

Percepções de estudantes y médicos sobre la “muerte digna”

Inês Motta de Moraes¹, Rui Nunes², Thiago Cavalcanti³, Ana Karla Silva Soares⁴, Valdiney V. Gouveia⁵

Resumen

La muerte es la cesación definitiva de la vida en el cuerpo. Los avances técnico-científicos de la medicina lograron posponerla. El objetivo del presente estudio fue conocer la percepción de estudiantes y profesionales de la medicina con respecto a la muerte digna. Se registraron las diferencias entre los grupos y sus correlatos con variables demográficas. Participaron 398 personas divididas equitativamente entre estudiantes y médicos de la ciudad de Porto Velho (RO). Del total, 57,8% eran de género masculino, con una edad promedio de 34,5 años. Estos respondieron la EPMD (Escala de Percepción de Muerte Digna) y preguntas demográficas. Los resultados indicaron que los médicos prefieren morir en el hospital (74%) y los estudiantes en sus casas (74%); éstos presentaron una media mayor en la EPMD (M = 5,6; DP = 0,6). A pesar de las limitaciones, este estudio propone pensar prácticas futuras inherentes a la concepción de muerte digna de parte de los profesionales de la salud, colaborando en la relación médico-paciente.

Palabras-clave: Muerte-Valor de la vida. Percepción. Medicina. Médicos. Estudiantes.

Resumo

Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos

A morte é a cessação definitiva da vida no corpo. Os avanços técnico-científicos da medicina conseguiram prolongá-la. O objetivo do presente estudo foi conhecer a percepção de estudantes e profissionais da medicina acerca da “morte digna”. Levantaram-se as diferenças entre os grupos e seus correlatos, valendo-se de variáveis demográficas. Participaram 398 respondentes, distribuídos equitativamente entre estudantes e médicos da cidade de Porto Velho, dos quais 57,8% eram do gênero masculino, com média etária de 34,5 anos. Os participantes responderam à chamada “escala de percepção de morte digna” (EPMD) e questões demográficas. Os resultados indicaram que os médicos preferiram morrer no hospital (74%) e os estudantes, em casa (74%); esses últimos tiveram maior média na EPMD (M = 5,6; DP = 0,6). Apesar das limitações, este estudo favorece a reflexão sobre práticas futuras, inerentes à concepção de morte digna por integrantes da saúde, auxiliando a relação médico-paciente.

Palavras-chave: Morte-Valor da vida. Percepção. Medicina. Médicos. Estudiantes.

Abstract

Perception of “dignified death” for students and doctors

Death is the definitive end of life in the body. The technological advances of medicine have made it possible to prolong the process of dying. This study aimed to discover the perception of medical students and medical professionals about a good death, and analyzed the differences between the groups and their correlates based on demographic variables. A total of 398 people, equally divided among medical students and doctors, participated in the study. Most of the participants were male (57.8%), with a mean age of 34.5. They responded to the GDPS (Good Death Perception Scale) and demographic questions. Results indicated that doctors preferred to die in a hospital (74%) and students at home (74%). The latter obtained a higher mean GDPS score (M = 5.6, SD = 0.6). Despite its limitations, this study allows the consideration of future practices inherent to the conception of a good death by health professionals, improving the doctor-patient relationship.

Keywords: Death-Value of life. Perception. Medicine. Doctors. Students.

Aprovação CEP Fimca CAAE 0014.0.382.000-10

1. **Doutora** imm1952@gmail.com 2. **Doutor** ruinunes@med.up.pt – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal 3. **Mestre** thiagomcavalcanti@gmail.com 4. **Doutora** akssoares@gmail.com 5. **Doutor** vvgouveia@gmail.com – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Correspondência

Valdiney V. Gouveia – Departamento de Psicologia (CCHLA), Universidade Federal da Paraíba CEP 58051-900. João Pessoa/PB, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La muerte es una realidad cotidiana en el trabajo diario de los profesionales de la salud, especialmente cuando se compara ese segmento con la población general¹. Por lidiar con procesos relacionados con la salud, enfermedad y muerte, esos profesionales están más propensos a agravios psíquicos y somáticos², y la rutina ocupacional, la calidad del ambiente de trabajo, así como la proximidad con el dolor y la muerte, son factores que explican algunos problemas de salud de esa población. Sin embargo, la forma de clasificar y comunicarse la muerte ha sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo, del mismo modo que el perfil de los trabajadores de salud, sobre todo los médicos³.

Históricamente, en los siglos V y VI, la muerte permeaba lo cotidiano, siendo percibida de manera prosaica, sin dramatismo o temor⁴. En la época medieval era un fenómeno doméstico y romántico⁵, que se restringía al círculo de familiares, amigos y vecinos, además de la presencia del sacerdote. En ese contexto, el médico no estaba acostumbrado a ser llamado ni siquiera para confirmar la muerte, visto que ese acto era considerado una falta de civismo.

Fue en ese período cuando la literatura médica dio inicio a la investigación sobre el tema, la cual pasó a tener referencias biológicas³, a pesar de que la resignación y la noción de fatalidad innegable de la muerte hiciesen que la sensación de miedo ligada a ella estuviese prácticamente ausente. Esa perspectiva, que perduró hasta el siglo XVIII⁶, daría lugar, en el siglo siguiente, a una percepción de la muerte como un suceso que despierta temo⁴.

Al inicio del siglo XX la evolución de la medicina y de la sanidad promovió la reducción de la tasa de mortalidad y la ampliación de la esperanza de vida. En ese contexto, la muerte vivida en casa y en presencia de la familia fue paulatinamente dejando de ser aceptable⁷. La propia medicina, con sus medidas de prevención y control social de la enfermedad, ejerció un papel crucial en ese fenómeno al apartar la muerte del ámbito doméstico y así ocultarlo con la finalidad de proteger la rutina hospitalaria de la crisis que representaba la inminencia del fallecimiento⁸⁻⁹.

En este inicio de siglo se observa una creciente tendencia de simplificación de los rituales relacionados con la muerte, como funerales más discretos y rápidos, un notorio aumento del número de cremaciones y un periodo menor de superación del luto. En la asistencia hospitalaria la perspectiva contemporánea de la muerte exigió conocimientos más técnicos sobre el fenómeno, especialmente para los

profesionales de la salud, que pasaron a convivir con la idea de la "buena muerte" o muerte digna. Ese planteamiento gana cada día más espacio en el ámbito de la salud, estimulando a los hospitales a adquirir medios que posibiliten más comodidad y cuidados a sus pacientes terminales³. Es en ese escenario en el que se fundamenta el presente estudio para conocer la percepción de estudiantes y profesionales de la medicina acerca de la muerte digna. Específicamente, se pretende verificar en qué medida variables demográficas están correlacionadas con esa percepción.

La muerte digna

El avance tecnológico de la medicina, además de ofrecer beneficios a la salud de las personas, facilitó el control del proceso de muerte, con el mantenimiento del funcionamiento de órganos de forma artificial, incluso en los casos sin perspectiva de cura. El lugar de la muerte fue desplazado; es decir, si antes ocurría siempre en casa, junto a familiares y amigos, hoy prácticamente está circunscrita al entorno hospitalario, en el que no es raro que el paciente se encuentre solo¹⁰⁻¹¹.

Como consecuencia de este desplazamiento, los cuidados paliativos y la humanización de los procesos de intervención hospitalaria ganan cada vez más relevancia. Los cuidados paliativos consisten en la gestión de los síntomas y en el apoyo psicosocial al paciente, con el fin de potenciar la calidad de la atención y disminuir la frecuencia del uso de los servicios médicos. No obstante, ese tipo de tratamiento suele ser empleado tardíamente, en un momento avanzado de la enfermedad, sobre todo en pacientes ya internados en unidades hospitalarias. Por esta razón esos cuidados se muestran muchas veces ineficaces para elevar la calidad de los tratamientos prestados¹².

Los avances científicos y tecnológicos en el área médica también alcanzaron el hospital, que, de institución destinada a acoger y prestar asistencia a los pobres a las puertas de la muerte, pasó a lugar privilegiado de esos avances, contando con profesionales aptos para lidiar con los aspectos biológicos de la vida y a realizar procedimientos con las tecnologías más sofisticadas. Sin embargo, a pesar de tales progresos, esos profesionales todavía presentan cierta limitación en lo que se refiere a su relación con el paciente terminal¹³.

La realización de intervenciones terapéuticas autorizadas únicamente por familiares, sin

conocimiento del paciente, implica la pérdida de su dignidad, dado que el enfermo, impedido para hacer sus propias elecciones, deja de ejercer su autonomía¹⁴. Cada individuo idealiza la forma en que le gustaría morir; pero, en algunos casos, como el de personas con enfermedades de pronóstico reservado o en fase terminal, esa cuestión se torna central en razón de la muerte inminente. En situaciones como esa, es importante que el enfermo participe en su proceso de muerte, expresando lo que considera esencial para su calidad de vida, porque, aunque esté en fase terminal y cercano a la muerte, él permanece vivo¹⁵.

No es fácil aceptar la muerte. Morir no es únicamente un evento de interés médico o científico, sino que es esencialmente un acontecimiento de dimensión personal, cultural y religiosa. En este sentido, el médico necesita aprender a lidiar con la situación, comenzado por pensar al respecto. De hecho, uno de los casos que más afligen al profesional de salud teniendo en cuenta su falta de preparación para trabajar la cuestión es cuando su paciente le revela el deseo de morir. La sensación de angustia puede acentuarse en el caso en que al médico le sea solicitado apresurar la muerte del paciente con el fin de aliviar su sufrimiento, especialmente en aquellas sociedades en que esa conducta es considerada criminal y contraria a la ética profesional. En esas ocasiones los médicos actúan de varias maneras, entre ellas considerar que el paciente está deprimido y no atender a su petición¹⁶.

Eutanasia, distanasia y ortotanasia

La eutanasia, también llamada "buena muerte", sucede cuando el paciente, sabiendo que su enfermedad es incurable o que no cuenta con más condiciones de vivir con dignidad, solicita al médico y éste acepta que le acorte la vida anticipadamente, para evitar la prolongación de su padecimiento físico y psicológico¹⁷. La práctica consiste en quitar la vida a un ser humano por razones humanitarias, aliviándolo de su sufrimiento y del dolor. Las discusiones sobre esta conducta suelen provocar intensas polémicas puesto que involucran derechos individuales y aspectos legales, reuniendo en un mismo embate al paciente, sus familiares, un equipo de asistencia e incluso a una institución de salud¹⁶.

En el orden jurídico brasileño la eutanasia no es lícita como acto originado por un tercero, el cual pone, deliberadamente, fin a la vida de alguien con la intención de acabar con una situación considerada insostenible. No es consentida y, aunque no sea absoluto, el derecho a la vida es un bien jurídico generalmente no disponible por ley para terceros.

Por consiguiente, aun cuando es solicitado por el paciente ese acto se constituye como un crimen de homicidio previsto en el Código Penal¹⁸.

Cabe destacar que en el derecho penal brasileño para que un acto se caracterice como crimen es necesaria la concurrencia de tres factores: tipicidad, ilicitud y culpabilidad. En la eutanasia el consentimiento del paciente no omite la ilicitud de la conducta médica, razón por la cual no la descalifica de homicidio, puesto que ese consentimiento no está previsto en la ley como una causa de exclusión de la tipicidad de conducta. Es culpable el médico que podría haber actuado de otro modo evitando la conducta ilícita¹⁹.

La medicina evolucionó y con ello consiguió prolongar artificialmente la vida humana. No obstante, es necesario contar con criterios y normas suficientemente claras y consensuadas para orientar a los médicos para lidiar con esa situación²⁰. Es fundamental que sepan distinguir entre la eutanasia *stricto sensu* y la suspensión de medios denominados extraordinarios, fútiles y desproporcionados de tratamiento. Tales situaciones traen dilemas éticos y, en las sociedades occidentales, el uso de esos recursos desproporcionados es considerado un acto médico inadecuado, o distanasia. Cuando el paciente capacitado en fase terminal desea suspender el tratamiento, el médico debe respetar su voluntad, mientras que se trate de la suspensión del tratamiento inútil y desproporcionado²¹. Se materializa, así, el principio de la autonomía individual, pilar de la bioética contemporánea²².

Distanasia significa "mala muerte", o sea, la prolongación exagerada de la vida de un paciente en estado crítico. Este término puede ser empleado como sinónimo de tratamiento inútil y designa la actitud médica en la que, en nombre de "salvar la vida" del paciente terminal, acaba por someterlo a un sufrimiento excesivo. Con ese procedimiento no se prolonga la vida, sino el proceso de morir²³. En Europa se habla de "obstinación terapéutica"; en los Estados Unidos de "futilidad médica" (*medical futility*). Popularmente, la cuestión puede ser presentada en los siguientes términos: ¿hasta qué punto se debe prolongar el proceso de morir cuando no hay más esperanza de revertir el cuadro?²⁴

Surgida con la creciente medicalización de la salud y con el uso exagerado de las tecnologías médicas, la distanasia está en constante debate bioético en razón del impacto que causa en la calidad de vida del paciente, así como de sus familiares y cuidadores. Esa práctica no considera el bienestar o las preferencias individuales²⁴. Significa, fundamentalmente, muerte lenta, acompañada de ansiedad y mucho sufrimiento. Sin embargo, esa "obstinación

terapéutica” o “terapia agresiva” es rechazada por la mayoría de los especialistas en ética y bioética por ser contraria a la dignidad de la persona¹⁶.

La Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988 asegura que la dignidad de la persona humana es uno de los fundamentos del Estado actual. Por lo tanto, ahí se incluye también el derecho de morir con dignidad, el cual debe ser garantizado a los pacientes sin ninguna posibilidad de cura. Una de las maneras de conferirle ese derecho es por medio de la ortotanasia, que significa “muerte correcta”, a su debido tiempo, no sometiendo al paciente a tratamientos deshumanos y degradantes, destinados solamente a prolongar su proceso de muerte²⁵.

Por lo tanto, la ortotanasia tiene el sentido de muerte a su debido tiempo, sin una extensión desproporcional del proceso de morir. Difiere de la eutanasia porque es sensible al proceso de humanización de la muerte y al alivio de los dolores, no incurriendo en prolongamientos abusivos mediante la aplicación de medios desproporcionados, que únicamente imponen sufrimientos adicionales²³. A propósito, un estudio investigó entre pacientes terminales, familiares y equipo médico sobre lo que significa muerte buena²⁶. Se concluyó que para la mayoría de los participantes ésta era entendida como la capacidad de tener 1) control del dolor y de los síntomas; 2) buena relación con la familia y bienestar ambiental; y 3) buena relación con el equipo médico. Otra investigación constató que familiares de pacientes en fase terminal internados en la UTI entienden que los cuidados en la fase final de la vida incluyen dignidad, apoyo, respeto, paz y control del paciente, y son elementos importantes para definir una buena muerte en el contexto hospitalario²⁷. Ya un estudio realizado con enfermeros de la UTI verificó que esos profesionales consideran importante la presencia de un familiar en la fase final del proceso de morir, así como la disponibilidad de apoyo espiritual cuando sea posible, respetándose, así, las necesidades del paciente²⁸. ¿Y lo que piensan al respecto estudiantes de medicina y médicos de Brasil? ¿Su percepción podría estar influida por sus características demográficas? Estos han sido los aspectos motivadores del presente estudio, que buscaba conocer cómo esas personas se posicionan ante la cuestión de la muerte digna o buena.

Método

Participantes

El estudio contó con 398 respondedores, divididos equitativamente en estudiantes y

profesionales de medicina. Del total, el 57,8% eran de género masculino, con una edad media de 34,5 años (DP = 12,9; amplitud de 19 a 75 años). Concretamente, los estudiantes eran en su mayoría de género masculino (52,3%), con una edad media de 25,47 años (DP = 4,5); en el caso de los médicos, el 63% eran de género masculino, con una edad media de 43,2 años (DP = 12,3).

Instrumentos

Los participantes respondieron al instrumento denominado “escala de percepción de muerte digna” (EPMD), compuesto por 24 ítems distribuidos en seis factores: 1) mantenimiento de la esperanza y del placer; 2) buena relación con el equipo profesional de salud; 3) control físico y cognitivo; 4) no ser una carga para los demás; 5) buenas relaciones con la familia; 6) control del futuro. Esa versión resultó de la encuesta con estudiantes y profesionales de medicina pertenecientes a la población general de Rondônia, que fue sometida tanto a análisis exploratorios como a análisis confirmatorios, certificando su adecuación métrica, es decir, la validez de los factores y la consistencia interna²⁹. Los participantes debían indicar en qué medida el contenido expreso en cada ítem era necesario o innecesario para garantizar una muerte digna, eligiendo un número en escala de respuesta de siete puntos, que variaba de 1 (totalmente innecesario) a 7 (totalmente necesario) (Ver Anexo).

Otro instrumento utilizado fue un cuestionario demográfico, con preguntas de carácter sociodemográfico para caracterizar la muestra por género, edad, estado civil, si sufre alguna enfermedad, lugar de residencia y en dónde le gustaría morir, en casa o en el hospital.

Procedimiento

Este estudio se trata de una encuesta correlativa. Entre los estudiantes de medicina la recolección de datos fue realizada en un contexto colectivo, en un aula o en el hospital de la red pública de Porto Velho, pero con participación individual. En el primer caso, se obtuvieron autorizaciones de los coordinadores de los cursos de medicina de las instituciones públicas y privadas. Concretamente, se presentaron dos encuestadoras solicitando la colaboración voluntaria de los presentes e indicando que no sería necesario identificarse dado el carácter anónimo y confidencial de la investigación.

Las mismas encuestadoras se presentaron al director clínico de un hospital infantil y al jefe de

servicio de la clínica médica de un hospital general, solicitando su consentimiento para la participación de los estudiantes que allí realizaban su formación académica. También fueron informados sobre la participación voluntaria, aclarando que no sería necesaria la identificación de los participantes.

En lo que se refiere a la muestra de médicos, su selección fue realizada en base a la lista de médicos registrados en el Consejo Regional de Medicina de Rondônia. En posesión de sus respectivas direcciones, se procuró mantener el contacto previo para organizar el día para la cumplimentación del instrumento. En el momento los profesionales fueron informados de que, aunque no ofreciese beneficios inmediatos a los participantes, la encuesta posibilitaría un mejor conocimiento de las preferencias de los médicos y de sus conductas profesionales cotidianas.

El estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación Involucrando Seres Humanos de las Facultades Integradas Aparício Carvalho (Fimca), en Porto Velho. En este sentido, todos los procedimientos éticos cumplían los padrones establecidos por la Resolución 466/2012³⁰ del Consejo Nacional de Salud, que trata de las normas de investigación que involucran seres humanos. En este sentido, los potenciales participantes de la encuesta fueron debidamente informados sobre el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la encuesta, y aquellos que aceptaron colaborar firmaron el término de consentimiento libre e informado. Cada participante tenía la opción de entregar en el acto el instrumento completado o hacerlo posteriormente, organizando el horario para la devolución. De media fueron necesarios 15 minutos para concluir la participación en el estudio.

Análisis de los datos

El programa PASW 18 fue empleado para la tabulación y el análisis de los datos. Se utilizaron estadísticas descriptivas (distribución de frecuencia,

medidas de tendencia central y dispersión), correlaciones y diferencias entre medias (test t).

Resultados

Para facilitar a comprensión del lector, se decidió estructurar la presentación de los resultados en temas principales. Inicialmente se ofrece una descripción general del perfil de los participantes del estudio. Posteriormente, se procura mostrar los correlatos de la muerte digna, diferenciando médicos y estudiantes. Al final se presentan las comparaciones de las medias de profesionales y estudiantes de medicina en los factores de la muerte digna.

Caracterización de los participantes

De los estudiantes que participaron en la investigación el 82% eran solteros, el 36,2% vivían con los padres y el 86,4% dijeron que estaban desempleados. Casi todos vivían en zona urbana (99,5%). El estado de salud fue considerado por ellos como excelente o bueno (93,5%), y solamente el 1,5% señaló poseer algún problema de salud. Cuando fueron preguntados respecto al lugar donde preferían morir el 74% afirmó optar por fallecer en casa.

En relación a los médicos, el 65,3% indicaron estar en una unión estable y el 7,1% estaban divorciados o viudos. La mayoría manifestó estar viviendo en zona urbana (97,5%) y el 67% indicaron que vivían únicamente con cónyuge o con cónyuge e hijos. Buena parte de ellos declaró que su estado de salud era excelente o bueno (85,4%). En cuanto a la situación funcional, el 92,5% relataron estar empleados. Al pedirles responder sobre el mejor lugar para morir, el 74,3% de ellos escogieron un hospital.

Tabla 1. Correlación de los factores de la EPMD con variables demográficas

	Médicos					Estudiantes				
	Donde morir	Tener enfermedad	Tener trabajo	Salud	Estado civil	Donde morir	Tener enfermedad	Tener trabajo	Salud	Estado civil
Factor 1	-0,13	-0,11	-0,39	-0,70	0,36	0,79	0,33	-0,55	-0,21**	-0,43
Factor 2	0,38	-0,24	0,74	0,14*	0,16	-0,11	0,29	-0,11	-0,20**	0,30
Factor 3	-0,15*	-0,95	0,11	-0,11	0,30	0,04	0,97	-0,11	-0,72	0,55
Factor 4	-0,20**	0,54	0,13*	-0,36	0,20**	-0,05	0,81	0,37	-0,88	0,27
Factor 5	0,11	-0,11	0,78	0,37	-0,04	0,18	0,70	0,03	-0,13*	-0,11
Factor 6	-0,16	0,38	0,13*	0,61	-0,91	-0,42	0,39	0,11	-0,61	0,77

Notas: * p < 0,05; ** p < 0,001

Correlatos

Se buscaba conocer las correlaciones de los factores EPMD con el conjunto de variables demográficas consideradas. Para tener conocimiento de la consistencia de esas correlaciones, los cálculos fueron efectuados tomando separadamente los dos grupos de muestra tenidos en cuenta. La siguiente Tabla 1 resume los principales resultados.

El factor 1 se refiere al *mantenimiento de la esperanza y del placer* y destaca los aspectos positivos de la vida, el sentido de esperanza atribuido y la sensación de que vale la pena vivir. El factor 2, denominado *buena relación con el equipo profesional de salud*, expresa la preocupación por las relaciones interpersonales, específicamente con las personas que son que son las principales cuidadoras en el contexto de la enfermedad. El factor 3, *control físico y cognitivo*, mide la importancia de ser independiente en las actividades (por ejemplo, en la alimentación y en los cuidados personales), el miedo de mostrar debilidad y la capacidad de decisión. El factor 4, referente a *no ser una carga para los demás*, retrata el temor de ser dependiente de equipos y/o de otras personas. El factor 5, correspondiente a *buenas relaciones con la familia*, valora la importancia del apoyo familiar, la comodidad y el disfrute de la convivencia con los parientes. Por último, el factor 6, denominado *control del futuro*, trata del conocimiento del tiempo que resta de vida, de estar preparado para morir y, principalmente, de la disposición para despedirse de las personas queridas.

Respecto a los médicos, se puede verificar que ninguna variable se correlaciona con el factor *mantenimiento de la esperanza y del placer*. Sin embargo, el factor *buena relación con el equipo profesional* fue asociado al estado de salud ($r = 0,14$; $p < 0,05$). El *control físico e cognitivo* se correlaciona con el lugar donde morir ($r = 0,15$; $p < 0,05$). *No ser una carga* fue correlacionado negativamente con el local donde morir ($r = -0,20$; $p < 0,001$), tener trabajo ($r = 0,13$; $p < 0,05$; 1 = Sí y 2 = No). Se verificó la correlación entre el factor entre el factor *control del futuro* y tener trabajo ($r = 0,13$; $p < 0,05$; 1 = Activo y 2 = Desempleado).

Tratándose de los estudiantes de medicina, el estado de salud (1 = Excelente a 5 = Pésimo) presentó correlación con el *mantenimiento de la esperanza y del placer* ($r = 0,21$; $p < 0,001$), la *buena relación con el equipo profesional de salud* ($r = 0,20$; $p < 0,001$) y las *buenas relaciones con la familia* ($r = -0,13$; $p < 0,03$).

Diferencias entre médicos e estudiantes

Fueron realizados testes *t* independientes para verificar si existían diferencias entre estudiantes y médicos en los factores de la EPMD y en las variables demográficas. Se constató diferencias estadísticamente significativas en los valores medios de cinco de los seis factores de muerte digna, y los estudiantes invariablemente presentaron mayores valores que los médicos, respectivamente, como se indica:

- *Mantenimiento de la esperanza y del placer*: $M = 6,5$ y $6,1$; $t(395) = 5,48$; $p < 0,001$
- *Buena relación con el equipo profesional de salud*: $M = 6,1$ y $5,5$; $t(394) = 6,49$; $p < 0,001$
- *Control físico e cognitivo*: $M = 5,4$ y $4,9$; $t(395) = 4,76$; $p < 0,001$
- *Buenas relaciones con la familia*: $M = 6,3$ y $6,1$; $t(395) = 2,95$; $p < 0,05$
- *Control del futuro*: $M = 4,9$ y $4,6$; $t(395) = 2,27$; $p < 0,05$

El único factor que no presentó diferencias fue *no ser una carga para los demás*: $t(395) = 0,53$; $p > 0,05$. En esta dirección, los estudiantes presentaron mayor media en la puntuación total de la EPMD ($M = 5,7$; $DP = 0,61$) que los médicos: $M = 5,3$; $DP = 0,61$; $t(395) = 5,57$; $p < 0,001$.

Debate

A partir de los resultados, se comprobó que la mayoría de los médicos, cerca del 75%, prefiere morir en el hospital, prácticamente la misma proporción de estudiantes que optan por fallecer en casa. El contacto con la muerte durante el ejercicio profesional tal vez justifique esa diferencia, dado que la muerte puede haberse naturalizado, es decir, haber pasado a ser algo cotidiano tratado técnicamente, lo que caracteriza el "curtimiento" emocional de los profesionales.

El cambio del lugar de la muerte, pasando de la residencia en el hospital, ocurrió por diversos factores históricos y sociales¹⁰. A pesar de que los estudiantes del área de salud poseían formación teórica acerca de la muerte⁴, la vivencia diaria de ese fenómeno probablemente es responsable de modificar su percepción. En el caso de los médicos, la opción mayoritaria de morir en hospital se debe al hecho de estar cotidianamente insertos en ese ambiente en el que los saberes técnicos y científicos muestran su utilidad y eficacia, y a veces representa la única posibilidad de lidiar con la

muerte. Además de eso, la familiaridad con el entorno y con otros profesionales que en él actúan puede reforzar la confianza. Confirmando las afirmaciones anteriores, los médicos presentaron correlaciones negativas entre el lugar donde prefieren morir y los factores *control físico y cognitivo* y *no ser una carga para los demás*, lo que no sucedió con los estudiantes.

Además, los correlatos indican la importancia que los profesionales de medicina atribuyen al control de la muerte, destacando su preocupación por no ser una carga para los otros. Ese último resultado necesita ser ponderado puesto que el médico, por convivir con el proceso de enfermarse, experimenta situaciones en el que el paciente puede generar una carga para la familia, aunque involuntariamente. De ese modo, tal experiencia puede influir directamente en la preocupación de esos profesionales por no ser una carga para sus familiares. Esa percepción también puede darse en virtud de que el grupo de médicos presenta mayor media de edad que el grupo de estudiantes y, por consiguiente, más experiencia de vida tanto en el ámbito personal como profesional, factor que posiblemente interfiere en la manera de lidiar con la cuestión.

Es necesario señalar también que algunos otros factores psicosociales pueden influenciar la preferencia de fallecer en casa. Por ejemplo, la presencia o ausencia de dificultades financieras, el apego al ambiente familiar y el posible miedo al ambiente hospitalario favorecen esa elección³¹. Es posible que los valores humanos también se presenten como factor explicativo. Personas que priorizan valores sociales optan por morir cerca de los amigos y familiares; son individuos dirigidos a la interacción, a la convivencia con los otros y al cumplimiento de las normas sociales. En contraste, aquellas que priorizan valores personales, es decir, las que están más encaminadas hacia sí, sus realizaciones, deseos y metas individuales, escogen el hospital como mejor lugar para morir³².

Por último, destacar que la literatura acerca de la percepción de la muerte considera sobre todo a los pacientes¹⁴, siendo escasos los trabajos enfocados en los profesionales de salud. Este estudio buscaba rellenar esta laguna, contribuyendo a lanzar algo de luz sobre la percepción de la muerte por parte de estudiantes y profesionales de la medicina. A ese respecto, los resultados presentados anteriormente posibilitan pensar en nuevos estudios, enfocados, por ejemplo, en las diferencias entre los géneros acerca de la percepción de la muerte digna,

evaluando el impacto del tiempo de formación y su posible relación con las indicaciones médicas realizadas a los pacientes y con la aceptación por parte de los profesionales de las elecciones de los pacientes cuando no coinciden con las que los médicos harían.

Consideraciones finales

El objetivo del presente estudio fue conocer los correlatos demográficos de la percepción de la muerte digna, considerando profesionales y estudiantes de medicina. Ante los resultados, confiamos en que ese objetivo haya sido alcanzado. No obstante, como en toda iniciativa científica, el estudio no está exento de limitaciones, tales como: 1) la muestra no fue probabilística (por conveniencia); 2) hubo homogeneidad de la muestra en lo que se refiere al alcance geográfico de la encuesta, pero no se contó con participantes de todas las regiones geopolíticas de Brasil; 3) fueron empleadas únicamente medidas de auto-relato (lápiz y papel), de modo que las respuestas de los participantes pueden estar sesgadas por la deseabilidad social; 4) no tuvo en consideración la diferencia entre instituciones privadas y públicas. Es necesario resaltar, sin embargo, que esos factores no comprometen los hallazgos de la investigación, y que sus resultados tienen al menos un valor heurístico, posibilitando conocer la forma en que personas comprometidas con la promoción de la salud “reaccionan” ante la muerte, y principalmente cómo conciben la muerte digna.

Cabe investigar en qué medida la elección del lugar donde se desea morir puede ser explicado por tendencias individualistas y colectivistas, sobre todo considerando sus dimensiones horizontal y vertical. Quizá “*no ser una carga para los demás*” sea un pensamiento típico de individualistas verticales, enfocados al éxito, al triunfo en la vida, a diferencia de la elección del lugar junto a la familia, que representa una elección más típica para colectivistas horizontales, que priorizan las relaciones familiares. Esas son, seguramente, cuestiones que necesitarán ser contempladas en la práctica profesional y en la formación de esos profesionales de salud, puesto que podrán apoyar el proceso relacional establecido entre el médico y el paciente y sus familiares, principalmente por hacerlos reconocer que el otro puede no tener la misma visión de la muerte que ellos, tan acostumbrados a enfrentar ese dilema del final de la vida.

Referências

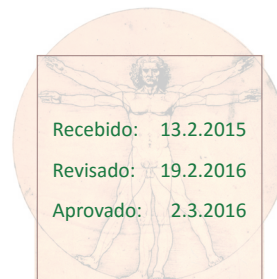
1. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
2. Nascimento AMD, Roazzi A. A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. *Psicol Reflex Crit.* [Internet]. 2007 [acesso 28 maio 2015];20(3): 435-43. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a11v20n3.pdf>
3. Kovács MJ. Educação para a morte. O homem diante da morte: ensaios de compreensão do trabalho de Philippe Ariès. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
4. Aquino TAA, Alves ACD, Aguiar AA, Refosco RF. Sentido da vida e conceito de morte em estudantes universitários: um estudo correlacional. *Interação Psicol.* [Internet]. 2010 [acesso 28 maio 2015];14(2):233-43. Disponível: <http://bit.ly/1QRXdD6>
5. Ariès P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
6. Aquino TAA, Serafim TDB, Daniel H, Silva M, Barbosa EL, Araújo E *et al.* Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicol Argum.* [Internet]. out-dez 2010 [acesso 28 maio 2015];28(63):289-302. Disponível: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3919&dd99=pdf>
7. Luper S. A filosofia da morte. São Paulo: Madras; 2010.
8. Ariès P. O homem perante a morte. Lisboa: Europa-América; 2000.
9. Menezes RA. Reflexões em torno da morte e o morrer. In: Santos FS, Incontri D, organizadores. *A arte de morrer: visões plurais*. 2ª ed. São Paulo: Comenius; 2009. p. 229-36.
10. Medeiros MM. Concepções historiográficas sobre a morte e o morrer: comparações entre a *ars moriendi* medieval e o mundo contemporâneo. *Outros Tempos (Dossiê Religião e Religiosidade)*. [Internet]. 2008 [acesso 11 jun 2015];6(5):152-72. Disponível: http://www.outrostempos.uema.br/OJS/index.php/outros_tempos_uma/article/view/211/150
11. Howell DA, Roman E, Cox H, Smith AG, Patmore R, Garry AC *et al.* Destined to die in hospital? Systemic review and meta-analysis of place of death in haematological malignancy. *BMC Palliat Care.* [Internet]. 2010 [acesso 11 jun 2015];9(9):1-8. DOI: 10.1186/1472-684X-9-9
12. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VAJ, *et al.* Early palliative care for patients with metastasis non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* [Internet]. 2010 [acesso 27 fev 2016];363(8):733-42. Disponível: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678>
13. Melo HP. O direito a morrer com dignidade. *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. 2006;3(6):69-73.
14. Borges RCB. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Migalhas.* [Internet]. 4 abr 2005 [acesso 12 jun 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1RP09Aw>
15. Kovács MJ. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética.* [Internet]. 1998 [acesso 12 jun 2015];6(1):[s.p.]. Disponível: <http://bit.ly/1pGSmM8>
16. Taboada PR. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioeth.* [Internet]. 2000 [acesso 12 jun 2015];6(1):89-101. Disponível: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>
17. Cesarin AS. Breves considerações sobre eutanásia e ortotanásia e o respeito ao princípio da dignidade no momento da morte. *Anuário da Produção Acadêmica Docente*. 2008;12:30-47.
18. Brasil. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, v. 348, nº 9, p. 10217, 13 de jul 1984. Seção 1. Parte geral, Título 1, Da aplicação da lei penal.
19. Dodge REF. Eutanásia – aspectos jurídicos. *Bioética.* [Internet]. 1999 [acesso 24 jun 2015];7(2):[s.p.]. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/299/438
20. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2009 [acesso 24 jun 2015];17(1):29-39. Disponível: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/77/81
21. Nunes R, Melo HP. Testamento vital. Coimbra: Almedina; 2011.
22. Morais IM. Autonomia pessoal e morte. *Rev. bioét.* (Impr.). 2010;18(2):289-309.
23. Dallari DA. Bioética e direitos humanos. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM; 1998. p. 231-41.
24. Diniz D, Costa S. Morrer com dignidade: um direito fundamental. Brasília: Letras Livres; 2004. (Série Anis, nº 34).
25. Bomtempo TV. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. *Revista Internacional de Direito e Cidadania.* [Internet]. 2011 [acesso 24 jun 2015];9:169-82. Disponível: <http://reid.org.br/arquivos/00000236-14-09-bomtempo.pdf>
26. Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage.* [Internet]. 2006 [acesso 24 jun 2015];31(2):140-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.012
27. Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, Ganzini L, Curtis JR. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest.* [Internet] 2005 [acesso 24 jun 2015];128(1):280-7. DOI: 10.1378/chest.128.1.280
28. Santana JCB, Dutra BS, Baldansi L, Freitas RHF, Martins TCO, Moura IC. Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em unidade de terapia intensiva. *Revista Bioethikos.* [Internet]. 2010 [acesso 24 jun 2015];4(3):324-31. Disponível: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art09.pdf>

Percepciones de estudiantes y médicos sobre la “muerte digna”

29. Wansa MCD, Morais IM, Gouveia VV, Miyashita M, Nunes R. Briefed version of the good death inventory (GDI-B): evidences of its validity and reliability in Brazil [no prelo]; 2012.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Normas e diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. CNS; 2012 [acesso 8 mar 2016]. Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
31. Baider L, Surbone A. Patients' choices of the place of their death: a complex, culturally and socially charged issue. *Onkologie*. [Internet]. 2007 [acesso 24 jun 2015];30(3):94-5. DOI: 10.1159/000099371
32. Morais IM. A escolha do lugar onde morrer por estudantes e médicos: valores humanos e percepção de morte digna [tese]. [Internet]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2012 [acesso 5 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Ut6j1Y>

Participación de los autores

Todos los autores colaboraron igualmente en la elaboración del presente artículo.



Anexo

Versión reducida de la escala de percepción de la muerte digna (EPMD)

AFIRMACIONES	Totalmente innecesario	Innecesario	Algo innecesario	Más o menos necesario	Algo necesario	Necesario	Totalmente necesario
1) Vivir como si estuviese en casa	1	2	3	4	5	6	7
2) No cambiar su apariencia	1	2	3	4	5	6	7
3) Conocer cuánto tiempo de vida quedará	1	2	3	4	5	6	7
4) Reconciliarse con las personas	1	2	3	4	5	6	7
5) Contar con personas que puedan escucharle/la	1	2	3	4	5	6	7
6) No mostrar su debilidad física y mental a la familia	1	2	3	4	5	6	7
7) Ser capaz de estar en el lugar preferido	1	2	3	4	5	6	7
8) No ser una carga para los miembros de la familia	1	2	3	4	5	6	7
9) Estar preparado(a) para morir	1	2	3	4	5	6	7
10) No ser dependiente de equipos médicos o tubos	1	2	3	4	5	6	7
11) Ser mentalmente capaz de tomar decisiones, estar lúcido(a)	1	2	3	4	5	6	7
12) Estar calmado(a), relajado(a)	1	2	3	4	5	6	7
13) Vivir positivamente	1	2	3	4	5	6	7
14) Disfrutar de tiempo suficiente con la familia	1	2	3	4	5	6	7
15) Tener la sensación de que vale pena vivir	1	2	3	4	5	6	7
16) Vivir en circunstancias tranquilas	1	2	3	4	5	6	7
17) Tener un(a) médico(a) o enfermero(a) con quien conversar sobre los miedos de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
18) Controlar el tiempo de vida, como mediante la eutanasia	1	2	3	4	5	6	7
19) Tener una enfermera con quien se sienta cómodo	1	2	3	4	5	6	7
20) No ser tratado(a) como un objeto o un niño	1	2	3	4	5	6	7
21) Ser independiente en las actividades diarias	1	2	3	4	5	6	7
22) Decir adiós a las personas queridas	1	2	3	4	5	6	7
23) Asegurarse de que fueron utilizados todos los tratamientos disponibles	1	2	3	4	5	6	7
24) No generar problemas a los demás	1	2	3	4	5	6	7