

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS
EN LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN LOS
MÉDICOS DEL HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA
POLICÍA NACIONAL EN EL MES DE NOVIEMBRE -
DICIEMBRE DE 2010**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

MONTÚFAR GUERRERO RAÚL ALBERTO
FIERRO PEÑAFIEL SANTIAGO FRANCISCO

Directora Académica: Dra. Carmen Cabezas

Director Metodológico: Dr. Marcos Serrano

QUITO 2011

**INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS
RELIGIOSAS EN LA ANSIEDAD ANTE
LA MUERTE EN LOS MÉDICOS DEL
HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA POLICÍA
NACIONAL EN EL MES DE
NOVIEMBRE - DICIEMBRE DE 2010**

DEDICATORIA

Raúl

A Dios por haberme permitido llegar hasta aquí, siempre guiándome para superar cada prueba que se me presento durante este camino. A mí querida familia, por todas las enseñanzas brindadas, las cuales me han permitido ser el hombre que soy y el profesional que seré. A mi padre por los consejos y sabiduría compartida. A mi madre por el cariño, esfuerzo y sacrificio para ayudarme a llegar a donde estoy ahora. A mis hermanos Álvaro y Camila por mostrarme siempre el lado alegre de la vida, ustedes son la razón para mi constante superación. A mis maestros, gracias por haber compartido conmigo sus conocimientos, gracias por sus consejos, por sembrar en mi el deseo de nunca dejar de crecer como profesional ni como persona. A mis amigos, los viejos, los nuevos, los que se fueron y los que vinieron, todos ustedes me han brindado un poco de sí, enriqueciéndome con cada experiencia vivida, cada barrera superada, cada momento triste sufrido y cada logro festejado. Este trabajo va dedicado a ustedes

Santiago

A mis padres, Rita y Moisés, Mi mayor inspiración.

AGRADECIMIENTO

Primero, especial agradecimiento a nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional así como por su infinito amor y paciencia.

A la Dra. Carmen Elena Cabezas por el apoyo y dedicación ofrecida para la realización de este trabajo, así como también por la amistad brindada.

Al Dr. Marcos Serrano por la infinita ayuda brindada en la parte metodológica de este estudio y el incentivo para la constante superación.

Al Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional del Ecuador especial mención al Departamento de Docencia en la persona del Dr. Ronald Contreras en calidad de Jefe de Docencia y a la Dra. María del Carmen Recalde por todo el apoyo brindado así como la facilidad para la realización de este trabajo en tan noble institución.

Al Dr. Francisco Barrera por los consejos brindados.

Queremos agradecer también a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por habernos abierto las puertas y permitirnos ser parte de esta gran familia.

A todos los amigos con los que hemos compartidos alegrías y tristezas, triunfos y fracasos, gracias por siempre estar ahí.

A nuestros maestros por compartirnos sus conocimientos y sabiduría y ayudarnos en nuestra formación como seres humanos íntegros.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
TABLA DE CONTENIDOS	5
RESUMEN	7
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	11
2.1 Muerte	11
2.1.1 La muerte en occidente y otras culturas	13
2.2 Medición de las actitudes hacia la muerte	15
2.3 Las investigaciones con respecto al tema de la muerte	18
2.4 Religión	18
2.4.1 Religión en el mundo occidental.....	19
2.4.2 Religión en el Ecuador	19
2.4.3 Religiosidad, espiritualidad y creencias religiosas.....	21
2.5 Ansiedad ante la muerte	22
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	29
3.1 Justificación	29
3.2 Problema	29
3.3 Objetivos.....	29
3.4 Hipótesis.....	30
3.5 Tipo de estudio	31
3.6 Muestra.....	31
3.7 Criterios de inclusión	32
3.8 Criterios de exclusión	32
3.9 Recolección de la información	32
3.10 Plan de análisis.....	34
3.11 Aspectos bioéticos.....	35
CAPÍTULO IV RESULTADOS	36
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES	52
CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES	53

BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	57

RESUMEN

Introducción: Se propuso determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad ante la muerte en los médicos del hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional de acuerdo a si tienen o no creencias religiosas y otras variables sociodemográficas. **Métodos:** Se empleó como instrumento un cuestionario sociodemográfico, y la escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 de Templer. Se entregó un sobre cerrado a los médicos del Hospital Quito N° 1. Obteniéndose un porcentaje de respuesta del 94%. Como medida de significancia se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, t de student y Kruskal-Wallis considerando una $p < 0,05$ estadísticamente significativa. **Resultados:** El valor medio de ansiedad ante la muerte fue de 6.1 ± 3.2 que corresponde a Ansiedad Moderada Baja. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los médicos creyentes y no creyentes y además entre quienes practican o no sus creencias religiosas. No hay diferencias en relación con sexo, edad, años de profesional médico, ni el servicio donde trabaja. **Conclusiones:** Las variables sociodemográficas estudiadas, edad, sexo, estado civil nivel de instrucción, antigüedad en el ejercicio profesional, servicio y el haber trabajado con pacientes terminales no demostraron ninguna relación con la ansiedad de los médicos ante la muerte. Los médicos con creencias religiosas presentan menores niveles de ansiedad ante la muerte que los no creyentes. Los médicos con prácticas religiosas presentan menores niveles de ansiedad ante la muerte que los no practicantes.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales, espirituales y culturales, así como psicológico-emocionales los cuales afectan a cada individuo de manera particular, debido a que las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos del hombre ante la muerte son fenómenos culturalmente aprendidos y reforzados a lo largo de su vida.

De acuerdo a Siso “nuestra sociedad ha ido de morir en el lecho domestico a finalizar su existencia en una unidad de vigilancia intensiva conectado a maquinas capaces de mantener el aliento vital mas allá de donde, muchas veces, el enfermo y su propia dignidad hubieran querido llegar, en un desmedido afán de prolongar la vida”.

Así, la sociedad occidental ha ido cambiando la concepción que esta tiene acerca de la muerte, llevándola de ser un hecho público en el cual participaba toda la familia, amigos, sociedad en el que se acompañaba al moribundo en este proceso¹, a ser un evento que tiende a ser ocultado del mundo público y tiene que refugiarse más y más en lo privado.

En cambio en el mundo andino la muerte es concebida como una continuidad de la vida. No es un disloque ni una ruptura, sino por el contrario es un paso más que da el ser humano en forma natural. Esta concepción de

la muerte es una persistencia de la cultura Inca. Es un simple tránsito de esta vida a otra vida.

Entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión. La ansiedad es un estado emocional principalmente negativo que fenomenológicamente posee tres componentes fundamentales: la percepción de peligro inminente, una actitud de espera ante este peligro y un sentimiento de desorganización, además del sentirse indefenso ante este³. La ansiedad ante la muerte es una reacción producida por la percepción de peligro o amenaza a la propia existencia³, la cual se puede desencadenar por estímulos ambientales, situacionales, estímulos internos de la persona y/o asociación entre estos, los cuales son capaces de generar una respuesta condicionada.

El fenómeno de la mortalidad, a pesar de ser importante para todas las personas es especialmente importante para el personal sanitario, que ha de enfrentarse de manera directa y frecuente a la muerte y la agonía ajena, padeciendo en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en una atención inadecuada; por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, abandono del paciente en fase terminal.

La religión es la experiencia personal que abarca los pensamientos, sentimientos y actos de la persona, al relacionarse con lo que considera Divino.

Son varios los autores que muestran su acuerdo en la importancia que tiene la religiosidad en las actitudes ante la muerte. Así pues, se ha evidenciado que las actitudes ante la muerte y las actitudes religiosas están conexionadas entre sí, hasta el punto de considerarse útil la agrupación de los sujetos en función del grado de religiosidad a la hora de estudiar el tema de la muerte^{4,9,11}.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 MUERTE

La muerte es una idea compleja, es quizás la realidad más cierta y segura que nos aguarda desde el momento que nacemos y paradójicamente, a pesar de esta realidad que todos conocemos teóricamente, ofrecemos una gran resistencia a admitir nuestra propia muerte, y vivimos más o menos, como si fuéramos inmortales¹.

La palabra muerte proviene del latín mors, mortis, y significa cesación definitiva de la vida. En general, hace referencia a la terminación de todos los fenómenos vitales del organismo. En el hombre se conoce por la suspensión de las funciones cardíaca, respiratoria y circulatoria.

Es más, muchos autores han recogido en la literatura las principales manifestaciones en el proceso de morir: sequedad en la boca, anorexia intensa, astenia, caquexia, hipersensibilidad al tacto de cuidadores, respiración ruidosa (estertores por secreciones), mioclonías faciales o de otros grupos musculares, hipo, hipersomnia, necesidades de contacto físico, miedo a la soledad, disminución de comunicación verbal, ansiedad y depresión, celos hacia quienes le rodean por estar sanos, agresividad y

resentimiento con el entorno, rebelión contra su religión, creencias o ideales, etc².

En relación al proceso que implica el morir se distinguen tres conceptos:

1. **La muerte en sí misma:** es una transición entre el estar vivo y el estar muerto, nadie ha podido describirla.
2. **El proceso de morir:** que puede ser largo, doloroso y lleno de sufrimiento, con varias fases clínicas, la última de las cuales es la etapa propiamente terminal, y
3. **El duelo:** que puede ser un proceso lleno de sufrimiento para el familiar que ha perdido un ser querido, y también para los profesionales que han atendido al paciente.

Los especialistas pueden influir con intervenciones apropiadas en los dos últimos de estos procesos haciéndolos más fáciles de llevar para el paciente y la familia².

Según la OMS, *"Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales."*

2.1.1 LA MUERTE EN OCCIDENTE Y OTRAS CULTURAS

Las actitudes de las personas frente a la muerte han ido cambiando a lo largo de los siglos. Así, se describe distintas actitudes del mundo occidental frente a ella, desde la actitud de resignación y naturalidad de la Edad Media, a la consideración de la muerte como tema tabú o prohibido, hasta el intentar volver a las costumbres ancestrales de hacer de la muerte una experiencia que se vive en el hogar, lejos de la institucionalización hospitalaria de nuestros días, como se lo está practicando en centros hospitalarios de ciertos países³.

En Occidente, se pueden distinguir dos momentos bien diferenciados en la forma de experimentar la muerte: Uno previo a la institucionalización, en el que la muerte no infunde miedo, porque ésta es aceptada como parte del proceso natural de la existencia³. Y otro a partir de que el Hospital pasa a ser la Institución reservada para morir, traduciéndose en un cambio radical en la conciencia e información sobre la propia muerte, dando como resultado diferentes significados y formas de enfrentar el proceso.

De este modo, el proceso de morir de las personas, antes regulado por la familia y las comunidades religiosas, fue progresivamente desplazándose hacia el dominio del sistema médico. En el siglo XIX se producen grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El progreso científico y los reclamos de una sociedad ansiosa por sobrevivir, estimulan la rebelión contra la muerte, que parece ahora una amenaza mucho más lejana

y evitable. Esta rebelión contra la muerte del siglo XIX pasa a convertirse en la época actual en la negación de la muerte. Los avances tecnológicos hacen que la muerte se vea como un accidente, como un fallo en la calidad de los servicios de salud³.

Hasta los años 50, el 80 % de las muertes – en medios urbanos- tenían lugar en casas y apenas un 15% en el hospital. En la actualidad más del 75 % de la mortalidad urbana se produce en el medio hospitalario. El hospital se ha convertido en el marco institucional que engloba y recoge –en Occidente- el proceso de morir^{5,6}.

Otras culturas utilizan los mitos para explicar el origen de la muerte, presentándola como un hecho no previsto en la naturaleza. Estos mitos suelen presentarse a través de dos líneas: la muerte como “desgracia” y la muerte como “castigo”⁷.

En el mundo sur andino, la muerte es concebida como una continuidad de la vida. No es una ruptura, sino por el contrario es un paso más que da el ser humano en forma natural. Esta concepción de la muerte es una persistencia de la cultura Inca. Es un simple tránsito hacia la otra vida. Se concibe por lo general la "otra vida", como un reflejo de la conducta en esta vida. Si fue bueno irá al cielo, si fue malo será castigado y debe penar en forma de "condenado"⁸.

Esta concepción, así como también la inmortalidad del alma entre otras, tiene elementos de la religión cristiana mimetizados con los elementos pre-hispánicos.

"El indio está seguro de que la muerte es sólo el tránsito a otra vida; el catolicismo vino a confirmar esa antigua convicción; y ahora cree mucho más en la supervivencia del alma". El indio es resignado y humilde ante la muerte, pero esa humildad, casi fraternal y dulce, está cargada de espanto. Los funerales son expresión de este complejo sentimiento⁸.

2.2 MEDICION DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE

La medición de las actitudes hacia la muerte, como en otro tipo de actitudes, se lleva a cabo a través de los comportamientos que provoca: miedo, inquietud, ansiedad, inseguridad, preocupación etc. La medición de las actitudes es muy compleja y los autores suelen distinguir varias formas de medirlas dependiendo de lo que se quiera concluir: entrevistas semiestructuradas^{11,12}, instrumentos proyectivos^{13,14}, escalas o cuestionarios auto informados de mayor o menor duración¹⁴. Entre todos estos instrumentos se puede mencionar: La Escala de Miedo a la Muerte de Boyar (FODS), la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester, la Escala de Preocupación por la Muerte de Dickstein, La Escala de Actitud ante la muerte de Lester, el Índice de Temor de Kreiger, Epstein y Leitner¹⁵, y cómo no, la más validada en diferentes entornos socioculturales y traducida

a más idiomas, la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)¹⁶ utilizada como instrumento de medición en este trabajo.

Las dificultades, sin embargo, cuando se trata de actitudes hacia la muerte, aumentan considerablemente por la cantidad de factores y variables que interactúan en los comportamientos propios de estas actitudes. Por poner un ejemplo, a diferencia de la ansiedad en general, la referida ante la muerte presenta características como:

- Los niveles de ansiedad ante la muerte no son muy grandes, con lo cual se puede incurrir en el error tipo II, conocido por la letra griega β y consistente en aceptar la H_0 (hipótesis nula) siendo falsa o rechazar la H_1 (hipótesis alternativa) siendo verdadera.
- La ansiedad ante la muerte no solo no se comporta ni responde a los factores sociales, personales o ambientales de la misma forma que otros tipos de ansiedad, sino que además, no se deja identificar con definiciones unidimensionales. De hecho, esta ansiedad se considera formada, como mínimo, por cuatro componentes:
 1. Preocupación por las reacciones intelectuales y emocionales ante la muerte.
 2. Preocupación por el cambio físico.
 3. Percatarse de y preocuparse por el paso del tiempo.
 4. Preocupación por el dolor y el estrés que acompañan a la enfermedad y a la muerte.

- Esta se centra en factores simbólicos y en experiencias. Siente predilección por lo humanístico y lo existencial (imágenes, percepciones del cambio físico, espiritual y mental y del ambiente) lo que obliga a explorar, además, el amplio espectro de sus relaciones con estas posiciones de la condición humana¹⁶.

A través de la bibliografía publicada se podría resumir que las dificultades más frecuentes que se han encontrado a la hora de llevar a cabo esta tarea han sido:

- La negativa, muy frecuente, de los sujetos a hablar del tema de la muerte.
- El propio significado de la muerte, que puede variar debido a las experiencias personales o culturales.
- La disparidad de resultados obtenidos con distintos procedimientos de medición.
- La posible coexistencia de actitudes contradictorias en un mismo sujeto.
- La seguridad de que las escalas midan la actitud habitual ante la muerte y no la actitud que induce la propia escala.
- La dificultad en definir operativamente actitudes como: temor, ansiedad, etc.
- La fiabilidad y validez de las escalas multidimensionales.

2.3 LAS INVESTIGACIONES CON RESPECTO AL TEMA DE LA MUERTE

Aún cuando la muerte forma parte irrenunciable de la condición humana y suscita intensas emociones, hasta hace pocos años han sido escasos los trabajos que la han estudiado desde un punto de vista psicológico con autores como Templer, Bayés, Limonero, Buendía, Burón, Enríquez, Kastembaum, Costa, etc¹⁷.

En los últimos años, se ha subrayado cada vez más la necesidad de profundizar en el papel que juegan los aspectos emocionales en los pacientes con enfermedades en etapas terminales, al tiempo que crece la exigencia de prestar a los mismos una atención terapéutica adecuada¹⁸.

Las investigaciones desde el punto de vista psicológico se han centrado en dos temas, aparentemente distintos, pero que se complementan:

- a. la investigación de la ansiedad ante la muerte, y,
- b. el estudio de las actitudes en los profesionales de la salud¹⁸.

2.4 RELIGIÓN

La palabra “religión” de origen latino, fue adoptada por el cristianismo y a través de él pasó a la mayor parte de las lenguas. Dos son las etimologías que comúnmente se dan de esa palabra:

relegere (tratar, considerar con diligencia) y religare (atar, vincular)¹⁹

Quizás las definiciones más compartidas sean: la de Soper²⁰ que considera que en su raíz la religión es siempre una relación consciente de los seres humanos con Dios o con poderes superiores, cualquiera que sea el modo en que éstos sean concebidos. La de Clarke²¹ quien considera que la “Religión es la vida del hombre en sus relaciones superhumanas”. Y la de Noss²² quien afirma que el sentimiento básico de toda religión es la dependencia del hombre de algo que está fuera de sí mismo.

Las prácticas y las creencias religiosas, así como la espiritualidad, desempeñan un papel importante en la vida de los profesionales de la salud. Además de sustentar éticamente las decisiones clínicas, las tradiciones espirituales y religiosas proveen de un marco conceptual para entender la experiencia humana de vivir, padecer y morir²³.

2.4.1 RELIGIÓN EN EL MUNDO OCCIDENTAL

En nuestra cultura conviven una gran diversidad de religiones. Entre las principales están el Judaísmo, el Cristianismo y el Islamismo. Estas tres tuvieron su origen en el medio Oriente, y entre el pueblo hebreo y son monoteístas²⁴.

2.4.2 RELIGIÓN EN EL ECUADOR

Antes de la llegada de los europeos “*cristianos*”, la población aborigen de lo que hoy es Ecuador tuvo sus propias religiones desde tiempos

inmemoriales, relacionadas con la naturaleza y el ciclo agrícola. En la Amazonía, sus teologías tienen relación con los ríos y el agua. Durante el Incario, estas religiones subsistieron, aunque se asimiló el culto de los vencedores. En los poblados norandinos se balancea el culto al *Inti*, con el culto a la *Quilla*²⁵.

Entre los siglos XV y XVI, el cristianismo se traslada al continente americano. La Iglesia Católica se afianza en lugares conquistados por España y Portugal (América del Sur, Caribe, México y Centroamérica). La Iglesia Protestante se asienta en los Estados Unidos, Canadá y sectores del Caribe. La Ortodoxia tiene asiento físico únicamente en el territorio de Alaska, pues era parte integral del Imperio Ruso, hasta el siglo XIX. En el siglo XVIII el protestantismo norteamericano da lugar a múltiples opciones evangélicas, mientras el catolicismo retuvo su unidad estructural.

Durante la Colonia, la unión entre la fe cristiana y el Imperio Español fue indiscutible, y de mutuo beneficio. La Conquista se había justificado para extender la fe cristiana como el único medio para la salvación de la persona. La Iglesia imperial defendía y legitimaba el poder colonial²⁵.

Hacia 1895, la Revolución Alfariata expone al Estado la opción del laicismo, con la determinación de implantar una clara separación entre Estado e Iglesia. Desde entonces, todas las constituciones políticas del siglo XX han

desechado en Ecuador la vigencia de religión oficial alguna. En diverso grado han ratificado la libertad de cultos²⁵.

La población católica romana del Ecuador es del 85%, de ello un 35% es practicante. El 12% de la población está compuesta por protestantes, en su mayoría evangélicos fundamentalistas y en minoría se encuentran los protestantes tradicionales. Un 1 % se compone de diversas denominaciones, cristianos ortodoxos, judíos, musulmanes, budistas y new age, gnósticos y masones, y creencias animistas indígenas. El porcentaje del 2% es compuesto por ateos y agnósticos²⁶

2.4.3 RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y CREENCIAS RELIGIOSAS

Religiosidad y Creencias religiosas, Religión y Fe religiosa son términos que en ocasiones se utilizan de forma sinónima, y, sin embargo, es evidente que no significan lo mismo. Así, la religiosidad se define como la práctica y esmero en cumplir las obligaciones religiosas, la espiritualidad es un constructo caracterizado por niveles altos de satisfacción vital, un elevado sentimiento del significado de la vida, creencia en otra vida y grado de certeza de otra vida después de la muerte, que no está sujeto a una afiliación religiosa. Las creencias religiosas son el fundamento de las religiones y del culto religioso^{27,53}.

Si bien las creencias religiosas pueden tomar forma a través de la religiosidad, no todo comportamiento religioso es consecuencia de unas creencias religiosas.

La importancia de las creencias religiosas y espirituales al lidiar con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte ha sido documentada tanto en estudios clínicos como en narrativas descriptivas individuales⁶⁸, La mayoría de los pacientes encuentran tranquilidad y seguridad durante el proceso de morir, sustentados en sus creencias espirituales, sobre todo con el tema de la vida después de la muerte. Sin embargo, la preocupación religiosa también puede ser una fuente de dolor y tensión espiritual en pacientes que, por ejemplo, sienten que Dios los está castigando o los ha abandonado²⁸.

2.5 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietasatis*, que significa: “estado de agitación, inquietud, zozobra del ánimo, en medicina se define como angustia que suele acompañar a muchas enfermedades”²⁹.

Se puede entender a la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han

condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido³⁰.

La ansiedad ante la muerte es una amenaza que empeora la calidad y el sentido de vida en los enfermos que la padecen, puede provocar alteraciones fisiológicas, psicológicas, biológicas, psicósomáticas, psíquicas, sociales, entre otras, mermando con ello su condición y acelerando consecuentemente la muerte³⁰.

La ansiedad ante la muerte está conformada por cuatro aspectos:

1. preocupación por el impacto cognoscitivo y emocional del morir y de la muerte
2. anticipación de las alteraciones físicas, reales o imaginarias, asociadas a las enfermedades graves y a la muerte
3. percepción de la limitación del tiempo;
4. preocupación por el estrés y el dolor que pueden acompañar a la enfermedad y a la muerte³¹.

Es un tema lleno de facetas y dimensiones diversas. Es un estado psicofísico que se sobrepone a las demás conductas, e introduce una desorganización importante en la psiquis humana³².

El hecho de no saber el cómo, el cuándo, el dónde y el por qué de la muerte de una persona, o simplemente, preguntarse qué hay después de la muerte, genera ansiedad⁷.

Esta ansiedad favorece el distanciamiento social del tema e, incluso, su consideración como tabú. Aunque el fenómeno es importante para todos los seres humanos, es especialmente relevante para los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados paliativos, servicios de Oncología, SIDA, o en todas aquellas unidades asistenciales en las que la muerte o su amenaza se encuentran permanentemente presentes¹⁷.

Se ha considerado que el pensamiento y la consciencia de la propia muerte, una característica exclusivamente humana que comporta reacciones de desesperación y miedo y la ansiedad resultante constituyen la causa fundamental de toda ansiedad humana¹⁷.

La sola mención de la palabra muerte pone ansiosa a la mayoría de las personas. Ello se debe en gran parte, a que la sociedad actual está centrada en modelos de éxito y belleza asociados a estereotipos de juventud. Se vive de espaldas a la muerte, se procura vivir como si esa realidad cotidiana no existiera y se le teme tanto porque se ignora todo acerca de ella, porque el propio miedo que provoca pensar en ella, lleva a vivir como si no existiera. Impera una “ley del silencio”, que dificulta la expresión de lo que la muerte supone para quien va a morir y para las personas cercanas a ella³³.

El silencio dificulta la expresión del conflicto y como consecuencia su resolución; esto lo único que hace es aplazar el pensar en la situación de

morir hasta que sucede irremediabilmente y uno se ve inmerso en ella sin haberse preparado antes.

La ansiedad ante la muerte parece que tiene origen en la primera infancia, bajo la forma de ansiedad de la separación. Así lo demuestran los estudios sobre el desarrollo de los conceptos de vida y muerte. Este concepto se va transformando a lo largo del tiempo, de modo que la ansiedad ante la muerte, en una forma u otra, parece estar con nosotros al llegar a la edad adulta y en los años posteriores, llevando consigo actitudes sobre la mortalidad que quizás no son muy diferentes de las que se tenían en la preadolescencia³¹.

El proceso de morir es un período propicio para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. Como se ha dicho antes, en este proceso están involucrados el paciente moribundo, la familia, la sociedad y el equipo asistencial.

La fragilidad de este momento va a generar sentimientos difíciles de contener y tolerar. La ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente. Los profesionales de la salud serán probablemente, los que más directamente sufrirán y vivirán esta situación tensa que genera la muerte a corto plazo. Y básicamente por dos motivos. El primero, porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida, y en segundo lugar, porque es el colectivo que más horas pasa al lado del enfermo y de su familia¹⁷.

Esta proximidad espacial y temporal, conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés. Pero por otro lado, si a este padecimiento se añade la tensión que conlleva la presión asistencial, se puede llegar a una situación de agotamiento emocional, produciéndose o bien un distanciamiento con el enfermo o todo lo contrario, una identificación con sus problemas. Todo ello, repercutirá en un deterioro de la relación interpersonal, con consecuencias negativas, tanto para el enfermo como para el cuidador, al estar incapacitado emocionalmente para desarrollar su labor¹⁷.

Todos los individuos se enfrentan a la ansiedad de la muerte, y la mayoría desarrolla modos adaptativos de afrontarla, que constan de estrategias basadas en la negación, tales como la supresión, el desplazamiento, la creencia de la omnipotencia personal, la aceptación de las creencias religiosas sancionadas socialmente que desintoxican de la muerte, o los esfuerzos personales por superar la muerte a través de una amplia variedad de estrategias dirigidas hacia el logro de una inmortalidad simbólica, esta es la función de todo el sistema psicológico de defensa³⁴.

Las respuestas de ansiedad se hacen inevitables, interactuando con la aparición de nuevos síntomas de desarrollo de la enfermedad y llegando a ser de tal intensidad que pueden incapacitar al individuo para llevar a cabo

una actividad normal³⁰. Esta grave problemática no suele ser tenida en cuenta durante la formación de la carrera de medicina ni durante la especialidad, por ello estas carencias en la formación influirán negativamente cuando el médico tenga que enfrentarse en su quehacer a estas circunstancias humanas, haciéndolas más dolorosas y angustiosas.

Si importante y necesario es el soporte emocional al enfermo moribundo, tanto o más es la preparación emocional del personal sanitario que está día a día trabajando al lado de la muerte. En este sentido, es sabido que la vivencia del proceso de morir genera un amplio abanico de actitudes y respuestas emocionales que se han de tener en cuenta en el momento de preparar al personal sanitario³⁰.

El miedo a morir, tiene como punto de referencia el miedo al no ser y a la duda existencial del por qué ser ahora y no ser después, morir supone el temor a la no existencia y al misterio. El misterio y la sensación de incertidumbre que provoca la muerte producen forzosamente miedo, porque lo desconocido produce temor y además, en el caso de la muerte, implica que es irreversible y la imposibilidad de retorno³⁵.

En cuanto a culturas se refiere, el hombre occidental parece experimentar terror ante la muerte y vive una cultura negadora de ella, asumiéndose hasta cierto punto actitudes de evasión, rechazo y miedo. Ha afirmado también, que el recuerdo de la muerte es amargo para la cultura y el tratar de olvidarlo a toda costa, a pesar de lo ineludible del hecho, es esfuerzo permanente³⁶.

La muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos cotidianos¹⁸.

Todo depende de la manera en cómo el ser humano enfrenta esta situación y de qué manera afronta y percibe la muerte, para cada ser humano, la muerte es la posibilidad más peculiar porque concierne su ser y lo encierra en sí mismo; La muerte no es un hecho simple, es un tipo de ausencia que posee un alto significado para la existencia del ser humano, por eso la muerte es la posibilidad más propia de la existencia³⁷.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 JUSTIFICACION

Conociendo que el Ecuador es un país mayoritariamente religioso, en el que la libertad de culto se halla amparada en la constitución de la república, y siendo el personal médico el que se encuentra expuesto diariamente a enfermedades, moribundos y muerte; Creemos que es necesaria la realización de un estudio que analice el impacto de las creencias religiosas y sus prácticas sobre las reacciones que el médico tiene ante la muerte en nuestra realidad, como sí los hay aplicados a otras sociedades.

3.2 PROBLEMA

¿Cómo influyen las creencias y prácticas religiosas en la ansiedad de los médicos ante la muerte en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional?

3.3 OBJETIVOS

General

- Determinar si las creencias religiosas influyen en las actitudes ante la muerte medidas a través de la ansiedad en los médicos del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional en noviembre - diciembre de 2010.

Específico

- Identificar las características socio-demográficas como son: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, antigüedad en el ejercicio profesional, área hospitalaria y experiencia con pacientes terminales y su relación con la ansiedad ante la muerte.
- Relacionar el grado de influencia de las creencias religiosas en la ansiedad de los médicos ante la muerte.
- Relacionar el grado de influencia de las prácticas religiosas en la ansiedad de los médicos ante la muerte.
- Contrastar nuestros resultados con los de la bibliografía publicada.

3.4 HIPOTESIS

- *Las creencias y las prácticas religiosas influyen de manera positiva en la ansiedad de los médicos ante la muerte.*
- *La ansiedad ante la muerte también se encuentran mediada por características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, antigüedad en el ejercicio profesional, servicio donde trabaja y experiencia con pacientes terminales.*

3.5 TIPO DE ESTUDIO

Analítico Transversal

3.6 MUESTRA

Universo

Médicos tratantes y no tratantes que se encuentren laborando en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional al momento de realizar el estudio.

Tamaño de la muestra

La prevalencia de trastornos de ansiedad oscila del 10 al 20% dependiendo de la población estudiada. En estudios epidemiológicos más rigurosos se concluye que la prevalencia mensual de trastornos de ansiedad es superior al 7% de la población, lo que supone un riesgo de incidencia a lo largo de la vida de más del 13% de las personas³⁸.

$$n = DE^2 * \{ [p(1-p)] / e^2 \}$$

$$n = 3.8416 * \{ [0.13(1-0.13)] / 0.0025 \}$$

$$n = 173$$

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos tratantes y no tratantes que se encuentren laborando en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional al momento de realizar el estudio.

3.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Médicos que no desean participar en el estudio.

3.9 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El material e instrumentos utilizados para la recogida de datos en esta investigación fueron:

- Una hoja de presentación del estudio.
- Un cuestionario estructurado con variables sociodemográficas.
- Para la determinación de la ansiedad ante la muerte se utilizó la “Death Anxiety Scale” (DAS I) de Templer, específicamente la versión española de Tomas – Sábado y Gómez - Benito.

La *escala DAS I* es un test que mediante 15 preguntas evalúa el grado de ansiedad de un individuo ante la muerte, La fiabilidad de la Escala DAS, calculada por el método test retest fue de 0,83. La consistencia interna, calculada por la fórmula 20 de Kuder-Richardson oscila entre 0.76 y 0.87, y una estabilidad temporal ente 0.71 y 0.84.

El DAS 1 presenta 15 ítems de respuesta dicotómica, en la versión española utilizada por nosotros. Se responde con "V" o "F" a cada uno y puntúan como ansiedad ante la muerte la respuesta "V" a los

ítems: 1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 y "F" en las preguntas 2, 3, 5, 6, 7, 15.

Con esto las puntuaciones irían de 0 a 15 (siendo 0 absoluta ausencia de ansiedad ante la muerte y, 15, la máxima ansiedad posible).

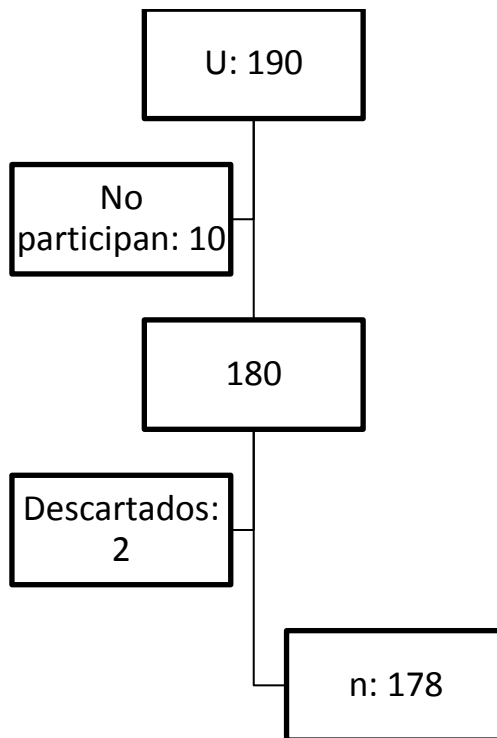
La escala DAS 1 recodificada es:

- 0-4 Ansiedad nula o poca ansiedad
- 5-7 Ansiedad moderada baja
- 8-10 Ansiedad moderada alta
- 11-15 Mucha ansiedad

Una vez definidos los instrumentos a utilizar, y posteriormente a la aprobación del protocolo de tesis por la universidad, se procedió a la recolección de los datos en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional.

Previo a la respectiva explicación del estudio y sus objetivos, un sobre que contenía todos los instrumentos en cuestión fue entregado a cada uno de los médicos de dicha institución. El mismo fue recogido al día siguiente de los médicos que desearon participar en el estudio para el posterior tratamiento de los datos. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS v18 y el programa EXCEL de Microsoft Office 2007.

ALGORITMO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA



U: Universo

n: Muestra

3.10 PLAN DE ANÁLISIS

- Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) y porcentajes (valores relativos) de cada variable cualitativa de los datos del cuestionario sociodemográfico.
- Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) así como la media, mediana y sus correspondientes medidas de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, desvío y kurtosis) de cada variable cuantitativa de los datos del cuestionario sociodemográfico, así como en los resultados de la escala DAS-1 de la muestra.

- Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) y de los porcentajes (valores relativos) en la Escala DAS-1 recodificada.
- Realización de pruebas de estadística no paramétrica según sea el caso (χ^2 y prueba t).

3.11 ASPECTOS BIOÉTICOS

Se respetará los siguientes criterios: consentimiento verbal previo, confidencialidad de los datos obtenidos, anonimato; y la disponibilidad de los datos para los médicos y el personal de salud que así lo requiera.

No existe ningún riesgo al que estén expuestos los participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas

La población estudiada (n=178) tiene una media de edad de 38,1 años ($\pm 9,9$).

Tabla 1. Edad en los médicos del HQ N° 1 de la Policía Nacional noviembre – diciembre de 2010

EDAD n=178						
Rango	Media	Mediana	Desviación Estándar	Varianza	Asimetría	Kurtosis
36	38,2	36	$\pm 9,9$	98,4	0,4	-1,1

El estudio presentó de la muestra general un 62,4% de hombres (n=111).

En relación al estado civil 60,7% tenían pareja estable, 32% solteros y 7,3% viudos.

Los médicos tratantes fueron 56,7% (n=101).

El 30,9% de los médicos pertenecieron a un servicio clínico, el 51,7% a un servicio quirúrgico y el 17,4 % a otros.

La antigüedad en el servicio profesional de la población estudiada tuvo una media de 12,4 ($\pm 9,8$).

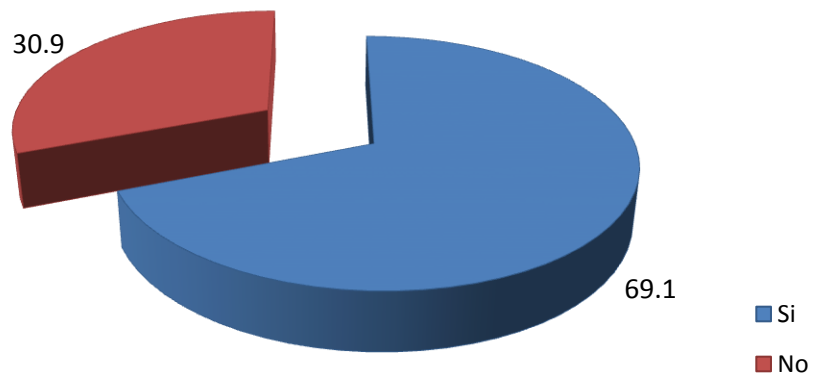
Tabla 2. Antigüedad en el servicio profesional en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

Antigüedad en el servicio profesional n=178						
Rango	Media	Mediana	Desviación Estándar	Varianza	Asimetría	Kurtosis
34	12,4	10	9,8	97,8	0.5	-1,0

De la población estudiada el 66,3% (n=118) ha trabajado con pacientes terminales durante su vida profesional.

El 83,7% (n=149) de encuestados afirmó ser creyente religioso.

Grafico 1. Practicas religiosas en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.



En la escala de Ansiedad ante la muerte se encontró una media de 6.1 (\pm 3.2).

Tabla 3. Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

Escala de ansiedad ante la muerte DAS1 n=178						
Rango	Media	Mediana	Desviación Estándar	Varianza	Asimetría	Kurtosis
14	6,1	6	3,2	10,3	0.1	-0,4

Al clasificar las puntuaciones de la escala DAS 1 de los encuestados dentro de sus correspondientes categorías se obtuvo los siguientes resultados:

Gráfico 2. Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

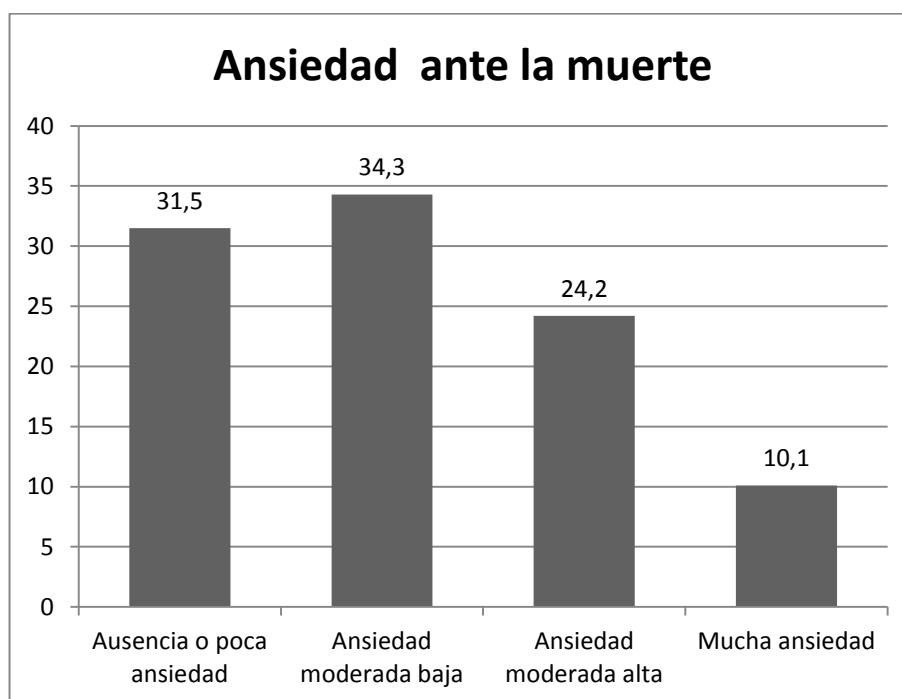


Tabla 4. Chi cuadrado entre sexo y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

		DAS 1				Total	X ²	P
		Ausencia o poca ansiedad	Ansiedad moderada baja	Ansiedad moderada alta	Mucha ansiedad			
Sexo	Masculino	34	35	31	11	111	2.45	0.4
	Femenino	22	26	12	7	67		
Total		56	61	43	18	178		

Al correlacionar estas dos variables no existe relación estadísticamente significativa.

Tabla 5. Prueba t entre Edad y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

Prueba t Edad – DAS 1					
	No ansiosos	Ansiosos	Valor t	Grados de libertad	p
Edad	38,5	37,7	0,54	176	0,5

Al comparar las medias de estas variables no se encuentra relación estadísticamente significativa.

Tabla 6. Chi cuadrado entre estado civil y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

		DAS 1				Total	X ²	P
		Ausencia o poca ansiedad	Ansiedad moderada baja	Ansiedad moderada alta	Mucha ansiedad			
Estado civil	Soltero	20	23	13	1	57	11.9	0.063
	Casado	30	33	28	17	108		
	Otro	6	5	2	0	13		
Total		56	61	43	18	178		

Al correlacionar estas dos variables no existe relación estadísticamente significativa.

Tabla 7. Chi cuadrado entre nivel profesional y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

		DAS 1				Total	X ²	P
		Ausencia o poca ansiedad	Ansiedad moderada baja	Ansiedad moderada alta	Mucha ansiedad			
Nivel Profesional	Tratante	36	31	24	10	101	2.19	0.5
	No tratante	20	30	19	8	77		
Total		56	61	43	18	178		

Al correlacionar estas dos variables no se encuentra relación estadísticamente significativa.

Tabla 8. Chi cuadrado entre servicio y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

	DAS 1				Total	X ²	P
	Ausencia o poca ansiedad	Ansiedad moderada baja	Ansiedad moderada alta	Mucha ansiedad			
Servicio	Clínico	18	22	13	2	4,9	0.5
	Quirúrgico	27	30	22	13		
	Otros	11	9	8	3		
Total		56	61	43	18		

Al correlacionar estas dos variables no existe relación estadísticamente significativa.

Tabla 9. Prueba t entre años de médico y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

Prueba t Antigüedad en el servicio – DAS 1					
	No ansiosos	Ansiosos	Valor t	Grados de libertad	p
Años de médico	12,3	12,5	- 0,1	176	0,9

Al comparar las medias de estas variables no se encuentra relación estadísticamente significativa.

Tabla 10. Chi cuadrado entre experiencia con pacientes terminales y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

		DAS 1				Total	X ²	P
		Ausencia o poca ansiedad	Ansiedad moderada baja	Ansiedad moderada alta	Mucha ansiedad			
Ha trabajado con pacientes terminales	Si	38	43	26	11	118	1,4	0.7
	No	18	18	17	7	60		
Total		56	61	43	18	178		

Al correlacionar estas dos variables no se encuentra estadísticamente significativa.

Tabla 11. Prueba t entre creencias religiosas y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

Prueba t Creencias religiosas – DAS 1					
	Creencias SI	Creencias NO	Valor t	Grados de libertad	p
DAS 1	5.8	7.6	-2,6	176	0,012

Al comparar las medias se obtuvo un valor p que nos indica que existe una relación de dependencia entre la ansiedad ante la muerte y las creencias religiosas.

Tabla 12. Kruskal-Wallis entre prácticas religiosas y la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS 1 en los médicos del HQ N°1 de la Policía Nacional noviembre - diciembre de 2010.

	Kruskal-Wallis Prácticas religiosas-DAS1					
	No Creyentes	Creyente		X ²	Grados de libertad	p
		Prácticas SI	Prácticas NO			
DAS 1	7.6	5.4	6.7	13,0	2	0.001

Al comparar las medias se obtuvo un valor p que nos indica que existe una relación de dependencia entre la ansiedad ante la muerte y las prácticas religiosas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La población estudiada presentó una media de edad de 38,1 años ($\pm 9,9$), con edades que oscilaban entre 24 y 60 años. De estos, la mayoría, 62.4% fue de sexo masculino.

Con relación al estado civil 60.7% tenían pareja estable, 32% eran solteros, y 7.3% viudos

El 56.7% de los encuestados fueron médicos tratantes, siendo el resto médicos postgradistas y asistenciales.

Los servicios con mayor número de médicos fueron: Ginecología, Traumatología, Pediatría, Cirugía general y UCI. Mientras que los servicios como Dermatología, Neumología, Geriátría, Oftalmología con una mínima población (un tratante y un residente). Por lo que al momento del tratamiento de datos se decidió agrupar la variable dentro de las siguientes categorías: Clínico 30.9%, Quirúrgico 51.7% y otros 17.4%, que incluía Emergencia, Laboratorio clínico, Laboratorio de Patología, Imagen.

La media de años como profesional médico de la población estudiada fue de 12.4 años.

De los encuestados el 66.3% trabajó alguna vez con pacientes en fase terminal durante su ejercicio profesional.

El 83.7% de la población estudiada afirmó ser creyente religioso, de los cuales el 69.1% se consideración practicantes. Estos datos coinciden con los expuestos Por Clifton en su artículo Religión en Ecuador.

El nivel medio de ansiedad ante la muerte, según las puntuaciones obtenidas en la DAS fue de 6.1 ± 3.2 . El cuál corresponde a un nivel de ansiedad Moderada Baja. Resultado que va en concordancia con lo encontrado por Raja⁹⁸ en su trabajo con personal sanitario.

Con relación a la edad no se encontró relación estadísticamente significativa al correlacionarla con la escala de ansiedad ante la muerte. Lo que va en concordancia con estudios previos como los de Templer, Ruff y Simpson quienes tampoco encontraron relación³⁸. El cual presentó una media de edad similar a la encontrada en el presente estudio dejando así de lado a sujetos ancianos. Sin embargo en el estudio de Nehrke, Bellucci y Gabriel⁴⁰ se encontró una significativa correlación negativa entre edad y ansiedad ante la muerte en una muestra formada por ancianos en diferentes tipos de residencias. Lo cual también lo demuestran Elkins y Fee⁴¹ así como también Rasmussen y Brems⁴² en sus respectivos estudios.

Stevens, Cooper y Thomas⁴³ administraron la DAS a 295 sujetos con un rango de edad de 16 a 83 años, encontrando que los sujetos de más edad (60-83 años) puntuaban significativamente más bajo que los jóvenes, por lo

que consideran que la edad del individuo es un factor importante a la hora de interpretar las puntuaciones de la escala. Es posible que esta actitud más positiva hacia la muerte y el morir en los ancianos y su mayor aceptación ante la muerte refleje la disminución de la calidad de vida y nivel de salud, su mayor religiosidad, su mayor experiencia en pérdidas ocasionadas por la muerte o su menor expectativa de vida, así como la acumulación a través de los años de experiencias desagradables que hacen menos traumático el proceso de morir.

En el presente estudio se encontró que en los hombres encuestados la puntuación de ansiedad ante la muerte fue más alta que en las mujeres, Sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Lo que contrasta con estudios previos como los de Templer¹⁶, Limonero³⁰, Lonetto³¹, Bayés¹⁸. Además en una revisión efectuada por Pollak⁴⁴, se constató que la mayoría de las investigaciones concluían que las mujeres presentaban una ansiedad ante la muerte superior a la de los hombres. Diferencias significativas de puntuaciones DAS entre hombres y mujeres en muestras de éstas características han sido comunicadas entre otros por Chiapetta, Floyd y McSeveney⁴⁵; Davis, Martin, Wilee y Voorhees⁴⁶ Sadowsky, Davis y Loftus-Vergari⁴⁷.

En estudios con muestras españolas los cuales también utilizan la escala DAS como el de Ramos⁴⁸ en el que aplica la DAS en tres muestras: ancianos, estudiantes universitarios y enfermeros titulados. En los tres

grupos las mujeres puntuaron más alto que los hombres, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística en ninguno de los casos. Por su parte Limonero³⁵ en un estudio realizado en estudiantes de psicología encuentra que las mujeres obtienen puntuaciones DAS significativamente más altas. Así mismo Poveda⁴⁹ obtiene resultados similares en usuarios de consulta médica de atención primaria.

Ésta diferencia encontrada en el presente estudio podría deberse a que las mujeres que trabajan en el medio policial reflejan una menor facilidad para emitir y expresar sentimientos de preocupación, a diferencia de mujeres que se desenvuelven en otros entornos.

En cuanto al estado civil se encontró que la mayoría de encuestados tenían pareja estable. Pero esto no influyó en relación con los niveles de ansiedad ya que su puntuación fue similar a la de los otros grupos. Estos resultados se encuentran en concordancia con lo encontrado por Sábado J, Gómez – Benito que no encuentran relación significativa entre la ansiedad ante la muerte y el estado civil³⁸. Sin embargo Cole⁵⁴ al estudiar las relaciones entre ansiedad y estado civil halla que los hombres que viven solos presentan puntuaciones DAS significativamente más altas.

No se encontraron diferencias significativas en los valores de ansiedad ante la muerte entre los médicos tratantes y no tratantes. Así como tampoco con

la antigüedad como médico. En ésta misma línea Feifel, Hanson, Jones y Edwards⁵⁰ concluyen que los médicos y estudiantes de medicina presentan en comparación con otros grupos una exagerada ansiedad ante la muerte. Sin embargo en investigaciones posteriores no se ha reportado apoyo a los resultados anteriores⁵¹.

Garfinkle y Block⁵², en un trabajo realizado para evaluar como las actitudes y ansiedades de los médicos en prácticas de medicina de familia pueden afectar al cuidado que dan a los pacientes terminales y sus familias, estudiaron la ansiedad ante la muerte y las actitudes ante estos en 60 médicos residentes, concluyendo que la ansiedad ante la muerte correlaciona positivamente con actitudes que reflejan incomodidad ante las preguntas de pacientes y familiares.

La proporción en el nivel de “muchísima ansiedad” es mayor en el área quirúrgica 14,1% comparado con 3,6% del área clínica y el 9,6% de otros, lo cual podría ser resultado de que éstos son los que se encuentran en mayor contacto con experiencias cercanas a la muerte³², sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En lo que se refiere a si ha trabajado con pacientes terminales o no y la escala de ansiedad ante la muerte, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las medias.

Los aspectos religiosos constituyen una de las variables de estudio más habituales con relación a la ansiedad ante la muerte. En éste trabajo al correlacionar las creencias religiosas o no y la ansiedad ante la muerte, se obtuvo un valor estadísticamente significativo con unas medias de ansiedad superiores en los encuestados que no tenían creencias religiosas, a los mismos resultados se llegó al comparar los practicantes y no practicantes de sus creencias con sus respectivas medias de ansiedad ante la muerte. Lo cual muestra que las creencias y aún más las prácticas religiosas tienen una relación negativa con la ansiedad ante la muerte. A las mismas conclusiones llega Templer¹⁶ en su trabajo, que encuentra que aquellas personas que practican sus creencias religiosas presentan una menor ansiedad ante la muerte, resultados similares a los encontrados en otros estudios como los de Daniels, Minean y Brush y Aday³⁵. Algunos autores sugieren que esperar otra vida después de la muerte es lo único que hace manejable el miedo a la muerte; es decir, la creencia religiosa reduciría el miedo a la muerte en aquellas personas que esperan obtener la vida eterna³⁸.

De este modo, las creencias religiosas parecen ser la respuesta humana a la angustia provocada por la idea de total desaparición, en cuanto una garantía de trascendencia.

No obstante, los resultados de otras investigaciones acerca de si la ansiedad ante la muerte varía en función de los niveles individuales de religiosidad y prácticas religiosas no han llegado a conclusiones definitivas, así Templer y

Dotson en una muestra de 213 estudiantes universitarios no encuentra relación entre las variables creencias y prácticas religiosas y la escala de ansiedad ante la muerte³⁷. Aunque los autores justifican esta falta de relación por el hecho del limitado efecto que la religión parece tener sobre los jóvenes.

Así mismo, en otros estudios se ha observado una relación curvilínea entre la ansiedad ante la muerte y religiosidad, donde los sujetos con un nivel medio de religiosidad presentaban las puntuaciones más altas de ansiedad ante la muerte⁵⁵.

En cuanto a las limitaciones del estudio realizado, se puede citar en primer lugar la herramienta utilizada, la escala DAS 1 de Templer, ya que posee ciertas preguntas que debido a la redacción que se le da al traducirla al español, pueden llevar a una interpretación errónea por parte del encuestado. Sin embargo se decidió su utilización debido a que es la escala más utilizada y validada.

Una de las dificultades propias del tema estudiado es la complejidad de las variables a estudiar y por lo tanto lo complicado de su operacionalización en especial en lo referente a creencias y prácticas religiosas. Ya que no existe un instrumento validado universalmente.

Otro de los problemas encontrados fue la dificultad en la recolección de la muestra debido al acceso limitado a los médicos por sus múltiples

ocupaciones. Lo cual pudo haber ocasionado que los encuestados respondan a los cuestionarios de manera apresurada causando así que las puntuaciones en la escala DAS 1 no sean reales, lo cual también pudo haber sido influenciado por la renuencia de algunas personas a hablar sobre temas complejos como lo es la muerte.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- Las variables sociodemográficas estudiadas, edad, sexo, estado civil nivel de instrucción, antigüedad en el ejercicio profesional, servicio y el haber trabajado con pacientes terminales no demostraron ninguna relación con la ansiedad de los médicos ante la muerte.
- Los médicos con creencias religiosas presentan menores niveles de ansiedad ante la muerte que los no creyentes.
- Los médicos con prácticas religiosas presentan menores niveles de ansiedad ante la muerte que los no practicantes.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un trabajo a mayor escala para así encontrar resultados más concluyentes, tomando también muestras de otros hospitales, así mismo como de otras poblaciones para poder contrastar los resultados encontrados.
- Se recomienda para los próximos estudios profundizar más el tema de religión, creencias y prácticas religiosas, así como la creación de una herramienta adecuada para la medición de estos.
- Creemos que sería importante investigar el impacto en la calidad de atención a los pacientes que tiene la religiosidad, así como también la ansiedad ante la muerte.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso-Fernández F, Psicología médica y social, Barcelona, Salvat Editores, 1989, Cap. 19. "Psicología de la Muerte"
2. Sanz J, Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir, Medicina Paliativa, 2001; 2 (3), 14-15.
3. Aries P, Western attitudes toward death, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 1974; 1-25.
4. Caracuel M, Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en los estudiantes de enfermería de la escuela universitaria de Córdoba. Tesis de Licenciatura, 1986, Universidad de Córdoba
5. Aries P, El hombre ante la muerte, Madrid, Ed. Taurus, 1987
6. Cabello, F, Entre los límites personales y penales de la eutanasia. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 1990, Cádiz.
7. Gil E, La muerte en otras culturas, Jano, 1985, 654: 37-46.
8. Cáceres E, La muerte como sanción y compensación: visión de equilibrio y reciprocidad en Cusco, Chungará (Arica), 2001, v.33 n.2 Arica jul.
9. Limonero J, Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte, Tesis doctoral inédita, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, 1994
10. Seale C, The role of doctor's religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life-care, 2010 J Med Ethics.
11. Caprio F, A study of some psychological reactions during prepubescence to the idea of death, psychometric quarterly, 1950; 24, 495-505.
12. Cummings E, Henry W, Growing old: the process of disengagement, basic Books, 1961 New York.
13. Rhudick P, Dibner A, Age, personality and health correlates of death concerns in normal aged individuals, Journal of Gerontology, 1961;16: 44-49.
14. Shrut S, Attitudes toward old age and death, Mental Higiene, 1958; 42: 259-266.
15. Dickstein L, Attitudes toward death, anxiety, and social desirability, Omega, 1977-1978; 8: 369-378.
16. Templer D, The construction and validation of death anxiety scale", Journal of General Psychology, 1970; 82: 165-177.
17. Grau Abalo J, Llantá Abreu M, et al, Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos, Pensamiento Psicológico, Vol. 4, Núm. 10, enero-junio, 2008, pp. 27-58, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
18. Bayés R, Limonero R, Reacciones emocionales en el proceso de morir, En: E. Fernández Abascal y F. Palmero, Emociones y salud, 1988; pp. 265-278, Barcelona: Ariel

19. Rodriguez C, Aranda A, Blasi F. et al. Ciencias del espíritu: la religión, Nueva Acta, Madrid, Ediciones Rialp, S.A, 2000, Vol 1.
20. Soper ED, The religions of mankind. Abingdon-Cokesbury Pres, 1951 Nueva York.
21. Clarke WN, An outline of christian theology, Charles Scribner's Sons, 1998, Nueva York.
22. J B, Man's religions. The Macmillan Company, 1958, Nueva York.
23. Liz Hamui Sutton, Religión, enfermedad y familia, 2009.
24. Copeland E, El cristianismo y otras religiones, Barcelona, Casa Bautista de publicaciones, 1977.
25. Crespo W. "Panorama religioso en el Ecuador" 2007
26. Enciclopedia de grupos religiosos en las Americas y la Península Ibérica: religión en ecuador. Por Clifton L. Holland, Director de PROLADES. Traducción al Español por Carmen Luna Hernández. Última revisión al 3 de agosto de 2009.
27. Oskamp, S. y Cameron C, Attitudes and opinions, Edit. Prentice-Hall. N. Jersey, 1977.
28. Yawar, A, Spirituality in medicine: what is to be done?, in: J R Soc Med, 2001, 94, p 529-33.
29. Conner W, Doctrina cristiana. Barcelona, Casa Bautista de Publicaciones, 1969.
30. Rojas E, La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones, Planeta, México, 2001.
31. Limonero J, Ansiedad ante la muerte. Rev. Ansiedad y estrés, 1997; 3 1, 37-46.
32. Lonetto R, Templer D, La ansiedad ante la muerte. Barcelona: Ediciones Temis 1988.
33. Carpintero H, Notas históricas sobre la ansiedad. Ansiedad y estrés, 2000; 6(1), 1-19.
34. Aries P, Historia de la muerte en occidente. Barcelona: El Acantilado, 2000.
35. Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico, manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
36. Barley N, Bailando sobre la tumba: encuentros con la muerte. Barcelona: Anagrama 2000.
37. Vilches L, Concepciones, creencias y sentimientos respecto a la muerte en adultos Revista Colombiana de Psiquiatría, 2000; Vol. 1, pp. 28-36.
38. Templer D, Dotson E, Religious correlates of death anxiety, Psychological reports, 1970; 26, 895-897.
39. Gándara M., J. y R. C. Fuertes, Ansiedad y angustia. Causas, síntomas y tratamiento, Barcelona Pirámide, 1999.
40. Nehrke M, Bellucci G, Gabriel S, Death Anxiety Locus of control and life satisfaction in elderly: Toward a definition of ego- integrity. Omega: Journal of death and dying, 1977-1978; 8, 359-368.
41. Elkins G, Fee A, Manual of Eysenck's Personality questionnaire, London: Hodder and Stoughton, 1975.

42. Rasmussen C, Brems C, The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity, *Journal of Psychology*, 1996; 130, 141-144.
43. Stevens S, Cooper P, Thomas L, Age norms for Templer's Death Anxiety Scale, *Psychological Reports*, 1980; 46, 205-206.
44. Pollak J, Correlates of death anxiety: A review of empirical studies, *Omega Journal of death and dying*, 1979; 10,97-121.
45. Chiapetta W, Floyd H y McSeveney D, Sex differences in coping with death anxiety, *Psychological reports*, 1977; 39, 945-946.
46. Davis S, Martn D, Wilee C y Voorhess J, Relationship of fear of death and level of self-esteem y college students, *psychological reports*, 1978; 42, 419-422.
47. Sadowsky C, Davis S, Loftus-Vergari M, Locus of control of death anxiety: a reexamination. *Omega: Journal of death and dying*, 1979; 10, 203-210.
48. Ramos F, Personalidad, depresión y muerte, Tesis doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 1982.
49. Poveda de Agustin J, Información al paciente terminal: Un reto antropológico, *Jano* 1992; XVIII, 1189-1202.
50. Feifel H, Hansos S, Jones R, Edward L, Physicians consider death, Paper presented at the 75th annual convention of the American psychological association. Washington, 1967
51. Howells K, Field D. Fear of the death and dying among medical students, *social science and medicine*, 1982; 16, 1421-1424.
52. Garfinkle C, Block P, Physician's Interactions with families of terminally ill patients, *family medicine*, 1996; 702-707.
53. Raja R, Gala F, González J, Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal sanitario ante la muerte, *cuadernos de medicina forense*, N° 29. 2002
54. Cole M. Sex and marital status differences in death anxiety, *Omega: Journal of death and dying*, 1978-1979; 9, 139-147.
55. Slezak M, Attitudes toward euthanasia as a function of death fears and demographic variables, Tesis doctoral, Fresno: California School of professional psychology 1980.

ANEXOS

Carta de presentación para participantes de Investigación

El propósito de esta carta de presentación es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por Santiago Fierro P. y Raúl Montúfar G. de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Dicha investigación se titula "Influencia de las creencias religiosas en la ansiedad ante la muerte en los médicos del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional en el mes de octubre del 2010"

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Para la realización de este estudio usted deberá responder a dos cuestionarios lo cual le tomará aproximadamente diez minutos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO
Favor marque con una X donde corresponda

1. Sexo: Varón__ Mujer__

2. Edad: _____

3. Estado Civil: Soltero__ Casado/ U. Libre__ otro__

4. Nivel profesional: Tratante__ No Tratante__

5. Servicio_____

6. Antigüedad: _____

7. ¿Ha trabajado alguna vez o trabaja con pacientes terminales?
Si__ No__

8. ¿Es usted una persona con creencias religiosas?
Si__ No__

9. ¿Se considera una persona que pone en práctica sus obligaciones religiosas?
Si__ No__

ESCALA DAS 1

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su CREENCIA PERSONAL sobre algunos aspectos de su vida. Su tarea consiste en leer atentamente cada afirmación y señalar con una cruz (x) en el margen de la derecha, si considera que es verdadera (V) o falsa (F) según se identifique o no con cada afirmación.

Por favor, asegúrese de responder a cada pregunta, y trate de ser sincero en sus respuestas, las cuales se mantendrán en la más estricta confidencia y anonimato.

- | | | |
|---|---|---|
| 1.- Tengo mucho miedo a morirme..... | V | F |
| 2.- Apenas pienso en la muerte..... | V | F |
| 3.- No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte..... | V | F |
| 4.- Me asusta mucho pensar que tenga que hacerme una operación..... | V | F |
| 5.- No tengo ningún miedo a morirme..... | V | F |
| 6.- No tengo miedo a tener cáncer..... | V | F |
| 7.- No me molesta nada pensar en la muerte..... | V | F |
| 8.- Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa | V | F |
| 9.- Me da miedo morir de una muerte dolorosa..... | V | F |
| 10.- La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho..... | V | F |
| 11.- En realidad, me asusta que me pueda dar un ataque al corazón..... | V | F |
| 12.- Pienso a menudo que la vida es realmente muy corta..... | V | F |
| 13.- Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial | V | F |
| 14.- Ver un cadáver me horroriza..... | V | F |
| 15.- Pienso que el futuro no me guarda nada que temer..... | V | F |

Por favor, compruebe que no se ha dejado ningún ítem sin contestar.

¡Gracias por su colaboración !