

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO
DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE**

LIZA ACUÑA MORALES

EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS

GUATEMALA, MAYO DE 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO
DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO**

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

LIZA ACUÑA MORALES

EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, MAYO DE 2014

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina

SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS DOCENTES

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Cordón Osorio

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 314-2013
CODIPs. 1129-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

21 de mayo de 2014

Estudiantes
Liza Acuña Morales
Emma Aracely López Penados
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO PRIMERO (21º.) del Acta VEINTIDOS GUIÓN DOS MIL CATORCE (22-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 06 de mayo de 2014, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Liza Acuña Morales
Emma Aracely López Penados

CARNÉ No. 2009-16875
CARNÉ No. 2009-22347

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Salvador Antonio Aguilar Batres, y revisado por la Licenciada Suhelen Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/gaby

CIEPs 103-2014
REG: 314-2013
REG: 643-2013

INFORME FINAL

Guatemala, 14 de mayo 2014

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Pedro José de León Escobar ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE.”

ESTUDIANTE:
Liza Acuña Morales
Emma Aracely López Penados

CARNE No .
2009-16875
2009-22347

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 05 de mayo del año en curso por la Docente encargada de esta Unidad. Se recibieron documentos originales completos el 09 de abril del 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Eriné Luna de Álvarez
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo

Andrea **Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”**
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

UGP. 103-2014
REG 314-2013
REG 643-2013

Guatemala, 14 de Mayo 2014

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE.”

ESTUDIANTE:
Liza Acuña Morales
Emma Aracely López Penados

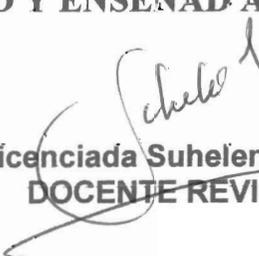
CARNÉ No.
2009-16875
2009-22347

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 05 de Mayo 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”


Licenciada Suhelen Jiménez
DOCENTE REVISORA



Andrea./archivo

Guatemala, 13 de marzo de 2014

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Unidad de Graduación
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

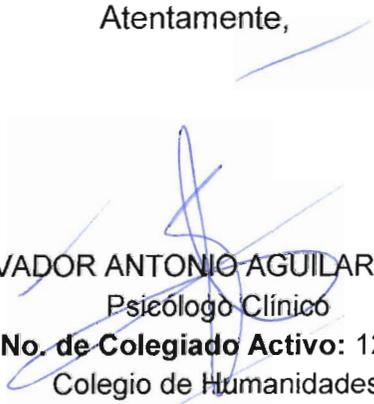
Por este medio me permito informarle que asesoré y aprobé la elaboración y presentación del Informe Final de investigación titulado “SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE” realizado por las estudiantes LIZA ACUÑA MORALES carné 200916875 y EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS carné 200922347.

El trabajo fue realizado a partir DEL 25 JULIO DE 2013 HASTA EL 11 DE MARZO DE 2014.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



SALVADOR ANTONIO AGUILAR BATRES
Psicólogo Clínico
No. de Colegiado Activo: 12010
Colegio de Humanidades
Asesor de contenido

Guatemala, 11 de marzo de 2014

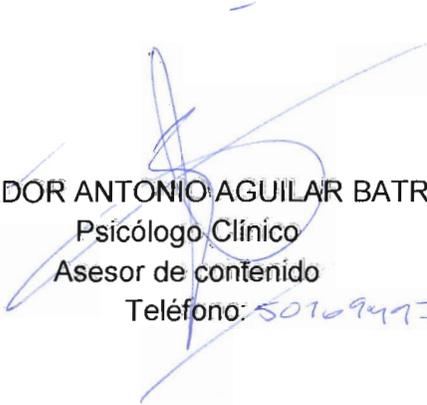
Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Unidad de Graduación
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que las estudiantes LIZA ACUÑA MORALES carné 200916875 y EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS carné 200922347 realizaron 20 entrevistas semi estructuradas y 41 encuestas de opinión a estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala como parte del trabajo de Investigación titulado “SUFRIMIENTO EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL INICIO DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE” en el período comprendido del 7 de febrero hasta el 7 de marzo del presente año, cumpliendo así con lo estipulado en su proyecto de Investigación.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


SALVADOR ANTONIO AGUILAR BATRES
Psicólogo Clínico
Asesor de contenido
Teléfono: 50109477

PADRINOS DE GRADUACIÓN:

POR LIZA ACUÑA MORALES

IDALIA CRISTINA MORALES GÓMEZ

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

COLEGIADO 12,341

POR EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS

GERMAN FEDERICO LÓPEZ VELASQUEZ

M.S.C. EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

COLEGIADO 6,742

PADRINOS DE GRADUACIÓN:

POR LIZA ACUÑA MORALES

IDALIA CRISTINA MORALES GÓMEZ

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

COLEGIADO 12, 341

POR EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS

GERMAN FEDERICO LÓPEZ VELASQUEZ

M.S.C. EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

COLEGIADO 6,742

AGRADECIMIENTOS

- Licenciada Suhelen Patricia Jiménez por el apoyo incondicional brindado en su labor de revisora del presente proyecto de investigación con fines de graduación.
- Licenciado Salvador Antonio Aguilar Batres por su anuencia a brindar el apoyo como asesor de contenido del presente proyecto de investigación con fines de graduación.
- A todos los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que participaron en el trabajo de campo del presente proyecto de investigación con fines de graduación, principalmente a todos los amigos que colaboraron a reunir la muestra requerida.

DEDICATORIA POR EMMA ARACELY LÓPEZ PENADOS

- A Dios** Por darme la vida y bendecirme tanto a lo largo de la misma.
- A mis padres** Mi padre German López, por creer tanto en mí, apoyarme incondicionalmente e inspirarme a seguir esforzándome, porque cada día yo te admiro más.
Mi madre Vilma Penados, por enseñarme a ser fuerte a través de tu ejemplo, ayudarme a ser la mejor versión de mí y principalmente por asegurarme que la vida siempre será más fácil si la enfrentamos juntas y con una sonrisa.
- A mi hermano** Eduardo López, por ser mi complemento en la vida;, te elegí como mi persona favorita en el mundo porque te admiro por el hombre en el que te has convertido y lo grande que estoy segura llegarás a ser.
- A mi familia** Abuelos, abuelas, tíos, tías, primos y primas; por su apoyo constante y demostrarme que no hay lazos más fuertes que los creados por una familia que permanece unida aún en las adversidades.
- A mis sobrinos y ahijada** Luis, Ivana, Alejandra, Santiago, Aby, Andrés y Sofía por ser mis pequeñas bendiciones, impulsarme a ser un mejor ejemplo y alegrar mi vida con su sola presencia.
- A Liza Acuña** Por ser mi compañera de tesis, amiga, confidente y hermana por elección: ¡¡Gracias!!¡¡LO LOGRAMOS!!
- A mis amigos y amigas** De colegio, de Universidad, de la vida. Gracias por siempre tener palabras de ánimo, por aguantarme en los días de estrés, por empujarme cuando sentí que no tenía más fuerzas; Gracias por ser parte del proceso y hoy la culminación de una de las metas más importantes de mi vida.
- A la USAC** Porque dentro de sus aulas yo obtuve algo más que formación académica; fue aquí donde crecí como persona, tomé conciencia de las necesidades que nuestra sociedad tiene y más importante, me enseñaron que los profesionales son formados para ser agentes de cambio en sus entornos y que esto me brindará más satisfacción que cualquier otra remuneración. Así que si me brindan la oportunidad, yo vuelvo a escoger esta alma máter.

DEDICATORIA POR LIZA ACUÑA MORALES

- A Dios y la Virgen María** Por todas sus bendiciones, por siempre guiar mis pasos y por no dejarme sola en los malos momentos.
- A Elián Acuña** Mi padre, por todo el apoyo brindado para que yo pueda cumplir cada uno de mis sueños y mis metas.
- A Cristina Morales** Mi madre, por su amor incondicional, por todos sus consejos y por estar en todo momento a mi lado enseñándome a salir adelante con los altos y bajos de la vida; por nunca rendirse y por enseñarme cada día lo más valioso que hay en la vida: el ejemplo a luchar por lo que se quiere.
- A Ivina Acuña** Mi hermana, porque aún con nuestras tantas diferencias logra enseñarme a ser mejor y porque al final como la hermana menor que soy siempre voy a querer ser como ella.
- A Faby Morales** Mi sobrina, porque desde que nació es el motivo de mi sonrisa, de mis deseos de salir siempre adelante y por ser ella quien le da color a mi vida.
- A Maryvina Morales** Mi Tía, por ser como mi segunda madre y ser otro gran ejemplo de que una mujer lucha con todas las fuerzas que tienen para y por las personas que quiere.
- A Emma López** Mi compañera tesis, mi compañera de práctica, mi compañera de reflexiones de la vida y principalmente mi amiga, porque después de largos momentos de trabajo. ¡LO HICIMOS! Y por ser la única a la que literalmente puedo decirle este triunfo es NUESTRO.
- A mis amigos que estaban desde antes de la U** Sí, a cada uno de ustedes, por siempre creer en que puedo cumplir mis sueños, por darme su apoyo para lograrlo y principalmente por ser parte indispensable de mi vida.
- A mis amigos que conocí en estos 5 años.** Porque con todas las vivencias, experiencias, trabajos, risas, salidas, frustraciones y demás logran ser parte de mi corazón.
- Al Instituto Experimental de la Asunción** Por enseñarme a siempre llevar la cabeza en alto y por formarme como UNA MUJER DE TEMPLE.
- A la USAC** Por todos sus conocimientos principalmente por enseñarme a ser una profesional que sirva a Guatemala.

ÍNDICE

Resumen	
Prólogo	
Capítulo I	
1. Introducción	
1.1. Planteamiento del problema	15
1.2 Marco teórico.....	17
1.2.1 Antecedentes.....	17
1.2.2 El médico y la muerte	19
1.2.3 Proceso de desensibilización	21
1.2.4 Sufrimiento emocional	25
1.2.4 Proceso de duelo	29
1.2.5 Estrategias de acompañamiento	32
1.3 Delimitación	35
Capítulo II	36
2. Técnicas e instrumentos.....	36
2.1 Técnicas.....	36
2.2 Instrumentos.....	37
Capítulo III	41
3. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	41
3.1 Características del lugar y de la población.....	41
3.2 Análisis global	44
Capítulo IV	67
4. Conclusiones y recomendaciones	67
4.1 Conclusiones	67
4.2 Recomendaciones.....	68
Bibliografía.....	69
E-grafía	70
Anexos	74

RESUMEN

TÍTULO: Sufrimiento emocional del estudiante de medicina en el inicio de la práctica hospitalaria ante la muerte de un paciente.

Se estableció por objetivo general describir como el practicante maneja la muerte de un paciente. De este mismo se desglosan los objetivos específicos que buscaban: Determinar si existe un proceso de desensibilización como mecanismo adaptativo en el practicante ante la muerte de un paciente; Identificar si el médico practicante pasa por un proceso de duelo ante la muerte de sus pacientes y por último, promover estrategias de acompañamiento psicológico que puedan integrarse a la capacitación de los estudiantes de medicina en cuanto a la muerte de pacientes.

El tema se desarrolló a través de 7 categorías que son: conductas y emociones que manifiestan y evocan los médicos ante la muerte de los pacientes, el proceso de desensibilización y los mecanismos adaptativos a los que recurren; el sufrimiento emocional y el proceso de duelo que atraviesan en esta experiencia y las estrategias de acompañamiento que pueden ser útiles para hacer frente a estas situaciones.

Este estudio surgió de la necesidad encontrada en los estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que se encuentran en el área hospitalaria y conviven todos los días con pacientes que están a su cargo y algunos de esos pacientes mueren, sin embargo, ellos no cuentan con acompañamiento emocional para expresar el sentimiento que puede causarles esa situación.

Ante esta necesidad se derivaron las siguientes interrogantes: ¿Cómo maneja el practicante de medicina la muerte de un paciente?; ¿Existe un proceso de desensibilización como mecanismo adaptativo ante la muerte de los pacientes?; ¿Los estudiantes practicantes atraviesan un proceso de duelo por la muerte de sus pacientes? y ¿Se encuentran preparados emocionalmente los estudiantes practicantes para enfrentar la muerte de sus pacientes?

Las técnicas e instrumentos utilizados para llevar a cabo dicha investigación son: Encuesta de opinión y entrevista semi-estructurada. Las cuales sirvieron para determinar una constante en los sentimientos, pensamientos y mecanismos adaptativos que presentan a causa de estas experiencias.

Como el médico practicante no se encuentra emocionalmente preparado para afrontar la experiencia de la muerte de los pacientes, se utilizó un tríptico informativo en donde se les brindaron algunas estrategias de acompañamiento a las que pueden recurrir en el momento que la muerte de un paciente los desestabilice emocionalmente.

PRÓLOGO

Como parte de la investigación con fines de graduación de Licenciatura en Psicología y ante la oportunidad que fue brindada por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs- “Mayra Guitierrez” de escoger un tema de relevancia para los estudiantes, se llevó a cabo un estudio en función de la prevención de la conducta y emoción desensibilizada del estudiante médico practicante al inicio de su formación hospitalaria. Durante el mismo se evidenció lo relegada que ha estado el área emocional dentro de la formación profesional de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas durante los primeros tres años de la carrera, previos a la práctica hospitalaria y la importancia que esta devenga.

El estudio fue realizado con estudiantes específicamente de la Universidad de San Carlos de Guatemala que hubieran experimentado el fallecimiento de pacientes. Fue realizado durante aproximadamente un mes; Se recolectaron datos por medio de entrevistas semi estructuradas y encuestas de opinión que fueron utilizadas en estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas, conformada en su mayoría por estudiantes practicantes de quinto y sexto año quienes en diversas ocasiones y circunstancias habían experimentado la situación especificada previamente. Los mismos han realizado turnos y tiempo de servicio en instituciones públicas y por lo mismo se identifica una perspectiva mas cruda y real ante la situación actual del país.

Entre las limitaciones encontradas en el proceso, se encuentra la poca disponibilidad de tiempo que manejan los estudiantes practicantes, debido a esto las investigadoras se vieron en la necesidad de modificar los instrumentos que inicialmente se proponían: entrevista profunda, grupos de discusión y taller informativo. Además se encontró en ellos una escasa verbalización de sentimientos por lo que se optó por una entrevista semi estructurada, encuestas de opinión y trifoliar informativo, ya que estos instrumentos se adecuan más al tiempo, espacio y apretura de los participantes.

Es importante mencionar que aunque los estudiantes practicantes de cuarto año, fueron tomados en cuenta para formar parte de la población, debido al tiempo que había transcurrido desde el inicio de su práctica hospitalaria, existía un número limitado de casos disponibles para entrevistar ó encuestar.

El mayor alcance obtenido fue la recolección de datos con una población de 61 estudiantes que brindaron información que contribuye a la ampliación de los conocimientos específicos y contextuales desde la formación inicial de los médicos que determina la existencia de un proceso de desensibilización y remarca la importancia de implementación de estrategias de acompañamiento; ya que estas contribuyen a que se evite y se erradique el uso de mecanismos adaptativos como defensa ante las situaciones de desgaste emocional vividas en la práctica hospitalaria. Mediante este alcance se obtiene beneficios en tres niveles, que son:

- *La Universidad de San Carlos de Guatemala*, beneficiada al encontrar esta investigación como un facilitador para la formación de mejores profesionales, ya que conjuga la formación académica con la formación emocional.
- *La Facultad de Ciencias Médicas*, beneficiada indirectamente con esta investigación ya que podría utilizarla como base teórica para prevenir y erradicar el sufrimiento emocional en el gremio médico.
- *El estudiante practicante*, beneficiado directamente al brindarle una espacio en el cual pudo expresarse y emitir sus opiniones acerca de sus propias experiencias; de esta manera se inicia un proceso de concientización en los mismos el cual puede ser promovido dentro de su círculo inmediato. Garantizándole así una salud mental para sí mismo y sus compañeros. Beneficiando indirectamente al paciente al generar una mejor relación entre ambos.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2009 el Rector en función de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el Licenciado Estuardo Gálvez menciona que “la universidad busca devolver parte de la ayuda que la población brinda a los estudiantes con el pago de sus impuestos, los cuales son invertidos en educación superior. La mayor parte de la red hospitalaria es cubierta con los servicios profesionales de los médicos que estudian en la USAC”¹

Son muchos los estudiantes que realizan año con año las prácticas en las diferentes instituciones sanitarias del país. Siendo esta etapa una experiencia de aprendizaje teórico-práctico. Sin embargo “la enseñanza en centros hospitalarios se desarrolla en el marco de una cadena de jerarquías y estructuras de dominación, en donde sobresalen las antigüedades que dan lugar a posiciones de superioridad”.²

Aunando a esto, los practicantes enfrentan un ambiente en el que experimentan situaciones adversas como el desvelo, el hambre, el cansancio, entre otras. Además suelen enfrentarse con la realidad social donde el médico se siente impotente ante diagnósticos negativos y en los peores casos la muerte de pacientes.

Estos factores influyen en la relación médico- paciente ya que los profesionales de la medicina utilizan esta interacción con el fin de emitir un diagnóstico acertado e iniciar el proceso de recuperación/rehabilitación del paciente.

¹ MARTINEZ, S. *Universidad de San Carlos de Guatemala al servicio de la población*. Reportaje especial: Nuestro Diario. Guatemala, 2009. Pp.20 Disponible en: <http://digital.nuestrodiario.com/> [27 de enero 2014]

² SACAYÓN MANZO E.E. *Agresiones e intimidaciones en la formación y práctica médica*. Instituto de Estudios Interétnicos, USAC. Guatemala, 2007. Pp. 14

Debido a la relevancia de lo anterior se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cómo maneja el practicante de medicina la muerte de un paciente?; ¿Existe un proceso de desensibilización como mecanismo adaptativo ante la muerte de los pacientes?; ¿Los estudiantes practicantes atraviesan un proceso de duelo por la muerte de sus pacientes? y ¿Se encuentran preparados emocionalmente los estudiantes practicantes para enfrentar la muerte de sus pacientes?

Este problema se evidenció durante las prácticas de Psicología Clínica de cuarto y quinto año de las investigadoras durante la cual tuvieron contacto directo con estudiantes que se encuentran en el proceso de formación los cuales se ven afectados por estrés, ansiedad, cansancio, entre otros. Y que al promover al cuarto años estos factores se potencializaran al aunarse a las circunstancias adversas de la práctica hospitalaria, a través de esta convivencia se dieron cuenta que los mismos carecen de estrategias de acompañamiento proporcionadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con respecto a éste sufrimiento emocional.

Dentro de la información disponible tanto a nivel nacional como internacionalmente no se cuenta con información específica sobre la problemática anterior, sin embargo dentro de la tanatología, que es la disciplina científica especializada en la búsqueda del sentido a la muerte, existe información del proceso de desensibilización que atraviesan los médicos al no atravesar por un debido proceso de duelo ante el fallecimiento de los pacientes.

Este proceso desencadena un síndrome llamado “Burn-Out”, el cual es la mayor consecuencia del sufrimiento emocional atravesado durante el ejercicio profesional. Por lo mismo se plantea esta problemática para que sea utilizada en función del fortalecimiento emocional del estudiante practicante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 ANTECEDENTES

El tema central de esta investigación es la **muerte** en el área de salud y éste ha sido utilizado en otros proyectos como por ejemplo: En el año 2008, Sucely Elizabeth Vásquez Pérez realizó el trabajo “El aprestamiento emocional de los auxiliares de enfermería ante el paciente moribundo” donde su objeto de estudio fueron las enfermeras graduadas en el año 2005 de la Escuela Privada de auxiliares de enfermería “Villa del Sol”, a quienes encuestó con preguntas cerradas. Dentro de sus conclusiones se destaca la falta de conocimiento en cuanto a las diferentes etapas en las que el paciente en agonía suele pasar, hace que los nuevos profesionales se sientan en algún momento como no capacitados para brindar una atención integral al paciente, sin involucrarse emocionalmente con cada uno de ellos. Y recomienda que la escuela privada cuente con apoyo psicológico permanente en sus instalaciones para que antes, durante y posteriormente a la formación de profesionales, encuentren un apoyo emocional profesional para las diferentes situaciones de angustia y estrés vividas dentro de la profesión.

Dos años más tarde (2010) Omar Ignacio Sanum Magarín y Oscar Enrique Salazar Morales realizaron el “Manual de Intervención del paciente en fase terminal dirigido a personal asistencial profesional hospitalario” teniendo como objeto de estudio a los pacientes en fase terminal, médicos, personal paramédico y familiares del paciente del Sanatorio Antituberculoso San Vicente. Para su realización utilizaron técnicas e instrumentos etnográficos como la observación participativa, los conversatorios con el personal y las entrevistas. Entre otras, concluyeron que el paciente en fase terminal experimenta diferentes estados psicológicos y de comportamiento como la negación, la ira, negociación, depresión, aceptación. Y por ello estas etapas deben ser atendidas y comprendidas para poder brindar una mejor atención en la salud mental de los pacientes. Así mismo recomiendan que las diferentes ramas de atención en la salud deben estar actualizadas en el tema (tanatología), implementar

estrategias para los equipos de trabajo que de esta manera puedan contribuir al abordamiento adecuado de las personas con enfermedades terminales, la inclusión de los familiares del paciente que también requieren de cuidado oportuno.

En el mismo año Nancy Ramos Escobar trabajó “Estrategias de afrontamiento que utilizan los bomberos voluntarios ante la muerte de las víctimas que asisten” con 5 Bomberos Voluntarios de Ciudad San Cristóbal, Mixco, como objeto de estudio, utilizando entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas. Una de sus conclusiones muestra que se identificó que los bomberos utilizan estrategias basadas en concentrarse en resolver los problemas que se presentan en los casos donde la víctima atendida muere; la estrategia más utilizada según este indicador fue “concentrarse en lo positivo” y la menos utilizada fue “buscar Ayuda profesional”. Por lo que recomendó crear un departamento de psicología para la institución de los bomberos voluntarios y para cualquier institución que se exponga a situaciones similares.

Y por último en el año 2011, Adriana Lainfiesta Kirste realizó una investigación acerca de “Reacciones de las enfermeras del Hospicio San José ante el proceso del duelo por la muerte de niños y niñas con VIH/SIDA” donde su objeto de estudio es el personal de enfermería que labora en el lugar. Llevándolo a cabo a través de Entrevista personal semi-estructurada y esquemas de contenido. Dentro de sus conclusiones recalca que el recordar constantemente y hablar sobre el niño/muerto, además de idealizar al niño, es la forma en la que los enfermeros del Hospicio San José manejan el duelo. Y para esto recomienda que dentro del departamento de Psicología del Hospicio San José se puedan trabajar, como manejar las reacciones físicas y emocionales que los enfermeros manifiesten.

Cómo se puede evidenciar en la revisión de antecedentes, los trabajos relacionados con el tema tanto en la Universidad de San Carlos como en las demás universidades de Guatemala, no coinciden con los parámetros propuestos en la investigación elaborada y que dentro de la misma el abordaje metodológico-teórico está enfocado

en una población con relación directa con los pacientes por se evidenció la necesidad de estudios con estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas dentro de la Universidad de San Carlos de Guatemala en relación a la muerte de pacientes.

1.2.2 EL MÉDICO Y LA MUERTE

¿Qué representa la muerte para un médico? Al igual que para cualquier ser humano la muerte simboliza algo incómodo, ya sea por el conjunto de sentimientos que ésta puede provocar, como por ejemplo:

- Fracaso profesional,
- Falta de formación,
- Impotencia y desesperación

Ó bien porque representa la propia muerte, al contemplar un paciente que falleció los profesionales de la salud observan un símbolo de su propia mortalidad, lo que genera angustia.

“Las universidades no preparan a los futuros médicos para aceptar la muerte, de sus pacientes y la suya propia, y sus actitudes en general son fruto de experiencia o aun intuición, poniendo a prueba su capacidad de adaptación”³

Existen estudios que demuestran que las mayores fuentes de stress psicológico en los médicos son: “el contacto diario con el sufrimiento y la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, inseguridades ante los diagnósticos, miedo a ser demandados o bien angustia al transmitir las noticias a los familiares.”⁴

³ MODERY, R. El médico ante la muerte. *Hospital Privado S.A., -CMC-* s/f. Disponible en: <http://www.experienciamedicahp.com.ar> [26 /noviembre/2013]

⁴ Op.cit

1.2.2.1 EMOCIONES Y CONDUCTAS QUE MANIFIESTA EL MÉDICO ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE

Previo a la explicación de las reacciones que manifiesta el médico ante la muerte de sus pacientes, es necesario comprender la relación que se crea entre ambas partes, comúnmente conocida como relación “médico-paciente”.⁵

Recientemente, este proceso ha tomado mayor importancia ya que “los profesionales de la medicina utilizan esta interacción con el fin de obtener la información necesaria para así emitir un diagnóstico y/o tratamiento adecuado para la persona. Dentro del mismo se identifica la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal, la actitud de ambos dentro de la misma y sobre todo, el respeto a los derechos y deberes que cada ha adquirido.”⁶

A todo médico cuando se le muere un paciente se le presentan interrogantes como éstas: “¿Habría sido error mío?, ¿Y si hubiera utilizado otro medicamento? ¿Hice todo lo que pude?” e inmediatamente se genera un sentimiento de culpa. Y aunque no se puede negar que la negligencia médica⁷ es causa importante ante la muerte, el médico no puede permitir que estos sentimientos persistan siempre ya que afecta su desenvolvimiento profesional con los demás pacientes. Las variables de la personalidad juegan un papel importante ante estos sentimientos de culpa.

“Por ejemplo un médico con niveles altos de auto exigencia, altruismo e idealismo podrían ser importantes facilitadores en la medida que conducen a los profesionales a implicarse excesivamente en los pacientes, valorando como un reto personal la

⁵ Se le denomina así al proceso creado entre el profesional y el paciente en el momento en que este último busca los servicios del médico, ya sea para prevenir o tratar una enfermedad.

⁶ Sin Autor. *Intramed*. Modelos de relación médico-paciente. s/f. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx>. [9/enero/2013]

⁷ La negligencia médica es un tema difícil de entender y discutir ya que internacionalmente no se han establecido los parámetros para abordarla, ya que el personal médico se niega a aceptar que el stress, la fatiga, el sueño y la insuficiente información afectan el rendimiento laboral.

solución de los problemas de los mismos. Todo ello tendrá como consecuencia la culpabilización por los fallos y los errores, tanto propios como ajenos, y por tanto reducirá los sentimientos de satisfacción laboral y autoestima”⁸

Un factor importante para la aparición y la perseveración de estos sentimientos es la autoestima del profesional, su forma de reaccionar ante las respuestas de estímulos internos (valores, creencias, cultura, religión, personalidad, etc.) y externos (amigos, pareja, trabajo, centro educativo, residencia, entre otros) así como la intensidad en la que los maneje, y la predisposición que tenga ante la crítica constructiva y la recompensa inmediata.

Además el médico debe saber encarar el hecho de la muerte como un acto natural y así la relación médico-paciente sigue su curso normal y éste tiene mayor capacidad para resolver los múltiples problemas que plantea la muerte ante el propio enfermo y sus allegados.

El dolor que el médico experimenta ante la pérdida de los pacientes son parte de su vida afectiva y tratar de evitar el daño u ocultar el dolor favorecen la anti-empatía médica trayendo como consecuencia una desensibilización humana ante los sentimientos.

1.2.3 PROCESO DE DESENSIBILIZACIÓN

Se conoce que por proteger sus sentimientos, los médicos recurren a procesos de desensibilización desde los primeros años de la práctica hospitalaria para poder aminorar el sufrimiento generado al observar las condiciones en que los pacientes se encuentran dentro de las diferentes instituciones de salud pública en el país y aún más para enfrentar tantas muertes observadas, vividas y que no están en su control tanto de niños, jóvenes o ancianos. Esta forma de protección se manifiesta en:

⁸ PILAR, J.J.B., PILAR, R.B. *Intervención emocional en cuidados paliativos –Modelo y protocolos-* 1ª.ed. España: Editorial Ariel, S.A. 2003. Pp.136

1.2.3.1. MECANISMOS ADAPTATIVOS

Manifestación	¿En qué consiste?	Ejemplo
“Regulación-distancia	El médico establece distancia entre él y las personas que le causan sensaciones displacenteras.	Dejar de atender a una paciente porque está le regaló galletas en navidad.
Desconexión-represión	Consiste dejar a un lado las emociones y sensaciones de las personas, a pesar de que no sean sus pacientes.	El médico comienza a decir que ha aprendido a separar las cosas que tienen que ver con el hogar y las cosas que tienen que ver con el trabajo.
Sobre-involucramiento	Radica en establecer un compromiso emocional marcado respecto de las personas y/o situaciones que generan las diversas emociones y sensaciones.	El médico se involucra con un paciente quemado porque permite sentir por un tiempo más prolongado.
Desborde	Consiste en expresar sin controlar las emociones.	Los médicos lloran junto con los pacientes al dar los diagnósticos.
Realizar acciones	Los profesionales realizan acciones concretas directa o indirectamente con la institución o los pacientes para reducir el conjunto de sensaciones o emocionales.	Donar dinero a una institución de niños con cáncer.
Intelectualización	Se buscan explicaciones lógicas ante las situaciones de la naturaleza.	Tratar de sobre entender la agresividad de los pacientes terminales después de los tratamientos.
Ensimismamiento	Se refiere a una idea de conciencia y emociones hacia uno mismo.	No exteriorizar los sentimientos negativos, de enojo y tristeza. ⁹

1. ⁹ MORALES GERMAN [et.al] Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XII. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26400101> [17 de enero 2014]

Sin embargo esta protección comienza a perjudicar cuando el médico no es capaz de ver a un paciente como persona y lo trata como enfermedad ante todo. Esta puede manifestarse en:

- Síndrome de Burn-out¹⁰: “Surge de la despersonalización y la ocultación de las reacciones afectivas y consiste en que el personal médico queda emocionalmente exhausto llevando a los médicos al abandono de la especialidad, de la carrera, adicciones e incluso a suicidios.

En 1981, Maslach y Jackson, definieron este síndrome como la respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.”¹¹

Este síndrome está compuesto por tres partes:

1. Despersonalización ante los pacientes y su sufrimiento
2. Baja realización personal en el trabajo
3. Agotamiento emocional

Y tiene cuatro vías de manifestación:

1. Vivencias emocionales: el médico siente soledad, alienación, ansiedad, impotencia u omnipotencia.
2. Actitudes: el médico decide no verbalizar y utilizar el cinismo, la apatía, la hostilidad y la suspicacia como mecanismos de defensa.

¹⁰ Síndrome de Burn-out: En español significa estar “quemado” debido la profesión sanitaria.

¹¹ *IBID PILAR*. PP.134

3. Conductas: Pueden variar entre la agresividad, el aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente e irritabilidad.
4. Alteraciones psicosomáticas: en el personal sanitario comúnmente se dan dolores precordiales¹², palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, catarros frecuentes, alérgicos, dolores cervicales, fatigas, entre otros.

El proceso de desensibilización puede darse por varias razones, a continuación se enlistarán las más importantes:

“

1. Presión asistencial excesiva
2. Trabajo en turnos
3. Gran responsabilidad en la toma de decisiones
4. Contacto continuo con la enfermedad, el dolor y la muerte.
5. Poca o nula formación para el manejo de aspectos emocionales.
6. Dificultades de comunicación con pacientes y sus familiares, así como con compañeros de trabajo.
7. Dificultades para trabajar en equipo.
8. Sentimientos de pérdida de identidad por el servicio hospitalario.
9. Necesidad de poder.
10. Aislamiento de una vida social “normal”.
11. Exigencia de tiempo y disponibilidad.”¹³

No se debe de olvidar que los estresores que facilitan el desgaste psicológico y los procesos de desensibilización médica son tanto externos como internos, para lo que es importante el balance entre la percepción de estrés por parte del profesional sanitario y las estrategias que posea para hacerle frente al sufrimiento emocional.

¹² Dolor precordial: dolor dado en la parte del pecho que corresponde al corazón (justo debajo del pezón izquierdo) y que aparece de forma repentina.

¹³ Op.Cit MORALES GERMAN [et.al]

1.2.4 SUFRIMIENTO EMOCIONAL

“Inestabilidad psicológica debido a culpa, ira, frustración, decepción, confusión y procesos de duelo y de desensibilización dados por las múltiples reacciones ante la muerte”¹⁴, las cuales se dan en 5 áreas principales del ser humano, que son:

- *“Área sensitiva:* se refiere al área emocional de la persona, son todos aquellos sentimientos que las personas manifiestan ante el fallecimiento de una persona como: enojo, rabia, tristeza, resentimiento, miedo, angustia, culpa, soledad, cambios de humor o alivio.
- *Área sensorial:* son todas las molestias físicas que presenta la persona, estas pueden ser transitorias o volverse permanentes; dentro de estas se encuentran: náuseas, palpitaciones, opresión en la garganta o en el pecho, falta de aire al respirar, dolor de cabeza, dolor de estómago, pérdida de apetito, insomnio, fatiga, pérdida de fuerza muscular, hipersensibilidad al ruido, dificultad para tragar, visión borrosa, entre otros.
- *Área cognitiva:* Concierne a los cambios que tiene la persona frente a las creencias y conceptos que maneja. En esta área en particular se genera malestar al no tener claro lo que está ocurriendo; por ejemplo cuando una persona pierde su fe después de la muerte de alguien cercano ya que Dios no pudo hacer algo para salvarla.

¹⁴ BBC. El dolor emocional realmente duele. *BioDrgao Taller Integral de Salud*. 21 de julio de 2008. Disponible en: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7517000/7517162.stm [16 de febrero de 2014]

- *Área perceptiva:* Atañe a todas las percepciones alteradas, es decir no se puede diferenciar entre lo que es real y lo que no. Comúnmente son de corta duración pero genera alarma. Dentro de estas se encuentran: escuchar que el fallecido le habla o ver a la persona fallecida en los lugares que comúnmente frecuentaba.
- *Área conductual:* son todos aquellos que se dan en el comportamiento de la personas con respecto al patrón previo como por ejemplo: llorar, suspirar, querer estar solo, dormir poco, dormir en exceso, distracciones, olvidos, falta de concentración, tener pesadillas constantes, falta de interés por el sexo y apatía. La importancia de las anteriores radica en que tanto afectan al adecuado desenvolvimiento de las personas en sus relaciones con los demás.

«15

Dicho sufrimiento emocional suele estar asociado con el dolor psicológico que es la respuesta que cada persona tiene ante una pérdida significativa¹⁶. Este dolor es llevado de manera individual y cada individuo con sus características personales lo atraviesa de manera diferente.

La pérdida significativa más relevante es la muerte que en su significado más simple es un proceso universal y nadie puede escapar de ella, el sentido de la misma depende de la cultura y creencias que las personas tengan. Sus implicaciones no sólo se llevan en torno al hecho biológico, ya que es un proceso complejo que implica además matices sociales, legales, religiosos, entre otros. Y ésta por lo general causa tres sentimientos:

¹⁵ IGLESIAS, CELSO. Aspectos Psicológicos ante la enfermedad y la muerte. *Psicología Médica*. 2013. Disponible en: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/22PM-ENF-MUERTE.pdf> [22 /agosto/2013]

¹⁶ Pérdida significativa: experiencia universal dolorosa pero necesaria para crecer emocionalmente. Y que no existe ninguna persona que se encuentre exento de una pérdida

- Temor: porque la muerte es una amenaza a lo desconocido.
- Angustia: al no saber que viene después de la muerte.
- Impotencia: por no poder detener el proceso y alargar más la vida.

El sufrimiento emocional también puede variar según los tipos de muerte los cuales son:

- “Muerte natural: la que se da por enfermedad o por procesos degenerativos propios de la vejez.
- Muerte violenta: ocasionada por homicidios, suicidios o accidentes.
- Muerte rápida: es el tipo de muerte que da de forma instantánea o en breve tiempo.
- Muerte lenta o agónica: se da mediante un proceso degenerativo y consecutivo que se instala paulatinamente en el tiempo.
- Muerte en la cuna: cuando repentinamente muere un neonato.
- Muerte clínica: diagnosticada por la ausencia de signos vitales en el ser vivo.
- Muerte cerebral: cuando existe vida asistida artificialmente“ ¹⁷

Dicho sufrimiento emocional que se genera por los diferentes tipos de muerte es una de las áreas investigadas por la disciplina científica llamada Tanatología.

La palabra procede del griego “*thanatos*” que significa muerte y “*logía*” que significa ciencia, por lo tanto su significado más simple es: la ciencia que se encarga del estudio de la muerte.

“El término fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff quien en la época se dedicaba al estudio de pacientes seniles, ya en 1908 recibió el Premio

¹⁷ HARVEY, GREG. *Duelo para dummies*, 1ª ed. Colombia: Grupo Editorial Normal. 2008. 57 pp.

Nobel junto a Paul Ehrlich ya que ambos contribuyeron a que se estableciera la doctrina de la inmunidad. A partir de esto, la tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense enfocada en la muerte y todo lo relacionado a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.”¹⁸

Popularizándose y expandiéndose en “1930 generó grandes avances en la medicina, pues inició un período en el cual se limitaba la muerte a los hospitales y en 1950 terminó por establecerse”¹⁹. Las personas en fase terminal eran trasladadas de sus casas a las instituciones hospitalarias con el fin de invisibilizar ante la sociedad, todos los estragos que la Segunda Guerra Mundial conllevaba.

“En la década de 1960 se realizaron estudios más formales en los cuales se demostró que los familiares no acompañaban a sus seres queridos durante el proceso de muerte. “²⁰ La sociedad tenía una perspectiva poco importante a cerca de la muerte, se consideraba un hecho ordinario e insignificante.

A través de estos estudios y esfuerzos de otros aportes, fue generándose una nueva perspectiva que es la que actualmente se utiliza.

Ésta nueva perspectiva es encargada de encontrar el sentido del proceso de la muerte desde una visión integral que comprende los aspectos médicos (cuidados paliativos) antropológicos, psicológicos, sociales, económicos, legales, religiosos y morales; para que cada persona pueda comprender que a cada experiencia de pérdida en la vida le corresponde un aprendizaje. Una buena parte de sus estudios giran alrededor del enfermo terminal y se basan en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y determinar las

¹⁸ MORENO, I.B., ESCOBAR, M. *La información al paciente: ¿Por qué la conspiración de silencio?*, Tesis inédita, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2005. Pp.16

¹⁹ *IBID.* Pp. 15

²⁰ *IBID.* Pp. 16

acciones a seguir. Teniendo como objetivo principal ayudar al hombre a morir con dignidad, plena aceptación y total paz. Además presenta otras funciones cómo:

- Brindar el apoyo a la familia cuando ésta entra en crisis durante la enfermedad y/o la muerte de alguno de sus seres queridos para que puedan canalizar el dolor y que puedan tomar decisiones vitales adecuadas antes y después de la muerte.
- Ofrece apoyo al equipo de salud para que cuente con mecanismos éticos y estéticos para afrontar integralmente el proceso de morir mediante el duelo.

1.2.4 PROCESO DE DUELO

“El duelo es la reacción natural –y esperada- que permite adaptarse a una pérdida significativa. Es un proceso en el cual se experimenta el sufrimiento emocional que puede manifestarse en el área conductual, emocional, social, familiar y cultural. Este dependerá de la fuerza del vínculo con la persona que se ha perdido y lo importante que era en la vida.

Es definitivamente un proceso idiosincrásico y subjetivo que varía de persona a persona pues depende de las estructuras mentales y emocionales de quien las vive. El sistema de creencias puede modificar ó complicar la expresión y desarrollo de esta respuesta.”²¹

No se tiene un dato específico en el cual pueda delimitarse cuándo inicia y cuándo termina pues está en constante dinamismo y cambio sin límites rígidos. Por lo tanto, no debe considerarse como una enfermedad pero sí reconocerlo como uno de los acontecimientos más estresantes que el ser humano atraviesa. Pero, este puede

1. ²¹ Op. Cit HARVEY, GREG. 198pp.

desarrollarse de manera normal –esperado- ó alcanzar un punto patológico –en el cual deberá recurrir al apoyo profesional-.

1.2.4.1 PROCESO DE DUELO NORMAL

En un duelo normal, después de un tiempo las personas se sobreponen a la pérdida y algunos incluso logran tener un crecimiento personal a través de ella. Se conocen las siguientes etapas:

1. **“Negación y aislamiento** Es la primera defensa del ser humano ante una experiencia dolorosa, no creer lo que está pasando y querer estar solo mientras se asimila la pérdida.
2. **Ira** En esta etapa se da una serie de sentimientos como rabia, enojo, frustración, envidia, resentimiento. Es una etapa en donde la persona siente que todo va mal, se queja por todo y la ira se desplaza en todas direcciones, todo esto se da a consecuencia de no poder aceptar la pérdida.
3. **Negociación** Etapa en donde el ser humano intenta llegar a un acuerdo con Dios para poder superar la pérdida de la mejor manera.
4. **Depresión** Esta etapa se da cuando las defensas de las etapas anteriores ya no pueden seguir ocultando la pérdida y comienza la tristeza profunda al parecer interminable y en algunos casos las personas se debilitan, adelgazan, dejan de comer o comen mucho, lloran, entre otras cosas.
5. **Aceptación** Se da cuando se siente paz ante la pérdida, no significa felicidad ante la pérdida sin embargo es reconstruir la estabilidad interior y seguir adelante con la vida. “²²

²² SIN AUTOR. Duelo y pérdida. *Centro de Desarrollo de Habilidades Psicolingüísticas*. 2008. Disponible en: http://www.terapia-psicologica.com.mx/duelo_y_perdida.php [22 /agosto/2013]

Es importante aclarar que las etapas no son obligatorias en todas las personas, algunas no viven todas las fases, tampoco tienen que darse en un orden establecido y en algunas ocasiones las etapas son repetidas hasta que la persona puede aceptar la pérdida.

1.2.4.2 PROCESO DE DUELO PATOLÓGICO

“Se define como todo proceso de duelo no elaborado ni resuelto que genera bloqueos emocionales y se establece de acuerdo con la intensidad y duración del mismo”²³.

Por lo general las personas que desarrollan un duelo patológico requieren apoyo terapéutico profesional ya que sus mecanismos de afrontamiento ante lo sucedido no son suficiente y se generan procesos de adaptación inadecuados. Existen varios tipos de duelo patológico, están son:

- *“Duelo deformado o crónico:* Es el que se lleva durante años esto quiere decir que años después de la pérdida la persona la vive como si acabara de ocurrir; la persona vive de los recuerdos de la persona fallecida por lo que se le hace imposible reincorporarse a la sociedad.
- *Duelo ausente, diferido, inhibido, suprimido o retardado:* Las personas que lo viven durante las primeras fases del proceso de duelo parecen mantener el control de la situación y no presentan signos de sufrimiento emocional. Sin embargo con el paso del tiempo ante los recuerdos de la persona fallecida se enfrentan con los sentimientos que no resolvieron.
- *Duelo eufórico:* Se puede dar de dos maneras (1) se niega la realidad de la muerte y se mantiene la sensación que la persona fallecida continúa viva y

²³ NOMEN MARTÍN, LEILA, (coord.) *Tratando el proceso de duelo y de morir*, 1ª. ed. Madrid: Ediciones Pirámide. 2008, Pp. 47.

(2) se reconoce el fallecimiento de la persona pero se cree que esto ocurrió para el beneficio del doliente.

- *Duelo exagerado*: Respuestas exageradas que la persona vive como intensificación del duelo. Se dan actitudes como: depresión clínica, ansiedad en forma de crisis y el aumento exagerado en la ingesta de alcohol, tabaco y/o drogas.
- *Duelo enmascarado*: es cuando aparecen somatizaciones que la persona no relaciona con la pérdida de la persona fallecida. ²⁴

El duelo patológico en los estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala puede prevenirse al estimular la inteligencia emocional antes de la práctica hospitalaria.

1.2.5 ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO

“El médico está formado para tratar, curar, promover la salud, rehabilitar, aliviar el dolor físico. En situaciones de pacientes fallecidos donde también el médico tiene un sentimiento de fracaso por no haber salvado al paciente, su intervención profesional debe estar dirigida a ayudar a los familiares en el proceso del duelo y enfrentar digna y correctamente a la muerte. Esto implica enfrentar problemas no solo de índole técnicos y científicos sino también emocionales y espirituales.” ²⁵

Por tanto el mayor trabajo para evitar el desgaste psicológico en una profesión médica se debe hacer durante el proceso de formación, incluyendo estrategias de acompañamiento en donde el estudiante aprenda a:

²⁴ Op.cit . Sin Autor. Duelo y pérdida.

²⁵ URQUIOLA, F.A. Los médicos jóvenes ante la muerte. *Hospital Italiano de Buenos Aires*. s/f. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar> [13/septiembre/2013]

- “Tomar conciencia de sí mismo, es decir, reconocer los sentimientos y construir un vocabulario adecuado para expresarlos; asimismo, implica que debe darse cuenta de las habilidades y debilidades, siendo optimista pero realista a la vez.
- Desarrollar una comunicación asertiva, lo que le permitirá ser capaz de decir no, de pedir ayuda, de hacer y aceptar decisiones, de recibir un cumplido o una crítica, de expresar lo que siente sin dañar a otro.
- Controlar sus emociones y sentimientos adecuadamente, es decir, darse cuenta de lo que existe detrás del sentimiento y responsabilizarse de los mismos para así tener una mejor función dentro de cada uno de sus ambientes.
- Solucionar problemas, por medio de distintas estrategias deberá aprender a resolverlos tomando decisiones, facilitando el reconocimiento del mismo, y evitando responder de forma impulsiva ante él.
- Planificar su tiempo, de esta manera aprenderá a establecer prioridades y saber distinguir entre lo importante y lo urgente.
- Manejar correctamente estrategias de auto-regulación cognitiva para poder cambiar la percepción producida por ideas irracionales o pensamientos distorsionados.
- Aprender a manejar el estrés con diferentes ejercicios y técnicas de relajación, cabe mencionar que a cada personas le funcionan diferentes técnicas y ejercicios, es por lo mismo debe de experimentar para encontrar la que optimice su tranquilidad.

- Desarrollo de la empatía, esa capacidad cognitiva de percibir lo que otra persona está sintiendo, por medio de distintas actividades como juegos y ejercicios emocionales.
- Saber escuchar al otro y aprender a realizar intervenciones basándose en los sentimientos que las personas le expresan.
- Aceptarse a sí mismo, lo cual implica aceptar cada uno de los factores de su personalidad. Es importante aclarar que para lograr la auto aceptación, se debe de tener primeramente un auto conocimiento y un auto respeto.
- Asumir responsabilidades; reconocer las consecuencias de las propias decisiones y acciones, aceptando los sentimientos y estados de ánimo de la otra persona.
- Reconocer los éxitos de todos los compañeros y de esa manera facilitar el trabajo en equipo. Ya que cada uno de los integrantes tiene una responsabilidad dentro del mismo y merece ser reconocido por ello.
- Utilizar el acuerdo y la negociación en lugar de la imposición para resolver los conflictos. Ya que aunque en un equipo médico se encuentran diferentes jerarquías no se debe olvidar que todos los integrantes son personas y deben ser tratadas con respeto.
- Convertirse en agente facilitador del clima positivo en el trabajo en equipo.
- Admitir los límites personales y profesionales propios y de los demás. ²⁶

²⁶ Project Coaching. Claves para desarrollar tu inteligencia emocional. *Potencia tu talento*, 27 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.projectcoaching.es/claves-para-desarrollar-tu-inteligencia-emocional-2/>
[16 de enero de 2014]

1.3 DELIMITACIÓN

Se trabajó del 7 febrero al 7 de marzo del presente año con practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que durante la práctica hospitalaria hayan tenido experiencias en cuanto a fallecimiento de pacientes. Los participantes se encontraban realizando su práctica en las siguientes instituciones: Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (zona 6 y zona 9), Hospital Nacional Pedro Betancourth y estudiantes realizando su eps en el área de El Progreso.

La problemática principal es la muerte dentro de la práctica hospitalaria, en esta se delimitan factores teóricos que tienen vital importancia. Los identificados en esta investigación son:

- Las emociones que evoca el médico ante la muerte de un paciente y las conductas que manifiestan ante esta situación.
- Un proceso de desensibilización en donde suprime o disminuye los efectos que las anteriores le generan.
- Mecanismos adaptativos, que se dan como respuesta psicológica de los médicos ante la realidad que viven sobre la muerte de los pacientes.
- Sufrimiento emocional el cual se define como inestabilidad psicológica debido a culpa, ira, frustración, decepción y confusión ante la mortalidad de los pacientes.
- Proceso de duelo, por ser la reacción natural y esperada ante las pérdidas significativas. Sin embargo por ser pérdidas dadas de la relación medico paciente se identificaron únicamente las etapas: negación, ira y aceptación.
- Estrategias de acompañamiento que son utilizadas con el objetivo de prevenir tanto el proceso de desensibilización como el sufrimiento emocional en los estudiantes participantes en la investigación.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TÉCNICAS

Las investigadoras utilizaron la técnica de muestreo intencionado ya que la población fue elegida según la conveniente accesibilidad y proximidad de la muestra para las investigadoras. Contactaron informantes clave que cumplían con los criterios de inclusión determinados para las muestras, los cuales eran: ser estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y haber experimentado en el área hospitalaria el fallecimiento de un paciente.

La misma estuvo conformada por 61 estudiantes practicantes; siendo 28 hombres y 33 mujeres. Y se encuentran distribuidos por año de la siguiente manera: 2 de cuarto, 25 de quinto y 34 de sexto. 20 de ellos participaron en una entrevista semi-estructurada la cual se utilizó como un medio para expresar diversos puntos de vista acerca de la experiencia vivida ante la muerte de los pacientes dentro de la práctica hospitalaria.

Con las respuestas obtenidas se identificó como cada uno de ellos ha interiorizado las experiencias de la muerte de sus pacientes, a sí mismo se demostró el proceso de desensibilización que cada uno utiliza como mecanismo adaptativo para enfrentar dicha situación.

Sin embargo al observar que dichos estudiantes no accedían a la verbalización de sus experiencias se optó por cambiar dicha técnica de recolección de datos a una encuesta de opinión la cual sirvió como sondeo que buscaba determinar una constante en los sentimientos y pensamientos del médico practicante ante la muerte de los pacientes. Así como los diferentes mecanismos que utilizan para afrontar estas experiencias.

Esta misma se distribuyó a los 41 estudiantes que restaban a través de un recurso tecnológico; una página especializada en encuestas²⁷ que permitió mas alcances en tiempo y espacio.

2.2 INSTRUMENTOS

- a) Guía de entrevista semi estructurada (anexo 2)
- b) Trifoliar Informativo (anexo 3)
- c) Guía de encuesta de opinión (anexo 4)

La guía de entrevista semi estructurada consta formalmente de 6 preguntas abiertas que permiten mediante las respuestas obtenidas el desglose de otras preguntas que ameriten profundizar en el tema. Esta fue utilizada en una muestra de 20 estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A finalizar de realizar las preguntas del instrumento anterior se les otorgaba a los participantes un trifoliar que contaba con información de estrategias de acompañamiento que podían utilizar al fallecer un paciente. Dentro del mismo se recalca la identificación de factores que los alertan a solicitar ayuda psicológica.

Al terminar de utilizar este instrumento se procedió a distribuir vía internet la las encuestas de opinión que fueron respondidas por 41 estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La anterior consiste en 9 preguntas que evidenciaron las reacciones del médico practicante ante la muerte de los pacientes en el área hospitalaria y 5 preguntas que comprobaron la preparación emocional de los mismos ante la muerte de los pacientes.

²⁷ www.e-encuestas.com Sitio web en el cual puede realizarse encuestas en base a plantillas ya existentes y así difundirlas tecnológicamente.

OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVOS	CATEGORÍAS	TÉCNICAS
<p>Describir como el practicante maneja la muerte de un paciente.</p>	<p>La muerte de un paciente es proceso natural el cual se manifiesta cuando los signos vitales de un paciente a cargo de un médico cesan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Emociones que evoca al médico la muerte de un paciente Las cuales pueden ser fracaso profesional, falta de formación, impotencia, desesperación y/o angustia. 2. Conducta que manifiesta el médico ante la muerte de un paciente Es el comportamiento que manifiesta un médico ante la muerte del paciente las cuales pueden ser aislamiento, represión, desconexión, intelectualización. 	<p>Entrevista semi-estructurada Se utilizó como un medio para expresar diversos puntos de vista acerca de la experiencia vivida ante la muerte de los pacientes dentro de la práctica hospitalaria, como cada uno la ha interiorizado y el proceso de desensibilización que cada uno de ellos utiliza como mecanismo adaptativo. (ver anexo 1)</p> <p>Encuesta de opinión Sirvió como sondeo que buscaba determinar una constante en los sentimientos y pensamientos del médico practicante ante la muerte de los pacientes. Así como los diferentes mecanismos que utilizan para afrontar estas experiencias. (ver anexo 3)</p> <p>Con los dos anteriores se determinó el sufrimiento emocional que el médico practicante vive por la muerte de sus pacientes y al mismo tiempo se comprobó que no atraviesan el proceso de duelo.</p>

<p>Determinar si existe un proceso de desensibilización como mecanismo adaptativo en el practicante ante la muerte de un paciente.</p>	<p>3. Proceso de desensibilización Proceso que vive un médico en donde suprime o disminuye los efectos (sufrimiento emocional) ante la muerte de un paciente ya que estas le generan emociones no deseadas.</p> <p>4. Mecanismo adaptativo Respuesta psicológica de los médicos ante la realidad que viven sobre la muerte del paciente para esta no los altere o desequilibre emocionalmente.</p>	
<p>Identificar si el médico practicante pasa por un proceso de duelo ante la muerte de sus pacientes.</p>	<p>5. Sufrimiento emocional Inestabilidad psicológica debido a culpa, ira, frustración, decepción, confusión, procesos de duelo y desensibilización que atraviesan los médicos ante la muerte de sus pacientes.</p>	

	<p>6. Proceso de duelo reacción natural -y esperada- que permite adaptarse a una pérdida significativa. Es un proceso en el cual se experimenta el dolor profundo que puede manifestarse en el área conductual, emocional, social, familiar y cultural.</p>	
<p>Promover estrategias de acompañamiento psicológico que puedan integrarse a la capacitación de los estudiantes de medicina en cuanto a la muerte de pacientes.</p>	<p>7. Estrategias de acompañamiento Conjunto de técnicas brindadas a médicos practicantes con el objetivo de prevenir tanto el proceso de desensibilización como el sufrimiento emocional.</p>	<p>Trifoliar informativo técnica en donde se brindó información de que hacer en el momento que la muerte de un paciente afecte el estado emocional del médico practicante durante la práctica hospitalaria. (ver anexo 2)</p>

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y DE LA POBLACIÓN

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

Las diferentes instituciones sanitarias donde los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala realizan sus prácticas hospitalarias, son ambientes donde se trabaja bajo un presupuesto limitado que no permite sufragar todas las necesidades que los pacientes presentan, ni cuentan con el equipo tecnológico para realizar los diversos exámenes y procedimientos que se requieren tanto para emitir un diagnóstico certero como para el tratamiento de las enfermedades.

Los estudiantes de cuarto, quinto y sexto que se encuentran en el área hospitalaria, participantes en la investigación, están distribuidos en los siguientes hospitales: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y el Hospital Nacional Pedro Bethancourt. En el caso de los estudiantes de sexto año que se encuentran realizando su Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) en el área Rural, se ubican en el departamento de El Progreso.

Los servicios médicos en instituciones privadas del país son de alto costo por lo que la población que se encuentra en la clase económica media baja y baja prefiere acudir a las instituciones del estado; por lo mismo, estas cubren un gran porcentaje de atención sanitaria y esto devenga situaciones adversas como sobrepoblación y fallas sanitarias dentro de los mismos, como se mencionó anteriormente, el presupuesto disponible no es suficiente para tomar todas las medidas necesarias para una mejor atención. Es por lo mismo que recurren a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de las distintas universidades para cubrir a toda la población.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Los estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se caracterizan por atender gran parte de la red de centros hospitalarios donde enriquecen su aprendizaje teórico-práctico a través de procesos de interacción donde recrean desempeños profesionales en el área de salud.

La práctica hospitalaria comienza con el “externado” el cual se define como “un período de tiempo en el que todo estudiante debidamente inscrito en cuarto y quinto año de la carrera debe cursar las unidades didácticas de atención hospitalaria de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Ortopedia, Psiquiatría y Salud Mental”²⁸

En el cuarto año los estudiantes son responsables de la elaboración de historias clínicas y exámenes físicos; ponen a prueba normas de bioseguridad²⁹ y aprenderán a diferenciar entre la normalidad y la enfermedad.

Al promover al quinto año, los estudiantes practicantes realizan servicios hospitalarios donde brindan atención a neonatos, niños y adolescentes; amplían sus conocimientos acerca de la mujer y la mujer en el embarazo. Formulan planes de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a pacientes con lesiones por trauma ó enfermedades ortopédicas; realizan consulta externa de psiquiatría y formulan planes de diagnóstico y tratamiento para estos pacientes. Y, por último, tienen la oportunidad de elegir un área de aprendizaje que no se encuentre dentro del pensum de estudios.

²⁸ FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. *Normativo para los alumnos externos cuarto y quinto año*. Guatemala 2010. Pp. 2. Disponible en: <http://usacmed5.files.wordpress.com> [20 de marzo de 2014]

²⁹ Normas de Bioseguridad: Doctrina de comportamiento enfocada en lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral.

Los servicios por los que rotan dentro de los hospitales en estos dos años son: medicina interna, cirugía general, medicina familiar, pediatría, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, salud mental y psiquiatría.

Luego prosigue el “internado” lo cual lo conforman los estudiantes inscritos en el sexto año. Es identificado como nivel profesional y es aquí donde los estudiantes practicantes cumplen con un tiempo de 6 meses en un hospital, donde identifican, organizan, construyen y visualizan el proceso de salud-enfermedad. Luego, con una duración de 6 meses también, trabajan en el área rural donde tienen la oportunidad de abordar otros casos relacionados con este proceso.

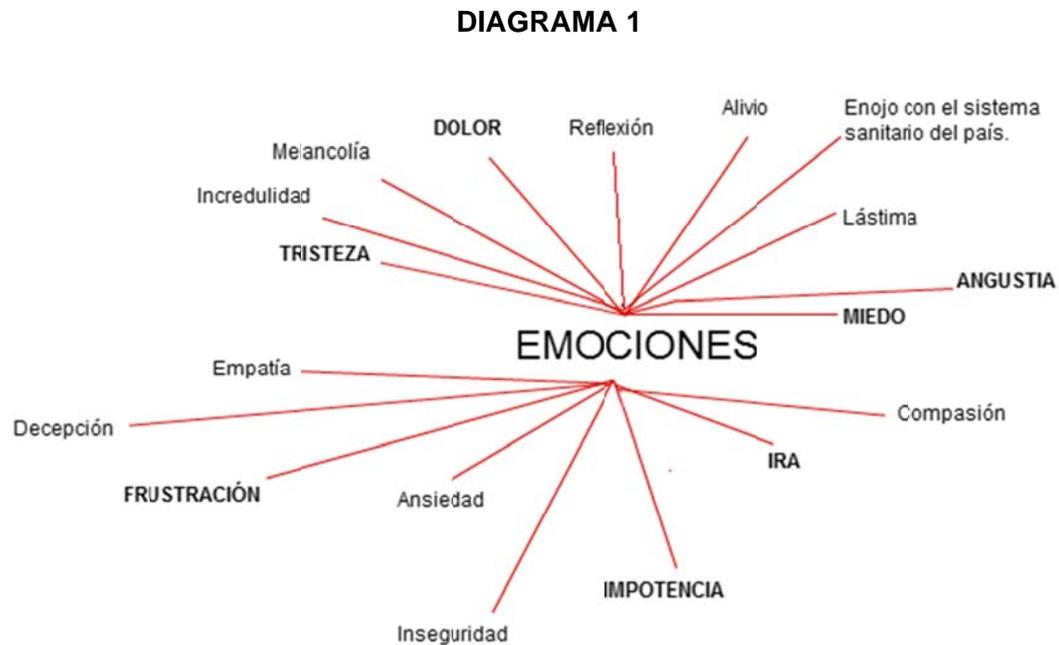
Durante toda esta etapa de práctica (4to., 5to. Y 6to.), los practicantes se enfrentan a condiciones de trabajo complicadas; realizan rotaciones en las cuales deben conjugar las clases teóricas con el tiempo de servicio hospitalario, así como turnos donde enfrentan desvelo, cansancio, deshoras de alimentación, desgaste emocional, etc. Dependiendo de la rotación/servicio en que se encuentren y el número de estudiantes practicantes disponibles, los turnos varían entre tres, cuatro ó cinco días.

La muestra con la que se trabajó en este caso estuvo conformada por 61 estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; siendo 28 hombres y 33 mujeres. Y se encuentran distribuidos por año de la siguiente manera: 2 de cuarto, 25 de quinto y 34 de sexto.

La presente investigación fue establecida conforme a cuatro objetivos por cumplir; los mismos fueron desglosados en categorías en función de llevar a cabo su operalización. Dichas categorías (emociones que evoca al médico la muerte de un paciente; conducta que manifiesta el médico ante la muerte de un paciente; proceso de desensibilización; mecanismos adaptativos; sufrimiento emocional; proceso de duelo y estrategias de acompañamiento) fueron utilizadas como unidades temáticas para analizar e interpretar los resultados que definirían si los objetivos han sido alcanzados. Es por esto que la presentación y análisis que a continuación se despliega tiene un orden lógico a partir de las mismas:

3.2 ANÁLISIS GLOBAL

3.2.1 EMOCIONES QUE EVOCA AL MÉDICO LA MUERTE DE UN PACIENTE



Fuente: entrevista semi-estructurada y encuesta de opinión.

Como se puede observar en el diagrama anterior se presentan las siguientes emociones:

- *Dolor* - Intensa percepción sensorial y subjetiva que se experimenta por motivos emocionales. En este caso por la muerte de los pacientes.
- *Tristeza* - Sentimiento de dolor debido a la muerte de los pacientes que se manifiesta con estado de ánimo pesimista ante la situación.
- *Frustración* - Decepción y desilusión por la imposibilidad de no poder hacer más por los pacientes y así poder mantenerlos con vida.

- *Impotencia* - Falta de posibilidad para realizar todo lo que se quiere, no puede evitar el fallecimiento de los pacientes.
- *Ira* - Enojo violento consigo mismo y/o con otros por no poder salvar la vida de todos los pacientes.
- *Miedo* - El estudiante practicante lo presenta al percatarse del peligro que tienen al tener la vida de un ser humano está en sus manos y que el resultado en muchas ocasiones no es favorable.
- *Angustia* - Inquietud intensa causada por la sensación de no poder ser el súper héroe de todos los pacientes y salvarles su vida.
- *Alivio* - Tranquilidad manifestada por el médico practicante ante la muerte de los pacientes, ya que observa cómo alguno de ellos sufren a causa de las diferentes patologías.
- *Lástima* - Compasión negativa por la tristeza, dolor y sufrimiento que tienen los pacientes.
- *Inseguridad* - Sensación de malestar, nerviosismo o miedo por la falta de seguridad que se tienen los médicos practicantes en lo que conocen y lo que pueden hacer para evitar que los pacientes mueran.
- *Ansiedad* - Estado mental que genera inquietud en el médico practicante por no saber qué hacer cuando un paciente muere.
- *Decepción* - Pesar que casusa el saber que no se podrán salvar todas las vidas y que, aunque haga todo lo posible, el fallecimiento de algunos pacientes es inevitable.

- *Incredulidad* - Imposibilidad que manifiesta al médico practicante para creer que el paciente ha fallecido.
- *Melancolía* - Estado anímico, por lo general de leve importancia generado por tristeza de saber que no se puede hacer todo para salvar la vida de los pacientes.
- *Enojo con el sistema sanitario del país – Debido al reducido presupuesto que el estado adjudica al sistema de salud.* Se podrían salvar más vidas si se tuviera acceso a todos los medicamentos e implementos técnicos para poder diagnosticar y curar las enfermedades de los pacientes, es por lo mismo que el médico practicante suele enojarse por la situación adversa.
- *Reflexión* - Para estudiar más y ser mejor día con día para que los pacientes tengan una mejor calidad de vida en el tiempo que se encuentran dentro del área hospitalaria.
- *Compasión* - Una especie de tristeza que siente el médico practicante al ver a un paciente sufriendo lo que provoca que quiera aliviar su dolor.
- *Empatía* - Participación afectiva del médico practicante hacia la situación, dolor, y/o sufrimiento del paciente. En donde el primero entiende como el segundo puede llegar a sentirse.

Es importante aclarar que las emociones “son estados afectivos que se experimentan, una reacción subjetiva al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos (fisiológicos ó endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia”³⁰; en este caso, el ambiente hospitalario y el fallecimiento de pacientes,

³⁰ SIN AUTOR. Las emociones *psicoactiva* , S/F disponible en: <http://www.psicoactiva.com/emocion.htm>
[21 de Marzo 2014]

generan principalmente estas emociones: dolor, tristeza, frustración, impotencia, ira, miedo y angustia.

Como se dijo anteriormente, las emociones son reacciones subjetivas y aunque con menos frecuencia, las siguientes también fueron manifestadas: enojo con el sistema, incredulidad, melancolía, alivio, reflexión, lástima, inseguridad, ansiedad, decepción y empatía.

Dentro de las emociones, se reconoce que: dolor, tristeza, frustración, impotencia, ira, miedo, angustia, alivio, lástima, inseguridad, ansiedad, decepción, incredulidad, melancolía y enojo con el sistema; tienen un efecto negativo en el estudiante practicante debido a que las reacciones consecuentes son displacenteras y esto le genera distanciamiento en la relación médico-paciente.

Sin embargo, también se identifican emociones positivas, aunque en menor cantidad, la reflexión, compasión y empatía impulsan al médico a tomar una perspectiva de aprendizaje cuando experimenta la muerte de un paciente.

A través del tiempo, los estudios de la relación médico-paciente han sido enfocados específicamente al rol del paciente; pero, las emociones del médico al ser estados afectivos influidos por factores como: valores, experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y situación concreta. Merecen ser estudiadas ya que la introyección de las experiencias causa un impacto en su personalidad.

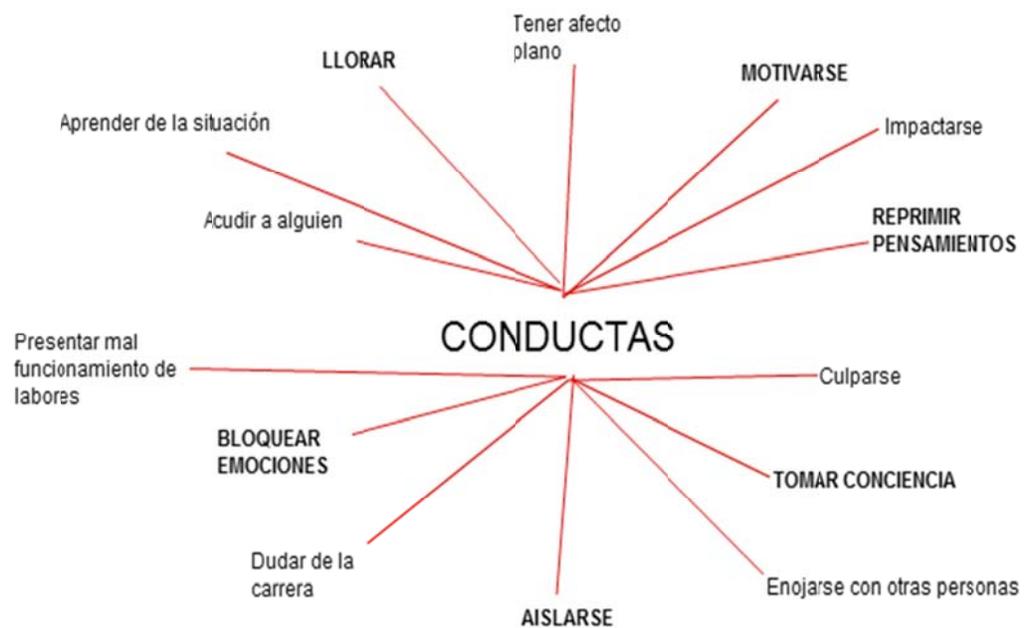
Por ejemplo, en el caso de un estudiante que no ha tenido contacto con la muerte “la primera fue la que más me afectó, debido a que, pues, tal vez fue el primer contacto con la muerte que había tenido debido a que mi mamá siempre que moría un pariente o algo así nunca nos dejaba verlo”³¹ se evidencia el miedo y angustia. En otros casos, también se recalca la influencia previamente, desde el hogar: “Uno llega

³¹ Extracción de “Entrevista 11 – Lista 2”

en blanco, sin ningún arma, solo llegás con los valores y las cosas que aprendiste en tu casa sobre sufrimiento”³². Siendo las emociones un factor tan variable de persona a persona es difícil determinar cuál será la conducta futura del estudiante practicante, sin embargo, se han identificado una serie de conductas frecuentes que son consecuentes con las emociones identificadas.

3.2.2 CONDUCTAS QUE MANIFIESTA EL MÉDICO ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE

DIAGRAMA 2



Fuente; entrevista semi- estructurada y encuesta de opinión.

“Las conductas son acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno”³³. En este caso, los estímulos son las emociones, los vínculos las relaciones médico-paciente

³² Extracción de “Entrevista 3 – Lista 1”

³³ SIN AUTOR, Definición de conducta, *definiciones* Disponible en: <http://definicion.de/conducta/> [21 de Marzo 2014]

llevadas a cabo y el entorno es el ambiente hospitalario. Las conductas identificadas en los estudiantes practicantes son:

- *Bloqueo emocional* - Herramienta que utiliza el médico practicante para adaptarse a la realidad hospitalaria y así poner a un lado sus sentimientos para enfrentar las situaciones que puedan causarle sufrimiento emocional.
- *Culpa* - Identificada como la primera conducta ante la situación, tienen culpase del fallecimiento de los pacientes y acumular pensamientos negativos en los que suelen menospreciar el trabajo que han realizado.
- *Reprimir pensamientos* - Mecanismo utilizado para rechazar los pensamientos, en este caso displacenteros por el fallecimiento de los pacientes.
- *Aislarse* - Los estudiantes practicantes que lo presentan desean estar solos, no quieren hablar de la situación y en ese momento en particular no se sienten a gusto para compartir con las demás personas.
- *Dudar de la carrera* - Cuando las emociones sobrepasan el límite del estudiante practicante, éste comienza a dudar si se encuentra posicionado en donde quiere y debe de estar.
- *Presentar mal funcionamiento de labores* - El estudiante practicante de ser funcional en sus responsabilidades hospitalarias; no cumple con sus obligaciones en el servicio hospitalario y no brinda la atención debida a los pacientes. Las emociones displacenteras lo abruman y no puede manejar el sufrimiento y fallecimiento de los pacientes

- *Enojarse con otras personas* - Esta conducta es una de las más comunes ya los estudiantes practicantes tienden a culpar y enojarse con las enfermeras, residentes, compañeros practicantes o incluso con el mismo paciente, para aminorar el peso de la sensación displacenteras que le causa la muerte del paciente.
- *Impactarse* – Se muestra desconcierto ante la experiencia del fallecimiento de pacientes.
- *Afecto plano* - tener ninguna o casi ninguna expresión emocional en función al fallecimiento de los pacientes.
- *Llorar la pérdida* - El estudiante practicante expresa en forma de derrama lágrimas la tristeza que ha causado el fallecimiento de los pacientes.
- *Acudir a alguien* - El médico practicante busca apoyo, consuelo o alguien que pueda escucharlo para poder expresar lo que sintió al fallecer un paciente. Dentro de las personas más comunes a las que acude se encuentran los familiares, amigos, parejas y/o coetáneos.
- *Aprender de la situación* - Lo mejor que pueden hacer ante la muerte de los pacientes, es analizar la situación y aprender ¿Qué pudo haberse hecho mejor para el paciente? Y así poder brindar una mejor atención.
- *Motivarse* - A ser mejor profesional con los pacientes, no dedicarse únicamente a curar las patologías; El médico practicante se motiva a brindar una mejor calidad de vida al paciente.
- *Tomar conciencia* – Los pacientes no son “enfermedades”, ni son “casos clínicos”; son personas en busca de ayuda y lo mejor que pueden hacer es

brindarles la mejor atención posible, para que su estadía en el ambiente hospitalario sea digna.

Tal como en las emociones, las conductas encontradas también pueden ser divididas entre negativas como: bloqueo emocional, culpa, represión de pensamientos, aislamiento, dudas de la carrera, presentar mal funcionamiento de labores, enojarse con otras personas, impacto y afecto plano.

Evidenciadas en las siguientes frases: “Uno se siente algo triste pero ni modo, hay que seguir”³⁴, “sencillamente uno los mira un día y al otro día no verlos, dice uno “hijuela, ¿qué hice mal?”³⁵, “Ninguno, la verdad ninguno; no generó un sentimiento en mí, ni triste ni feliz”³⁶, “Me puso en cierta incertidumbre acerca de si estaba bien posicionado en el lugar donde quería estar”³⁷. Y, las conductas positivas como se recalcó anteriormente, son: llorar la pérdida, acudir a alguien, aprender de la situación, motivarse y tomar conciencia.

Tal como lo manifestaron en las siguientes frases: “Esas experiencias a uno le ayudan a tratar de estudiar un poco más”³⁸, “Aprendí a estar más cerca de ellos, a quererlos más, a cuidarlos más porque tal vez son sus últimos días en esta vida y qué mejor que por lo menos dar una buena atención, un trato amable, un buen cuidado antes de irse. Creo que es lo menos que uno como estudiante o como médico puede hacer por ellos”³⁹

³⁴ Extracción de “Entrevista 4 – Lista 1”

³⁵ Extracción de “Entrevista 1 – Lista 2”

³⁶ Extracción de “Entrevista 7 – Lista 2”

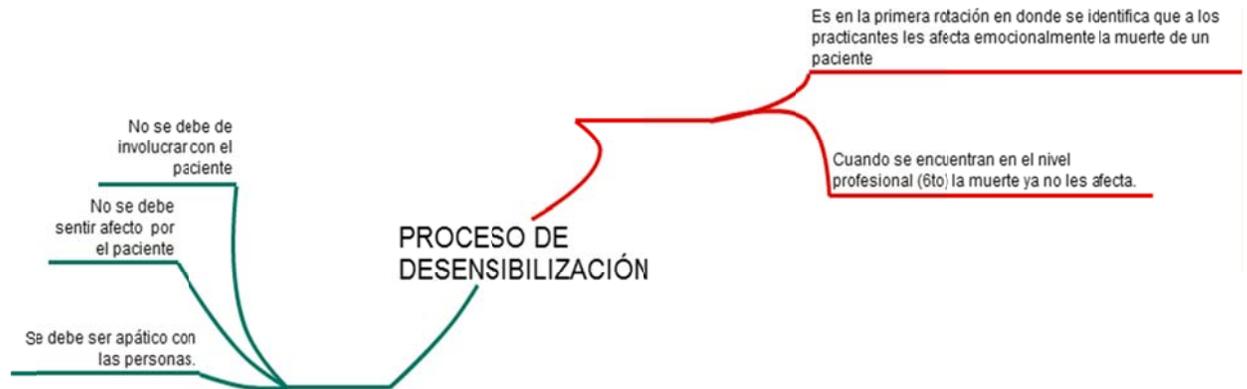
³⁷ Extracción de “Entrevista 6 – Lista 1”

³⁸ Extracción de “Entrevista 5 – Lista 2”

³⁹ Extracción de “Entrevista 2 – Lista 2”

3.2.3 PROCESO DE DESENSIBILIZACIÓN

DIAGRAMA 3



Fuente: la entrevista semi- estructurada.

Como se mencionó en las dos categorías anteriores, “La falta de tiempo, la carencia de formación curricular en técnicas de comunicación, la susceptibilidad propia hacia la representación de la muerte y la inseguridad, son factores que proceden del personal de salud y que afectan al moribundo, haciéndolo, a su vez, más vulnerable. La confrontación con la muerte de su paciente genera en los profesionales angustia ante su propia muerte, estos profesionales son también seres humanos, y en escenarios como éste afloran prejuicios y creencias, ansiedades y temores ante la muerte y la historia personal de cada uno”⁴⁰, causando esto displacer en los estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; por lo mismo, atraviesan durante su formación un proceso de desensibilización el cual se manifiesta como: “hablan cada vez menos con los enfermos, escuchan menos generando una incomunicación cada vez más evidente, se establece una excesiva distancia emocional y se centran en los signos y síntomas específicamente”⁴¹. Estas actitudes tienen impacto psicológico pues “bloquea las

⁴⁰ URQUIOLA, F.A. Los médicos jóvenes ante la muerte. *Hospital italiano de Buenos Aires*, S/F disponible en: www.fmv-uba.org.ar [21 de Marzo 2014]

⁴¹ IBID www.fmv-uba.org.ar

capacidades terapéuticas de los médicos. Al aislarse del enfermo, se aísla de la realidad, se empobrece su capacidad para elaborar su propia impotencia ante la muerte, la cual se vuelve abrumadora y dañina para el propio médico”⁴². Este proceso crea en el médico practicante pensamientos como:

- *No se debe de involucrar con el paciente:* El médico para evitar que el fallecimiento de los pacientes los afecte emocionalmente, no debe relacionarse a un nivel más íntimo con los pacientes ni saber de la vida de los mismos, por ejemplo: ¿Con quién vive? ¿Qué hace para vivir? ¿A quién quiere? Etc.
- *No se debe de sentir afecto por el paciente:* Aunque exista un paciente con el cual el practicante se identifique de alguna manera, no puede/debe encariñarse con este; de otra manera no podría brindarle la atención debida como profesional.
- *Se debe de ser apático con las personas:* Las dos anteriores se logran únicamente siendo apático y teniendo una actitud cortante para con los pacientes y sus familiares.

El proceso tiene un seguimiento de manera paulatina pues se identifica que de la primera rotación (4to. Año) a la última (6to. Año), ellos mismos reconocen que optaron por no involucrarse, no sentir afecto y ser apáticos con los pacientes.

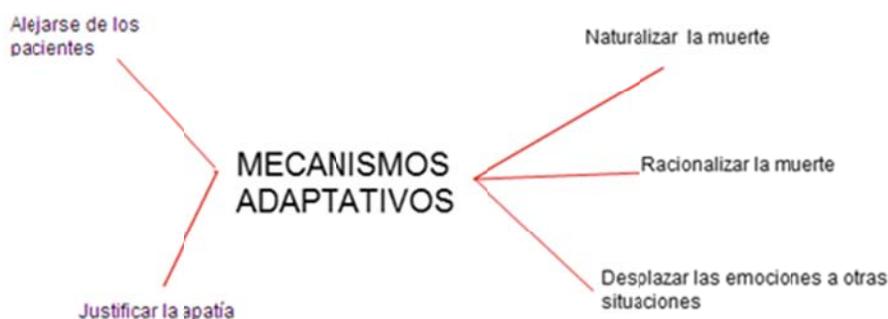
La desensibilización fue identificada mediante las verbalizaciones de los entrevistados, en frases como: “Conforme vas avanzando tal vez lo sentís un poquito por el paciente y todo pero si llega el momento en el desenlace donde ya no podés

⁴² IBID www.fmv-uba.org.ar

hacer más, lo aceptas mejor”⁴³ “Cada muerte de un paciente lo va haciendo más frío o más resistente; es como una nueva capa de corteza en los árboles”⁴⁴. Y, de forma no verbal, se observa en las respuestas: fluctuación en los tonos de voz, gestos, ademanes y el corto tiempo dedicado a cada respuesta; los cuales son indicadores de: indiferencia, apatía y desentendimiento de las experiencias.

3.2.4 MECANISMO ADAPTATIVO

DIAGRAMA 4



Fuente: la entrevista semi- estructurada.

Todo este fenómeno del proceso de desensibilización tiene un impacto directo en la relación Médico-paciente ya que el primero tiene una actitud despersonalizada que genera una reacción necesaria que lo lleva a recurrir a mecanismos adaptativos, los cuales se pueden dividir entre “procesos emocionales de riesgo” y “procesos emocionales de cuidado”.

Los procesos emocionales de riesgo están basados en las conductas y emociones identificadas anteriormente que generan bloqueo emocional y represión:

⁴³ Extracción de “Entrevista 9 – Lista 1”

⁴⁴ Extracción de “Entrevista 2 – Lista 2”

- Regulación distancia: El médico decide alejarse emocionalmente de los pacientes, ya que un acercamiento le causaría emociones displacenteras. “Conforme te vas desarrollando profesionalmente, te vas dando cuenta que realmente si necesitas cierta distancia”⁴⁵, “Tal vez no encariñarme tanto con los pacientes que paso en servicio y no meterme tanto en la vida personal de ellos para que no me afecte realmente si su diagnóstico empeora”⁴⁶.
- Desconexión – represión: Se deja a un lado las emociones y sensaciones de las personas, aunque no sean sus pacientes. Este mecanismo no se identifica particularmente en la población participante ya que aún no han alcanzado la experiencia y madurez necesaria para manejar sus emociones según el entorno en el que se encuentren; es decir hogar, práctica hospitalaria, formación académica, relaciones sociales, etc.
- Sobre involucramiento: Se establece un compromiso emocional con las personas y situaciones aún cuando estas generen diversas emociones y sensaciones displacenteras. Este mecanismo no constante en la población, pero, si existen excepciones expresadas como: “un paciente que sí, hasta le di mi número de teléfono, cuando yo estaba de turno él me llamaba “doctora me siento mal”, Por ejemplo, este muchacho era joven, con leucemia entonces cuando él decía “me siento mal”, era porque realmente se sentía mal. Entonces por eso yo dije le voy a dar mi número y todo, pero sí, creo que mi error es apegarme a los pacientes, porque yo me

⁴⁵ Extracción de “Entrevista 2 – Lista 1”

⁴⁶ Extracción de “Entrevista 4 – Lista 2”

iba, me sentaba a la par de él y me ponía a hacer mis cosas y a escribir, con él va y él también apegado a mí”⁴⁷

- Desborde: Consiste en expresar sin controlar las emociones. Al igual que la anterior, no es frecuente pero sí se evidencia en expresiones como: “Me quedé así como ida, así como wow y empecé a llorar, así con todos, todo el servicio empezó a llorar, los doctores y la esposa ahí viéndonos y nosotros llorando; nos entramos para que la esposa no viera porqué estábamos llorando...nos empezamos a recordar de todas las cosas que él nos decía que quería hacer y que no pudo lograr, entonces nos poníamos más tristes y a llorar más”⁴⁸
- Ensimismamiento: Ida de conciencia y emociones hacia uno mismo, en otras palabras, no se permite exteriorizar los sentimientos. Por ejemplo, “a uno no le dicen qué va a ver o cómo va a ser pero uno se adapta después del un tiempo”⁴⁹
- Intelectualización – Se buscan explicaciones lógicas ante las situaciones. En esta situación concreta se da de diferentes maneras:
 - a) Naturalizar la muerte, El médico practicante ve el fallecimiento de los pacientes como algo cotidiano, algo de su día a día. “uno ya se lo espera y dice “bueno, tiene que pasar; pasa pasa, toca toca””⁵⁰.

⁴⁷ Extracción de “Entrevista 2 – Lista 1”

⁴⁸ Extracción de “Entrevista 4 – Lista 2”

⁴⁹ Extracción de “Entrevista 4 – Lista 1”

⁵⁰ Extracción de “Entrevista 3 – Lista 2”

b) Racionalizar la muerte, el estudiante practicante comienza a justificar el por qué de lo sucedido. “Lo que pasa es que las cosas suceden por algo, entonces un niño si se murió al nacer es porque tal vez Dios no lo quiso y un adulto así que tal vez no supo manejar su vida o fumó o tomó ó buscó enfermedades”⁵¹.

c) Justificación de la apatía, Como todo mecanismo de defensa el estudiante practicante no reconoce que la apatía con la que convive cotidianamente es consecuencia de las emociones displacenteras que tienen por la muerte de los pacientes y tienden a justificarla por los turnos o la mala alimentación que han tenido. “Después te das cuenta que uno tiene que seguir, no te podés quedar ahí pensando en lo mismo porque los pacientes siguen llegando y tú tienes que seguir trabajando”⁵²

Además, se encontró un mecanismo adaptativo extra. Este mecanismo consiste en desplazar las emociones a otras situaciones; por ejemplo, los estudiantes presentan molestia en contra del sistema sanitario y los pocos recursos con los que se cuenta en los hospitales.

Dentro de los “procesos emocionales de cuidado” se encuentran los mecanismos que ayudan a la regularización y verbalización emocional, el cual se manifiesta de la siguiente manera:

- Realizar acciones agradables: El profesional realiza acciones concretas directa o indirectamente con la institución o con los pacientes para sentirse mejor. Esto también incluye realizar acciones alejadas del ejercicio profesional, enfocados en la superación personal.

⁵¹ Extracción de “Entrevista 1 – Lista 1”

⁵² Extracción de “Entrevista 8 – Lista 2”

3.2.5 SUFRIMIENTO EMOCIONAL

A pesar de que el estudiante practicante utiliza diversos mecanismos adaptativos para protegerse emocionalmente, sí se encontró en ellos un sufrimiento emocional.

TABLA 1

SUFRIMIENTO EMOCIONAL
La muerte de los pacientes
Muerte en general
Sufrimiento de los pacientes

Fuente: encuestas de opinión.

Como lo señala la tabla anterior, los estudiantes practicantes presentan sufrimiento emocional causado por las áreas sensitivas, sensoriales, cognitivas, perceptivas y conductuales que le generan desgaste psicológico como respuesta emotivo/afectiva, negativa y desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor ante la muerte de los pacientes y otras situaciones que psicológicamente se le asemejan como observar el incremento en la tasa de mortalidad a nivel nacional, el sufrimiento de los pacientes debido a las carencias de recursos para brindar mejor atención y por los diagnósticos crónicos que se encuentran en cada servicio hospitalario.

Este sufrimiento emocional puede definirse como: “cualquier estado distinto a sentir amor y alegría tranquila en nuestro pecho. Cualquier otro estado emocional, mental ó físico, que indica que algo no está del todo bien y que da una pista de dónde mirar, dónde explorar si se quiere superar el dolor. Dolor que surge como mecanismo

natural para identificar situaciones que hacen daño”⁵³ Este se manifiesta en los estudiantes practicantes a través de una inestabilidad psicológica derivada de la frustración, decepción y confusión que tienen como consecuencia pensamientos constantes encontrados en las encuestas de opinión, los cuales son:

- 1) Abandonar la carrera – El estudiante practicante no se encontraba consciente de las experiencias que atravesaría durante la práctica hospitalaria. Si tenía conciencia de que podría ser cansado, pero no estaba preparado para el sufrimiento emocional. Después de las primeras muertes de pacientes, empiezan a dudar acerca de si se encuentran posicionados en donde realmente quieren estar.
- 2) No estudiar una especialización – Los 3 años de práctica realizados en pregrado consideran que son suficientemente difíciles emocionalmente, como para optar por darles seguimiento; aún más, cuando saben que tendrán más responsabilidades dentro de las instituciones sobre la vida de los pacientes.
- 3) No dedicarse al área hospitalaria – Los estudiantes practicantes siguen interesados en la medicina (conocimientos teóricos, beneficios de los medicamentos, ayudar a las personas, etc.), pero optan por ramas alejadas del área hospitalaria, tales como: docencia, investigación, clínicas particulares, etc.
- 4) Buscar apoyo institucional donde se realiza la práctica – Algunos de los estudiantes se han acercado a los residentes ó médicos a cargo de los servicios en búsqueda de una guía para enfrentar las experiencias que les afectan emocionalmente.

⁵³ MARTÍNEZ CAMACHO, JUANA MARÍA La desidentificación para librarnos del sufrimiento, *sufrimiento*, Enero de 2010, disponible en: www.escuelatranspersonal.com [21 de Marzo 2014]

5) Buscar apoyo institucional en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala – Algunos de los participantes refieren que han considerado acercarse a la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil –UNADE- correspondiente, donde saben que les puede ser brindado apoyo psicológico por parte de profesionales de la salud mental. Sin embargo, se conoce por experiencia de las investigadoras, que realmente ninguno lo hace.

3.2.6 PROCESO DE DUELO

DIAGRAMA 6



Fuente: entrevista semi- estructurada.

Se sabe que el duelo es una reacción natural y esperada que permite adaptarse a una pérdida significativa, el cual depende de la fuerza del vínculo afectivo que se tiene con la persona que se ha perdido. Este conlleva en general un largo proceso de elaboración y ajuste.

“Manejar un duelo es aceptar la pérdida como una realidad que provoca un movimiento mental hacia algo más, hacia un nuevo objetivo. Es un proceso donde se trabaja el dolor ante la pérdida para que el sufrimiento emocional no se vea

estancado.”⁵⁴ Es importante recalcar que el duelo se genera con toda pérdida que tenga un apego significativo en la vida de las personas.

Es por lo anterior que los estudiantes practicantes no pueden vivir un proceso de duelo como tal, ya que ellos no crean vínculos afectivos con sus pacientes; lo que comparten es una relación médico-paciente. Esta surge de la búsqueda incansable de salud que tiene el médico para la salud del enfermo, entonces la relación que se establece tiene bases técnicas y ciertas bases afectivas con poca profundidad.

Esas bases afectivas poco profundas son las que permiten que se identifiquen por cortos períodos de tiempo algunas de las fases del duelo como:

- **Negación** Representada por incredulidad del médico practicante al fallecimiento de los pacientes, esperar que al final por alguna razón este resucite. “creía que era mentira, decía esto no puede estar pasando, no fijo va a salir, fijo. Después cuando me di cuenta que no, me quede como ida”⁵⁵.
- **Ira** El estudiante practicante se siente enojado y/o molesto por la situación, porque los pacientes se mueren. Esta es manifestada contra el sistema sanitario del país, con los otros médicos del servicio, con las situaciones de pobreza en Guatemala, por las condiciones de vida y salud de los pacientes y por último consigo mismo por no haber estudiado más. “ira, porque yo solo miraba al pobre niño llorando y tristeza, y si pensé a la gran porque no pudimos hacer nada mas por el”⁵⁶
- **Aceptación** Presentada mayormente como resignación, no se pueden salvar todos los pacientes, por lo tanto se acepta que la muerte es parte del trabajo

⁵⁴ SIN AUTOR. Proceso de duelo. *Estrategias en programación neurolingüística*. Disponible en: www.estrategiaspnl.com [21 de Marzo de 2014]

⁵⁵ Extracción de: (entrevista 4- lista 2)

⁵⁶ Extracción de: (entrevista 1- lista 1)

del médico. “aunque es un poco doloroso, tu sentís cierto grado de alivio por ella porque ya era demasiado lo que estaba sufriendo” ⁵⁷

Al atravesar esas etapas se dan cuenta que las pérdidas son inherentes de la vida y más en una profesión sanitaria en donde están en constante contacto con la muerte.

Es por lo mismo que no se puede dar en ellos un duelo patológico ya que el tiempo de sufrimiento por la muerte de sus pacientes varía de horas a tres meses, sin embargo en algunos de ellos se encuentran ciertas características del duelo ausente ya que aparentemente mantienen el control de la situación y no presentan signos de sufrimiento pero al recordar la experiencia del paciente se enfrentan con sentimientos que aun no resuelven. “ahorita me dieron ganas de llorar”⁵⁸, “sigue todavía esa molestia de a la gran no pudimos ayudarlo, pero ya no es que me afecte así demasiado, si no solo es paulatinamente cuando me recuerdo de esa experiencia” ⁵⁹ Los anteriores no pueden ser diagnosticados como duelos patológicos ya que no les afecta en su funcionamiento cotidiano, únicamente cuando recuerdan la experiencia, por lo mismo evitan recordarla.

En estos casos lo que han alcanzado como se explicó anteriormente, es un estado de resignación donde actúan como un agente pasivo frente a lo que sucede “es como ir colocando cerraduras en las puertas para que no se note el dolor que llevamos encima y que el mundo siga caminando” ⁶⁰ Es decir no alcanzaron la aceptación. “resignación es lo único que podía esperar” ⁶¹ “haciéndose ajeno a la

⁵⁷ Extracción de: (Entrevista 3- lista 1)

⁵⁸ Extracción de: (Entrevista 2- lista 1)

⁵⁹ Extracción de: (Entrevista 4-lista 2)

⁶⁰ CARMELO, ANJI; JORDY. Diferencia entre aceptación y resignación. *Grupo de ayuda mutua*. 2008. Disponible en: www.avesgams.org [21 de Marzo de 2014]

⁶¹ Extracción de: (Entrevista 2-lista2)

situación personal de cada paciente, como uno puede separarse un poco de lo trágico que es ese evento y aislarse”⁶²

3.2.7 ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO

TABLA 2

PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO
<ul style="list-style-type: none">• Reforzar inteligencia emocional previo a la práctica hospitalaria• Pláticas/videos/talleres con profesionales que hayan vivido esa experiencia• Pre-práctica hospitalaria• Clase de psicología enfocada en el ambiente hospitalario• Grupos de apoyo durante la práctica hospitalaria• Acompañamiento psicológico durante la práctica hospitalaria• Apoyarse con los compañeros que se encuentran en el mismo ambiente hospitalario

Fuente: Encuestas de opinión

La mayoría de los estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la San Carlos de Guatemala concuerdan en que no se encontraban preparados emocionalmente para enfrentar la experiencia del fallecimiento de los pacientes. Así mismo afirman que no se encontraban conscientes de la realidad que se vive en el área hospitalaria y de la mortalidad de los pacientes. “ a pesar de que querramos salvar la mayor cantidad de vidas posibles en muchas ocasiones el curso natural de las enfermedades o accidentes hace que sea humana y medicamente

⁶² Extracción de: (Entrevista 7 –lista 1)

imposible salvar a un paciente y que debemos estar consciente de ello”⁶³ “uno solo va con la teoría y con la idea de yo voy a ser el súper héroe de todos y todos van a sobrevivir, cosa que no es cierto al final”⁶⁴ Es por lo mismo que están de acuerdo en que la universidad debe comprometerse en proporcionar estrategias de acompañamiento emocional y ellos sugieren las encontradas en la tabla 2, estas mismas serán extendidas a continuación.

Se debe de estimular dentro del pensum de estudios la inteligencia emocional que “según Goleman es la capacidad para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para gerenciarlos al trabajar con otros”⁶⁵ el reforzamiento de esta en los estudiantes de medicina debe ir enfocado en: tomar conciencia de sí mismo, desarrollar una comunicación asertiva, aprender a controlar sus emociones y solucionar problemas, planificar su tiempo, tener estrategias de auto-regulación cognitiva, manejar el estrés, desarrollar la empatía, aprender a escuchar al otro, tener aceptación personal, asumir responsabilidades y reconocer el éxito de los otros.

A pesar de tener una adecuada inteligencia emocional, la experiencia hospitalaria incluyendo la muerte de los pacientes, puede ser desconcertante. Por ello, son de vital importancia las pláticas/videos/talleres con profesionales y/o estudiantes ya experimentados en el tema ya que esto les brinda una perspectiva e información confiable transmitida a través de testimonios personales.

Estos son importantes porque generan soporte de tipo informativo, donde ellos proporcionan información adicional sobre cómo manejar las situaciones venideras, a quién y donde podrían dirigirse y cómo comprenderlas de una mejor manera.

⁶³ Extracción de: (encuesta 16)

⁶⁴ Extracción de: (entrevista 8-lista 2)

⁶⁵ CORDERO, JEANETH. “Estrategias” *Desarrollo inteligencia emocional*” 2006. Disponible en: <http://estrategiainteligenciaemocional.blogspot.com/> “ [21 de Marzo de 2014]

Los participantes sugieren además tener un mayor acercamiento de estas vivencias dentro del ambiente hospitalario sin tener responsabilidades en el mismo y así poder conocer los servicios, los turnos, las jerarquías, etc. es decir realizar una pre-práctica.

La cual es un acercamiento temprano en el cual se espera que los estudiantes integren sus conocimientos teóricos a las habilidades del ejercicio profesional en un corto período de tiempo; haciendo énfasis en que en este período deben conocer desde el principio las condiciones del sistema de salud en el que brindaran ayuda en el resto de su práctica hospitalaria.

Si bien es cierto que dentro del pensum existe una clase de psicología, el tema de la muerte de los pacientes no ha sido abordado, por lo que los participantes proponen que dentro de ésta cátedra se incluya este tema y formas de afrontamiento con todas las vivencias hospitalarias.

Ahora bien son los mismos estudiantes los que recalcan que una experiencia como esta no puede ser totalmente comprendida hasta experimentarla personalmente; por lo que proponen que existan grupos de apoyo y un acompañamiento terapéutico dentro del área hospitalaria.

Los grupos de apoyo son espacios en donde los estudiantes sienten que pertenecen y se percatan de que no son ellos los únicos en tener reacciones ante la muerte de los pacientes. Le brindan confianza y la seguridad de que hay personas con las cuales puede comunicarse y compartir emociones y vivencias.

El acompañamiento terapéutico debe ser brindado a los estudiantes que lo soliciten y/o que se identifiquen. Ya que estas experiencias están interfiriendo en sus funciones. Este debe ir enfocado en la adaptación a estas nuevas circunstancias proporcionando herramientas necesarias para enfrentar los conflictos, crisis o dificultades de manera satisfactoria. Este proceso se lleva a cabo de manera confidencial con empatía, respeto y sinceridad.

Hay que tomar en cuenta que existen personas que no sienten comodidad al expresar sentimientos y experiencias de esta magnitud con personas desconocidas por lo que otra de las propuestas recomendadas es apoyarse en los coetáneos ya que ellos al encontrarse en el mismo ambiente hospitalario pueden tener más empatía ante estas situaciones.

Si bien es cierto que los coetáneos no tienen el conocimiento académico para brindar un apoyo a profundidad, pueden proporcionar cooperación de las siguientes formas:

- “Evitar las frases hechas, como “Tienes que olvidar”, "Mejor así, dejó de sufrir", "Es la voluntad de Dios", "Es ley de vida". Lo que se debe hacer es hacer acto de presencia y estar cerca de la persona afectada, llegar a ella con un gesto de cariño con un fuerte y sincero abrazo y prestar atención cuando la persona solo necesita desahogarse.
- Tener en cuenta las actitudes que no ayudan: Evitar decir a la persona afectada que se comprende la situación. No intentar buscar una justificación a lo que ha ocurrido. No empeñarse en animarle/a o tranquilizarle/a. Lo que necesita es ser escuchado. No quitarle importancia a lo que ha sucedido hablándole de otros pacientes.
- Dejar que se desahogue: dejar que sienta y exprese el dolor, la tristeza, la rabia, el miedo; por la muerte del paciente,
- Permitir que hable del ser humano muerto: Permitir que hable todo el tiempo y todas las veces que lo necesite. Repetir y evocar los recuerdos es parte del camino que tienen que recorrer. Hay personas que viven un duelo privado y no les gusta exteriorizar sus emociones. Respetaremos también su necesidad de no hablar.⁶⁶

⁶⁶ BUCAY, JORGE. Ayudar a otros a recorrer el camino. *El camino de las lágrimas*. Disponible en. web.supernet.com.bo [21 de marzo de 2014]

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. Se concluye que la mayoría de estudiantes practicantes de Ciencias Médicas toman distancia en la relación médico-paciente como consecuencia de las emociones displacenteras que presentan ante el fallecimiento de pacientes y que luego, se manifiestan en conductas negativas como: bloqueo emocional, represión de pensamientos relacionados, aislamiento, enojo y afecto plano. Con menor frecuencia, existen casos donde las emociones tienen un efecto positivo que impulsan al estudiante a tomar conciencia y observar las experiencias como oportunidades de aprendizaje.
2. Se evidencia que al culminar la práctica hospitalaria en sexto año, los estudiantes han atravesado un proceso de desensibilización como mecanismo adaptativo que los protege. Este se desarrolla en dos vertientes que son: procesos emocionales de riesgo y procesos emocionales de cuidado. Los mismos los ayudan a enfrentar el ambiente hospitalario, las experiencias displacenteras que implica el verse inmerso en el mismo y principalmente, el contacto diario con la muerte de los pacientes.
3. Los practicantes de medicina no llevan a cabo un proceso de duelo como tal a partir de la muerte de sus pacientes. Sin embargo, sí atraviesan por las fases de “negación, ira y aceptación” las cuales son vividas en un corto período de tiempo debido a que no se ha creado un apego significativo. Constantemente se identifica que en vez de aceptación, lo que se experimenta es un estado de “resignación” que utilizan para sobrellevar cada una de las muertes de pacientes.
4. Los estudiantes practicantes aseveran y demuestran la carencia de preparación emocional con la cual enfrentar la muerte de los pacientes, ya que es por esto que desarrollan emociones y conductas contraproducentes para su desarrollo profesional. Lo que hace un menester la implementación de estrategias de acompañamiento.

4.2 RECOMENDACIONES

1. El estudiante practicante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que actualmente se encuentra en su práctica hospitalaria debe aprender a identificar sus emociones y conductas en pro de tomar conciencia de sus fortalezas y así potencializarlas y sus debilidades para trabajarlas; de esta manera podrá canalizarlas adecuadamente y evitar así la manifestación del “Síndrome de Burn-Out” en su posterior ejercicio profesional.
2. Los mecanismos adaptativos que los estudiantes practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala desarrollen, deben ser utilizados como protección para sobrellevar el fallecimiento y sufrimiento de los pacientes; sin embargo, para tener un mejor desarrollo profesional, el practicante debe aprender a manejarlos a su favor y así brindar una adecuada atención a los pacientes.
3. Al médico practicante de la Universidad de San Carlos de Guatemala que actualmente realiza práctica hospitalaria se le recomienda expresar las emociones y sentimientos que ha desarrollado a partir del fallecimiento de pacientes, para así alcanzar la fase de aceptación del duelo. La expresión de los mismos puede ser mediante un acompañamiento terapéutico, grupos de apoyo ó formas de expresión con las que pueda sentirse cómodo.
4. La Facultad de Ciencias Médicas debe proveer estrategias de acompañamiento dentro del pensum de estudios desde el inicio de la carrera, enfocadas en el fortalecimiento de la inteligencia emocional de los estudiantes para que así enfrenten de manera adecuada las vivencias en el área hospitalaria, principalmente la muerte de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

BEHAR, D. "Un buen Morir". 1ª. Ed. México: Editorial Pax. 146 Pp.

GARCÍA LICEA, FERNANDO. "Procesos básicos en psicoterapia", 2ª ed. México: El Manual Moderno. 269 Pp.

HARVEY, GREG. "Duelo para dummies", 1ª ed. Colombia: Grupo Editorial Normal. 2008. 384 Pp.

MORENO, I.B., ESCOBAR, M. "La información al paciente: ¿Por qué la conspiración de silencio?," Tesis inédita, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2005. 138 Pp.

NOMEN MARTÍN, LEILA, (coord.) "Tratando el proceso de duelo y de morir", 1ª. ed. Madrid: Ediciones Pirámide. 2008, Colección de recursos terapéuticos. 294 Pp.

PILAR, J.J.B., PILAR, R.B. "Intervención emocional en cuidados paliativos" –Modelo y protocolos- 1ª.ed. España: Editorial Ariel, S.A. 2003. 181Pp.

RAYMOND, A.M. Vida después de la vida. 6ª Ed. España: Selección EDAF. 215 Pp.

ROJAS POSADA, SANTIAGO. El manejo del duelo, 1ª.ed. Guatemala: Grupo Editorial Norma.2005. 240 Pp.

SACAYÓN MANZO E.E. Agresiones e intimidaciones en la formación y práctica médica. Instituto de Estudios Interétnicos, USAC. Guatemala, 2007. 97 Pp.

MORALES, G. et. Al. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2003 .Vol. XII., No. 1. 45 Pp.

E-GRAFÍA

CARMELO, ANJI; JORDY. Diferencia entre aceptación y resignación. *Grupo de ayuda mutua*. 2008. Disponible en: www.avesgams.org [21 de Marzo de 2014]

ÁVILA, JOSÉ ALBERTO. ¿Qué es tanatología? *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*. 12 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/tanatologia.html> [21/agosto/2013]

BRAVO MARIÑO, MARGARITA. ¿Qué es tanatología? *Revista Digital Universitaria*. 10 de agosto de 2006. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf [21/agosto/2013]

BBC. El dolor emocional realmente duele. *BioDrgao Taller Integral de Salud*. 21 de julio de 2008. Disponible en: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7517000/7517162.stm [16 de febrero de 2014]

BUCAJ, JORGE. Ayudar a otros a recorrer el camino. *El camino de las lágrimas*. Disponible en: web.supernet.com.bo [21 de marzo de 2014]

CIENCIAS MÉDICAS. Quinto Año. *Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de San Carlos de Guatemala*. 2014. Disponible en: <http://usacmed5.wordpress.com/programa-de-5to-ano/> [17 enero 2014]

CORDERO, JEANETH. Estrategias. *Desarrollo inteligencia emocional*. 2006. Disponible en: <http://estrategiainteligenciaemocional.blogspot.com> [21 de marzo 2014]

FLORES, S/D. Duelo. *Universidad de Antioquia*. S/f. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple6a.html> [21/agosto/2013]

FRESQUET, JOSÉ. Elie Metchnikoff. *Historia de la Medicina*. Julio 2009. Disponible en:

GUIC, ELIANA. El trabajo del duelo. *Universidad Católica de Chile*. s/f. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars13.html> [21/agosto/2013]

<http://www.historiadelamedicina.org/metchnikoff.html> [21/agosto/2013]

IGLESIAS, CELSO. Aspectos Psicológicos ante la enfermedad y la muerte. *Psicología Médica*. 2013. Disponible en: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/22PM-ENF-MUERTE.pdf> [22 /agosto/2013]

MARTINEZ CAMACHO, JUANA MARÍA. La desidentificación para librarnos del sufrimiento, enero de 2010. Disponible en: www.escuelatranspersonal.com [21 de Marzo de 2014]

MARTINEZ, S. *Universidad de San Carlos de Guatemala al servicio de la población*. Reportaje especial: Nuestro Diario. Guatemala, 2009. Pp.20 Disponible en: <http://digital.nuestrodiario.com/> [27 de enero 2014]

MAZARIEGOS, A.E. Normativo Externado. *Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de San Carlos de Guatemala*. 2010. Disponible en: http://medicina.usac.edu.gt/CUARTO_ANYO_INFORMACION_GENERAL_2011.pdf [17 enero 2014]

MORALES GERMAN [et.al] Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XII. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26400101> [17 de enero 2014]

MODERY, R. El médico ante la muerte. *Hospital Privado S.A., -CMC-* s/f. Disponible en: <http://www.experienciamedicahp.com.ar/edicionespecial/pdf/14.pdf> [26 /noviembre/2013]

PROJECT COACHING. Claves para desarrollar tu inteligencia emocional. *Potencia tu talento*, 27 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.projectcoaching.es/claves-para-desarrollar-tu-inteligencia-emocional-2/> [16 de enero de 2014]

SIN AUTOR. Práctica Hospitalaria. *Facultad de Ciencias Médicas*. s/f. Disponible en: <http://medicina.usac.edu.gt/> [7/enero/2013]

SIN AUTOR. Duelo y pérdida. *Centro de Desarrollo de Habilidades Psicolingüísticas*. 2008. Disponible en: http://www.terapia-psicologica.com.mx/duelo_y_perdida.php [22 /agosto/2013]

SIN AUTOR. Proceso de duelo. *Estrategias de programación neurolingüística*. Disponible en: www.estrategiaspnl.com

SIN AUTOR. DUELO. *Guía de Salud de Cuidados Paliativos*. s/f. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/apartado11/Duelo.pdf> [22 /agosto/2013]

SIN AUTOR. El médico y las malas noticias. *Biocáncer*. s/f Disponible en: <http://www.biocancer.com/journal/463/1-el-medico-y-las-malas-noticias> [9/ enero/ 2014]

SIN AUTOR. El significado de la muerte. *Consejo de Relaciones Espírita Argentino*. 24 de mayo 2009. Disponible en: http://sev.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=71:el-significado-de-la-muerte&catid=16:temas-de-la-semana&Itemid=33 [21/agosto/2013]

SIN AUTOR. Modelos de relación médico- paciente. *Intramed*. s/f. Disponible en: http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/Documentos/pdf/curso_comisionados/Comunicacion%20medico%20paciente.pdf [9/enero/2013]

SIN AUTOR. Programas del Externado fase II. *Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de San Carlos de Guatemala*. 2011. Disponible en: <http://medicina.usac.edu.gt/fasell/otros> [17 enero 2014]

SIN AUTOR, Las emociones psicoactiva. S/f disponible en: www.psicooactiva.com/emoción.htm [21 de marzo de 2014]

SIN AUTOR, Definición de conducta, definiciones Disponible en: <http://definicion.de/conducta/> [21 de Marzo 2014]

SIN AUTOR. Relación médico- paciente. *Mindomo*. s/f. Disponible en: <http://www.mindomo.com/mindmap/relacion-medico-paciente-dfe3ad7be19140499c2e3caaa7b58863> [10/enero/2013]

SIN AUTOR. Religiones. *Sociedad Espiritista Cubana*. s/f. Disponible en: <http://www.sociedadespiritistacubana.org/Religiones.htm> [21/agosto/2013]

TEJER, C.D. El médico y la muerte (II). Los médicos jóvenes (y no tantos) y la muerte de los pacientes. *Revista Argentina de Cardiología*. 8/2/2012 <http://revistaargentinadecardiologia.wordpress.com/2012/02/08/el-medico-y-la-muerte-ii-los-medicos-jovenes-y-no-tanto-y-la-muerte-de-los-pacientes/> [19 de agosto 2013]

URQUIOLA, F.A. Los médicos jóvenes ante la muerte. *Hospital Italiano de Buenos Aires*. s/f. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/Vol.%20VI%20Nro.%202%20a%20C3%B1o%202011/URQUIOLA-MUERTE-%20final.pdf> [13/septiembre/2013]

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. Podría relatar su experiencia más impactante de la muerte de un paciente.
2. ¿Cuál fue su primer pensamiento/sentimiento al percatarse de que el paciente había fallecido?
3. A partir de este pensamiento/sentimiento, ¿cuál fue su reacción?
4. Identifica usted un cambio personal a partir de esa experiencia.
5. ¿Considera usted que ha superado esa experiencia? , ¿Qué medidas tomó para superarla?
6. Posteriormente, ¿Ha tenido otras experiencias de muerte de pacientes?

Si_____ No_____

7. Si la respuesta anterior es positiva, ¿cómo ha afrontado esas experiencias?

Observaciones:

ANEXO 2

TRIFOLIAR INFORMATIVO

Si respondiste afirmativamente en las preguntas anteriores, es porque estas atravesando el Síndrome de Burn-out



Lo que significa que estas quemado del ambiente hospitalario, de sentirte impotente ante las enfermedades y las muertes de los pacientes y del sufrimiento emocional que esto conlleva.



SI LOS CONSEJOS ANTERIORES NO FUNCIONAN BUSCA AYUDA DE UN PSICÓLOGO PROFESIONAL

¡Las emociones incontroladas!

¡Intensos sentimientos de culpa!

¡Abuso de sustancias!

¡Insensibilidad ante el sufrimiento de las personas!

¡Deseos de abandonar la carrera o no seguir una especialidad!

¡Desesperación extrema para que acabe el ambiente hospitalario!

¡Dificultades de funcionamiento en el ambiente hospitalario y/o personal!

¿QUÉ PUEDES HACER?

1. RECONOCER QUE NECESITAS AYUDA



2. CADA VEZ QUE MUERA UN PACIENTE DEL SERVICIO HOSPITALARIO EN EL QUE TE ENCUENTRES, DATE 3 MINUTOS PARA PENSAR LO SIGUIENTE:

- NO FUE MI CULPA
- NO PUDE HABER HECHO ALGO DIFERENTE PARA CAMBIAR LA SITUACIÓN
- DESPIDETE DEL PACIENTE EN TU MENTE



3. ADEMÁS, DEBES RECONOCER LAS EMOCIONES QUE ESTAS SINTIENDO Y DEJAR QUE FLUYAN EN TI, NO POR MIEDO A LO QUE DIRÁN LOS DEMÁS TRATES DE BLOQUEARLAS.

CUENTASELO A ALGUIEN. AL COMPARTIR LAS EMOCIONES LIBERAS LA CARGA EMOCIONAL QUE ESTAS TE PROVOCAN.



4. NO PERMITAS QUE ESTAS SITUACIONES CAMBIEN TU FORMA DE SER Y TE VUELVAN INSENSIBLE

- SALUDA A TU PACIENTE
 - TRÁTALO POR SU NOMBRE
 - PREGUNTA ¿CÓMO SE SIENTE?

ANEXO 3

GUÍA DE ENCUESTAS DE OPINIÓN

Este es un cuestionario de opinión acerca de las reacciones que tiene el estudiante practicante de la Facultad de Ciencias Médicas ante la muerte de los pacientes durante los servicios hospitalarios.

No. Carné: _____ Grado _____ Sexo _____

1. Considera usted que se ve afectado día a día por:
 - a. La muerte de los pacientes **si** ___ **no** ___
 - b. La muerte en general **si** ___ **no** ___
 - c. El sufrimiento de los pacientes **si** ___ **no** ___
2. Ante el fallecimiento de los pacientes en los servicios hospitalarios, enliste las emociones que recuerda haber atravesado:
3. ¿Recuerda alguna experiencia en particular de la muerte de un paciente que lo haya impactado? **si** ___ **no** ___
4. Si la respuesta anterior es afirmativa, por favor relate porqué le impactó la muerte de ese paciente en particular
5. Contestar solamente si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa. ¿Qué hizo inmediatamente después del fallecimiento del paciente y durante el resto del servicio/turno/día?
6. Contestar solamente si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa. ¿Cuánto tiempo permaneció con estas actitudes y/o emociones?
7. Contestar solamente si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa. ¿Le contó a alguien lo sucedido? ¿A quién?
8. ¿Algún compañero se ha acercado a usted en busca de apoyo al atravesar por la experiencia de la muerte de un paciente, ¿Qué hizo?
9. En algún momento, luego de haber iniciado la práctica hospitalaria se le ocurrió:
 - a. Abandonar la carrera **si** ___ **no** ___
 - b. No estudiar una especialización **si** ___ **no** ___
 - c. No dedicarse al área hospitalaria **si** ___ **no** ___
 - d. No poder manejar las emociones que se viven día a día **si** ___ **no** ___
 - e. Buscar apoyo institucional en el hospital **si** ___ **no** ___
 - f. Buscar apoyo institucional en la Facultad de Ciencias Médicas **si** ___ **no** ___
 - g. Ninguno de los anteriores
10. Antes de iniciar la práctica hospitalaria, ¿Considera usted que estaba consciente de que estas situaciones podían ocurrir?
11. ¿Se encontraba emocionalmente preparado para enfrentar situaciones como la muerte de los pacientes?
12. ¿Cómo se preparó emocionalmente?
13. ¿Considera usted que en la Universidad debe de existir alguna preparación para enfrentar este tipo de situaciones? **si** ___ **no** ___
14. Si la respuesta anterior fue afirmativa conteste: ¿Cómo cree usted que se pueda dar la preparación emocional para enfrentar este tipo de situaciones?
15. ¿Cuál sería su recomendación a los futuros practicantes, para afrontar estas situaciones?