

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“ACTITUD, HABITUACIÓN Y CONSECUENCIAS EMOCIONALES POR
MUERTE DE UN PACIENTE, DE LOS ESTUDIANTES DE EPS DE MEDICINA
Y MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

ANDREA MARÍA LEONARDO DE LEÓN
DIANA ITZEL SIKAHALL PÉREZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2020



CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

LICENCIADA KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITT FLORES QUINTANA

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA

LESLIE DANINETH GARCÍA MORALES

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 082-2019
CODIPs.1303-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

17 de agosto de 2020

Estudiantes

Andrea María Leonardo de León
Diana Itzel Sikahall Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO CUARTO (24º) del Acta CUARENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL VEINTE (44-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de agosto de 2020, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“ACTITUD, HABITUACIÓN Y CONSECUENCIAS EMOCIONALES POR MUERTE DE UN PACIENTE, DE LOS ESTUDIANTES DE EPS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

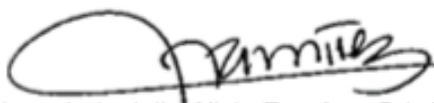
Andrea María Leonardo de León
Diana Itzel Sikahall Pérez

CARNÉ: 2259 17394 0101
CARNÉ: 2455 25173 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Juan Fernando Porres Arellano y revisado por el Licenciado Juan José Azurdía. 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”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIAg



/Gaby



UGE-34-2020



Guatemala, 04 de agosto 2020

Señores

Miembros del Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **ANDREA MARÍA LEONARDO DE LEÓN, CARNÉ NO. 2259-17394-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-01474 y Expediente de Graduación No. L-190-2019-C-EPS / DIANA ITZEL SIKAHALL PÉREZ, CARNÉ NO. 2455-25173-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-01242 y Expediente de Graduación No. L-189-2019-C-EPS**, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado – EPS-

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"ACTITUD, HABITUACIÓN Y CONSECUENCIAS EMOCIONALES POR LA MUERTE DE UN PACIENTE, DE LOS ESTUDIANTES DE EPS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 25 de JUNIO del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucía, G.

CC. Archivo

Adjunto: copia digital expediente.



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



CIEPs. 038-2020
REG. 082-2019
Revalidado por Revisor

Guatemala, 10 de julio de 2020

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
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:

“ACTITUD, HABITUACIÓN Y CONSECUENCIAS EMOCIONALES POR LA MUERTE DE UN PACIENTE, DE LOS ESTUDIANTES DE EPS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES”.

ESTUDIANTES:
Diana Itzel Sikahall Pérez
Andrea María Leonardo de León

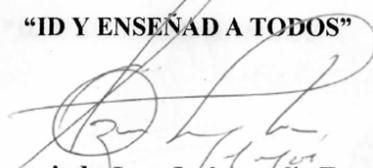
DPI. No.
2455251730101
2259173940101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumplió con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 25 de junio de 2020, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Juan José Azurdia Turcios
DOCENTE REVISOR



**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-15, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**

c. archivo



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dirección Médica

Hospital General de Enfermedades

HGE-1038

Guatemala, 22 de abril 2020

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

"Mayra Gutiérrez"

Presente

Estimados Señores:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Andrea María Leonardo de León, CUI 2259 17394 0101 y Diana Itzel Sikahall Pérez, CUI 2455 25173 0101 aplicaron en esta Institución 60 cuestionarios y 60 escalas de medición a médicos residentes de Medicina Interna y a estudiantes de EPS de Medicina como parte del trabajo de investigación titulado: "Actitud, habituación y consecuencias emocionales por la muerte de un paciente, de los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes del Hospital General de Enfermedades", en el período comprendido del 06 de febrero al 12 de marzo del presente año, en horario de 10:00 a 15:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Atentamente.

DR. LEONARDO ALFREDO GONZÁLEZ RAMÍREZ
Director Médico Hospitalario
Hospital General de Enfermedades
I.G.S.S.

Astrid M.

Guatemala, 13 de abril de 2020

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

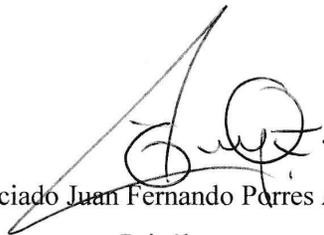
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado “*Actitud, habituación y consecuencias emocionales por la muerte de un paciente, de los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes del Hospital General de Enfermedades*” realizado por las estudiantes Andrea María Leonardo de León, CUI 2259 17394 0101 y Diana Itzel Sikahall Pérez, CUI 2455 25173 0101.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

Psicólogo

Colegiado No. 2,798

Asesor de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR ANDREA MARÍA LEONARDO DE LEÓN

LICDA. GLORIA CAMILA DE LEÓN ARRIOLA

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 7766

M.Sc. DOUGLAS STUARDO LEONARDO SOTO

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 5858

POR DIANA ITZEL SIKAHALL PÉREZ

M.Sc. KARLA GIOVANNA JUDITH PÉREZ LOARCA

INGENIERA CIVIL, MAESTRA EN RECURSOS HIDRÁULICOS

COLEGIADO 7718

LIC. RANFIS VIRGILIO PÉREZ GUILLÉN

INGENIERO CIVIL

COLEGIADO 2932

ACTO QUE DEDICO A:

A Dios, por darme la vida y una familia maravillosa.

A La Virgencita, por ser luz y guía.

A mis padres, Gloria y Douglas, por llenarme la vida de amor y cuidados; por su apoyo incondicional y ayudarme a alcanzar esta meta. Por inspirarme y motivarme todos los días a seguir adelante. Sin ellos nada de esto sería posible.

A mi hermana, por ser siempre una fuente de motivación y alegría.

A mis abuelitas, por su amor y ternura.

A mi tía Taty, por su apoyo.

A toda mi familia.

A Diana, por acompañarme en este proceso.

A mis amigos.

Andrea María Leonardo de León

ACTO QUE DEDICO A:

A mis papás, porque me han apoyado a lo largo de toda mi vida.

A mi hermana por su ayuda.

A mi sobrina por ser demasiado genial y estar siempre incentivándome. (seguila rompiendo).

Andrea gracias por este asombroso viaje y por tu valioso aporte.

A mis amigos, ustedes saben quienes son.

A Oliver.

En general a todos los que han estado, me han apoyado y me han visto crecer, tanto personalmente como profesionalmente.

Diana Itzel Sikahall Pérez

AGRADECIMIENTOS

A:

- A la Universidad de San Carlos de Guatemala, nuestra casa de estudios.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas, por formarnos como psicólogas.
- A nuestro asesor de contenido Lic. Juan Fernando Porres Arellano.
- A nuestro revisor de contenido Lic. Juan José Azurdia.
- Al Hospital General de Enfermedades por abrirnos las puertas de la institución para realizar nuestro proyecto de investigación.
- A la Licda. Antonieta Cap por su asesoría en el hospital.

ÍNDICE

Resumen	
Prólogo	
Resumen	4
PRÓLOGO	5
CAPÍTULO I	7
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Objetivos de investigación	9
1.3 Marco teórico.....	10
1.3.1 Antecedentes	10
1.3.2 Experiencia.....	14
1.3.3 Emociones	22
1.3.4 Habitación	25
1.3.5 Actitud	26
CAPÍTULO II.....	27
2.1 Enfoque y modelo de investigación.....	27
2.2 Técnicas	27
2.2.1 Técnicas de muestreo.....	27
2.2.2 Técnicas de recolección de datos	28
2.2.3 Técnicas de Análisis	29
2.3 Instrumentos	29
2.4 Operacionalización de objetivos	32
CAPÍTULO III	33
3.1 Características del lugar y de la población	33

3.1.1 Características del lugar	33
3.1.2 Características de la población.....	34
3.2 Descripción de la presentación de resultados.....	34
3.3 Discusión de resultados.....	35
CAPÍTULO IV.....	49
4.1 Conclusiones	49
4.2 Recomendaciones.....	50

Bibliografía

Anexos

Resumen

ACTITUD, HABITUACIÓN Y CONSECUENCIAS EMOCIONALES POR LA MUERTE DE UN PACIENTE, DE LOS ESTUDIANTES DE EPS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES

Autores: Andrea María Leonardo de León
Diana Itzel Sikahall Pérez

El propósito de esta investigación consistió en establecer si existe una diferencia entre la actitud, habituación y consecuencias emocionales experimentadas posterior a la muerte de un paciente entre los estudiantes de EPS hospitalario de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna del Hospital General de Enfermedades.

Para tal propósito, se planteó una investigación de enfoque cuantitativo con un diseño no experimental. Se utilizó una muestra probabilística aleatoria simple de 30 médicos residentes de Medicina Interna y 30 estudiantes de EPS de Medicina; para garantizar la aleatoriedad de la muestra se recurrió al método de tómbola. Para la recolección de información se utilizaron dos instrumentos: el Cuestionario de Actitudes Ante la Muerte (CAM), que consta de 33 ítems, y la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habituación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico, que consta de 12 enunciados con 5 opciones de respuesta. Para analizar los datos se utilizó un análisis descriptivo para facilitar su comprensión e interpretación y la Prueba T.

Tras el análisis de datos, se concluyó que no existe una diferencia estadística en la actitud ante la muerte y las consecuencias emocionales entre estudiantes EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna, ya que en ambas variables el resultado de la prueba t fue mayor a 0.05. Sin embargo, si existe una diferencia estadística en la habituación entre estudiantes de EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades, ya que el resultado de la prueba t fue menor a 0.05.

PRÓLOGO

Se tiene el agrado de poder presentar una investigación que se considera útil para el personal sanitario del país, ya que el tema de la Salud Mental se ha enfocado directamente a los pacientes y en pocas oportunidades a quienes brindan el servicio.

Cuando se propuso la idea de esta tesis Actitud, habituación y consecuencias emocionales por la muerte de un paciente, con los estudiantes de EPS de la Facultad de Medicina y médicos residentes del Hospital General de Enfermedades, se pensó en la escasas de estudios propiamente dichos con médicos en Guatemala. Desde nuestro punto de vista y de los autores que acompañan la averiguación técnica, es sumamente importante el adecuado manejo de emociones ya que no solamente son médicos, sino que son seres humanos. El cerebro humano se encuentra compuesto estructuralmente en tres áreas (reptiliano, límbico y neocórtex); con la primera, se logra tener una respuesta instintiva a los sucesos y experiencias; con la segunda, se le brindan emociones a esos momentos vivenciados y; con la tercera, se consigue una reflexión e interpretación de los hechos.

Este informe buscará sumergir al lector en el mundo de la psicología hospitalaria y acompañar a las investigadoras, quienes viendo de primera mano la interacción médico-paciente. Permitiéndonos conocer a los médicos y observar sus conductas y reacciones ante las diversas situaciones a las que se enfrentan, como en este caso la muerte de un paciente, siendo este nuestro punto de interés para relacionar la sensibilidad humana como parte de la experiencia y el control mental que debe poseer el sistema hospitalario como el médico a cargo de la vida del paciente.

A los médicos desde su formación, se les enseña que su labor es el de curar, sin embargo, no se les enseña a lidiar con la situación cuando las cosas no son de esa manera, ni se les habla del quehacer cuando salvar la vida no es posible.

A lo largo de los momentos, como estudiantes y luego como profesionales, deberán ir afrontando estas situaciones como puedan, por lo que es necesario evaluar su nivel de afrontamiento para poder brindarles herramientas eficaces.

Afrontar implica un reto desde las tres áreas mencionadas, ya que es inmediato, y en muchas ocasiones implica sentimientos y emociones, las cuales deben lograr ser comunicadas de forma directa, considerando las posibles reacciones en el entorno. Es interesante como la experiencia puede influir sobre la forma de manejar una situación; por eso la tesis busca establecer si hay diferencia estadísticamente significativa entre la actitud, habituación y consecuencias emocionales por la muerte de un paciente de los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes.

Los sentimientos son parte de la integralidad personal y profesional del médico, pero debe ser formado y acompañado para controlar de una manera eficaz dichas reacciones, principalmente por ser un tema de la bioética, en donde el buen vivir y el buen morir se conjugan en el quehacer diario hospitalario. Enfrentar el reto de atender la vida de un paciente y superar la frustración de no lograr el cometido, se suman al de comunicar la información con temple. La relación paciente-cuidador, se verá reflejada por la emocionalidad que les acompañe, tanto en el proceso de sobrevivencia como en la pérdida inminente.

Fernando Porres, Andrea Leonardo y Diana Sikahall

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1 Planteamiento del problema

Para los médicos y estudiantes de la carrera de Medicina, el saber cómo manejar adecuadamente sus emociones, suscitadas a partir de estímulos externos y específicamente emociones evocadas por la muerte es sumamente importante; sin embargo, es un área poco estudiada y enseñada durante su formación profesional. Por tanto, dentro del área hospitalaria no existe un adecuado uso de estrategias de afrontamiento, o bien, no cuentan con recursos psíquicos que los ayuden a adaptarse sanamente a las adversidades del medio. Sumado a lo anterior, cabe resaltar que, al personal de salud se le enseña desde los primeros años de la licenciatura, que su deber como médicos es el de velar por la salud e integridad física de los demás, muchas veces lo que conlleva dejar en segundo plano su propia salud física y mental. Por esto, al atender a un enfermo terminal y enfrentarse con la realidad de que no siempre podrán salvar vidas o proporcionar una calidad de vida plena, llega a ser una experiencia estresante y en algunas ocasiones traumática. El hecho de que un acontecimiento sea o no estresante y/o traumático, dependerá directamente de las propias capacidades internas de resiliencia y adaptación con las que el individuo cuente.

La forma en que las personas reaccionan a determinados eventos puede estar condicionada por el grado de experiencia o conocimiento que se tenga acerca de estos. Los hospitales se asocian a salud-enfermedad por lo que el tema de la muerte es algo recurrente, debido a esto es necesario conocer las diversas reacciones emocionales que pueden presentar los médicos y establecer si el nivel de experiencia entre los grupos, influye en la capacidad de afrontar dichas situaciones para poder brindar un trabajo de calidad posterior al evento.

Se piensa que las consecuencias emocionales ante la muerte de un paciente y el afrontamiento ante la misma será diferente, entre los estudiantes de pre grado y los médicos residentes ya que la habituación va asociada al nivel de experiencia, es decir, a más años de práctica médica hospitalaria menor impacto ante la muerte como mecanismo de defensa.

Lo anterior lleva a la pregunta ¿son diferentes la actitud, habituación y consecuencias emocionales psoteriores a la muerte de un paciente entre los estudiantes de pregrado de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades (IGSS zona 9)?

Los médicos deben desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas, que les ayude a manejar dicha carga eficazmente. Para ser capaces de brindar un trato más justo, humano y empático a los pacientes a su cargo; deben saber lidiar con sus propios conflictos internos y externos, brindándosele herramientas para que logren alcanzar un grado optimo de manejo de emociones. Ya que no se puede dejar al margen el hecho de que los médicos, tanto estudiantes de pre grado como de post grado, son seres humanos que enfrentan problemas a distinto nivel psicosocial y pueden ser afectados por los diversos acontecimientos hospitalarios, dentro de estos y de gran importancia para nuestro estudio, los decesos de pacientes.

A lo largo de la licenciatura, se les enseña que el deber de un médico es el de salvar vidas o aliviar dolor; sin embargo, no se habla sobre qué hacer en caso de que esto no sea posible. Esto lleva a formular las siguientes preguntas: ¿Existe diferencia entre el nivel de habituación de los estudiantes de medicina y médicos residentes? ¿Qué consecuencias emocionales conlleva el fallecimiento de un paciente? y ¿Cuál es su actitud ante la muerte?

1.2 Objetivos de investigación

Objetivo general

Establecer si existe diferencia entre la actitud, habituación y consecuencias emocionales experimentadas posterior a la muerte de un paciente entre los estudiantes de pregrado de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades (IGSS zona 9).

Objetivos específicos

Comparar el nivel de habituación hacia la muerte entre los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes ante la pérdida de un paciente.

Establecer las consecuencias emocionales suscitadas en los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes a partir de la muerte de un paciente.

Determinar la actitud ante la muerte de los estudiantes de pre grado y médicos residentes.

1.3 Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

El estudio **Emotional reactions of medical doctors and students following the loss of their patients at the Dr George Mukhari Hospital emergency** realizado en Sudáfrica en el año 2010, por R.T. Masia, W.J. Basson & G.A. Ogunbanjo, tenía como propósito examinar los pensamientos y sentimientos de médicos y estudiantes que han perdido pacientes bajo su cuidado. Para realizar la investigación se utilizó un enfoque cualitativo fenomenológico con una entrevista estructurada como instrumento. Del estudio se concluyó que los médicos necesitaban una mejor capacitación en habilidades de comunicación y comunicación de muertes a las familias de los pacientes. La consejería y el informe de la pérdida deben estar disponibles para brindarles la oportunidad de compartir las respuestas emocionales y reflexionar sobre la muerte de los pacientes. Se debe ofrecer un curso de "muerte y morir" a estudiantes de medicina y doctores. Los objetivos serán identificar y articular los sentimientos sobre la muerte y ayudarlos a identificar y hablar sobre sus sentimientos en relación con la muerte y morir. El acceso a un psicólogo en la unidad de accidentes y emergencias es crítico. Debería haber sesiones de información con el psicólogo después de la ocurrencia de la muerte del paciente. Asistir a las sesiones de información debe ser tan estándar como completar un certificado de defunción. El informe también puede brindar una oportunidad para que los médicos hablen sobre asuntos laborales y personales, para resolver inquietudes, discutir inseguridades, descargar experiencia, compartir emociones y obtener la seguridad de que se hizo todo. La administración de la unidad de emergencia debe considerar la posibilidad de tener más miembros del personal y el equipo adecuado para administrar la carga de trabajo. Las estrategias de autocuidado, que incluyen dormir lo suficiente, la meditación, la nutrición adecuada, el ejercicio y el mantenimiento del apoyo social, ayudarán a lidiar con la fatiga de la compasión (Masia, Basson & Ogunbanjo, 2010).

El estudio **On the Journey with the Dying: How General Practitioners Experience the Death of Their Patients** realizado en el año 2011 por Sofía C. Zambrano & Christopher A. Barton y publicado en la revista *Death Studies*, buscó como los médicos

generales experimentan la muerte de sus pacientes; a través de un enfoque cualitativo utilizando una como instrumento una entrevista de recolección de datos. La conclusión principal fue que la experiencia de la muerte descrita por los médicos de cabecera en este estudio es diferente de la informada por los médicos en entornos de cuidados agudos. Las cinco fases del “Viaje con los moribundos” identificadas aquí muestran los diferentes ajustes y evaluaciones que los médicos generales se comprometen a comprender y poder trabajar en presencia de la muerte. Aunque la educación sobre la muerte todavía está impregnada por la cultura médica subyacente que rechaza la muerte, los estudiantes de medicina requieren formas de incorporar mecanismos de adaptación para adaptarse a la experiencia de la muerte. Enseñarles a los estudiantes de medicina sobre la muerte utilizando la metáfora " Viaje con los moribundos" puede ayudar a los médicos a dar sentido a la muerte, mientras que los médicos más experimentados pueden encontrarlo útil ya que enfrentarán la muerte en el futuro como parte de su práctica profesional. Otro atributo importante relacionado con la forma en que los médicos experimentan la muerte y que todavía falta en la mayoría de la literatura es la respuesta al duelo de los médicos. La normalización de la expresión del dolor de los médicos podría ser una forma de permitir la experiencia de emociones que durante mucho tiempo se han evitado en la medicina (Zambrano & Barton, 2011).

El estudio titulado **Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes** realizado por Maritza Maza Cabrera, Mercedes Zavala Gutiérrez y José M. Merino Escobar en el año 2009 y publicado por la revista *Ciencia y Enfermería*, tiene como objeto de estudio la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. El estudio se llevó a cabo con un enfoque descriptivo correlacional. El instrumento fue autoadministrado, constituido por tres escalas: la primera, para Características Biosociodemográficas, adaptado por los investigadores; la segunda, Escala de medición de actitudes de las enfermeras hacia el enfermo moribundo, creado por Urrutia, utilizando el método likert, con 5 alternativas de respuestas, donde cada una de

éstas recibe una puntuación, a la actitud más favorable se le adjudica puntuación más alta en una escala de 5 puntos. El tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte de Templer (CAM). Del estudio se concluyó que los factores que influyen en que el profesional de enfermería tenga una actitud tanto negativa o positiva están dados por las variables: Edad de los encuestados, edad de su primer contacto con la muerte, años de experiencia profesional y preparación de pregrado en relación a la muerte. Se afirma que el personal de salud y en concreto el colectivo de Enfermería, que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte (Maza, Zavala & Merino, 2009).

El estudio titulado **La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros** pretende conocer los sentimientos experimentados por los enfermeros frente a la muerte y el proceso de morir. Se trata de un estudio cualitativo, de carácter exploratorio-descriptivo. Participaron del estudio enfermeros que actuaban en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital Filantrópico en Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil. Se utilizó entrevista no estructurada para la recolección de datos, que se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido. Se concluye que se ha verificado que en el enfrentamiento de la muerte y el proceso de morir por el enfermero emergen sentimientos como: impotencia, angustia, sufrimiento, tristeza, miedo. Y esos sentimientos interfirieron en la asistencia ofrecida al enfermero y su familia, sin embargo, por otro lado, mostró que, a pesar de la vivencia constante con la muerte en su práctica en la UCI, los enfermeros aun se sensibilizan con el proceso de la muerte. Se ha observado, también, una preocupación y solidaridad constante de esos profesionales con relación a la familia del paciente, siendo esta valorada e incluida en el contexto hospitalario y de cuidado. En sus relatos, los entrevistados dijeron ver a la muerte como un hecho natural, sin embargo terminan desarrollando una forma de defensa ante el dolor y el sufrimiento. Para ellos, esos "distanciamientos" son necesarios a fin de evitar daños en los aspectos psicológicos y emocionales. Se ha observado una contradicción en las palabras de algunos profesionales,

pues, a pesar de mostrarse indiferentes con la muerte del otro, mostraron también que es imposible cuidar de alguien sin involucrarse. El modo de separar el sentimiento de lo cotidiano del trabajo consiste en la habilidad de reconocer sus propios sentimientos. De este modo, cabe resaltar la necesidad de construir alternativas para que esos enfermeros sean estimulados a pensar, discutir y comprender mejor a la muerte y el proceso de morir. Se ha comprendido que este tema debe ser más debatido en la formación académica, dando énfasis en cuestiones ligadas a la emoción, ya que es primordial que el profesional de la salud revise sus conceptos sobre la existencia, pues, si no lo hiciera, permanecerá encarando a la muerte de los pacientes como fracaso, impotencia y frustración (Souza, Mota, Barbosa, Ribeiro, Oliveira & Barbosa, 2013).

El estudio titulado **Percepción de la muerte en médicos y estudiantes de medicina** se llevó a cabo en Brasil. La carga psicoemocional generada por la muerte de pacientes es una de las cuestiones más difíciles a enfrentar en la medicina. Esta recolección de datos, de carácter descriptivo y de abordaje cuantitativo, tuvo como objetivo principal analizar la actitud de médicos y la percepción de estudiantes de medicina en relación con el fin de la vida. Los datos se organizaron en dos categorías: percepción de los entrevistados respecto de la muerte e influencia de la experiencia médica para superar la muerte de pacientes. Los resultados muestran que los estudiantes no se sienten preparados para enfrentar esa realidad, y la vivencia profesional es el principal factor de comprensión de los médicos sobre el tema. Se concluye que la preparación para comprender mejor la muerte sigue siendo una laguna en la formación médica. Así, los profesionales de salud aprenden a lidiar con pacientes terminales en la práctica, lo que muchas veces genera graves consecuencias psicoemocionales, interfiriendo en la práctica médica y en la relación entre médico, enfermo y familia. Por lo tanto, este estudio mostró la necesidad de acortar la distancia entre teoría y práctica, así como la urgencia de introducir en la currícula disciplinas como tanatología, desde el comienzo de la carrera (Meireles, Feitosa, Oliveira, Souza & Lobão, 2019).

1.3.2 Experiencia

Se entiende como la referencia del conocimiento que se tiene, adquiriéndose de forma empírica. Tomándose esta última como “no solo aceptación pasiva, sino una recepción activa, con todo lo que implica de acogida, de apuntar a la cosa, de intencionalidad” (Amengual, 2007, p.8). Immanuel Kant plantea que la experiencia es el primer paso para el conocimiento, pero no por eso todo conocimiento procede de la experiencia; Holzhey como se citó en Amengual, (2007, p.8) lo explicaría como un “conocimiento dado de lo sensible”. Así que se entiende que la experiencia es conocimiento.

Por otro lado, Georg Hegel como se citó en Amengual (2007, p.22) agrega que siempre habrá un desarrollo y una superación del conocimiento base, la elevación de algo que ya se ha adquirido, transformándose. Siendo “movimiento generador de objetos y de nuevas figuras de conciencia”. Así que el individuo se forma a medida que se adentra en el mundo, conociendo y actuando.

Esto es lo que sucede en la práctica clínica. Siendo este desarrollo de habilidades un acontecimiento de lo más esperado, que inicia en el momento de enfrentarse por primera vez a la realidad, toparse con pacientes dentro del contexto guatemalteco y poner en práctica todo lo aprendido en clase. Claro que ante esto existe el miedo, la incertidumbre ante algo ligeramente desconocido; la novedad, el entusiasmo, etc.

Afrontamiento

Es el proceso a través del cual el individuo busca hacer frente a situaciones estresantes o importantes de la vida; se da por medio de esfuerzos cognitivos y conductuales. Aquí se genera, evita o disminuyen los conflictos; con el fin de mantener, reducir, recuperar y garantizar el bienestar, contribuyendo con su desarrollo óptimo (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

En otras palabras, son los esfuerzos de afrontamiento que orientan a la acción, al manejo de las demandas internas y externas (ambientales) que presionan o exceden los

recursos del individuo. Lo que busca es resolver o reducir los problemas, teniendo una función principalmente adaptativa, si se logra con éxito.

Es un proceso que tiene dos componentes, cognitivo y no cognitivo. En el primero se encuentra el pensamiento y el aprendizaje para identificar la fuente de estrés; el segundo, son respuestas automáticas con el fin de aliviar la incomodidad o el malestar producido (Fernández, 2007).

Macías et al. (2013) mencionan “un proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno” (p. 127). Básicamente lo que busca el afrontamiento es la adaptación adecuada del sujeto en cuestión. El contexto sociocultural estará constituido a base de las creencias, costumbres, normas sociales, deberes, etc. y en base a esto es como afrontará el individuo las situaciones difíciles o los retos.

Schmidt como se citó en Sansó (2014) menciona que “La competencia de afrontamiento ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades” (p.55). Esto quiere decir que dependerá tanto de las capacidades y habilidades de la persona, como de su contexto sociocultural, creando así la competencia de afrontamiento de la persona.

Enlazando el afrontamiento con los médicos y específicamente con el fallecimiento de pacientes, el antropólogo Norbert Elías (1987) menciona tres posibilidades de afrontar el hecho de la mortalidad humana, sumando la propia como tal.

- En primer lugar, está el mitologizar la muerte, creyendo que hay vida después de esta.
- En segundo lugar, el evitar el pensamiento de la muerte, tratando con esto de alejarla.

- Por último, se encuentra el mirar de frente a la muerte como un dato de nuestra propia existencia, esta es la forma más exitosa de afrontamiento, siendo la más realista.

Estas posibilidades de afrontamiento tienen un trasfondo y un componente sociocultural. Y es que el afrontamiento es una tarea difícil a la que se enfrentan los médicos, considerándose un desgaste cuando no se tiene el entrenamiento adecuado; siendo sumamente relevante para la competencia y eficacia laboral, sin dejar a un lado la importancia de la salud mental de ellos como individuos.

Por otro lado:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés (Bracho y Carmona, 2008, p.20).

Esto formaría parte de lo que es llamado estrategias de afrontamiento, dentro de los cuales se puede establecer tres tipos básicos de respuesta, claro que hay más, pero estos son los más comunes; en primer lugar se encuentra el enfrentamiento o ataque, en segundo lugar se encuentra la huida o evitación de la situación y por en último lugar, pasividad o inhibición.

Las estrategias de afrontamiento se pueden categorizar en dos tipos, con base a que va dirigido el afrontamiento, siendo llamados tipos o estilos de afrontamiento; “Folkman y Lazarus (1985) propusieron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional)” (Bernabéu, Casullo, González y Montoya, 2002, p.363). A raíz de estos autores es que surge esta diferenciación.

En la estrategia centrada en el problema, la persona hace frente a la situación por medio de la búsqueda de soluciones al problema. El objetivo es ayudar a la persona a

reconocer un problema, inhibir la reacción impulsiva ante este, facilitar respuestas más adecuadas al problema y generar soluciones alternativas.

En la estrategia centrada en las emociones, la persona debe reducir o manejar el malestar emocional asociado al problema. Va unida a la forma como se percibe la información, se procesa, se manejan los propios recursos de afrontación y se actúa en base a estos. El punto central por lo tanto es, como se percibe e interpreta la situación. El objetivo es ayudar a la persona en el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la reorganización cognitiva, entre otras.

Los médicos, y en alguna medida también el resto de los profesionales de la salud, tienen dificultades añadidas para ayudar a los enfermos en su proceso de morir. A la falta de formación en Escuelas y Universidades, hay que añadir frecuentemente la sensación más o menos inconsciente de fracaso profesional que experimentan unos profesionales que lamentablemente, solamente han sido preparados para curar enfermedades. A esto cabría añadir la correspondiente angustia ante la propia muerte que casi siempre provoca en el personal sanitario el acercamiento a la persona que está a punto de morir (Gómez, 2006, p.232).

Un primer paso para la mejora de los médicos en cuanto al afrontamiento sería conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y la muerte en general.

Adaptación

La medicina se ha empeñado en curar las diversas enfermedades o causas de estas. Aumentando el periodo de vida (longevidad) de las personas. De no lograr este objetivo es tomado como una derrota o un fracaso para la medicina en sí; esto es inculcado desde la facultad, desde que se es estudiante; ahí inicia el distanciamiento, de la dolencia, de la enfermedad, de la muerte del paciente.

Y así es mencionado por Bracho y Carmona (2008):

Lamentablemente, en nuestro medio, el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor

físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales (p.22).

Esto último es algo a lo cual el médico se va adaptando conforme el pasar de los años en el hospital, ya que no es algo que se les enseñe. Siendo importante para su vida profesional el tener que hacerlo, de no ser así, su vida laboral se tornaría tortuosa y agobiante. Viéndose comprometida su estabilidad emocional y por ende sus relaciones interpersonales en general.

Resiliencia

“La resiliencia, o capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas” (Becoña, 2006, p.125). La resiliencia es el mecanismo interno que hace posible seguir adelante posterior a experimentar una pérdida; en el caso del ámbito hospitalario, es dicha capacidad la que permite que quienes trabajan en la institución puedan ejercer sus respectivas labores a pesar de estar en constante exposición a enfermos y moribundos.

La resiliencia es una capacidad propia del ser humano que le permite adaptarse a diversas situaciones y afrontarlas. Dicho concepto rompe con la hipótesis de que un trauma siempre conllevará a un grave daño para quien lo sufre, puesto que, la resiliencia permitirá que el individuo logre adaptarse a la situación considerada traumática y así superarla. Por lo tanto, una mala experiencia no es en sí misma una condición suficiente para que se desarrolle una psicopatología (Caballer, García, Gil y Mateu, 2009).

Badilla (2009) afirma: “La persona cuando se enfrenta a una situación adversa o traumática entra en una dinámica en la que recursos personales y ambientales generan unos mecanismos de protección ante las mismas” (p.234). De este modo cualquiera que sea la situación o evento percibido como negativo o amenazante puede ser manejado utilizando recursos resilientes.

Según el modelo integrador, un individuo tiene dos formas de vivenciar una situación y reintegrarla: 1) como una prueba y su posterior reintegración, podrá ser un aumento de las capacidades cognitivas y competencias o una disminución de las mismas, pero con un aumento de otros recursos emocionales; 2) como un trauma y su posterior reintegración será a partir de un nuevo desarrollo que seguirá un proceso de recuperación gradual (Caballer et al., 2009, p.236).

En cuanto al personal que labora en cuidados paliativos y con enfermos terminales existe una estrecha relación entre la espiritualidad y la resiliencia. Esto es debido a que la percepción del final de la vida se verá influenciada fuertemente por las creencias acerca de la muerte y esto contribuye a la forma de sobreponerse a la experiencia de transición entre vida y muerte.

La forma de percibir e interpretar la muerte de un paciente dependerá de cada individuo de acuerdo a diversos factores socioculturales, tales como patrones de crianza, espiritualidad y personalidad. La manera en que cada uno se adapte y controle la situación dependerá, entre otras cosas, de la resiliencia. Entonces la resiliencia influye directamente en el nivel de afrontamiento que se posee.

Duelo

Consiste en un proceso psicológico que se experimenta posterior a una pérdida. Esta situación la experimentan la mayoría de estudiantes de Medicina y médicos especialistas, quienes se enfrentan frecuentemente a pérdidas humanas en su práctica profesional. La adaptación y resiliencia son mecanismos psíquicos que permiten que con el pasar del tiempo y conforme se vayan atendiendo más pacientes, las cosas se tomen con más calma y distanciamiento por lo que la muerte de un enfermo ya no es percibida de la misma manera que al inicio.

Worden (1997) señala “la experiencia del duelo propio nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta, el profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede sentirse tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra

persona, que este malestar lo lleve a establecer una relación breve y superficial con el paciente” (p.104).

Los médicos van adquiriendo una actitud más mecánica y despersonalizada como un mecanismo de defensa, para adaptarse por medio de la experiencia adquirida a lo largo del tiempo que han pasado en el área hospitalaria. Esto con el fin de protegerse a sí mismos para disminuir los daños emocionales que una pérdida pueda significar. Ya que no se les ha brindado un adecuado entrenamiento ni las herramientas para que desarrollen capacidades para afrontar de manera adecuada las dificultades que su trabajo presenta.

Kubler-Ross (1993) menciona:

La razón de este comportamiento cada vez más mecánico y despersonalizado, ¿no será un sentimiento de autodefensa? ¿No será esta actitud nuestra la manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? Nuestra concentración en el equipo médico, en la presión sanguínea, ¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad? (p.23).

Estar en contacto directo con enfermos con un desenlace mortal puede traer a la mente pensamientos sobre la propia muerte y el temor a la misma o potenciar debilidades internas. A través de su práctica profesional el médico constantemente reactiva sus propios duelos y hace cada día patente su vulnerabilidad ante la muerte (Méndez, 2004). Por todo lo anterior, el personal médico desarrolla a lo largo de los años una actitud aparentemente fría, mecanizada y poco empática con el fin de alejarse de esta realidad ya que de lo contrario sería difícil desempeñarse en su área laboral.

Los estudiantes de Medicina y médicos residentes también experimentan los fenómenos de transferencia y contratransferencia. La transferencia se define como “Un acto inconsciente, en el que lo que se transfiere es el afecto de una representación a otra y el

receptor es el médico, quien debe ser neutral” (Fernández, Hernández, Hernández, Irigoyen, Urbina y Vargas, 2015, p.59).

Por otro lado “Freud describió la contratransferencia como un acto que surge en el médico por el influjo que el paciente ejerce en su sentir inconsciente” (Fernández, et al, 2015, p.59).

Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son interpretaciones erróneas de la realidad que llevan al individuo a pensar o reaccionar de forma disfuncional que en ocasiones crean psicopatologías. Surgen de creencias irracionales aprendidas previamente a través de la experiencia o de modelos de crianza. Sánchez (2012) refiere que las distorsiones cognitivas son aquellas maneras erróneas que tenemos de procesar la información, es decir, malinterpretaciones de lo que ocurre a nuestro alrededor, generando múltiples consecuencias negativas.

- a) Personalización: las personas se sienten responsables de acontecimientos en los que apenas han participado.
- b) Abstracción selectiva: consiste en centrar la atención en aquellos aspectos negativos e inadecuados. Los aspectos positivos se suelen ignorar.
- c) Sobregeneralización: es la tendencia a creer que, si algo ha ocurrido alguna vez, ocurrirá muchas veces.
- d) Maximización y minimización: consiste en magnificar los errores propios y los éxitos de los demás y minimizar los propios éxitos y los errores de otros.
- e) Pensamiento polarizado: consiste en valorar los acontecimientos de forma extrema, sin tener en cuenta aspectos intermedios.
- f) Razonamiento emocional: suposición, por parte de las personas de que sus emociones reflejan como son las cosas. Creer que lo que se siente emocionalmente es cierto necesariamente.

- g) Inferencia arbitraria: consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- h) Deberías: consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas.

Camacho (2003) afirma:

Durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias, se han descrito varias distorsiones o errores cognitivos para los pacientes depresivos, aunque también pueden encontrarse en muchas otras patologías y en personas sin trastornos psicológicos (p. 10).

En el área hospitalaria surgen, en su mayoría, los “deberías”; haciendo que el personal médico se atribuya la responsabilidad de salvar a todos los pacientes que ingresan bajo sus respectivos servicios ya que así es como “debe ser”.

1.3.3 Emociones

Es la primera reacción que experimentamos frente a un estímulo; por lo tanto, son mecanismos que nos ayudan a reaccionar de forma automática e inmediatamente, ante acontecimientos inesperados. Cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta (Pallares, 2010).

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico (Chóliz, 2005, p.3).

“Se refiere a la experiencia de sentimientos que activan e influyen en la conducta. Las emociones nos empujan a emprender cierto tipo de acción” (Morris, 2005, p.289). Son por tanto capaces de influenciar o determinar el comportamiento y la forma de pensar de

una persona haciendo que las reacciones ante ciertos estímulos o hechos varíe según el individuo.

Las consecuencias emocionales son por tanto respuestas con carga emocional o afectiva que puede variar en intensidad con funciones adaptativas, sociales y motivacionales (Chóliz, 2005).

Pallarés (2010) afirma:

Existen seis emociones universales: miedo, alegría, tristeza, sorpresa, ira y aversión. Estas se convierten en motivos que rigen la conducta que dependerán del contexto y la cultura del individuo. Cada persona experimenta una emoción de forma particular, esto dependerá de sus experiencias, su aprendizaje y el entorno. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que se desencadenan, son innatas, mientras otras son adquiridas; ya sea por experiencia directa, como el miedo y la ira, pero muchas veces son aprendidas por observación e imitación. El miedo es la anticipación de una amenaza (real o imaginaria), que muchas veces produce ansiedad, incertidumbre e inseguridad. Es necesario ya que sirve para actuar con precaución con la finalidad de proteger al organismo. La alegría es la sensación de bienestar y de seguridad que se genera cuando se cumple algún deseo o alguna ilusión. La tristeza es el pesimismo ante la pérdida de algo importante que motiva hacia una reintegración personal. La sorpresa, es un sobresalto o asombro, que permite una aproximación cognitiva para saber que está sucediendo en el momento y actuar en base a este. La ira surge cuando las cosas no suceden como se quiere o se tiene planeado. La aversión es el disgusto o asco hacia algo produciendo rechazo y distancia (p.74).

“Las emociones además de generar acciones, pueden también crear sentimientos, cuando estas se hacen conscientes y se interpretan de determinada manera” (Pallarés, 2010, p.73). La importancia de entender el funcionamiento de las emociones recae en el hecho de que una emoción conducirá a una determinada acción, lo cual indica que las acciones del personal médico ante la muerte de un paciente dependen directamente de sus emociones experimentadas durante el suceso. De esta forma, el afrontamiento ante el evento se verá influenciado por las emociones experimentadas.

Ansiedad

La ansiedad como tal es una experiencia emocional normal y que constituye a una respuesta ante situaciones estresantes. En palabras de Reyes-Ticas (2010):

Es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta (p. 10).

También se le puede considerar como una forma aprendida de responder. Se le puede atribuir a experiencias de miedo que sucedieron en el pasado, generalmente su pasado más remoto.

Varía en su grado de intensidad, cuando esta se vuelve más intensa y supera la capacidad adaptativa del individuo, es cuando ya se habla de una ansiedad patológica. Los elementos fisiológicos de la ansiedad son muy parecidos a los del miedo. La ansiedad puede estar ligada como una reacción vinculada al miedo.

En este punto toma relevancia la ansiedad ante la muerte, en palabras de Templer como se citó en Allende, Ascencio y Verastegui (2014) es “una reacción emocional producida por la percepción de las señales de peligro o amenazas reales o imaginarias, a la propia existencia que puede desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la propia muerte o ajena”.

Es el temor al darse cuenta que uno mismo, puede dejar de existir como persona; Kubler-Ross (1993) señala que “tratamos de eludir la realidad y enfrentarnos con nuestra propia muerte” (p.31). Sin embargo, observar la muerte de un ser humano nos hace considerar la finitud, la limitación de la vida como tal.

Hay dos determinantes generales del grado de ansiedad ante la muerte: la salud psicológica general y las experiencias vitales sobre el morir. Lonetto y Templer añaden un tercer factor de naturaleza existencial, incorporando la propia sensación de cómo encaja la persona en

el universo, como se conforma la vida y cómo el hecho de la muerte da sentido, o no, a esa vida (Sevilla-casado, y Ferre-Grau, 2013).

Estrés

Un factor importante del que depende la calidad de reacciones posteriores a la muerte de un paciente por parte del personal médico es el estrés.

El estrés se entiende como un proceso dinámico complejo desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad del individuo y para la calidad de sus relaciones significativas, que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual y mejorar la calidad de adaptación al medio (Adán & Perez, 1999, pág. 9).

Sumado a un estrés cotidiano, el médico se ve afectado por una presión y exigencia laboral que puede generar conductas desadaptativas y poca capacidad de afrontamiento.

“El estrés laboral del médico resulta de la acumulación de estresores asociados al desempeño de su profesión cuando las demandas laborales sobrepasan los recursos de afrontamiento disponibles” (Adán & Perez, 1999, pág. 25). Guatemala se caracteriza por tener un sistema de salud precario lo que potencia el estrés de quienes practican la medicina. Con horarios extensos, un salario bajo, altas demandas físicas y reducidos recursos dentro de los hospitales. Todo esto propicia mecanismos adaptativos poco funcionales ya que, al estar en condiciones poco favorables, se dificulta la asimilación de circunstancias difíciles. La exigencia en cuanto a la calidad de servicio de los médicos es alta, lo que incrementa el estrés durante el manejo de un paciente y, en algunos casos, una pérdida puede interpretarse como un error médico o negligencia poniendo en duda sus habilidades terapéuticas y su juicio clínico.

1.3.4 Habitación

Thompson y Spencer (como se citó en González, 1983) afirma “suele entenderse por habitación el decremento en el vigor de cierta respuesta ante la repetida presentación del estímulo que la elicit” (p. 49). Entonces la habitación es entendida como el proceso de

aprender a no responder considerado como un importante mecanismo de adaptación al medio (González, 1983).

Desensibilización

Consiste en el cambio o eliminación de conductas o respuestas ante ciertos estímulos negativos o estresantes a través de la continua exposición a los mismos. Supone una habituación al estímulo negativo o agota todo temor ante el tras la exposición total y repentina.

La constante presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de provocar ansiedad y en consecuencia malestar físico, emocional o cognitivo (Bastida, 2018). De esta manera, logrando la continua exposición al estímulo estresor se alcanza una respuesta pasiva ante el mismo disminuyendo o eliminando respuestas negativas y de evitación por parte del individuo.

1.3.5 Actitud

Se entiende por actitud la disposición o tendencia evaluativa para responder de manera favorable o desfavorable frente a ciertas situaciones (acontecimientos, personas, grupos, objetos, etc.). La actitud es un estado o disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia individual y de la integración de los modelos sociales, culturales y morales del grupo, que predispone al individuo a reaccionar de una manera determinada y estable en el tiempo, constante frente a ciertas personas, objetos, situaciones, ideas y valores (Ander-Egg, 2013, p.16).

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Enfoque y modelo de investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo, de diseño no experimental de alcance comparativo. Ya que el enfoque de investigación cuantitativo:

Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la hipótesis o las hipótesis. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 4-5).

El diseño no experimental se utiliza para “describir, diferenciar o examinar asociaciones, en vez de buscar relaciones directas entre variables, grupos o situaciones. No existen tareas aleatorias, grupos control, o manipulación de variables, ya que este modelo utiliza apenas la observación” (Sousa, Driessnack y Costa, 2007, p.2). En otras palabras es aquel en el cual no se manipulan las variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural, para luego analizarlos.

El alcance comparativo busca una respuesta a base de comparaciones entre grupos. “Estos estudios describen, diferencias en las variables que se dan de forma natural entre dos o más casos, sujetos o unidades de estudio” (Sousa et al., 2007, p.3). Relacionando grupos a partir de las diferencias, buscando conocer si existen diferencias significativas.

2.2 Técnicas

2.2.1 Técnicas de muestreo

El estudio se realizó con estudiantes de EPS de Medicina (internos) y médicos residentes del Departamento de Medicina Interna que han experimentado la muerte de un paciente, el rango de edad es de 23 a 36 años. Consistió en seleccionar una muestra de 30 estudiantes epevistas de

medicina (internos) y 30 médicos residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General de Enfermedades (IGSS zona 9).

El tipo de muestra fue probabilística aleatoria simple. La cual es una técnica de muestreo probabilístico que asegura a cada elemento en la población una probabilidad igual de ser incluido en la muestra.

El procedimiento que se usó para garantizar que fuera probabilístico aleatorio simple fue el siguiente: se reunió a los estudiantes de EPS de Medicina y a los médicos residentes de Medicina Interna en un espacio físico abierto y se seleccionaron de forma aleatoria 30 personas de cada grupo utilizando el método de tómbola.

Consiste en numerar a todos los elementos muestrales de la población. Después se hacen fichas o papeles, uno por cada elemento, se revuelven en una caja y se van sacando n número de fichas, según el tamaño de la muestra. Los números elegidos al azar conformarán la muestra (Hernández et al., 2014, p.183).

2.2.2 Técnicas de recolección de datos

- **Evaluación psicológica:**

Según Fernández-Ballesteros (2013):

Se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos aplicados

Este proceso implica una serie de actividades científicas y profesionales, realizadas en una secuencia establecida, con las que se pretende dar respuesta a esa demanda; entre otras, la administración de una serie de tests, técnicas de medida y procedimientos de recogida de información (p.21).

2.2.3 Técnicas de Análisis

- **Análisis descriptivo:**

“Transformación de los datos en bruto en una forma que facilitará su comprensión e interpretación; redistribuir, ordenar y manipular los datos para generar información descriptiva” (Zikmund, 1998, p. 522).

- **Prueba T:**

Técnica estadística para la comprobación de hipótesis.

Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable.

Hipótesis: de diferencia entre dos grupos. La hipótesis de investigación propone que los grupos difieren entre sí de manera significativa y la hipótesis nula plantea que los grupos no difieren significativamente.

Variables: la comparación se realiza sobre una variable (regularmente y de manera teórica: dependiente). Si hay diferentes variables, se efectuarán varias pruebas t (una por cada variable), y la razón que motiva la creación de los grupos puede ser una variable independiente. (Hernández et al., 2014, p.310).

A través de estos resultados se acepta o rechaza la hipótesis nula. Si da un resultado $t < 0.05$ se rechazará la hipótesis nula. Si el resultado es $t > 0.05$ se aceptará la hipótesis nula.

2.3 Instrumentos

- **Cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM) (anexo 1)**

Consta de 33 ítems, con dos opciones de respuesta (acuerdo o desacuerdo). Tiene un rango de total de 33 a 165 puntos. De 141 puntos o más, corresponde a una actitud positiva hacia la muerte y puntuaciones inferiores a estas, a una actitud negativa. Está dividido en seis segmentos que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte, evitación, aceptación, de temor, basadas en las creencias que la muerte es un pasaje o tránsito, fundamentadas en la concepción de la muerte como salida o solución y otra que involucra la perspectiva profesional (Allende et al., 2014).

Para calificar el cuestionario se le asigna una puntuación de 5 puntos a las respuestas *de acuerdo* y 1 punto a las respuestas *en desacuerdo*. De esta forma el CAM puede alcanzar una puntuación total máxima de 165 puntos y una mínima de 33. Según los estándares de la prueba, una puntuación arriba de 141 puntos sugiere una actitud positiva ante la muerte y una puntuación por debajo de 141 sugiere una actitud negativa.

Para el análisis estadístico por Prueba T se debe sacar la media de la sumatoria de los resultados obtenidos por cada individuo.

- **Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico (anexo 2)**

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes (Hernández-Sampieri, 2014, p.238). Consta de 12 enunciados en forma de afirmaciones con 5 posibles respuestas variando en intensidad según grado de acuerdo o desacuerdo. Corresponde a la medición de respuestas emocionales y el proceso de habituación por la muerte de un paciente. Los ítems del 1 a 6 miden consecuencias emocionales y los ítems del 7 a 12 miden la habituación a la muerte.

Las opciones de respuesta tienen asignado un valor de 1 a 5 puntos asignados de la siguiente forma:

1= Totalmente en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Indiferente

4= De acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

Para la interpretación de la prueba se procede a utilizar medidas de tendencia central. Con la sumatoria de los resultados obtenidos por ítem se debe sacar la moda:

esta medida permite conocer la respuesta obtenida la mayor cantidad de veces por cada sujeto de la muestra, y así proceder a su interpretación. También, es de utilidad obtener la media para el análisis estadístico de Prueba T. Para lograr esto se deben sumar las puntuaciones por ítem de cada sujeto para posteriormente realizar una sumatoria total de todos los sujetos. Así mismo, es necesario calcular la mediana.

Ambos instrumentos fueron aplicados en el mismo momento, uno inmediatamente después del otro. Se aplicaron a un total de 60 sujetos. 30 fueron médicos residentes del Departamento de Medicina Interna y 30 eran estudiantes de Medicina de EPS hospitalario (correspondientes al sexto año de la carrera de Medicina).

A los médicos residentes de Medicina Interna se les aplicaron los instrumentos entre el 06 de febrero y el 12 de marzo del año 2020. Las condiciones no fueron totalmente favorables, ya que, a pesar de la buena disposición de los participantes, el espacio físico era reducido y tenían muchos pacientes a su cargo lo que no les permitía estar totalmente tranquilos durante la prueba.

A los estudiantes de EPS de Medicina se les aplicaron los instrumentos del 18 de febrero al 04 de marzo del año 2020 en el Auditorium del Hospital y las condiciones fueron favorables.

2.4 Operacionalización de objetivos

Objetivos/hipótesis	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional indicadores	Técnicas/ Instrumentos
Comparar el nivel de habituación hacia la muerte entre los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes ante la pérdida de un paciente.	Habitación: proceso de aprender a no responder considerado como un importante mecanismo de adaptación al medio.	Proceso que consiste en la disminución de respuesta ante un estímulo, que se evaluará mediante la aplicación de una escala de medición.	Escala de medición de reacciones emocionales y habituación por la muerte de un paciente en el personal médico: Ítems 7 a 12
Establecer las consecuencias emocionales suscitadas en los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes a partir de la muerte de un paciente.	Consecuencias emocionales: respuestas con carga emocional o afectiva que puede variar en intensidad con funciones adaptativas, sociales y motivacionales.	Respuesta afectiva posterior a la muerte que se medirá utilizando una escala de medición.	Escala de medición de reacciones emocionales y habituación por la muerte de un paciente en el personal médico:
Determinar la actitud ante la muerte de los estudiantes de pre grado y médicos residentes.	Actitud: la disposición o tendencia evaluativa para responder de manera favorable o desfavorable frente a ciertas situaciones.	Corresponde a la manera de responder ante la muerte, midiéndose mediante la aplicación de un cuestionario para conocer diferentes actitudes ante la muerte.	Ítems 1 a 6 Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM): Ítems 1-33

CAPÍTULO III

PRESETACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El Hospital General de Enfermedades –IGSS se encuentra ubicado en la 9ª. calle 7-55 de la zona 9 de la Ciudad de Guatemala. Fue fundado en 1968 a partir del acuerdo 4-73 de la Junta Directiva iniciando con el Programa de enfermedad. Se encuentra abierto y en función las 24 horas del día durante todo el año.

Tiene como misión: “Ser una institución líder de la seguridad social, que contribuye al bienestar socioeconómico de la población guatemalteca”; y como visión: “Para el año 2022 el IGSS ampliará la cobertura en los servicios de salud y prestaciones pecunarias con altos estándares de transparencia, calidad y gobernanza”. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social)

Así mismo, tiene como funciones esenciales la atención médica y la prevención social.

Atención Médica: mecanismo de protección a la vida, que tiene como fin fundamental la prestación de los servicios médico-hospitalarios para conservar, prevenir o reestablecer la salud de los afiliados, por medio de una valoración profesional, que comprender desde el diagnóstico del paciente hasta la aplicación del tratamiento requerido.

Prevención Social: consiste en proteger a los afiliados de aquellos que los privan de la capacidad de ganarse la vida, cualesquiera que sea el origen de tal incapacidad (maternidad, enfermedad, invalidez, vejez, entre otros); o en amparar a determinados familiares en caso de muerte de la persona que velaba por su subsistencia (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social).

El Hospital General de Enfermedades –IGSS cuenta con los departamentos de: Patología, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. Dentro del Departamento de Medicina

Interna de atienden servicios de Medicina Interna y las especialidades de Hematología, Oncología, Reumatología, Endocrinología, Infectología, Nefrología, Cardiología, Neumología, Dermatología, Neurología, Gastroenterología, Fisioterapia, Psicología, Psiquiatría y Nutrición. El Departamento de Cirugía atiende: Neurocirugía, Urología, Anestesiología, Cirugía Plástica, Cirugía de Colón y Recto, Cirugía Vasculat, Cirugía Pediátrica, Cirugía de Torax, Cirugía Abdominal, Pie Diabético y Emergencia. Cuenta también con los servicios de: Administración, Dirección Financiera, Farmacia y Bodega, Unidosis, Trabajo Social, Alimentación, Enfermería, Laboratorio Clínico, Informática y Mantenimiento.

Actualmente, debido a la gran cantidad de pacientes, el Hospital Militar brinda un espacio con un total de 72 camas para atender pacientes del Departamento de Medicina Interna (hombres y mujeres) del Hospital General de Enfermedades por el limitado espacio de este último mediante un acuerdo entre ambos hospitales.

3.1.2 Características de la población

Sesenta médicos aceptaron participar en el proyecto de investigación. Del total de los encuestados, 30 eran estudiantes de EPS de Medicina y 30 eran médicos residentes del Departamento de Medicina Interna; 25 eran mujeres y 35 eran hombres. El rango de edad de los estudiantes de EPS de Medicina fue de 21 a 30 años y de 21 a 36 años el de los médicos residentes. Todos pertenecientes a la Universidad San Carlos de Guatemala (tabla 1).

3.2 Descripción de la presentación de resultados

Los resultados se presentarán de la siguiente forma:

- **Análisis descriptivo:** se ordenarán los datos en tablas con su respectivo análisis para facilitar la comprensión de los resultados. Iniciando por los datos demográficos de ambas muestras estudiadas. Posterior a ello, se presentarán los resultados por ítem del Cuestionario de Actitudes Ante la Muerte de ambas muestras para proceder a un análisis y comparación del mismo. Siguiendo el

mismo modelo de tabla, se procederá a presentar la calificación de ambos instrumentos por sujeto de las dos muestras, siguiendo las reglas de calificación e interpretación de cada uno. Así mismo, se presentarán las modas y medianas obtenidas de los resultados de la Escala de Medición de ambos grupos estudiados, con su respectiva descripción y análisis. Por último, se presentarán los resultados por enunciado de la Escala de Medición de ambas muestras.

- **Prueba T:** se presentarán los datos agrupados en una tabla con su respectiva descripción y análisis.

3.3 Discusión de resultados

Conclusión del resultado

Se logró determinar que no existe una diferencia estadística en la actitud ante la muerte y las consecuencias emocionales entre estudiantes EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna. Sin embargo, si existe una diferencia estadística en la habituación entre estudiantes de EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades (IGSS zona 9).

Presentación de resultados

Como se presenta en la tabla 1, dentro de los conocimientos previos, la mayoría indicó que a lo largo de la carrera no se les ha enseñado el manejo de emociones ante la muerte, tampoco han recibido algún curso sobre esto, ni han participado en un estudio similar. Por unanimidad consideran importante el adecuado manejo de emociones en su formación y todos refirieron que si han fallecido pacientes en sus servicios.

Tabla 1. Datos demográficos de estudiantes de Medicina de EPS hospitalario y residentes de Medicina Interna.				
	Estudiantes de EPS de Medicina (n=30)		Residentes de Medicina Interna (n=30)	
Sexo				
<i>Femenino</i>		13		12
<i>Masculino</i>		17		18
Edad				
<i>21-25</i>		24		3
<i>26-30</i>		6		24
<i>31-36</i>		-		3
Universidad				
<i>USAC</i>		30		30
<i>Universidad Privada</i>		-		-
Conocimientos previos	SI	NO	SI	NO
<i>A lo largo de la carrera se me ha enseñado el manejo de emociones ante la muerte</i>	13	12	9	21
<i>He recibido con anterioridad algún curso sobre manejo de emociones</i>	7	23	11	19
<i>He participado anteriormente en un estudio similar</i>	4	26	5	25
<i>Considero importante el adecuado manejo de emociones en mi formación como médico</i>	30	-	30	-
<i>Han fallecido pacientes en mi servicio</i>	30	-	30	-

Fuente: elaboración propia marzo 2020.

Como puede apreciarse en la tabla 2 los ítems del CAM están agrupados en dimensiones. Se encontró diferencia significativa en el ítem “*Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte*”, que corresponde a la dimensión aceptación: 60% de los estudiantes de EPS de Medicina contestaron negativamente en contraste con el 36% de los médicos residentes.

En realidad no hubo mayor diferencia estadísticamente significativa en los ítems del cuestionario. En el ítem “*Las personas solo deberían pensar en la muerte cuando son viejos*”, que corresponde a la dimensión evitación: 3.33% de los estudiantes de EPS de medicina y de los médicos residentes, contestaron afirmativamente y 96.67% de ambos

grupos, contestaron negativamente. En el ítem “*Encuentro difícil encarar la muerte*”, que corresponde a la dimensión Temor: 40% de los estudiantes de EPS de Medicina y de los médicos residentes, contestaron afirmativamente y 60% de ambos grupos, contestaron negativamente.

Es interesante observar los resultados del enunciado “*El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente*”, en el cual 28 estudiantes y 29 médicos residentes afirmaron estar de acuerdo. Partiendo de lo planteado en el marco teórico, se puede entender como este pensamiento forma una distorsión cognitiva. Los encuestados perciben como deber el salvar la vida del paciente. Así mismo, como se citó a Elizabeth Kübler-Ross, puede llevar a una cosificación del enfermo ya que el único fin es salvarle la vida. De igual manera son interesantes los resultados del enunciado “*El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural*”; 27 estudiantes y 21 médicos residentes marcaron estar de acuerdo con el hecho de que la continua exposición a la muerte los ha hecho verla más naturalmente, sin embargo el número de médicos residentes que afirmaron lo anterior es menor al número de estudiantes, a pesar de contar con más años de experiencia.

Tabla 2. Resultados por ítem del Cuestionario De Actitudes Ante La Muerte (CAM) aplicado a estudiantes de EPS hospitalario de Medicina y médicos residentes de Medicina Interna.					
		Estudiantes de EPS de Medicina (n=30)		Residentes de Medicina Interna (n=30)	
		SI	NO	SI	NO
Evitación	Pensar en la muerte es perder el tiempo	12 (40%)	18 (60%)	4 (13.33%)	26 (86.67%)
	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable	1 (3.33%)	29 (96.67%)	3 (10%)	27 (90%)
	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte	13 (43.33%)	17 (56.67%)	11 (36.67%)	19 (63.33%)
	No he pensado hasta ahora en la muerte como una probabilidad real	12 (40%)	18 (60%)	8 (26.67%)	22 (73.33%)
	Las personas solo deberían pensar en la muerte cuando son viejos	1 (3.33%)	29 (96.67%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)
Aceptación	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida	25 (83.33%)	5 (16.66%)	28 (93.33%)	2 (6.67%)
	Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte	12 (40%)	18 (60%)	19 (63.33%)	11 (36.67%)
	He pensado en mi muerte como un hecho imposible	6 (20%)	24 (80%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)
	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal	17 (56.67%)	13 (43.33%)	24 (80%)	6 (20%)
	Me siento más libre al aceptar mi muerte	16	14	22	8

		(53.33%)	(46.67%)	(73.33%)	(26.67%)
Temor	La probabilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad	10 (33.33%)	20 (66.67%)	8 (26.67%)	22 (73.33%)
	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida	13 (43.33%)	17 (56.67%)	10 (33.33%)	20 (66.67%)
	Yo temo morir joven	9 (30%)	21 (70%)	14 (46.67%)	16 (53.33%)
	Encuentro difícil encarar la muerte	12 (40%)	18 (60%)	12 (40%)	18 (60%)
	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte	17 (56.67%)	13 (43.33%)	13 (43.33%)	17 (56.67%)
Pasaje	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor	24 (80%)	6 (20%)	27 (90%)	3 (10%)
	Pienso que viviré después de la muerte	19 (63.33%)	11 (36.67%)	20 (66.67%)	10 (33.33%)
	Veo la muerte como un paso a la eternidad	22 (73.33%)	8 (26.67%)	25 (83.33%)	5 (16.67%)
	Yo espero con placer la vida después de la muerte	13 (43.33%)	17 (56.67%)	12 (40%)	18 (60%)
	Después de la muerte encontraré la felicidad	14 (46.67%)	16 (53.33%)	12 (40%)	18 (60%)
Salida	La muerte puede ser una salida a las cargas de la vida	12 (40%)	18 (60%)	4 (13.33%)	26 (86.67%)
	Prefiero morir a vivir sin calidad	8 (26.67%)	22 (73.33%)	10 (33.33%)	20 (66.67%)
	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo	2 (6.67%)	28 (93.33%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)
	He pensado que no vale la pena vivir	1 (3.33%)	29 (96.67%)	3 (10%)	27 (90%)
	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio	12 (40%)	18 (60%)	11 (36.67%)	19 (63.33%)
Perspectivas Profesionales	He vivido la muerte de mi paciente como un fracaso profesional	11 (36.67%)	19 (63.33%)	12 (40%)	18 (60%)
	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir	15 (50%)	15 (50%)	19 (63.33%)	11 (36.67%)
	No quisiera asistir al episodio final de un paciente en mi área	5 (16.67%)	25 (83.33%)	7 (23.33%)	23 (76.67%)
	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte	12 (40%)	18 (60%)	5 (16.67%)	25 (83.33%)
	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo	27 (90%)	3 (10%)	28 (93.33%)	2 (6.67%)
	El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente	28 (93.33%)	2 (6.67%)	29 (96.67%)	1 (3.33%)
	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural	27 (90%)	3 (10%)	21 (70%)	9 (30%)
	Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo es por parte de los familiares	14 (46.67%)	16 (53.33%)	16 (53.33%)	14 (46.67%)

Fuente: elaboración propia marzo 2020. Tabla expresada en números reales y porcentajes.

La puntuación total en el CAM arriba de 141 se considera como actitud positiva ante la muerte y por debajo de esa puntuación se considera actitud negativa ante la muerte. Por lo tanto los resultados indican que los estudiantes de EPS de Medicina y los médicos

residentes de Medicina Interna tienen una actitud negativa ante la muerte, ya que ningún sujeto de ambas muestras obtuvo una puntuación mayor de 141, como lo muestra la tabla 3.

Tabla 3. Resultados del CAM por sujeto.				
	Residentes de Medicina Interna (n=30)		Estudiantes de EPS de Medicina (n=30)	
	CAM	Actitud	CAM	Actitud
<i>Sujeto 1</i>	97	<i>Negativa</i>	117	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 2</i>	81	<i>Negativa</i>	73	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 3</i>	113	<i>Negativa</i>	93	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 4</i>	101	<i>Negativa</i>	77	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 5</i>	117	<i>Negativa</i>	93	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 6</i>	81	<i>Negativa</i>	109	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 7</i>	97	<i>Negativa</i>	73	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 8</i>	105	<i>Negativa</i>	113	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 9</i>	89	<i>Negativa</i>	109	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 10</i>	77	<i>Negativa</i>	81	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 11</i>	97	<i>Negativa</i>	89	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 12</i>	117	<i>Negativa</i>	57	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 13</i>	85	<i>Negativa</i>	97	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 14</i>	81	<i>Negativa</i>	101	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 15</i>	97	<i>Negativa</i>	81	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 16</i>	85	<i>Negativa</i>	85	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 17</i>	97	<i>Negativa</i>	105	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 18</i>	77	<i>Negativa</i>	85	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 19</i>	73	<i>Negativa</i>	93	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 20</i>	105	<i>Negativa</i>	105	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 21</i>	89	<i>Negativa</i>	101	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 22</i>	77	<i>Negativa</i>	65	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 23</i>	101	<i>Negativa</i>	117	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 24</i>	73	<i>Negativa</i>	81	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 25</i>	89	<i>Negativa</i>	113	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 26</i>	97	<i>Negativa</i>	85	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 27</i>	97	<i>Negativa</i>	77	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 28</i>	61	<i>Negativa</i>	129	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 29</i>	101	<i>Negativa</i>	69	<i>Negativa</i>
<i>Sujeto 30</i>	93	<i>Negativa</i>	77	<i>Negativa</i>

Fuente: elaboración propia marzo 2020.

En la tabla 4 se representan los resultados de la Prueba T del Cuestionario de Actitudes Ante la Muerte y la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico de ambos grupos estudiados.

Para ambos grupos la media de la puntuación total del Cuestionario de Actitudes Ante la Muerte CAM fue de 91.66666667, al realizarse la Prueba T se obtuvo para ambas

muestras un resultado de 1. Esto permite aceptar la hipótesis nula, permitiendo afirmar que no existe una diferencia estadística en la actitud ante la muerte entre estudiantes de EPS hospitalario de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades.

A través de los resultados de la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de una Paciente en el Personal Médico se obtuvieron los siguientes resultados: en la sub escala de consecuencias emocionales se obtuvo en los estudiantes una media de 19.13793103 y en los médicos residentes una media de 17.86666667; dando como resultado una Prueba T de 0.17802749. Esto permite aceptar la hipótesis nula y afirmar que no existe una diferencia estadística en las consecuencias emocionales entre estudiantes de pre grado de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades.

En la sub escala de habitación se obtuvo en los estudiantes una media de 17.96666667 y en los médicos residentes una media de 15.7333333; dando como resultado una Prueba T de 0.03461323 lo que afirma que si existe una diferencia estadística en la habitación entre estudiantes de EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades.

Tabla 4. Resultados de Prueba T del CAM y la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico aplicados a estudiantes de Medicina de EPS hospitalario y médicos residentes de Medicina Interna.		
	Estudiantes de EPS de Medicina (n=30)	Residentes de Medicina Interna (n=30)
CAM		
<i>Media</i> <i>Prueba T</i>	<i>91.66</i> <i>t= 1</i>	<i>91.66</i> <i>t=1</i>
Escala de Medición de Reacciones Emocionales por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico		
<i>Media</i> <i>Prueba T</i>	<i>19.13793103</i> <i>t=0.178</i>	<i>17.86666667</i> <i>t=0.178</i>
Escala de Medición de Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico		
<i>Media</i> <i>Prueba T</i>	<i>17.9666667</i> <i>t= 0.03461323</i>	<i>15.7333333</i> <i>t=0.03461323</i>

Fuente: elaboración propia marzo 2020.

La tabla 5 muestra las Mo obtenidas de las sub escalas de la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico aplicados a estudiantes de Medicina de EPS hospitalario y médicos residentes de Medicina Interna.

Las Mo son datos importantes, puesto que permiten observar cuales resultados se repiten con mayor frecuencia.

Así pues, se puede observar que para el primer enunciado “*He sentido frustración y/o tristeza después de que un paciente a mi cargo muere*” 17 estudiantes y 16 médicos residentes respondieron *de acuerdo* dándole una puntuación de 4. En el segundo enunciado “*He sentido ira después de que un paciente a mi cargo muere*” el dato que más se repite es el 4, afirmando entonces que 9 estudiantes y 10 médicos están *de acuerdo* con sentir ira después de que un paciente fallece.

Para el tercer enunciado “*He sentido culpa por la muerte de un paciente*” 9 estudiantes y 9 médicos residentes afirmaron estar *en desacuerdo*, otorgando una puntuación de 2. En el enunciado “*Nunca me he sentido afectado por la muerte*” 11

estudiantes y 14 médicos residentes otorgaron una puntuación de 1, afirmando estar *muy en desacuerdo*. Para el enunciado “*Me he sentido impotente ante la muerte de un paciente*” 17 estudiantes y 14 médicos residentes coincidieron en estar *de acuerdo*. Con relación a “*He sentido miedo de que vuelva a suceder un deceso en mi servicio*” 13 estudiantes marcaron *indiferente* y 8 médicos residentes afirmaron estar *muy en desacuerdo*.

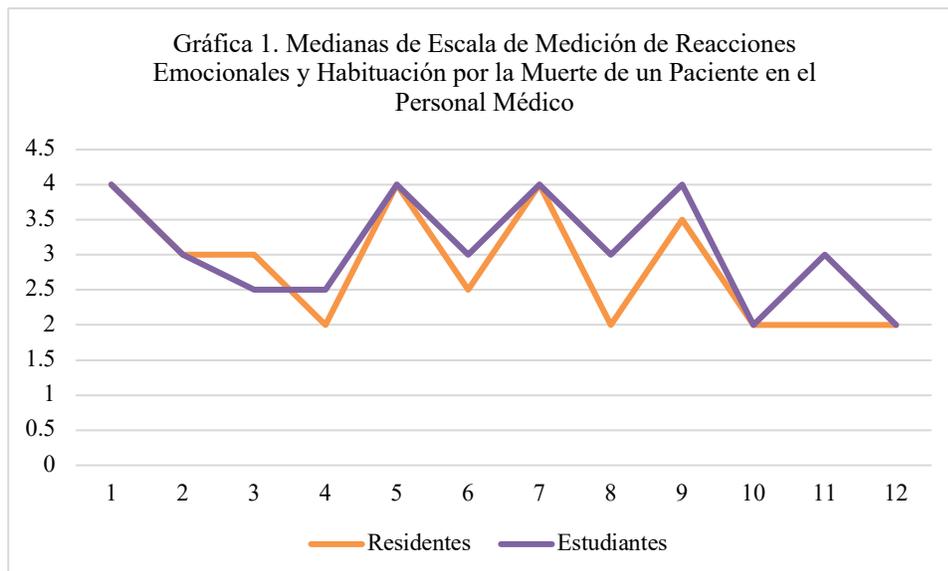
Para el ítem “*Considero que la continua exposición a la muerte me ha hecho menos sensible ante la pérdida de mis pacientes*” 16 estudiantes y 10 médicos residentes coincidieron en estar *de acuerdo*. Para el enunciado “*Veo la muerte de un paciente como una más*” 12 estudiantes marcaron *indiferente* y 10 médicos residentes afirmaron estar *muy en desacuerdo*. Para el enunciado “*Ha disminuido mi nivel de frustración ante la pérdida de un paciente en mi servicio*” 21 estudiantes y 9 médicos residentes coincidieron en estar *de acuerdo*.

Con relación al enunciado “*Informar sobre la muerte no se me dificulta*” 8 estudiantes y 11 médicos residentes afirmaron estar en *desacuerdo*. Para el enunciado “*Me preocupa más mi capacidad como médico que la muerte en sí del paciente*” 10 estudiantes marcaron *indiferente* y 13 médicos residentes afirmaron estar en *desacuerdo*. En el último enunciado “*Me preocupa más la repercusión legal que la muerte del paciente*” 10 estudiantes marcaron *indiferente* y 12 médicos residentes afirmaron estar *muy en desacuerdo*.

Tabla 5. Moda por ítem de la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico aplicados a estudiantes de EPS hospitalario de Medicina y médicos residentes de Medicina Interna.					
		Estudiantes de EPS de Medicina (n=30)		Residentes de Medicina Interna (n=30)	
	Ítems	Mo	Sujetos	Mo	Sujetos
Reacciones emocionales	<i>He sentido frustración y/o tristeza después de que un paciente a mi cargo muere</i>	4	17	4	16
	<i>He sentido ira después de que un paciente a mi cargo muere</i>	4	9	4	10
	<i>He sentido culpa por la muerte de un paciente</i>	2	9	2	9
	<i>Nunca me he sentido afectado por la muerte</i>	1	11	1	14
	<i>Me he sentido impotente ante la muerte de un paciente</i>	4	17	4	14
	<i>He sentido miedo de que vuelva a suceder un deceso en mi servicio</i>	3	13	1	8
Habitación	<i>Considero que la continua exposición a la muerte me ha hecho menos sensible ante la pérdida de mis pacientes</i>	4	16	4	10
	<i>Veo la muerte de un paciente como una más</i>	3	12	1	10
	<i>Ha disminuido mi nivel de frustración ante la pérdida de un paciente en mi servicio</i>	4	21	4	9
	<i>Informar sobre la muerte de un paciente no se me dificulta</i>	2	8	2	11
	<i>Me preocupa más mi capacidad como médico que la muerte en sí del paciente</i>	3	10	2	13
	<i>Me preocupa más la repercusión legal que la muerte del paciente</i>	3	10	1	12

Fuente: elaboración propia marzo 2020.

La gráfica 1 representa las medianas de los resultados que señalaron los estudiantes de EPS de Medicina y los médicos residentes en el Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en grados de *muy de acuerdo* a *muy en desacuerdo*. Así el 50% de cada muestra estuvo por debajo del valor de la mediana y el otro 50% por arriba. La gráfica ayuda a visualizar las diferencias en resultados de ambos grupos muestrales. Se puede observar como los dos grupos muestrales tienen respuestas similares para los enunciados 1, 2, 5, 7, 10 y 12.



Fuente: elaboración propia marzo 2020. Medianas por ítem de la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico aplicados a estudiantes de EPS hospitalario de Medicina y médicos residentes de Medicina Interna. El plano X corresponde a los enunciados y el plano Y las medianas.

Las tablas 6 y 7 muestran los resultados, obtenidos por los estudiantes de Medicina de EPS hospitalario y médicos residentes de Medicina Interna, de la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente.

Se puede observar que en la sub escala perteneciente a Reacciones Emocionales, no hubo mayor diferencia significativa en los ítems. Por ejemplo, en el ítem “*He sentido culpa por la muerte de un paciente*”, 30% de los estudiantes de Medicina de EPS y médicos residentes, marcaron que se encontraban en *desacuerdo* con la afirmación y 33% de ambos grupos marcaron estar *de acuerdo*. Este es el ítem más relevante, ya que las respuestas que marcaron ambos grupos son similares o iguales. En general en la mayoría de ítems se dio esto, sin embargo es en este donde mejor se observa.

Por otro lado se puede observar en la sub escala perteneciente a Habitación, que si se encontró diferencia significativa, lo más relevante es el hecho de que el porcentaje de la casilla *Muy de acuerdo* en la mayoría de los ítems es de 0% en el caso de los estudiantes de Medicina de EPS. En el ítem “*Ha disminuido mi nivel de frustración ante la pérdida*

de un paciente en mi servicio”, 0% de los estudiantes de Medicina de EPS, marcaron estar muy en *desacuerdo* en contraste con el 10% de los médicos residentes. En el mismo ítem, 70% de los estudiantes de Medicina de EPS y 26.66% de los médicos residentes, marcaron estar *de acuerdo*. Indicando que el nivel de frustración ha ido en aumento conforme los años de práctica de la profesión. Otro dato interesante que se puede observar es que en el ítem “*Me preocupa más mi capacidad como médico que la muerte en sí del paciente*” la mayoría de estudiantes de EPS de Medicina contestaron indiferente mientras la mayoría de médicos residentes afirmaron estar en *desacuerdo* o muy en *desacuerdo*.

		Estudiantes de EPS de Medicina (n=30)				
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Reacciones emocionales	He sentido frustración y/o tristeza después de que un paciente a mi cargo muere	8 (26.67%)	17 (56.67%)	4 (13.33%)	1 (3.33%)	0 (0%)
	He sentido ira después de que un paciente a mi cargo muere	3 (10%)	10 (33.33%)	9 (30%)	6 (20%)	2 (6.67%)
	He sentido culpa por la muerte de un paciente	2 (6.67%)	7 (23.33%)	6 (20%)	9 (30%)	6 (20%)
	Nunca me he sentido afectado por la muerte	0 (0%)	5 (16.67%)	10 (33.33%)	4 (13.33%)	11 (36.67%)
	Me he sentido impotente ante la muerte de un paciente	5 (16.67%)	17 (56.67%)	6 (20%)	1 (3.33%)	1 (3.33%)
	He sentido miedo de que vuelva a suceder un deceso en mi servicio	7 (23.33%)	3 (10%)	12 (40%)	5 (16.67%)	3 (10%)
Habitación	Considero que la continua exposición a la muerte me ha hecho menos sensible ante la pérdida de mis pacientes	9 30%	16 (53.33%)	2 (6.67%)	3 (10%)	0 (0%)
	Veo la muerte de un paciente como una más	0 (0%)	6 (20%)	12 (40%)	11 (36.67%)	1 (3.33%)
	Ha disminuido mi nivel de frustración ante la pérdida de un paciente en mi servicio	0 (0%)	21 (70%)	5 (16.67%)	4 (13.33%)	0 (0%)
	Informar sobre la muerte de un paciente no se me dificulta	1 (3.33%)	7 (23.33%)	6 (20%)	8 (26.67%)	8 (26.67%)
	Me preocupa más mi capacidad como médico que la muerte en sí del paciente	1 (3.33%)	8 (26.67%)	10 (33.33%)	6 (20%)	5 (16.67%)
	Me preocupa más la repercusión legal que la muerte del paciente	0 (0%)	4 (13.33%)	10 (33.33%)	9 (30%)	7 (23.33%)

Fuente: elaboración propia marzo 2020. Tabla expresada en números reales y porcentajes.

Tabla 7. Resultados de la Escala de Medición de Reacciones Emocionales y Habitación por la Muerte de un Paciente en el Personal Médico aplicado a médicos residentes de Medicina Interna.						
		Residentes de Medicina Interna (n=30)				
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Reacciones emocionales	He sentido frustración y/o tristeza después de que un paciente a mi cargo muere	11 (36.66%)	15 (50%)	3 (10%)	0 (0%)	1 (3.33%)
	He sentido ira después de que un paciente a mi cargo muere	2 (6.66%)	10 (33.33%)	6 (20%)	6 (20%)	6 (20%)
	He sentido culpa por la muerte de un paciente	3 (10%)	7 (23.33%)	6 (20%)	9 (30%)	5 (16.66%)
	Nunca me he sentido afectado por la muerte	0 (0%)	3 (10%)	4 (13.33%)	9 (30%)	14 (46.66%)
	Me he sentido impotente ante la muerte de un paciente	8 (26.66%)	15 (50%)	3 (10%)	3 (10%)	1 (3.33%)
	He sentido miedo de que vuelva a suceder un deceso en mi servicio	1 (3.33%)	7 (23.33%)	7 (23.33%)	7 (23.33%)	8 (26.66%)
Habitación	Considero que la continua exposición a la muerte me ha hecho menos sensible ante la pérdida de mis pacientes	6 (20%)	10 (33.33%)	6 (20%)	4 (13.33%)	4 (13.33%)
	Veo la muerte de un paciente como una más	2 (6.66%)	3 (10%)	9 (30%)	6 (20%)	10 (33.33%)
	Ha disminuido mi nivel de frustración ante la pérdida de un paciente en mi servicio	6 (20%)	8 (26.66%)	7 (23.33%)	6 (20%)	3 (10%)
	Informar sobre la muerte de un paciente no se me dificulta	3 (10%)	7 (23.33%)	4 (13.33%)	11 (36.66%)	5 (16.66%)
	Me preocupa más mi capacidad como médico que la muerte en sí del paciente	1 (3.33%)	7 (23.33%)	1 (3.33%)	13 (43.33%)	12 (40%)
	Me preocupa más la repercusión legal que la muerte del paciente	1 (3.33%)	2 (6.66%)	7 (23.33%)	8 (26.66%)	12 (40%)

Fuente: elaboración propia marzo 2020. Tabla expresada en números reales y porcentajes.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones encontradas al momento de aplicar los instrumentos fueron en relación al grupo de médicos residentes.

Una de las limitaciones más relevantes fue el tiempo limitado con el que los médicos residentes contaban, esto debido a la carga laboral que cada uno tenía. Se observó que cada médico tenía a su cargo a una gran cantidad de pacientes en diversos estados de salud por lo que carecían del tiempo necesario para completar los instrumentos tranquilamente, y el poco tiempo que tenían, si es que tenían, lo utilizaban para comer o hacer actividades personales.

Otra limitación encontrada fue que debido a que el hospital cuenta una extensión del Departamento de Medicina Interna en varios hospitales, como el Hospital de Infectología, el Centro Médico Militar y el Hospital Juan José Arévalo Bermejo (IGSS zona 6), algunos residentes se encontraban rotando en esos hospitales y no en el Hospital General de Enfermedades (IGSS de zona 9).

Así mismo, los residentes que estaban rotando en la Emergencia eran muy poco accesibles, debido a la demanda de trabajo que estar allí representaba.

Por último, los médicos residentes posturno se encontraban bastante agotados por lo que no mantenían una concentración óptima y era necesario repetir las instrucciones de cada instrumento y explicar más detalladamente cada uno.

Futuras líneas de investigación

A partir de los resultados presentados, se sugiere realizar una investigación que profundice en los médicos residentes, sus capacidades internas de resiliencia y afrontamiento, el burn out referente a cada año del postgrado y diferencias individuales para elaborar datos más profundos sobre los cambios que se dan a lo largo de la formación profesional y descubrir con mayor detalle las carencias en cuanto a preparación psicológica para abordar temas delicados y amenazantes.

Valorar un estudio longitudinal en el cual se abarque desde sexto año de la carrera hasta el último año del postgrado de Medicina Interna para evidenciar los cambios que se puedan o no dar en cuanto a sus capacidades de resiliencia y afrontamiento sumado al burn out que padecen.

Ya que el 100% de estudiantes de EPS pertenecían a la Universidad de San Carlos valdría la pena hacer un estudio sobre la preparación en el área de salud mental impartida por la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

Se sugiere un estudio que abarque tanto a la USAC como universidades privadas que ofrecen la carrera de Ciencias Médicas para valorar la preparación que se les brinda en el área de salud mental para sobrellevar situaciones difíciles de su profesión.

Se sugiere un estudio que abarque a todos los hospitales que ofrecen el postgrado de Medicina Interna para que, en base a los resultados obtenidos, pueda implementarse un programa de red de apoyo para médicos a nivel nacional.

Es importante realizar una investigación que tenga como objeto de estudio la razón de porque la habituación en los médicos residentes es menor que la de los estudiantes de pregrado.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se demuestra que no existe una diferencia estadística en la actitud ante la muerte y las consecuencias emocionales entre estudiantes EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna, ya que en ambas variables el resultado de la prueba t fue mayor a 0.05. Sin embargo, si existe una diferencia estadística en la habituación entre estudiantes de EPS de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna en el Hospital General de Enfermedades, ya que el resultado de la prueba t fue menor a 0.05.
- Los médicos, tanto estudiantes de pregrado como de postgrado, son seres humanos que enfrentan problemas a distinto nivel psicosocial y pueden ser afectados por diversos acontecimientos hospitalarios, dentro de estos y de gran importancia para nuestro estudio, los decesos de pacientes.
- Se observó una diferencia significativa en el nivel de habituación de los estudiantes de EPS y médicos residentes, principalmente en la disminución de la frustración ante la muerte de un paciente; ya que el 70% de estudiantes afirmaron estar de acuerdo, en contraste con los médicos residentes de los cuales solo el 26% afirmó lo mismo.
- A partir de los resultados de la investigación, se concluye que las principales consecuencias emocionales posterior a la muerte de un paciente son: frustración, tristeza e impotencia.
- A través de los resultados obtenidos por el cuestionario CAM se logró concluir que la actitud ante la muerte de los estudiantes y médicos residentes es negativa.

4.2 Recomendaciones

- Recomendamos que el hospital implemente capacitaciones para que los médicos aprendan a desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas, que les ayude a manejar la carga emocional eficazmente, brindándoseles herramientas para que logren alcanzar un grado óptimo de manejo de emociones. Para ser capaces de brindar un trato más justo, humano y empático a los pacientes a su cargo. Y contribuya a la propia salud del médico.
- Se recomienda realizar más estudios en la línea de investigación de la salud mental, en el personal hospitalario. Ya que a través de estos resultados es que se pueden descubrir las carencias en cuanto a la preparación psicológica que las universidades brindan a sus futuros profesionales de las diversas ramas de la salud. Y en base a esto buscar soluciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Adán, J. C., & Perez, F. (1999). *El Estrés del Médico*. Madrid: Diaz Santos.
- Allende, S.R., Ascencio, L., y Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, *11*(1), 101-115.
- Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos. Revista de filosofía de Santa Fe*, (15), 5-30.
- Ander-Egg, E. (2013). *Diccionario de Psicología*. Lima, Perú: Fondo Editorial de la UIGV.
- Bastida, A. (2018). Psicología-Online. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/estres-y-ansiedad-tecnica-de-desensibilizacion-sistemica-2323.html>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *11* (3), 125-130. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- Bernabéu, J., Casullo, M.M., González, R., y Montoya, I. (2002). Relación entre estilos y estrategia de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, *14*(2), 363-368.
- Bracho, C. E., y Carmona, Z. E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública*, *2*(2), 14-23.
- Caballer, A., García, M., Gil, J. y Mateu, R. (2009). ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. *Jornades de Fomet de la Investigació*. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf?sequence=1
- Camacho, M. (2003) El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>.

- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Elías, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. Madrid, España: Fondo de cultura Económica.
- Fernández-Ballesteros (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, C. (2007). Estrategias de ayuda para el afrontamiento. *Nacimiento y muerte, reflexiones y cuidados*. Simposio llevado a cabo en el III Congreso nacional de enfermería del mediterráneo. Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1621/04%20ESTRATEGIAS%20DE%20AYUDA%20PARA%20EL%20AFRONTAMIENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, M., Hernández, I., Hernández, C., Irigoyen, A y Urbina, R. (2015). Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México. *Aten Fam*, 22 (2), 59.
- Gómez, M. (2006). *El Hombre y el Médico ante la Muerte*. Madrid: Arán Ediciones.
- González, J. L. (1983). Claves internas y externas en la habituación a largo plazo. *Anuario de Psicología*, 28 (1), 49-51.
- Hernández, R., Fernández, C, y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.
- Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Aragón, Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Clínica Universidad Navarra. (2007). Diccionario médico. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/desensibilizacion>

- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145.
- Masia, R., Basson, W., & Ogunbanjo, G. (2010) Emotional reactions of medical doctors and students following the loss of their patients at the Dr George Mukhari Hospital emergency. *Sa Fam Pract* 52 (4), 356-363.
- Meireles, M., Feitosa, R., Oliveira, L., Souza, H., & Lobão, L. (2019). Percepción de la muerte en médicos y estudiantes de medicina. *Revista Bioética*, 27(3), 500-509. Epub 26 de septiembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273334>
- Morris, C. (2005). *Introducción a la Psicología*. México: Pearson Educación.
- Pallarés, M. (2010). Las emociones y los sentimientos. En *Emociones y Sentimientos*. Valencia: Marge Books.
- Reyes-Tica J.A. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca virtual en salud Honduras. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Sánchez, G. (2012). *¿Qué son las distorsiones cognitivas?* Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/que-son-las-distorsiones-cognitivas/>
- Sansó, N. (2014). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos variables moduladoras y consecuentes*. (Tesis doctoral). Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Unversitat de les Illes Balears.
- Sevilla-Casado, M., y Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300003>
- Souza, L., Mota, J., Barbosa, R., Ribeiro, R., Oliveira, C., & Barbosa, D. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería*

Global, 12(32), 222-229. Recuperado en 02 de noviembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es&tlng=es

Worden, J. W. (1997) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Zambrano, S. & Barton, C.(2011) On the Journey with the Dying: How General Practitioners Experience the Death of Their Patients. *Pubmed* 35(9). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24501837>

Zikmund, W.G. (1998). *Investigación de mercados*. Naucalpan de Juárez, México: PRENTICE-HALL HISPANOAMÉRICA, S.A.

ANEXOS

RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO DE LA FORMA MÁS HONESTA POSIBLE. MARQUE CON UNA X LA CASILLA "SI" SI ESTÁ DE ACUERDO Y "NO" SI ESTÁ EN DESACUERDO.

Estudiante pre grado: () Médico residente: ()

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: _____

CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM)		
	SI	NO
Pensar en la muerte es perder el tiempo		
Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable		
Yo realmente prefiero no pensar en la muerte		
No he pensado hasta ahora en la muerte como una probabilidad real		
Las personas solo deberían pensar en la muerte cuando son viejos		
La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida		
Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte		
He pensado en mi muerte como un hecho imposible		
Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal		
Me siento más libre al aceptar mi muerte		
La probabilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad		
Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida		
Yo temo morir joven		
Encuentro difícil encarar la muerte		
Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte		
Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor		
Pienso que viviré después de la muerte		
Veo la muerte como un paso a la eternidad		
Yo espero con placer la vida después de la muerte		
Después de la muerte encontraré la felicidad		
La muerte puede ser una salida a las cargas de la vida		
Prefiero morir a vivir sin calidad		
Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		
He pensado que no vale la pena vivir		
Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio		
He vivido la muerte de mi paciente como un fracaso profesional		
No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir		
No quisiera asistir al episodio final de un paciente en mi área		
Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte		
Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo		
El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente		
El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural		
Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo es por parte de los familiares		

ESCALA DE MEDICIÓN DE REACCIONES EMOCIONALES Y HABITUACIÓN POR LA MUERTE DE UN PACIENTE EN EL PERSONAL MÉDICO

Estudiante pre grado: () Médico residente: ()

Universidad: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Conocimientos previos: marque con una X según sea su caso

A lo largo de la carrera se me ha enseñado el manejo de emociones ante la muerte. Si () No ()

He recibido con anterioridad algún curso sobre manejo de emociones. Si () No ()

He participado anteriormente en un estudio similar. Si () No ()

Considero importante el adecuado manejo de emociones en mi formación como médico. Si () No ()

Han fallecido pacientes en mi servicio. Si () No ()

Por favor responda marcando con una X según sea su caso para cada enunciado de la forma más honesta posible. Si es difícil elegir una respuesta, piense cuál es su opinión la mayor parte del tiempo. No marque más de una casilla por ítem, de lo contrario la respuesta no podrá ser tomada en cuenta.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. He sentido frustración y/o tristeza después de que un paciente a mi cargo muere					
2. He sentido ira después de que un paciente a mi cargo muere					
3. He sentido culpa por la muerte de un paciente					
4. Nunca me he sentido afectado por la muerte					
5. Me he sentido impotente ante la muerte de un paciente					
6. He sentido miedo de que vuelva a suceder un deceso en mi servicio					
7. Considero que la continua exposición a la muerte me ha hecho menos sensible ante la pérdida de mis pacientes					
8. Veo la muerte de un paciente como una más					
9. Ha disminuido mi nivel de frustración ante la pérdida de un paciente de mi servicio					
10. Informar sobre la muerte de un paciente no se me dificulta					
11. Me preocupa más mi capacidad como médico que la muerte en sí del paciente					
12. Me preocupa más la repercusión legal que la muerte del paciente					

Autores: Leonardo, A., Sikahall, D.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Proyecto de investigación:

Actitud, habituación y consecuencias emocionales por la muerte de un paciente, de los estudiantes de EPS de Medicina y médicos residentes del Hospital General de Enfermedades

Introducción:

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a la Escuela de Ciencias Psicológicas avalado por de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Las investigadoras son estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas con pensum cerrado en proceso de exámenes generales previo a optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología.

El objetivo del estudio es comparar si existe alguna diferencia en las reacciones emocionales y herramientas de afrontamiento ante la muerte de un paciente entre los estudiantes de EPS hospitalario de Medicina y los médicos residentes de Medicina Interna de acuerdo al grado de experiencia que poseen dentro del área hospitalaria y la frecuencia a la exposición a la muerte.

El estudio busca descubrir si existen adecuadas estrategias de afrontamiento ante eventos adversos y proponer el fortalecimiento del área emocional, así como el diseño de un plan para mejorar la salud mental de los médicos a nivel de pregrado y postgrado. El fin de la investigación es informar sobre el nivel de afrontamiento emocional y resiliencia médica y contribuir a un trato más justo hacia el personal sanitario que labora dentro de un hospital.

La participación en el estudio es anónima, confidencial y voluntaria. Los resultados se divulgarán utilizando estadísticas sin brindar información personal de los participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

- He leído la hoja de información al participante en relación al estudio arriba citado.
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con las investigadoras Andrea María Leonardo de León y Diana Itzel Sikahall Pérez.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio.

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo:

- En el momento que lo desee.
- Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional: _____

Fecha: _____