual contendrá las preguntas del instrumento ya mencionado, preguntas de la ficha de identificación y características sociodemográficas, así como, el consentimiento informado; se imprimirá dichos cuestionarios y se realizarán fotocopias del mismo.

Se capturarán a las pacientes para dicho estudio de la consulta externa de Medicina Familiar, que acuden a su consulta médica.

A toda paciente se realizará la explicación del estudio, se dará a conocer el consentimiento informado, una vez firmado, se aplicará y se evaluará el cuestionario, Se proporcionará el resultado de manera personalizada y confidencial a la paciente, se enviará su médico familiar, a trabajo social,

Tanatología, Atención Domiciliaria para Enfermos Crónicos (ADEC), y Medicina a Distancia en caso de ser necesario.

Se recabaran todos los cuestionarios aplicados a las pacientes, y se analizarán los resultados como se describe a continuación.

VI.6 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizara un análisis estadístico descriptivo, donde se concentrara la información en una base de datos electrónica utilizando el programa estadístico SPSS, así como el programa OFFICE 2007 al final del estudio de investigación se realizara la clasificación y tabulación de los datos obtenidos, para el análisis de las variables cuantitativas (Edad), se utilizarán medidas de tendencia central y para las variables cualitativas (Estado civil, Ocupación, Escolaridad, Religión, Violencia Familiar y Depresión), se utilizarán proporciones y porcentajes. Los resultados se representarán en gráficas de sectores para las variables cualitativas y de barras para las variables cuantitativas.

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio es factible, ya que durante la atención en primer nivel de atención médica se realiza la detección oportuna de cáncer de mama, referencia a segundo nivel en casos sospechosos, control y seguimiento clínico-terapéutico, así como, vigilancia epidemiológica de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

El presente proyecto se desarrollara atendiendo a los principios éticos, establecidos en la declaración de Helsinki, la normatividad de la Ley General de Salud y Estatus del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación, los cuales se resumen en:

1. Respeto a las personas ya que todos los individuos deben ser tratados como personas autónomas, se les informara en forma precisa y suficiente sobre lo que trata el proyecto favoreciendo con ello su participación libre y sin coerción.
2. Beneficencia. Ya que el objeto es la valoración integral de los pacientes con cáncer de mama, su actitud ante la muerte, nivel de información y actitud ante las voluntades anticipadas con la finalidad de ofrecerles la posibilidad de identificación de factores que influyan en un mejor manejo del proceso salud enfermedad del cáncer de mama, de la actitud que toman ante la muerte, así como, la actitud y el nivel de información de las voluntades anticipadas.
3. Equidad. En donde todos tienen el mismo derecho de participar y como una medida de continuidad en su derecho asistencial.

VIII.- ORGANIZACIÓN:

ASESOR DE INVESTIGACIÓN
INVESTIGADOR Y ENCUESTADOR

M EN IC. LUIS REY GARCÍA CÓRTEZ.
MC Y H Wendy Miranda Cruz.

IX. RESULTADOS.

La investigación se realizó en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social con la finalidad de describir el tipo de actitud ante la muerte, conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas.

Se aplicaron dos instrumentos de investigación: el primero consistente en el perfil revisado de actitudes ante la muerte (PAM-R) y el segundo referente al cuestionario de conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas.

1. En el presente estudio se observó con respecto a la edad una distribución normal de un total de 108 mujeres con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 incluidas en el estudio la media corresponde: 32 años; la mediana y la moda corresponde a 52 años con las siguientes medidas de dispersión con un rango de edad de 60 años; mínimo de 25 años y un máximo de 80 varianza: 125,789 y desviación típica de 11,216 . (Véase tabla y gráfica 1).
2. En cuanto al estado civil, se observó que el 51.9% es casada, el 20.4% es viuda, el 16.7% están divorciadas, el 7.4% son solteras y el 3.7% se encuentra en unión libre. (Véase tabla y gráfica 2).
3. Respecto a la escolaridad, se obtuvo que de las 108 pacientes; 42 estudiaron hasta la secundaria (38.9 %), 24 la primaria (22.2%), 24 la preparatoria (22.2%), 16 la universidad (14.8%), y 2 son analfabetas (1.9%). Véase (tabla y gráfica 3).
4. Tocante a la ocupación de las 108 pacientes, se obtuvo una frecuencia de 68 dedicadas al hogar (63%), 32 son empleadas (29.6%), 4 son comerciantes (3.7%) y 4 son jubiladas (3.7%). (Véase tabla y gráfica 4).

5. En las pacientes con cáncer de mama encuestadas, se encontró que 84 tiene de 1 a 3 hijos (77 %), seguido por 16 que tienen más de 3 hijos (14 %) y sólo 8 no tiene hijos (7%). (Véase tabla y gráfica 5).
6. De acuerdo al tiempo de diagnóstico, en la mayoría de los pacientes se observa un periodo corto de evolución de la enfermedad, 66 (61%) tienen una evolución de 1 a 3 años, 16 (14%) tienen una evolución menor de 1 año, 16 (14.8%) de 4 a 6 años y 14 (11%) más de 6 años de evolución. (Véase tabla y gráfico 6).
7. En base al tratamiento que han recibido, observamos que en general predomina el uso de combinación de tratamientos en un (55%) correspondiente a 60 pacientes, seguido por un (24.1%) de tratamiento previo sólo quimioterapia correspondiente a 26 pacientes, un (16.7%) de tratamiento previo sólo quirúrgico tocante a 18 pacientes, un (1.9%) de tratamiento previo de radioterapia respecto a 2 pacientes y un (1.9%) sin tratamiento previo referente a 2 pacientes. (Véase tabla y gráfica 7).
8. En base al tratamiento actual, observamos que en general predomina el tratamiento a base de quimioterapia en 60 (55%) pacientes, seguido por 22 (20.4%) pacientes sin tratamiento, en tercer lugar, 14 (13.7%) pacientes con combinación de tratamiento, en cuarto lugar 6 (5.6%) pacientes con tratamiento antihormonal, en quinto lugar, 4 (3.7%) pacientes con radioterapia y por último, cirugía 2 (1.9%) como tratamiento actual. (Véase tabla y gráfica 8).
9. La religión que predomina entre las participantes del estudio es la católica con 82 pacientes (75.9%); seguida de los profesantes de cristianismo 18 pacientes (16.7%); en tercer lugar aquellas que no profesan ninguna religión 4 pacientes (3.7%), en cuarto lugar, 2 Testigos de Jehová (1.9%) y en último lugar, 2 Mormones (1.9%). (Véase tabla y gráfica 9).

10. De las 108 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, 44 presentan una actitud de aceptación neutral (40.7%), 18 una actitud de evitación a la muerte (16.7%), 18 aceptación de acercamiento (16.7%), 14 una actitud de miedo a la muerte (13%) y 14 de aceptación de escape (13%). (Véase tabla y gráfica 10).
11. De las 108 pacientes encuestadas, el 100% de ellas tiene poco conocimiento sobre las voluntades anticipadas. (Véase tabla y gráfica 11).
12. De las 108 participantes del estudio, se observó una actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas en 86 pacientes (79.6%) seguido por una actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas en 22 pacientes (20.4%). (Véase tabla y gráfica 12).
13. De un total de 108 pacientes con cáncer de mama, se observó un predominio de la actitud neutral con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas en 36 pacientes (33.3%), seguido por la actitud de aceptación de acercamiento con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas en 14 pacientes (13%), en tercer lugar, una actitud de miedo a la muerte con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas 12 pacientes (11.1%), en cuarto lugar, una actitud de evitación a la muerte con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas 12 pacientes (11.1%), en quinto lugar, una actitud de aceptación de escape con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas 12 pacientes con (11.1%), en sexto lugar, una actitud de aceptación neutral con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas 8 pacientes (7.4%), en séptimo lugar, una actitud de evitación a la muerte con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas 6 pacientes (5.6%), en octavo lugar, 4 pacientes (3.7%) presentan actitud de aceptación de acercamiento con actitud negativa, en

noveno lugar, se presentan 2 pacientes con miedo a la muerte con actitud negativa ante el documento de voluntad anticipada (1.9%) y en último lugar, se observa una actitud de escape con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas en 2 pacientes (1.9%) (Véase tabla y gráfica 13).

X. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se observó que las pacientes con cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 presentaron una puntuación en relación con el perfil socio demográfico con distribución poblacional de un total de 108 pacientes incluidas en el estudio, la media corresponde a 32 años; la mediana y la moda corresponden a 52 años; estos resultados también se encontraron en (Romero-Figueroa MS et al 2005) con un promedio de 59. siendo más frecuentes en un grupo de 40 a 49 años, los cuales considero que se encuentran en aumento de incidencia de esta patología, el aumento en la frecuencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes no puede explicarse sólo por la transición en los patrones demográficos, ni por causas genéticas (que explican sólo el 5 % de los cánceres) sino por factores ambientales múltiples que en su interacción con el genoma producen cambios genotóxicos y epigenéticos, aún pendientes por identificar completamente.

En cuanto a estado civil predominante, el 51.9% de las pacientes son casadas, en cuestión al número de hijos, el 73% de las pacientes tienen de 1 a 3 hijos y con respecto a la ocupación predominante la mayoría son amas de casa 63%, es de llamar la atención, ya que es una patología que afecta el núcleo familiar de forma importante, pues la mayoría juegan diversos roles no sólo como esposa y madre, sino como, proveedora y en ocasiones como líder de familia.

Sin embargo, se encuentra que en segundo lugar, estas pacientes son empleadas en un casi 30%; esto es significativo ya que en cuestión de economía se calculó un promedio de vida de años productiva por cada mujer de \$3,107,505,000.00 pesos (Tres mil ciento siete millones quinientos cinco pesos) en el 2001. (Rodriguez Cuevas SA et al 2006).

En cuanto a la escolaridad el 38.9% de las pacientes tienen una escolaridad básica secundaria considero que es muy similar a lo encontrado en el estudio (Romero-Figueroa MS et al 2005) en el cual predominaron la escolaridad básica primaria completa, seguidas por secundaria completa. Esto es de llamar la atención ya que se encuentra como barrera de diagnóstico para la detección oportuna de cáncer de mama y factor de riesgo principal para la detección de cáncer en estadios ya avanzados.

De acuerdo con el tiempo de diagnóstico de cáncer de mama, el 61% es 1 a 3 años, al respecto Romero-Figueroa MS et al 2005, señala que las defunciones se presentaron en mujeres menores de 50 años que es casi la cuarta parte del total de las pacientes, lo cual lo lleva a considerar dos situaciones: que se debe a factores ambientales aún no especificados y a la falta de detección oportuna.

En cuestión al tratamiento que ha recibido el 55% de los pacientes presenta una combinación de tratamiento, con un tratamiento actual predominate la quimioterapia 55% menciona Romero-Figueroa MS et al 2005.

En cuestión a la religión que predomina en los pacientes es la católica 75.9% sin embargo considero que este es un hecho secundario por la colonización de México por España.

Con respecto la actitud ante la muerte, se observa que la puntuación mayor fue la dimensión de aceptación neutral de 40.7%, en lo cual se aprecia que la paciente con cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 ven la muerte como un acontecimiento natural. La muerte es una parte integral de la vida, estar vivo es vivir con la muerte y con el proceso de morir, (Armstrong, 1987) ni se le teme a la muerte ni se le da la bienvenida; simplemente se le acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a

una vida finita. Por lo tanto, implica una actitud ambivalente o indiferente (Hooper & Spilka, 1970).

Seguido por la actitud de evitación de la muerte 16.7% y aceptación de acercamiento 16.7%.

Dentro del contexto de actitud de evitación de la muerte, se asocia con el malestar psicológico. En las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 se relaciona también con depresión. Es posible que esto les impida afrontar los pensamientos y sentimientos sobre la muerte que existen por debajo de la conciencia consiente pero que afectan a la conducta; el fracaso al intentar esto crea malestar psicológico (Templer, 1971).

Y en relación con la actitud de aceptación de acercamiento implica la creencia en la vida feliz después de la muerte (Dixon & Kinlaw, 1983,) en la cual predomina que las pacientes con fuertes compromisos religiosos creyeran en una vida después de la muerte y que mostraran menos miedo a la misma. (Jeffers, Nichols & Eisdorfer, 1961).

Y por último, el 13% de las pacientes encuentra actitud de miedo a la muerte, así como, el 13% presenta de aceptación de escape.

En relación a la actitud de miedo a la muerte, se percibe como situación universal y que su ausencia puede reflejar negación de la misma (Bakan, 1971; Becker, 1973; Marshall, 1980). Se teme a la muerte por diferentes razones, la pérdida de sí mismo, lo desconocido del más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la oportunidad pérdida para la expiación y la salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. (Feifel, 1974 & Fry, 1990)

Así mismo, la actitud de aceptación de escape cuando la vida está llena de dolor y miseria, la muerte puede ser una alternativa bienvenida. Vernon en 1972 sugirió que el miedo a vivir bajo ciertas condiciones puede ser más fuerte que el miedo a la muerte. Cuando el sufrimiento y el dolor aplastan a la gente, y hay pocas posibilidades de alivio, la muerte parece ofrecer el único escape. Por lo tanto, en la aceptación de escape la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la “bondad” inherente de la muerte, si no en la “maldad” de la vida. Normalmente, las personas muestran aceptación de escape, porque no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de la existencia.

Las pacientes con cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64, muestran una actitud positiva hacia el documento de voluntades anticipadas en un 80%, pero se tiene poco conocimiento en un 100% sobre las voluntades anticipadas. Las actitudes más positivas hacia el documento de voluntades anticipadas se observan en las personas con mayor nivel de estudios, y tal vez por ello con más facilidad para la comprensión de todos los aspectos con él relacionados, también se aprecia, una mejor actitud en quienes quizá han reflexionado profundamente sobre el final de la vida, por haber acompañado a familiares o personas cercanas en esos momentos en los cuales el documento de voluntades anticipadas podría haber sido de ayuda. (Fernando Andrés-Prete).

En el presente estudio, se observó que las pacientes con cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 presentaron una puntuación de 33.3% con actitud positiva ante el documento de voluntad anticipada a pesar de tener poco conocimiento sobre el mismo, esto es, la actitud de aceptación neutral en la cual se percibe la muerte como la ambivalencia presente en la persona ante

el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, donde se percibe como un hecho innegable de la vida y se intenta aprovechar al máximo cada experiencia que se viva, mostrando una actitud positiva hacia el documento de voluntades anticipadas, pero es baja la proporción que lo conoce.

XI. TABLAS Y GRÁFICAS

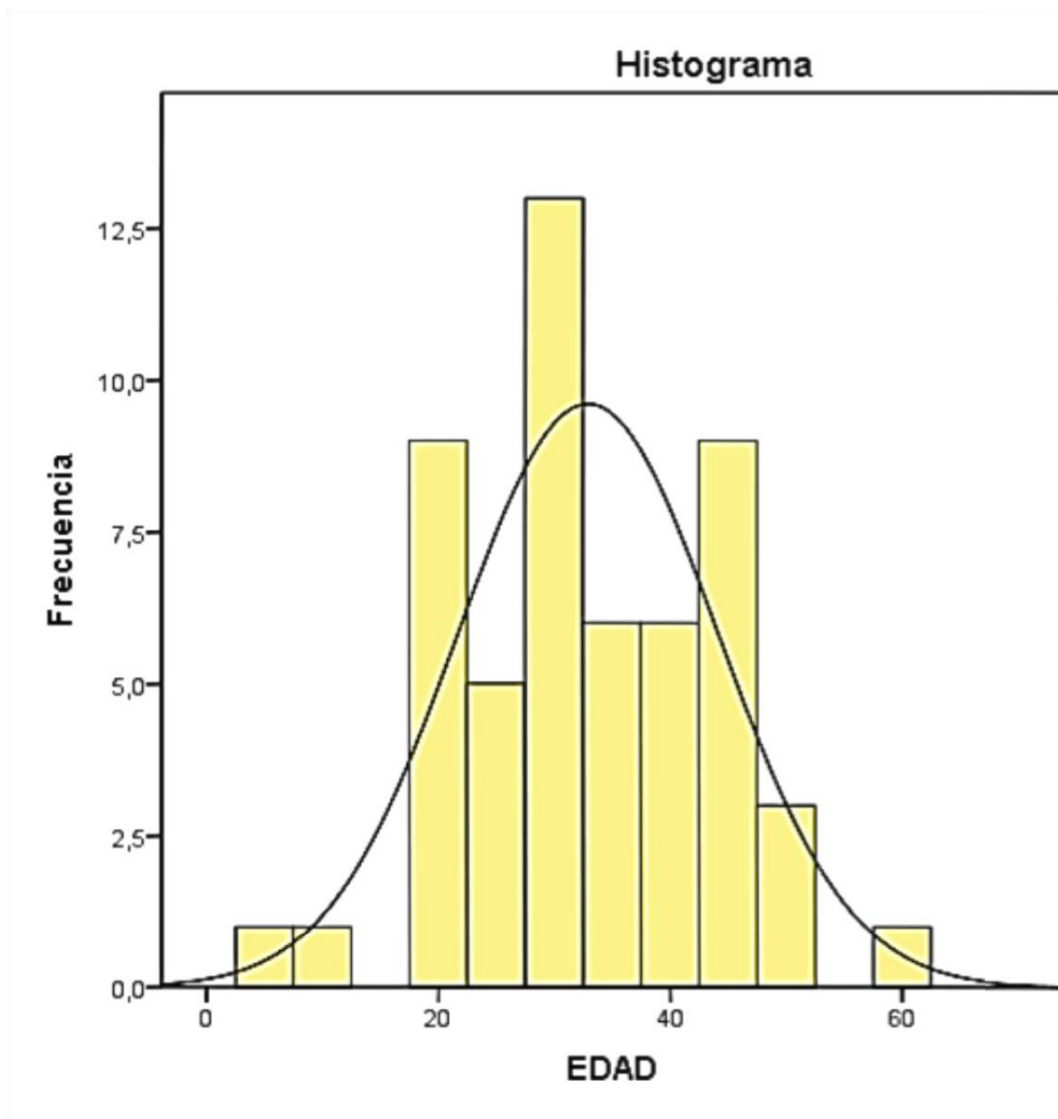
TABLA 1:

Edad de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.	
EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA
25	2
32	2
38	4
39	6
40	2
41	2
42	4
44	6
45	2
47	2
48	8
50	6
51	2
52	10
53	4
54	2
55	4
56	2
58	2
60	4
61	2
62	4
63	2
64	4
65	6
66	2
67	4
70	4
72	2
80 Y MAS	2
Total	108

Fuente:
concentrado de datos.

GRAFICO 1: Edad de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

GRÁFICO 1:



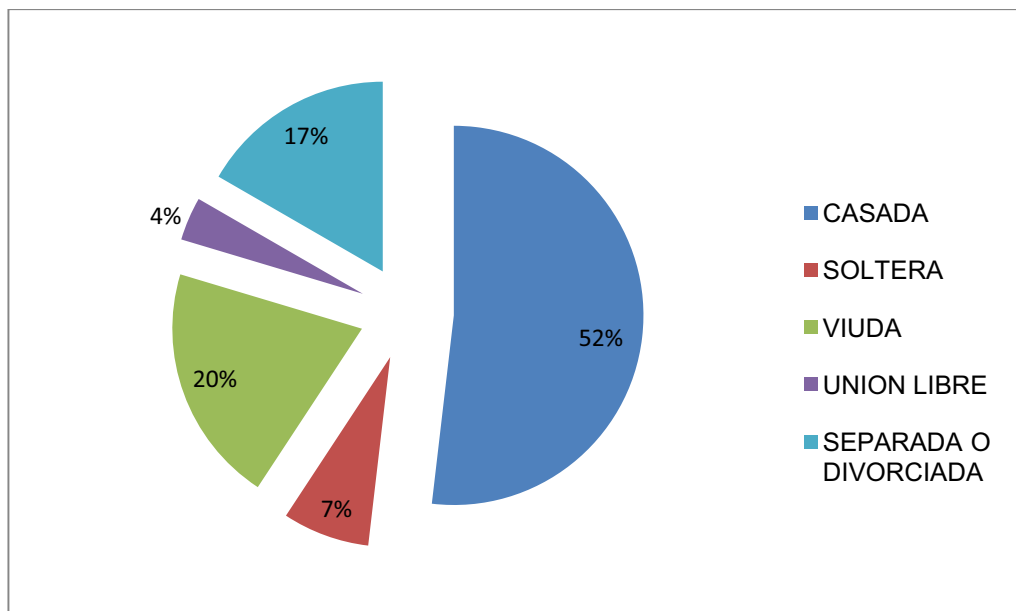
Fuente: tabla 1

TABLA 2: Estado civil de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	56	51.9%
Soltera	8	7.4%
Viuda	22	20.4%
Unión libre	4	3.7%
Separada o divorciada	18	16.7%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 2: Estado civil de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio



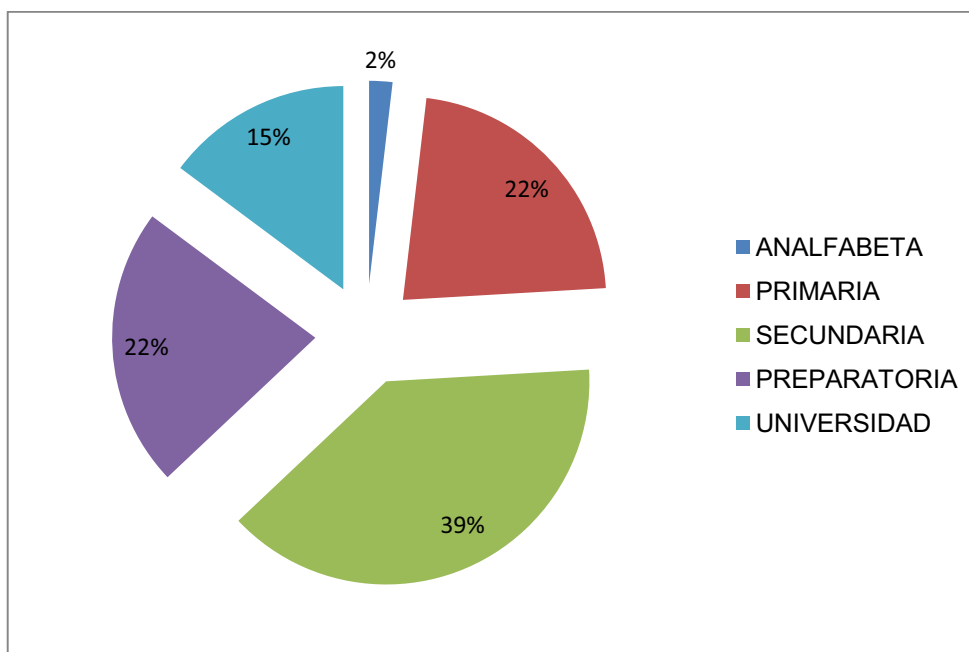
Fuente: tabla 2

TABLA 3: Escolaridad de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	2	1.9%
Primaria	24	22.2%
Secundaria	42	38.9%
Preparatoria	24	22.2%
Universidad	16	14.8%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 3: Escolaridad de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.



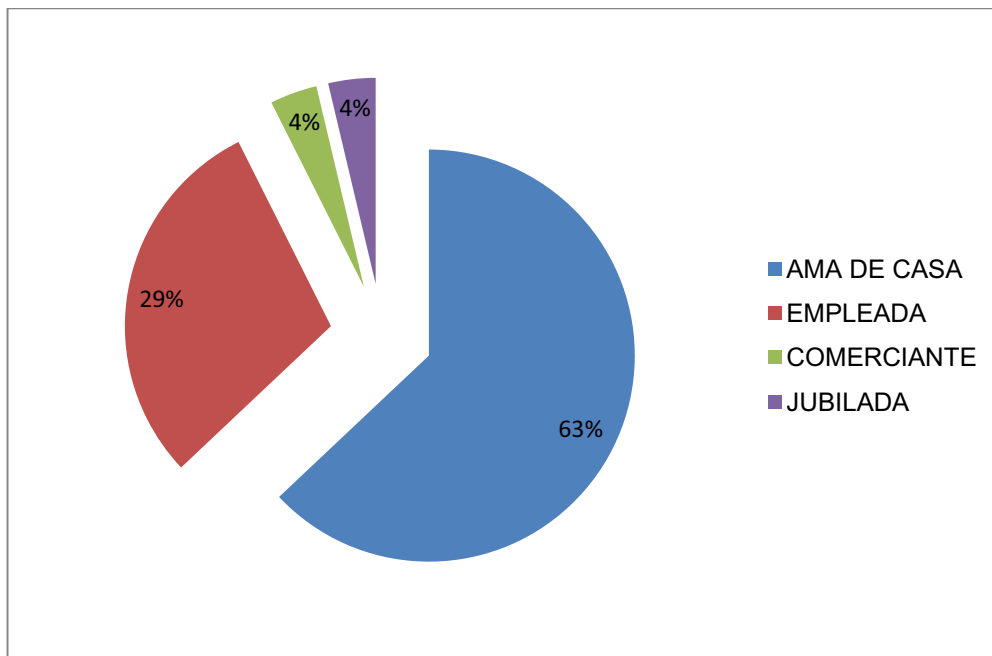
Fuente: tabla 3

TABLA 4: Ocupación de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	68	63.0%
EMPLEADA	32	29.6%
COMERCIANTE	4	3.7%
JUBILADA	4	3.7%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 4: Ocupación de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.



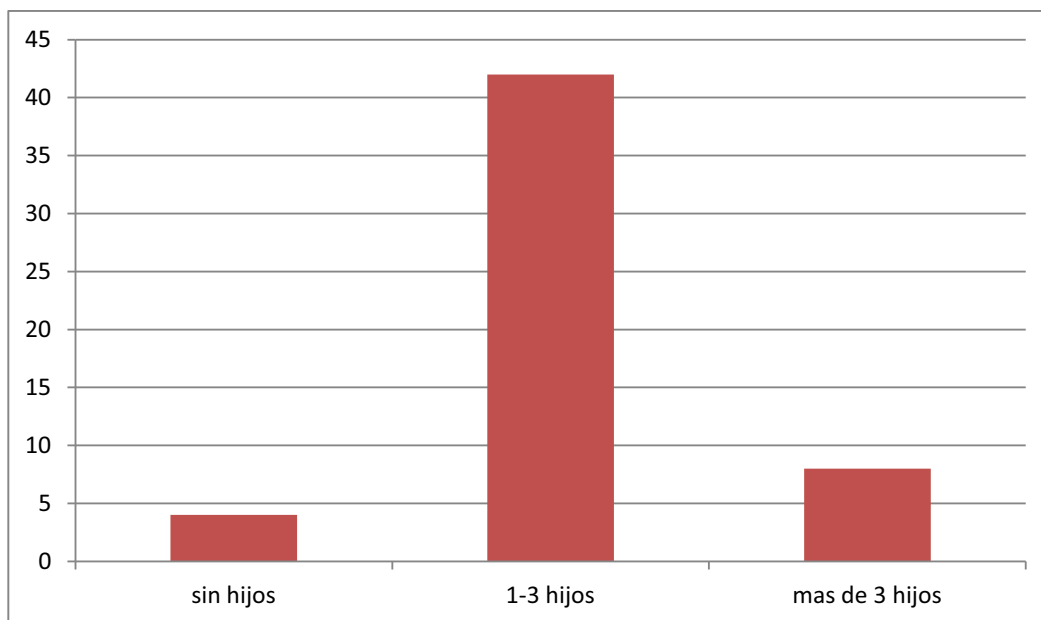
Fuente: tabla 4

TABLA 5: El número de hijos de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin hijos	8	7.4%
1-3 hijos	84	77.8%
Más de 3 hijos	16	14.8%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 5: El número de hijos de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013 implicadas en el presente estudio.



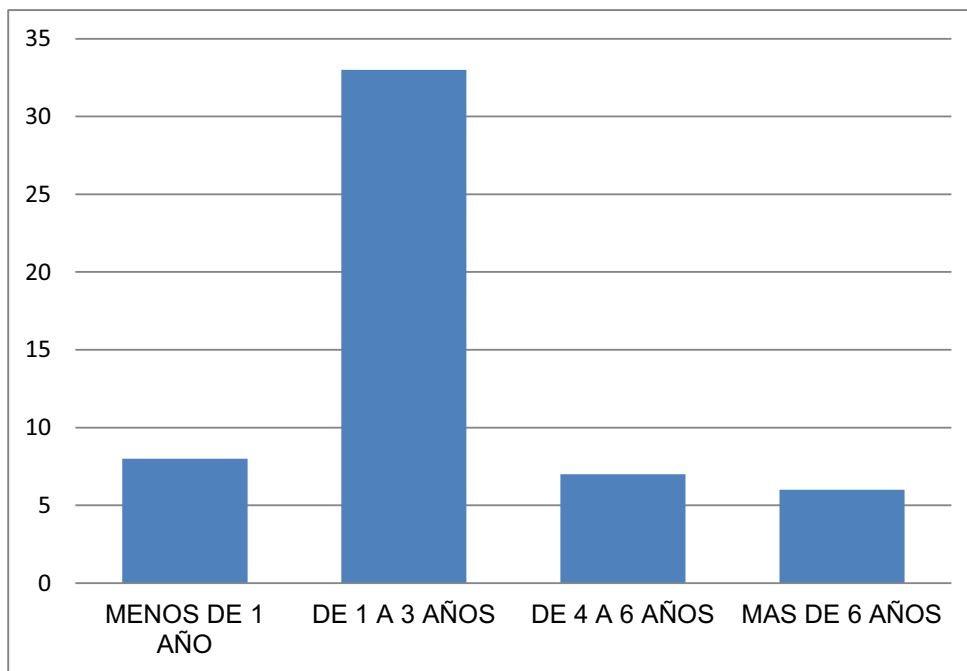
Fuente: tabla 5

TABLA 6: El tiempo de diagnóstico de cáncer de mama de las pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

TIEMPO DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	16	14.8%
De 1 a 3 años	66	61.1%
De 4 a 6 años	14	13.0%
Más de 6 años	12	11.1%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICA 6: El tiempo de diagnóstico de cáncer de mama de las pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



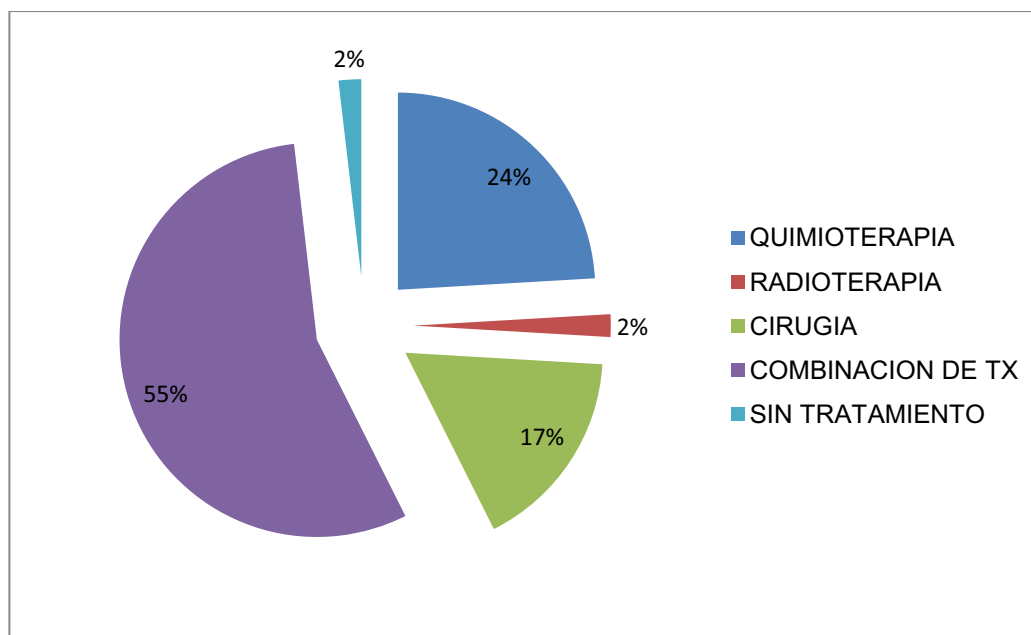
Fuente: tabla 6

TABLA 7: Tratamiento que ha recibido las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Quimioterapia.	26	24.1%
Radioterapia.	2	1.9%
Cirugía.	18	16.7%
Combinación de alguno de los tratamientos anteriores.	60	55.6%
Sin tratamiento.	2	1.9%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICA 7: Tratamiento que ha recibido las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



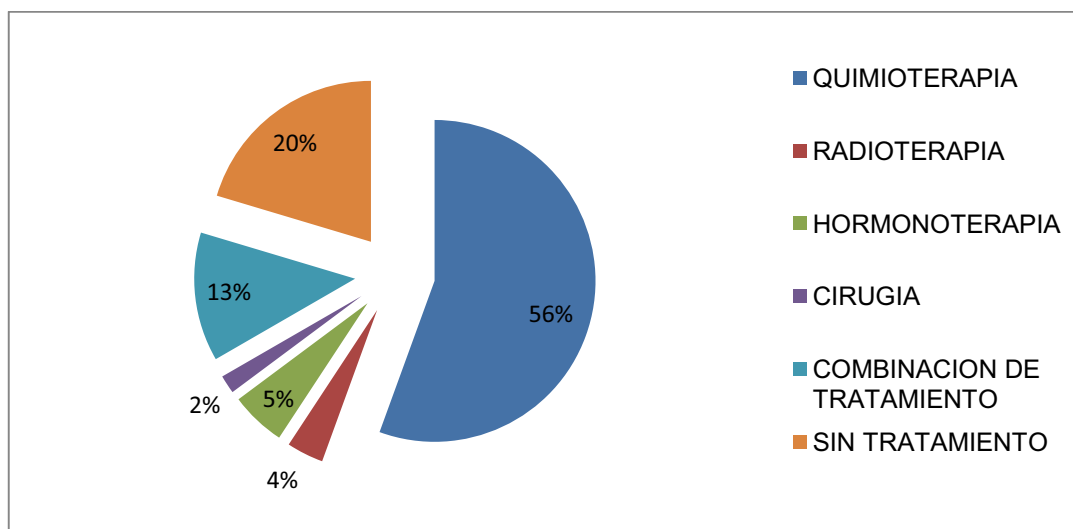
Fuente: tabla 7

TABLA 8: Tratamiento actual de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

TRATAMIENTO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Quimioterapia	60	55.6%
Radioterapia	4	3.7%
Hormonoterapia	6	5.6%
Cirugía	2	1.9%
Combinación de tratamiento	14	13.0%
Sin tratamiento	22	20.4%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 8: Tratamiento actual de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



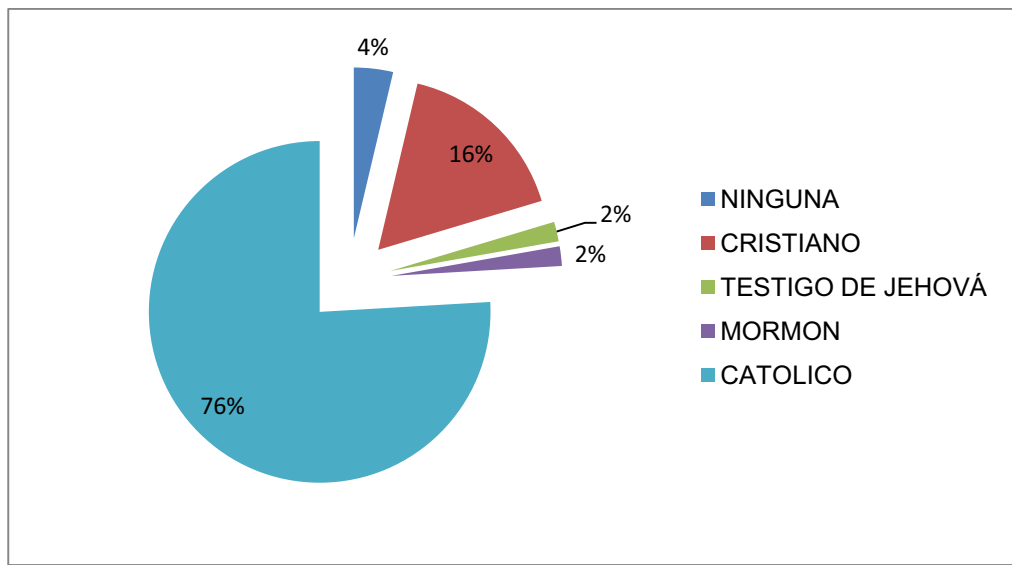
Fuente: tabla 8

TABLA 9: Religión de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	4	3.7%
Cristiano	18	16.7%
Testigo de Jehová	2	1.9%
Mormón	2	1.9%
Católico	82	75.9%
Total	108	100.0%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 9: Religión de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



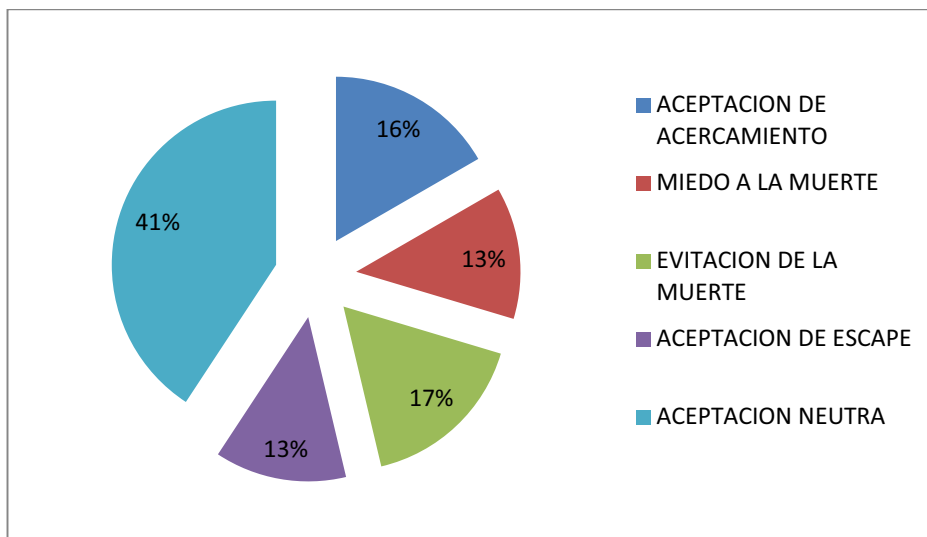
Fuente: tabla 9

TABLA10: Actitud ante la muerte de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar no. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

ACTITUD ANTE LA MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aceptación de acercamiento	18	16.7%
Miedo a la muerte	14	13%
Evitación de la muerte	18	16.7%
Aceptación de escape	14	13%
Aceptación neutral	44	40.7%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO: Actitud ante la muerte de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



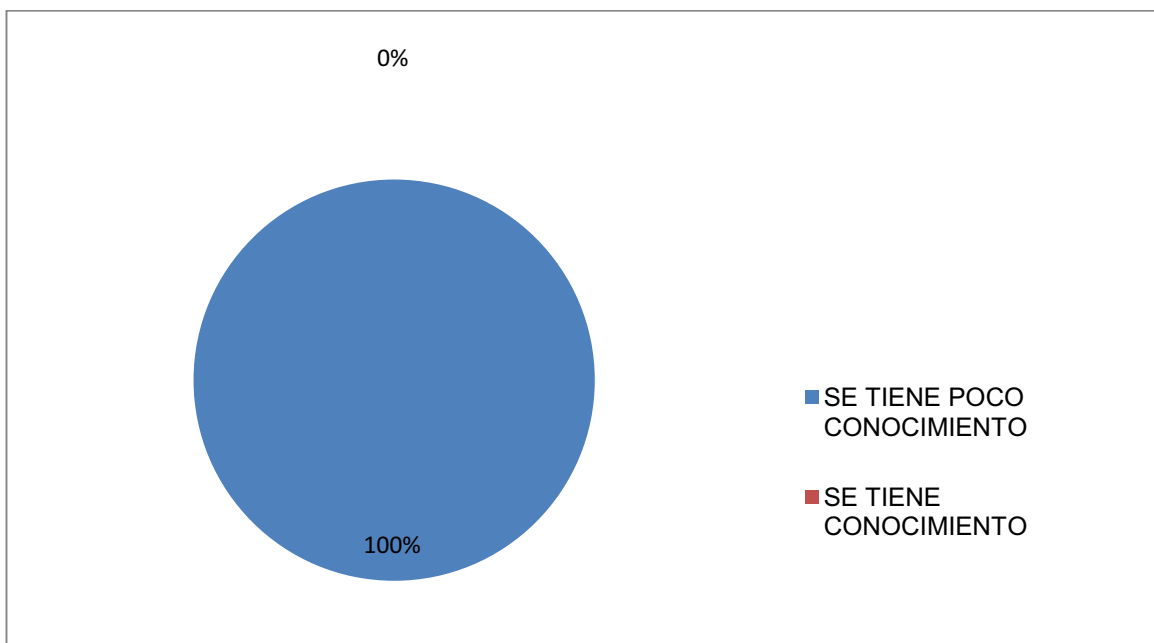
Fuente: tabla10.

TABLA 11: Conocimiento de las voluntades anticipadas de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

CONOCIMIENTO DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se tiene poco conocimiento.	108	100.0%
Se tiene conocimiento.	0	0.0%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 11: Conocimiento de las voluntades anticipadas de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



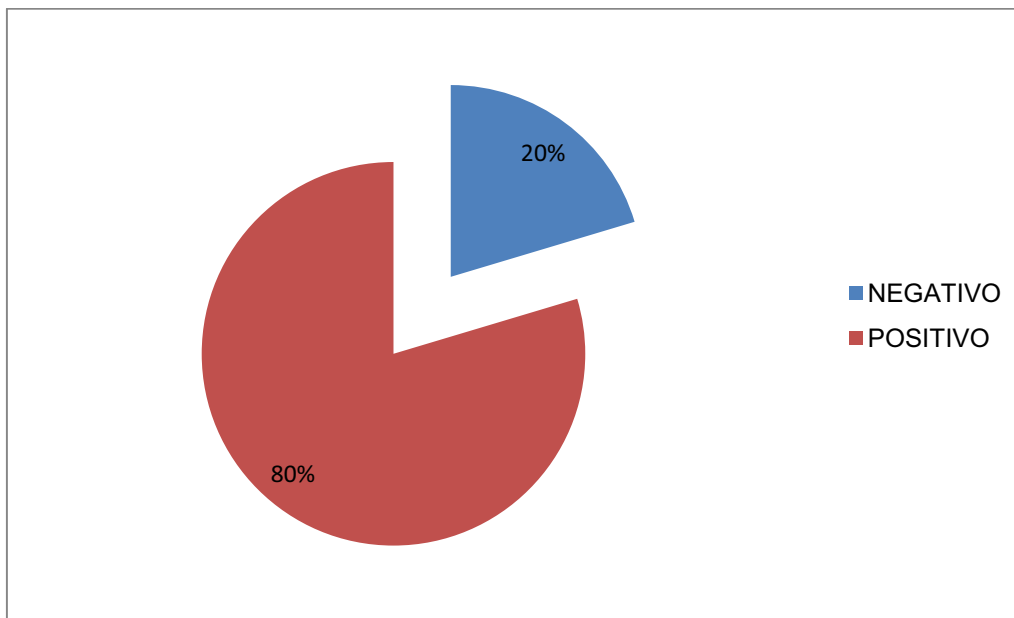
Fuente: tabla 11

TABLA 12: Actitud ante el documento de voluntades anticipadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

ACTITUD ANTE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	22	20.4
Positivo	86	79.6

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICO 12: Actitud ante documento de voluntades anticipadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



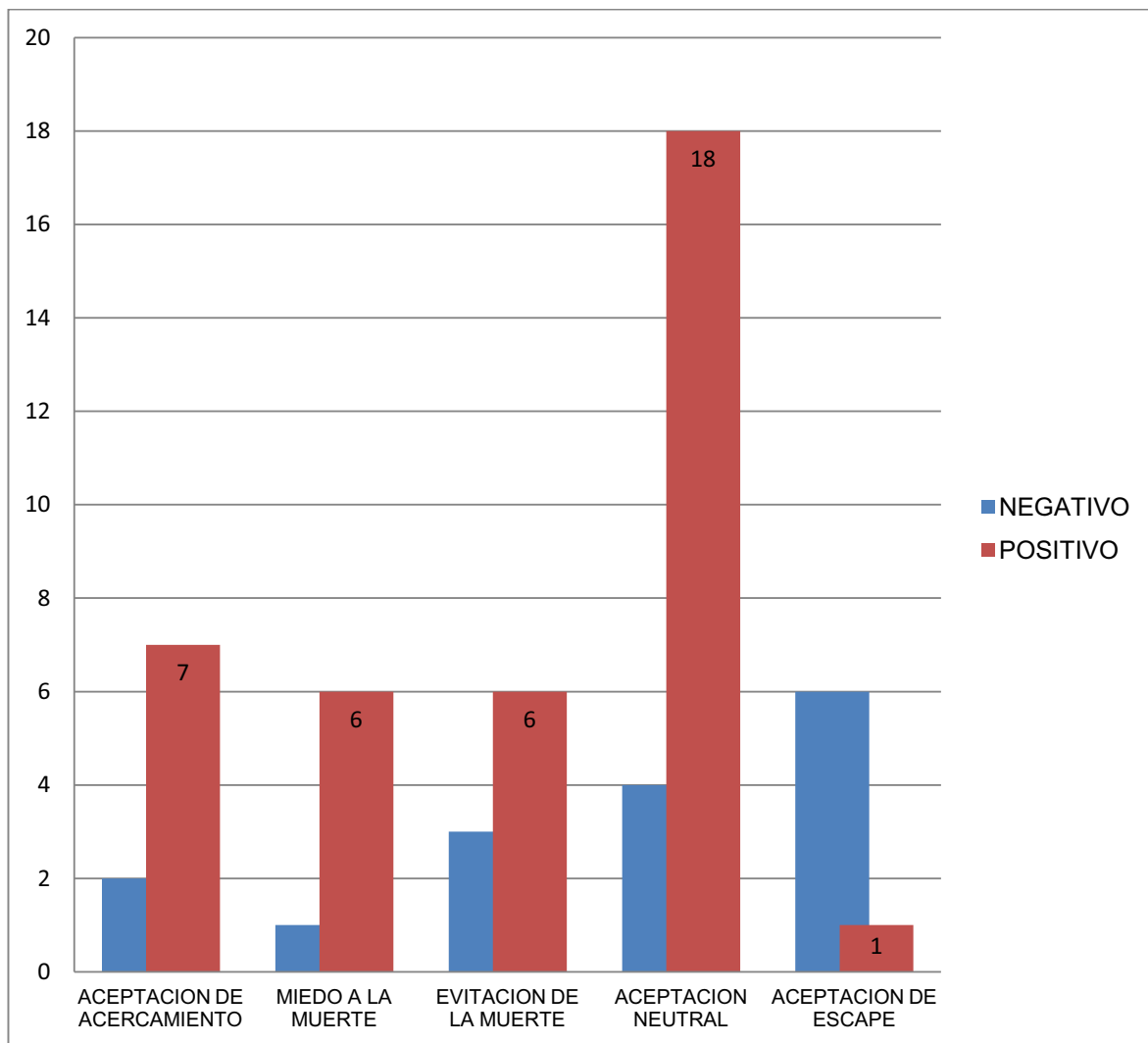
Fuente: tabla 12

TABLA 13: Frecuencia de actitud ante la muerte y actitud ante el documento de voluntades anticipadas en pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.

ACTITUD ANTE LA MUERTE Y ACTITUD ANTE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aceptación de acercamiento con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas.	14	13%
Aceptación de acercamiento con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas.	4	3.7%
Miedo a la muerte con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas.	12	11%
Miedo a la muerte con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas.	2	1.9%
Evitación de la muerte con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas.	12	11%
Evitación de la muerte con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas.	6	5.6%
Aceptación neutral con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas.	36	33%
Aceptación neutral con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas.	8	7.4
Aceptación de escape con actitud positiva ante el documento de voluntades anticipadas.	2	1.9
Aceptación de escape con actitud negativa ante el documento de voluntades anticipadas.	12	11%

Fuente: concentrado de datos.

GRAFICA 13: Frecuencia de actitud ante la muerte y actitud ante el documento de voluntades anticipadas en pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013.



Fuente: tabla 12

XII.- CONCLUSIONES

Del presente trabajo de tesis, se ha llegado a diferentes conclusiones tanto a nivel personal, como profesional, así como, en el ámbito institucional y médico-legal.

El tema de cáncer de mama, la muerte y las voluntades anticipadas siempre han sido temas complejos debido al poco contenido revelado sobre ellos, se sabe que es parte del proceso de la vida pero aun cuesta darle una visión como un paradigma distinto, aunque se observa mayor aceptación en la actualidad.

Respecto al aumento en la incidencia del cáncer de mama en las mujeres jóvenes, se sospecha que se debe a factores ambientales múltiples, que en su interacción con el genoma producen cambios genotóxicos y epigenéticos, aún pendientes por identificar completamente, ya que las zonas geográficas con mayores tasas de mortalidad en el Estado de México, se caracterizaron por tener como actividad económica principal la agricultura y la industria, pudiendo esto determinar una mayor exposición a disruptores endocrinos y contaminantes ambientales.

La detección de cáncer de mama, se sigue consultando y diagnosticándose en etapas avanzadas, lo que debe servir como indicador epidemiológico para la planificación de los recursos necesarios para el diagnóstico oportuno y tratamiento.

Es necesario reconocer las circunstancias sociales, económicas, psicológicas y culturales que han rodeado a las pacientes con cáncer de mama, ya que inciden directamente en la actitud que esta pueda tener hacia la muerte y en consecuencia a la formalización del documento de voluntades anticipadas, igualmente se pueden reconocer los condicionamientos externos que influyen sobre esta actitud, uno de ellos es la creencia religiosa, especialmente en México dado que hay un fuerte arraigo socio-religioso católico.

Se puede ver una incidencia, importante en el nivel educativo alcanzado por las pacientes con cáncer de mama, respecto a la actitud que se toma frente a la muerte y el documento de voluntades anticipadas.

Aún con los antecedentes de investigación hallados y de la información recolectada en esta investigación, se ha encontrado que hay un nivel elevado de aceptación neutral hacia el tema de la muerte, que contrasta con actitudes que podrían haberse esperado calificaran más alto, como miedo a la muerte. Estos resultados llevan a comprender que el paradigma acerca de la muerte es cambiante, posiblemente por factores socio-culturales.

A pesar de la opinión favorable que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 tienen del documento de voluntades anticipadas, la proporción de documentos formalizados es muy baja.

Es difícil ahondar, desde nuestros datos, en la causa de esta discordancia, podríamos inferir que el poco conocimiento sobre el documento de las voluntades anticipadas, la autocomplacencia del paciente y la persistencia de una medicina tradicionalmente paternalista en México, podrían ser algunas de las causas principales.

Esta autocomplacencia se manifiesta en la adopción de un papel pasivo del paciente frente a las decisiones terapéuticas que le afectan y en un deseo de no tener más información que la que el médico, a su buen criterio, le proporciona.

En México, por el contrario, no existe una ley federal especial sobre voluntades anticipadas, salvo el marco general previsto en la Ley General de Salud, y las leyes estatales son todavía muy pocas, por lo tanto, en nuestro país los conflictos prácticos en el territorio médico legal son mayores, aunados a la ya conflictiva posibilidad de prever situaciones clínicas futuras en momentos de incertidumbre.

Actualmente, la posibilidad personal para prever el nivel, tipo de atención y tratamientos para el final de la vida, en un documento con consecuencias jurídicas definidas, es un fenómeno emergente debido a su escasa legislación y el desconocimiento médico del contenido, función y alcance de la voluntad anticipada.

La voluntad anticipada tiene como principal fundamento el principio de autonomía o de autodeterminación individual; pero no es el único, por medio de este se intenta resolver los problemas bioéticos – jurídicos que se plantea la medicina actual con la regulación y aplicación de dicho acto, de forma operativa y valores éticos.

La función médica del documento de voluntad anticipada consiste, en un sentido restringido, en evitar dos extremos maleficentes en la atención médica, la obstinación terapéutica y la eutanasia, ambas prohibidas en la Ley General de Salud, y por otra parte, permitir la planificación estratégica de los tratamientos médicos en circunstancias concretas.

Hay que insistir en explicar y redactar adecuadamente los documentos a fin de que no se presten a solicitudes antiéticas o antijurídicas; estos documentos pueden ser de ayuda en los casos de opiniones contrarias entre miembros de la familia o de ésta con el equipo de salud, especialmente sobre quién estará a cargo de las decisiones terminales, trasplantes, medidas médicas y otras que en ocasiones producen desgaste innecesario en estos sectores.

La planificación estratégica del tratamiento consiste en que el médico junto con el paciente (y en la medida de lo posible, su familia), con base en el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad conocida y padecida deliberan y toman decisiones conjuntas sobre el tipo y nivel de atención y tratamiento disponible en función del

avance de la ciencia médica, de los valores éticos implicados y del orden jurídico vigente.

Obviamente la incertidumbre de la práctica clínica no desaparecerá con las voluntades anticipadas, pero puede favorecer a la toma de decisiones si se tiene en cuenta la autonomía del paciente y se integra en la planificación de lo que deseé para el final de su vida.

Se necesitan mayores medidas de difusión del documento de voluntades anticipadas, que permitan a cada persona expresar su voluntad según sus propios valores, siendo importante destacar que será hasta que se cumplimenten cuando se podrán efectuar nuevos estudios para conocer las decisiones que más preocupan a los pacientes, así como, la mejor forma de facilitarles el acceso a sus derechos al final de la vida.

XIII.- RECOMENDACIONES

En cuanto a esta investigación considero que las pacientes con cáncer de mama es una población vulnerable, por lo que implica padecer este tipo de enfermedad, ser amas de casa y en edad productiva, por lo que se recomienda contar con el soporte emocional de sus familiares, al jugar un papel fundamental en esta etapa de duelo, donde se precisa de su comprensión y compañía.

Las recomendaciones internacionales en cuanto a los grupos etarios (que toman como referencia la edad promedio de diagnóstico de 58 años) a los cuales debe realizarse mastografía como método de prevención secundaria, medida con la cual se disminuye la mortalidad, en aproximadamente 30 %, deben ser revisadas y adaptadas para el Estado de México.

A nivel espiritual la paciente con cáncer de mama cuenta con una serie de experiencias durante el proceso para la recuperación de su salud, así como, la aceptación de su propia muerte que deben ser tenidas en cuenta a la hora de abordar las crisis por las que pasa en esta etapa vital. Desde este punto, se recomienda ofrecer apoyos espirituales para que superen la barrera de la actitud ambivalente o indiferente predominante en este grupo de pacientes con asesoramiento tanatológico con la finalidad aceptar, afrontar y superar el miedo a la muerte.

Para una atención integral hacia pacientes de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64, se recomienda desarrollar programas diseñados para el abordaje de aspectos críticos como el tema de su propia muerte, aceptación y acompañamiento de su enfermedad terminal, entre otras, que forman parte de este ciclo final de la vida.

Con respecto a la actitud ante el documento de voluntades anticipadas en pacientes con cáncer de mama, se recomienda que se realicen planes de desarrollo social encaminados al logro de difusión de este recurso, como lo es, el

planear una muerte digna de estas poblaciones específicas; permitiendo con ello un acercamiento a los procesos y significados que se tienen sobre la muerte, el bien morir o muerte digna, en una etapa terminal de la vida y el uso de este recurso como ejercicio de autonomía del paciente en etapa terminal con la finalidad de responsabilizarse de su situación, facilitando el proceso de acompañamiento, por parte de psicólogos y del personal de salud, tanto a los sujetos implícitos en este trabajo, como a sus familiares y círculos relacionales cercanos.

La toma de decisiones en situación de incertidumbre siempre es difícil, pero si los pacientes realizan voluntades anticipadas asesorados, preparados en un proceso sereno de comunicación médico-paciente, será fácil llevar adelante las decisiones que se presenten al final de la vida, y se recomienda al representante asumir el papel de intérprete de los valores del paciente.

Se recomienda que los médicos familiares adquieran como responsabilidad médica el otorgamiento y asesoramiento adecuado para la correcta cumplimentación del documento de voluntades anticipadas.

Sería recomendable realizar una investigación en los derechohabientes, para ver qué medios, tratamientos o procedimientos médicos, no desean ser sometidos, así como el nivel de información que tienen sobre los cuidados paliativos.

Se recomienda que el marco jurídico aplicable a la voluntad anticipada sea más completo y se propone que se legisle a nivel federal una ley de estas características.

XIV.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence Word Helth Organization. Lion: IARC Press, 2002.,
2. Mettlin C. Global Breast cancer mortality statistics.CA Cancer J Clin 1999; 49: 138-44
3. Compendio del registro histopatológico de neoplasias en México. Morbilidad y mortalidad. México: Secretaría de Salud, 1999
4. Rodríguez Cuevas SA y Capurso García M. Epidemiología del cáncer de mama, Ginecología y Obstetricia México 2006; 74:585-93
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Principales causas de mortalidad. Grupo: edad reproductiva 15-64 años. Censo de población adscrita a médico familiar. SISMOR 2004-2007
6. Coordinación de Información de Salud., Delegación del Estado de México Poniente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Reporte Básico de Defunciones, 2002-2007
7. Arturo Novoa Vargas, Mariel Pliego Aguilar, Historia Natural del cáncer de mama; Ginecología y Obstetricia México 2006;74:115-20
8. Wooster R, Neuhausen S, Mangion J, et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA 2, to chromosome 13q 12-13. Science 1994; 265:2088-90
9. Rivera-Claise E, Rodríguez-Cuevas S.A., Luna Pérez P. Epidemiologia y aspectos genéticos del cáncer de mama. Cir Gral 1997; 19: 180-6.
10. Dupon DW, Page DL. Breast cancer risk associated with proliferative disease, age at firts birth and a family history of breast cancer. Am J Epidemiol 1987; 125: 769-79.
11. Shaaban AM, Sloane JP, West CR, et al. Histopatological types of benign breast lesions and the risk of breast cancer.
12. Blot WJ, McLaughlin JK. Geographic Patterns of breast cancer among American Women (editorial). J Natl Cancer Inst. 1995;87:1819-20
13. Henson DE, Tarone RE. On the possible role of involution in the natural

history of breast cancer. *Cancer* 1993; 71 (6):2154-56.

14. Vogel PM, Georgiade NG, Fetter BF, et al. The correlation of histologic changes in the human breast with the menstrual cycle. *Am J Pathol* 1981; 104: 23-34.
15. Romieu I, Berlin JA, Colditz G. Oral contraceptives and breast cancer. Review and meta-analysis. *Cancer* 1990; 66: 2253-63.
16. Greenwald P, Sherwood K, McDonal SS. Fat, caloric intake and obesity: Lifestyle risk factors for breast cancer. *J Am Diet Assoc* 1997; 97 (suppl:524-30).
17. Vogel VG, Bevers T Handbook of breast cancer risk-assessment. Evidence-based guidelines for evaluation, prevention, counseling and treatment. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2003. ISBN 0-7637-1860-2).
18. Adair R, Berg J, Joubert L, et al. Long-team follow up of breast cancer patients: The 30-year report. *Cáncer* 1974; 33:33 11 45-50.
19. María Isabel Rodríguez Fernández, Aquilino Polaino Lorete; *Afrontamiento del cáncer y sentido a la vida: un estudio empírico y clínico*; Madrid 2006
20. Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death attitudes profile-Revised. En: R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety Handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 121-148). Washington: Taylor & Francis
21. Catt, S., Blanchard, M., Addington-Hall, J., Zis, M., Blizard, R., & King, M. (2005). Older adult's attitudes to death, palliative treatment and hospice care. *Palliative Medicine*, 19, 402-410
22. Ardelt, M. & Koenig, C. (2006). The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*, 28, 184-215
23. Núñez., L., Cabrera, M., Vázquez, R. (2007) *Actitud que tiene ante la muerte el adulto mayor con enfermedad en fase terminal*. *Revista Cubana de Informática Médica*, 3 (5), 70-79
24. Álvarez L, Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga, revista Colombiana de psicología No.17 2008 ISSN 0121-5489 Bogotá Colombia

25. Artículo 4, Fr. XXXV de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México; publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de Mayo del 2013.
26. Vilches, L. (2002). Concepciones, sentimientos y creencias acerca de la muerte en adultos mayores de nivel de educación superior. *Revista de Psicología*, 9, 1-14
27. (El Código de Núremberg [Fecha de acceso 27 de mayo de 2002] URL disponible en <http://www.unav.es/humbiomedicas/nuremberg.html>)
28. [Fecha de acceso 1 de abril de 2002]. URL disponible en <http://www.umng.edu.co/cimed/Postgrado/BELMONT.doc>
29. CONAMED. Carta de los derechos generales de los pacientes. 2007. <http://www.conamed.gob.mx>
30. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987; Código-Guía Bioética de conducta profesional. Agosto del 2001. Comisión Nacional de Bioética. SSA. México. Capítulo IV. “El paciente moribundo”; Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. CONAMED.
31. Encuesta a población abierta sobre contenidos aplicables a los documentos de voluntades anticipadas Dra. María de la Luz Casas M. revista CONAMED, Volumen12, Número 4, Octubre –Diciembre 2007
32. Santos de Unamuno C. Documento de Voluntades Anticipadas: actitud de los pacientes de Atención Primaria. 2003; 32:30–5.
33. Cugliari AM, Miller T, Sobal J. Factors promoting completion of advance directives in the hospital. *Arch Intern Med*. 1995; 155:1893–8.
34. Wissow LS, Belote A, Kramer W, et al. Promoting advance directives among elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2004; 19:944–51
35. Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP, et al. The effect of discussions about advance directives on patient’s satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2001;16:32–40
36. Wenger NS, Kanouse DE, Collins RL, et al. End-of-life discussions and preferences among persons with HIV. *JAMA*. 2001; 285:2880–90.)

XV.- ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ACTITUD ANTE LA MUERTE , CONOCIMIENTO Y ACTITUD ANTE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DE LA UMF NO. 64
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	SEPTIEMBRE –OCTUBRE DEL 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Explorar la actitud ante la muerte, el conocimiento y actitudes sobre las voluntades anticipadas con el fin de identificar la actitud, el grado de conocimiento sobre el tema.
Procedimientos:	Encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se notificara sus resultados de forma personal acerca de la actitud que presenta ante la muerte así como se proporcionara información acerca de la cumplimentación del documento de las voluntades anticipadas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará la interpretación de los resultados de forma personal y se proporcionara información y proceso para cumplimentación de voluntades anticipadas.
Participación o retiro:	La paciente tiene derecho a retirarse de la encuesta en el momento en que ella lo desee
Privacidad y confidencialidad:	Todas las preguntas serán estrictamente confidenciales.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: M.C. y H. Wendy Miranda Cruz.

Colaboradores: **M EN IC. LUIS REY GARCÍA CÓRTEZ**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ACTITUD ANTE LA MUERTE, CONOCIMIENTO Y ACTITUD ANTE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS.

Por medio de la presente:

NO. REGISTRO: R-2013-1408-45

Aprovecho para saludarle, e invitarle a responder el presente cuestionario. Las respuestas son confidenciales y tienen por objeto explorar su actitud ante la muerte, conocimientos y actitudes sobre las voluntades anticipadas con el fin de identificar la actitud, el grado de conocimiento sobre el tema.

FICHA DE IDENTIFICACION PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Marque en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

1.- EDAD:

2.- ESTADO CIVIL:

1. Casada

2. Soltera

3. Viuda

4. Unión libre

5. Separada o divorciada

3.- ESCOLARIDAD:

1. Analfabeta

2. Primaria

3. Secundaria

4. Preparatoria

5. Universidad

6. Posgrado maestría o

4.- OCUPACIÓN:

1. Ama de casa

2. Empleada

3. Comerciante

4. Jubilada

5. Estudiante

6. Otro: _____

5.- NÚMERO DE HIJOS:

1. Sin hijos

2. De 1 a 3 hijos

3. más de 3 hijos

6.- TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA: _____

7.-TRATAMIENTOS QUE RECIBIÓ:

1. Quimioterapia 2. Radioterapia 3. Hormonoterapia
4. Cirugía 5. Combinación de alguno de los tratamientos anteriores 6. Sin tratamiento

8.- TRATAMIENTO ACTUAL:

1. Solo Quimioterapia. 2. Solo Radioterapia 3. Solo hormonoterapia
4. Solo quirúrgico. 5. Combinación de alguno de los tratamientos anteriores 6. Sin tratamiento

9.- RELIGIÓN:

1. Ninguna 2. Cristiano
3. Judía 4. Testigo de Jehová
5. Mormon 6. Católico
7. Otra: _____

ACTITUDES HACIA LA MUERTE

A continuación encontrará una serie de enunciados que expresan comportamientos, sentimientos y situaciones de la vida cotidiana que pueden o no parecerse a los que tiene a menudo. En frente de cada uno de los enunciados debe marcar con una X la frecuencia con que los vivencia.

Este cuestionario tiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lee cada información cuidadosamente e indica luego hasta que punto estás de acuerdo o en desacuerdo.

Observa que las escalas van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo y viceversa. Sin embargo, intenta usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

10.- La muerte es sin duda una experiencia horrible.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

11.- La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

12 Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

13 Creo que iré al cielo cuando muera.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

14 La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

15 La muerte se debería ver como un acontecimiento Natural, innegable e inevitable.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

16 Me trastorna la finalidad de la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

17 La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

18 La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

19 Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

20 La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

21 Siempre intento no pensar en la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

22 Creo que el cielo será un lugar mejor que este mundo.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

23 La muerte es un aspecto natural de la vida.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

24 La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

25 La muerte trae la promesa de una vida nueva.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

26 No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

27 Tengo un miedo intenso a la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

28 Evito totalmente pensar en la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

29 El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

30 Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

31 Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

32 Veo la muerte como un alivio del sufrimiento Terrenal.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

33 La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

34 Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

35 Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

36 La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

37 Una cosa que me Consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

38 Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

39 La muerte no es buena ni mala.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

40 Espero una vida después de la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

41 Me preocupa la incertidumbre de no saber que ocurre después de la muerte.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.-Algo en desacuerdo	4.- Indeciso	5.-Algo de acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.-Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------	--------------------	------------------------	--------------------------

**CONOCIMIENTO SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA DE LA UMF 64 IMSS.**

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted sabe sobre voluntades vitales y sus respuestas permitirán saber el grado de conocimiento sobre el tema.

Solo debe de marcar con una cruz su respuesta.

42 ¿Conoce el documento de voluntad anticipada?

1.- NO	2.- SI
--------	--------

43 ¿Conoce el procedimiento para formalizar el documento?

1.- NO	2.- SI
--------	--------

44 ¿Ha realizado el documento de voluntades anticipadas?

1.- NO	2.- SI
--------	--------

45.- ¿Ha solicitado usted a su médico información sobre el documento de voluntades anticipadas?

1.- NO	2.- SI
--------	--------

46.- ¿Ha solicitado usted a su médico información sobre el documento de voluntades anticipadas?

1.- NO	2.- SI
--------	--------

47.- ¿Se siente capacitado para realizar el documento de voluntades anticipadas en este momento?

1.- NO	2.- SI
--------	--------

ACTITUDES SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de preguntas relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante las voluntades anticipadas.

Usted debe de colocar una marca (x) en la respuesta que exprese su grado de acuerdo o desacuerdo que tiene usted con cada una de las preguntas.

Le recuerdo que el cuestionario es confidencial. Agradeceré la mayor sinceridad posible al completar cada escala, ya que es necesario que su respuesta exprese de una manera franca y auténtica su sentir personal.

48.-Es conveniente la existencia del documento de voluntades anticipadas.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

49.-Resulta fácil hablar del documento de voluntades anticipadas con la familia.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

50.- Se debería informar a todas las personas sobre la posibilidad de realizar el documento de voluntades anticipadas.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

51.-Deberían realizarse campañas de información sobre el documento de voluntades anticipadas.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

52.- El paciente puede sentirse incomodo si el médico le habla sobre el documento de voluntades anticipadas.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

53.- Es satisfactorio que el médico le plante al paciente la posibilidad de realizar el documento de voluntades anticipadas.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

54.- La realización del documento de voluntades anticipadas ayuda al paciente sobre el proceso de la muerte.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

55.- El documento de voluntades anticipadas facilita la toma de decisiones al médico.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

56.- El documento de voluntades anticipadas facilita la toma de decisiones a los familiares.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

57.- El documento de voluntades anticipadas libera de responsabilidad a la familia.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

58.- El documento de voluntades anticipadas evita prolongar la vida cuando la situación es ya irreversible.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

59.- El documento de voluntades anticipadas deja la vida de las personas en manos de los criterios de los médicos.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

60.- El documento de voluntades anticipadas provoca que se tenga en cuenta poco la opinión de la familia.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------

61.- El documento de voluntades anticipadas puede disminuir la atención médica recibida.

1. Totalmente en desacuerdo	2- Algo en desacuerdo	3.- Indeciso	4.- Algo de acuerdo	5.- Totalmente de acuerdo
-----------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------------