

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA —CIEPS—

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“CÓMO AFRONTAN LA MUERTE DE UN PACIENTE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN PRÁCTICA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

MARÍA RENÉE ASTEGUIETA ARÉVALO

GUILLELMO RAFAEL MONZÓN LANUZA

CIUDAD DE GUATEMALA, 29 DE OCTUBRE 2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS–

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“CÓMO AFRONTAN LA MUERTE DE UN PACIENTE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN
PRÁCTICA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MARÍA RENÉE ASTEGUIETA ARÉVALO

GUILLERMO RAFAEL MONZÓN LANUZA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGOS

EN GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS

CIUDAD DE GUATEMALA, 29 DE OCTUBRE 2021

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL DE LEÓN

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

M. SC. JOSÉ MARIANO GONZÁLEZ BARRIOS

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDÓÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUÍZ

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.068-2021
CODIPs.1827-2021

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

29 de octubre de 2021

Estudiantes

Maria Renée Asteguieta Arevalo
Guillermo Rafael Monzón Lanuza
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SEXTO (16º) del Acta SESENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL VEINTIUNO (62-2021), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 29 de octubre de 2021, que copiado literalmente dice:

“**DÉCIMO SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**CÓMO AFRONTAN LA MUERTE DE UN PACIENTE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN PRÁCTICA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT**”, de la de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

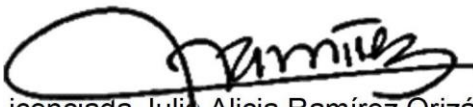
Maria Renée Asteguieta Arevalo
Guillermo Rafael Monzón Lanuza

CARNÉ: 2157 30992 0101
CARNÉ: 2116 50854 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Manolo Mayen García y revisado por el Licenciado Hugo Leonel Patal Vit. 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 Ramirez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UGE-268-2020

Guatemala, 25 de octubre de 2021

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, los estudiantes, **MARIA RENÉE ASTEGUIETA AREVALO, CARNÉ NO. 2157-30992-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2011-15808 y Expediente de Graduación No. L-149-2017-C-EPS / GUILLERMO RAFAEL MONZÓN LANUZA, CARNÉ NO. 2116-50854-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2010-15836 y Expediente de Graduación No. L-10-2018-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 **“CÓMO AFRONTAN LA MUERTE DE UN PACIENTE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN PRÁCTICA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- “Mayra Gutiérrez” el 03 de SEPTIEMBRE del año 2021.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



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

Lucía, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 082-2021
REG. 068-2021
Revalidado por Revisor

Guatemala, 12 de octubre de 2021

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:

“CÓMO AFRONTAN LA MUERTE DE UN PACIENTE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN PRÁCTICA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.

ESTUDIANTES:

Guillermo Rafael Monzón Lanuza
Maria Renée Asteguieta Arevalo

DPI. No.
2116508540101
2157309920101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 03 de septiembre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Hugo Leonel Pata
DOCENTE REVISOR



c. archivo



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CIEPs.
REG. 082-2021
060-2021



INFORME FINAL

Guatemala, 12 de octubre de 2021

Señores

Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Hugo Leonel Patal Vit** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“CÓMO AFRONTAN LA MUERTE DE UN PACIENTE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN PRÁCTICA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.

ESTUDIANTES:

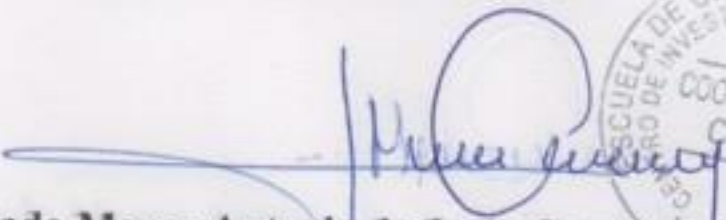
Guillermo Rafael Monzón Lanuza
Maria Renée Asteguieta Arevalo


DPI. No.
2116508540101
2157309920101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 03 de septiembre de 2021 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 06 de octubre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c. archivo

Guatemala, 21 de julio de 2021

Coordinación
Centro de Investigación en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Estimados Señores:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final del estudio **“Como afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan práctica hospitalaria en medicina interna del Hospital Roosevelt”** realizado por los estudiantes: María Renée Asteguieta Arévalo, quien se identifica con Código Único de Identificación –CUI- 2157 30992 0101 y Guillermo Rafael Monzón Lanuza, quien se identifica con Código Único de Identificación –CUI- 2116 50854 0101.

El trabajo cumple con los requisitos de contenido 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,



Sergio Manolo Mayén García
Psicólogo
Colegiado No. 4553
Asesor de contenido



A quien corresponda

Por este medio se hace constar que se autorizó el estudio "Como afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan práctica hospitalaria en Medicina Interna del Hospital Roosevelt", de los estudiantes María Renee Asteguieta Arévalo CUI -2157309920101 y Guillermo Rafael Monzón Lanuza CUI -2116508540101, la cual fue realizada por medio de un formulario de Google Forms compartido a los estudiantes del Departamento de Medicina Interna de este hospital los meses de marzo, abril y mayo de 2021.

A solicitud del interesado se extiende, firma y sella la presente en una hoja de papel membretado de la institución en la ciudad de Guatemala a los veintidós días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno.

Edwin Javier Roldán Salazar
Médico y Cirujano
Col. 20.882

DR. EDWIN JAVIER ROLDAN SALAZAR
Jefe Residentes
Departamento Medicina Interna
Hospital Roosevelt



c.c.:Expediente



Guatemala, 29 de septiembre de 2021

Coordinación
Centro de Investigación en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Estimados Señores:

Por este medio me permito informarle que, he revisado los resultados del trabajo de campo del estudio **“Como afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan práctica hospitalaria en medicina interna del hospital Roosevelt”**, presentados por los estudiantes: María Renée Asteguieta Arévalo, quien se identifica con Código Unido de Identificación –CUI- 2157 30992 0101 y Guillermo Rafael Monzón Lanuza, quien se identifica con Código Unido de Identificación –CUI- 2116 50854 0101. Apoyado en la nota sin referencia de fecha 21/09/2021, firmado por el Dr. Edwin Javier Roldan Salazar jefe de residentes del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt, puedo indicar que el trabajo de campo se realizó con fines académicos y la población descrita.

Atentamente,



Sergio Manolo Mayen García
Psicólogo
Colegiado No. 4553
Asesor de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR MARÍA RENÉE ASTEGUIETA ARÉVALO

LICDA. GILDA GUERRA WONG DE WALTER

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA COLEGIADO 9487

POR GUILLERMO RAFAEL MONZÓN LANUZA

LIC. HÉCTOR EMILIO RAMOS MARROQUIN

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA COLEGIADO 9598

M. Sc. MARIO COLLI ALONSO

MASTER EN CIENCIAS DE LA PSICOLOGÍA COLEGIADO 4323

DEDICATORIAS

Yo, María Renée Asteguieta Arévalo dedico esta tesis:

A mis padres, mi mamá porque me ha acompañado y apoyado en cada decisión, desde el principio ha estado ahí y jamás ha dudado de mí. Gracias a ella soy quien soy. A mi papá porque siempre ha buscado que dé lo mejor de mí, a lo importante que es esforzarse para cosechar frutos y a siempre luchar por lo que quiero sin importar las caídas a las que me pueda enfrentar.

A mis abuelos, siempre pendientes de mí, creyendo y esperando lo mejor de mí. A todos ellos, a los que tengo la fortuna de tener presentes, y a los que ya no están. Va para mi abuelita Elisa y mi abuelito Nando, no los tengo aquí en físico, pero los tengo en el corazón siempre. Gracias por todo. A todos.

A mis tíos que siempre han estado ahí, que con risas y todo, han estado a mi lado, siempre pendientes de mí, enseñándome a seguir adelante y confiar en mí. Mis primos, que son como mis hermanos, y a mis hermanos, que han crecido conmigo, dándome grandes y felices momentos. Los quiero demasiado.

A mi demás familia, porque siempre han estado pendientes y su compañía nunca ha faltado.

A Andrés, que me ha apoyado por todos estos años, que poco a poco hemos aprendido mucho uno del otro y me acompaña en cada crecimiento. Le agradezco por aceptarme tal cual soy y que junto a él he descubierto cosas de mí misma que me han ayudado en mi crecimiento personal.

A mis amigos, les agradezco a cada uno de ellos por el apoyo, por las risas y la compañía, porque en los momentos más difíciles me hicieron reír y saber que pase lo que pase, van a estar para mí. Que incluso a la distancia, siempre me apoyaron (si, hablo de ustedes, Luna y Mafer). Los quiero demasiado a todos y estaré para ellos cuando lo necesiten. A el Comité de Psicología, porque no solo me dio buenas experiencias, sino la oportunidad de conocer gente increíble. Y a ti Chabelo, porque somos un gran equipo, nadie como nosotros, en las buenas, malas y peores siempre

Y a mí misma, porque al final de los días, estoy logrando mis metas y sigo perseverando por ellas.

DEDICATORIAS

Yo, Guillermo Rafael Monzón Lanuza dedico esta tesis:

A Dios, por nunca abandonarme y estar conmigo en todo momento.

A mi mamá y a mis abuelos, este triunfo es para ustedes un beso y un abrazo al cielo sé que no pudieron estar en este momento, pero se cuanto lo anhelaban como yo.

A mi papá este es para vos viejo, sé que fue difícil, sé que costó mucho, sé que se tardó otro montón, pero aquí está, es el primero para la familia y sé que vendrán mucho más, gracias por siempre estar, a tu forma tan especial, pero gracias.

A mi hermana, que siempre estás para apoyarme, espero que éste te sirva de ejemplo que con mucho esfuerzo las cosas se pueden lograr, ponete las pilas, que quiero ver también el tuyo pronto.

A mis tíos Aldo, Alfredo y mi prima Rozio, Infinita gratitud, no saben cuánto agradezco el apoyo incondicional que me han dado toda la vida, son un claro ejemplo a seguir y sé que este título les trae mucho orgullo y sentimiento como a mí.

A mi demás familia gracias por estar acompañándome y dándome su cariño, en especial a mis primos por siempre estar apoyando y siempre pendientes de mí.

Al Honorable Comité de Huelga de Dolores de Psicología y a la Huelga de Dolores, por darme los mejores años universitarios, por formarme como una persona íntegra, con principios, ideales y carácter para luchar por mis sueños, por abrirme las puertas al conocimiento y oportunidades en muchos lugares, por crearme un sentido de pensamiento crítico, además de permitirme poner en práctica mi conocimiento en múltiples ocasiones ayudando al pueblo de Guatemala, Pero lo más importante, por dejarme Amigos que el día de hoy puedo llamar familia, Hector, Mario, Herbert, Diego, Andrea, Maye, muchas gracias.

A mis amigos que siempre han estado en todo momento, acompañándome, apoyándome, conviviendo conmigo, en la buenas en las malas y en las peores, en especial a ti Maye, ¡Lo logramos!

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Por ser la única casa de estudios superiores a nivel nacional dedicada al Pueblo, la cual nos acogió y el día de hoy nos permite graduarnos como profesionales de sus aulas.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas: Lugar en el cual aprendimos sobre la fragilidad humana, la salud mental, la empatía y donde pudimos desarrollar nuestras prácticas y pulir nuestro conocimiento.

A los docentes de la Escuela de Ciencias Psicológicas: Por esos buenos docentes los cuales fueron un canal de conocimiento, una inspiración y nos apoyaron todo el tiempo, especial agradecimiento a quienes nos permitieron ser sus auxiliares y no dudaron de nuestras capacidades.

Al Comité de Psicología: Por ser el movimiento estudiantil, por medio del cual desarrollamos nuestro pensamiento crítico, y nos permitió tener un acercamiento con la población guatemalteca y devolverles un poco de lo que nos brindaron.

A nuestros padrinos y madrinan: Por esas figuras llenas de sabiduría que nos han acompañado y ayudado en el transcurso de toda nuestra carrera.

A Mou: Por tenernos paciencia a pesar de todo, y aun estando enfermo nos apoyaste durante todo el proceso.

Al departamento de CIEPS, especialmente a Hugo, Maquito y Telmita por todo el apoyo, asesoría, tiempo y acompañamiento en este largo proceso.

A los practicantes de la Facultad de Medicina que participaron en este estudio: Por el tiempo que se tomaron en colaborar en nuestro estudio.

A Carlos Fernández: Por ser ese compañero valioso, quien nos facilitó y ayudó a adquirir los medios para la realización de este estudio.

INDICE

Resumen	XI
Prólogo.....	XII
Capítulo I.....	1
1. Planteamiento del problema y marco teórico.....	1
1.01. Planteamiento del problema	1
1.02. Objetivos.....	3
1.03. Marco Teórico	4
1.03.1. La muerte.....	4
1.03.2. Duelo	7
1.03.3. Apego	9
1.03.4. Resiliencia	13
1.03.5. Ideas preconcebidas.....	15
1.03.6. Prevención	16
1.03.7. Práctica profesional.....	18
1.03.8. Consideraciones éticas	21
Capítulo II	23
2. Técnicas e instrumentos.....	23
2.01. Enfoques y modelo de investigación.....	23
2.02. Técnicas	23
2.03. Instrumentos.....	25

2.04.	Operacionalización de objetivos, categorías/variables	X 25
Capítulo III.....		28
3.	Presentación, interpretación y análisis de resultados	28
3.01.	Características del lugar y de la muestra.....	28
3.02.	Presentación e interpretación de resultados	29
3.03.	Análisis general.....	46
Capítulo IV		48
4.	Conclusiones y recomendaciones	48
Referencias		51
Anexos.....		54

Resumen

“Cómo afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en Medicina Interna del Hospital Roosevelt.”

Autores: María Renée Asteguieta Arévalo

Guillermo Rafael Monzón Lanuza

La investigación, pretendía establecer si el fallecimiento de un paciente es significativo dentro de la práctica hospitalaria, conociendo la relación que tiene en la formación profesional y crecimiento personal del practicante; determinar si los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas que realizan práctica hospitalaria en Medicina Interna en el Hospital Roosevelt poseen algún tipo de mecanismo de afrontamiento ante la muerte de un paciente. Comparar resultados obtenidos entre la población de estudiantes que enfrentaron el fallecimiento de un paciente en contraposición de los que no han tenido esa experiencia. Determinar si los mecanismos de afrontamiento que utilizan los estudiantes son efectivos. El muestreo utilizado fue intencional y fue de 50 estudiantes practicantes. Se realizó en los meses de marzo a mayo del año 2021; fue de tipo mixto; se utilizó un cuestionario semi estructurado, el cuestionario de apego adulto de Hazan y Shaver, y el cuestionario de relación de Bartholomew y Horowitz, 2000. Para la obtención de resultados se aplicó un análisis estadístico, con la intención de obtener los datos necesarios para comprobar si los objetivos de investigación eran posibles de asegurar. Entre los principales hallazgos obtenidos se puede evidenciar el impacto que provoca el fallecimiento de un paciente en los estudiantes de medicina, la carencia de espacios, herramientas y tiempo para el desarrollo de una salud mental óptima.

Prólogo

Las impresiones más duraderas en la vida de un ser humano, se dan comúnmente durante las etapas con altas cargas emocionales, como la infancia y adolescencia. Para el médico guatemalteco, se agrega una etapa emocional, al momento de entrar en contacto con sus primeros pacientes y cada crisis nueva que se puede vivir en el proceso de la práctica hospitalaria. Asimismo, es usual que todos aquellos eventos y cuestionamientos sobre la muerte, sean causantes de consideraciones existenciales y curvaturas estadísticas en el equilibrio emocional de los estudiantes practicantes de medicina.

Si bien, según los trabajos académicos realizados en hospitales nacionales de Guatemala, indican que se han abordado temas relativos a la muerte y el *duelo*, que no se han centrado en los cuidadores que siempre están presentes y les conlleva responsabilidad indirecta, por considerarse estudiantes. Este tipo de *adolescencia* -en la que no se les considera *médicos*, pero se les responsabiliza de vidas humanas en algún grado-, suele ser una etapa de experimentación cargada de fenómenos irrepetibles pero similares.

Cada vivencia del estudiante que realiza práctica hospitalaria, puede marcar su vida, forma de comportarse, objetivos, metas y su propio estado emocional. Por esta razón, se abordaron los casos de aquellos estudiantes que se encuentran en uno de los hospitales nacionales con más concurrencia de pacientes y, por consiguiente, muertes de los mismos; a los que, estudiantes que realizan prácticas de la carrera de medicina, atienden diariamente.

Las respuestas al cúmulo de preguntas que se han realizado para otros grupos de estudio y que aplican a estos estudiantes, resalta el efecto que ha tenido la muerte de un paciente a cargo de cada uno, los métodos psicológicos que utilizan para lidiar con esa pérdida y el estado emocional que deriva de la experiencia. Esto, creará el conocimiento de referencia sobre esta población para entender, que un evento puede tener relevancia central para la vida de los estudiantes de la carrera de medicina, considerando un corto plazo; significativo para el profesional de las ciencias médicas en un mediano plazo; y para las cohortes de estudiantes que estos profesionales atienden o los objetivos de sus enseñanzas, considerando a largo plazo en las posibilidades de los efectos.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01. Planteamiento del problema

La percepción de la muerte, llega a verse como un concepto contrario a la vida, en donde su significado y valor presenta una concepción diferente de persona a persona. Siendo la muerte un proceso dentro de la naturaleza, donde todo ser vivo al nacer se concibe como un principio, la muerte, por el contrario, como la etapa terminal o como el fin de la vida.

Dentro del ambiente violento que se viven en la sociedad guatemalteca, se hace notar el pobre sistema de salud en el que se deja en evidencia la carencia de responsabilidad por parte de las instituciones de la salud con sus trabajadores, al no velar por la salud mental de ellos, tomando en cuenta la importancia de su estabilidad para una mejor atención a la población. Fue de ahí nació la razón de investigar e indagar ante las repercusiones de la muerte de un paciente.

Las consecuencias y repercusiones de un mal manejo dentro del sistema de salud, se refleja en la limitación, no solo en la institución sino también con los profesionales de la salud, donde el desempeño de estos se ve entorpecido y limitado por la carencia de insumos y medicamentos, obstaculizando la rehabilitación de un paciente, o incluso causando su deceso.

Cuando la recuperación de un paciente no llega a ser de manera ideal, los practicantes realizan esfuerzos extraordinarios para lograr conservar la vida de los pacientes, quienes debido a las carencias del sistema de salud, no siempre es posible lograrlo, es en ese momento donde el estudiante puede llegar a sentir que la muerte del paciente fue por su propia falta de capacidad, generando en ellos distintos pesares, como desconfianza y, en algunos casos, el abandono de la carrera por no sentirse preparados para la muerte de un paciente.

Considerando que la muerte es un factor fundamental en la concepción y estructuración psicológica de las personas, en el caso de los profesionales de la salud al presentarse la muerte de un paciente, esta debería afrontarse de una forma efectiva, donde se evite la creación de posibles psicopatologías o duelos no resueltos.

El fallecimiento de una persona es inevitable, sin embargo, se plantea la necesidad de conocer si representa repercusiones psicológicas para los futuros profesionales de la salud, cuando el fallecimiento se encuentra bajo el cuidado de ellos.

Los estudiantes de la carrera de medicina son quienes desempeñan un rol determinante, ellos, por medio de sus prácticas, atienden a gran parte de la población nacional. Dentro de este periodo de práctica, los futuros médicos viven experiencias determinantes para su carrera, desde la interacción con un paciente, la colocación de un yeso por una fractura, intervenciones quirúrgicas de todo tipo, procesos de parto, cuidados post operatorios, actividades de prevención, hasta el fallecimiento de un paciente, siendo este último del cual se realizó este estudio.

Con el fin de conocer si los estudiantes utilizaban algún tipo de protocolo de abordaje, y conocer si resultaba efectivo. Para lo cual se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Consideran los estudiantes que la pérdida de un paciente puede ser significativa dentro del desarrollo de su carrera? ¿Están preparados los estudiantes para afrontar la muerte de algún paciente? ¿Cuáles son los métodos de afrontamiento que utilizan los estudiantes de medicina que realizan prácticas en el Hospital Roosevelt?

1.02. Objetivos

Objetivo general

- Establecer si el fallecimiento de un paciente es significativo dentro de la práctica hospitalaria, conociendo la relación que tiene en la formación profesional y crecimiento personal del practicante.

Objetivos específicos

- Determinar si los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas que realizan práctica hospitalaria en Medicina Interna en el Hospital Roosevelt poseen algún tipo de mecanismo de afrontamiento ante la muerte de un paciente.
- Comparar resultados obtenidos entre la población de estudiantes que enfrentaron el fallecimiento de un paciente en contraposición de los que no han tenido esa experiencia.
- Determinar si los mecanismos de afrontamiento que utilizan los estudiantes que realizan práctica en el hospital Roosevelt son efectivos.

1.03. Marco Teórico

1.03.1. La muerte

La muerte llega a ser vista como la última confrontación que vive el ser humano, donde la muerte es lo contrario de la vida, donde su significado y valor cambia para cada persona.

Viktor Frankl (2011) dice que existen tres rasgos inherentes a la muerte:

- La temporalidad: Se tiene un tiempo limitado, por lo que se debe saber que el ser humano es temporal y tiene un tiempo de vida determinado.
- La finitud: El ser humano no es un ser eterno, es decir, la persona es un ser finito.
- La irreversibilidad: No es algo que se pueda evitar en ningún momento, una vez se presenta, no hay vuelta ni retorno.
- También menciona que, ante el sufrimiento y el dolor, la persona adopta diferentes actitudes negativas, como:
 - Masoquismo: La persona llega a abandonarse ante el sufrimiento innecesario, es decir, que, a pesar de poder evitar cierto sufrimiento, hace caso omiso y disfruta de ese dolor y sufrimiento.
 - Escapismo: La persona huye ante el dolor necesario, en tal caso, la persona escapa ante actividades con el alcohol o las drogas.
 - Apatía: La persona se ve inmersa en la insensibilidad, donde predomina el desinterés y se trabaja con una especie de anestesia emocional.
 - Autocompasión: La persona vive el sufrimiento y el dolor como algo que es injusto para sí mismo, dando paso a una posible depresión patológica y un enojo hacia sí mismo.

- Autismo: La persona toma la actitud de alejarse de manera consciente de su entorno, haciendo notar ante los demás lo desafortunada que es.

La temática de la muerte hasta el día de hoy llega a ser tratada como parte de los temas considerados tabúes, se habla poco de ella, casi siempre cuando la muerte ya se ha presentado.

Cuando se habla del sentido de la muerte, debe ser obligatorio relacionarse con la vida, puesto que al tratarse de seres que tienen un principio y un fin, el vivir trae consigo morir, de manera que se debe comprender que la muerte es parte plena de la existencia de todo ser vivo. Encontrar el sentido de vida va conectado con el sentido de muerte, no en un sentido fatalista, sino de conciencia hacia la mortalidad del ser y a la revelación del actuar humano.

Las diferencias entre concepciones de muerte cambian dependiendo del contexto en que la persona se desarrolla, donde la influencia de la cultura, la sociedad y la familia influyen en el desarrollo del concepto propio de muerte.

Según Freud, siendo seres humanos llegamos a adoptar una actitud extraña con respecto a la muerte, donde se mostraba una contradicción, un conflicto humano, donde se es consciente que la muerte es parte de la naturaleza y que se debería estar preparado para tal suceso, puesto que es algo natural e inevitable, sin embargo la persona se muestra también convencida de manera inconsciente, de una inmortalidad al verse alejado de la muerte, convenciéndose de que el riesgo de morir este alejado de la persona.

Tal conflicto se hace notar en el momento que la persona se ve envuelta en un evento que incluye la muerte de alguien cercano, puesto que, frente al suceso, el dolor se hace presente y se hace presente también ideas irracionales que se alejan del pensamiento de la naturalidad de la muerte.

La percepción de la muerte puede observarse en distintas etapas de la vida humana:

- **Percepción en los infantes:** Tomando en cuenta que el desarrollo psicológico de un niño se centra en primer lugar en sí mismo y la realidad de sí mismo, llega a distorsionar la idea

general que se da a la muerte puesto que la perciben como la pérdida de un objeto, sin embargo, no llegan a profundizar con ello. Puede observarse esto a la edad de 4 años, puesto que el concepto de muerte es demasiado limitado y no se dimensiona su significado. Sin embargo, entre los 5 y 7 años de edad, el niño puede entender el concepto de que la muerte es irreversible y que es algo natural, pero no profundizan en el concepto en sí. A partir de los 8 años, incluso 10 años de edad, el niño comprende que cada ser vivo llegará a morir y asimila que él está incluido en tal suceso.

- **Percepción en los adolescentes:** Al tratarse de una etapa en la cual está sujeta a varios cambios, estos enlazados a la búsqueda que tiene un adolescente de tener una mayor autonomía, estabilidad, seguridad, el reconocimiento de su grupo social inmediato y la necesidad de diferenciación, la amenaza del desequilibrio es vista como el riesgo de perder o no conseguir cualquiera de las cosas ya mencionadas, todo esto conectado si existe una falta de soporte grave en su círculo familiar. Puesto que el adolescente busca una satisfacción más inmediata, queriendo una calidad de vida y no una cantidad, de manera que no siempre llegan a percibir el riesgo de la muerte debido a que consideran que será algo que no les pasará.
- **Percepción de los adultos jóvenes:** Se conoce lo inevitable de la muerte, sin embargo, se llega a mantener la idea de la lejanía de la muerte, puesto que en esta etapa la persona se encuentra en el proceso de realización de proyectos, donde enfoca su energía en el cumplimiento de estas y en la superación personal y laboral. Se muestra una actitud de huida hacia la muerte, con evasión en el tema en la mayoría de las personas que son adultos jóvenes.
- **Percepción de los adultos intermedios:** En la mayoría de los casos de esta etapa, el contacto con la muerte resulta ser por la pérdida de alguno o ambos padres, y con dicho evento, la muerte y todo lo que le recorre se instala en la mente humana. Donde se toma

consciencia de la delicadeza de la vida, de que la muerte está más cercana y la certeza de que esta podría ocurrir en algún momento. Desde este punto, la persona hace uso de su energía para continuar con las realizaciones de su vida y de seguir adelante con ella. Se podría decir que es la etapa donde la ansiedad ante la muerte puede ser mayor.

- **Percepción en el adulto mayor:** En esta etapa se percibe la muerte de manera demasiado cercana, pero debe tomarse en cuenta que también se encuentra en una etapa donde la aceptación ante lo inminente de la muerte es más recurrente. En casos donde la persona se siente satisfecha con sus acciones y la realización de proyectos de vida y ha creado un concepto estable y satisfactorio, la ansiedad ante la muerte será menor que en la etapa anterior puesto que se mantendrá la idea de la naturalidad de la muerte, sin embargo, cuando la persona se ha visto envuelta en decepciones y no ha podido realizar las metas que se ha impuesto a lo largo de su vida, la ansiedad ante la muerte crece, causando en la persona un desaliento total y un desánimo por continuar.

1.03.2. Duelo

Con el paso de la existencia humana, existen toda clase de eventos y sucesos que resultan ser significativos, y que a partir de ellos pueden llegar a surgir problemas emocionales, otros que afectan más profundamente que otros. Según Nancy O'Connor, en su libro (2014) "Déjalos ir con amor", menciona que la pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo por enfermedad o mutilación; que el segundo tipo de pérdida más seria, es la separación de personas más significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono, el tercer nivel de pérdida es el que requiere ajuste a nuevas normas, es decir cambios normales de desarrollo en la vida, como domicilio, trabajo, etc.; y el cuarto nivel corresponde a la pérdida de objetos importantes, como lo son el dinero, expectativas, esperanzas.

El duelo se trata de un proceso a distintos niveles (emocional, físico, cognitivo, conductual e incluso espiritual) que consta entre el momento de una pérdida y la aceptación resignada de la misma, comprendiendo con pérdida a el fallecimiento de seres próximos, el quebranto de la salud, incapacidades, separaciones, entre otras cosas.

El objeto de duelo puede ser una persona, un objeto, un animal, una idea, un trabajo o una parte del cuerpo, sea cual sea el objeto de duelo, antes de la pérdida del mismo, tenía un significado especial o simbólico en la vida de la persona, siendo esa la razón de que la aceptación y resignación de la pérdida se vuelva un proceso en el cual es necesario tiempo y esfuerzo.

Bowlby destaca que existen tres grupos de personas que son vulnerables a desarrollar duelos patológicos y al verse frente a la pérdida de un ser querido llegan a reaccionar con sentimientos de culpa y autocríticas por el suceso dado, causando una prevalencia prolongada del duelo patológico. Una explicación dada por Bowlby es que estas personas desarrollaron en su infancia una manera peculiar de vinculación con sus cuidadores, luego, en un futuro, buscarían revivir y reproducir las experiencias con su pareja.

- Las personas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia. Vistas como personas con un apego ansioso, tuvieron experiencias con sus cuidadores, donde estas les amenazaban con el abandono, la muerte o el retiro de afecto si sus exigencias no eran cumplidas.
- Las personas que establecen relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otras. Las experiencias de la infancia con sus cuidadores se fijaban en que ellos les hacían sentir responsables de la enfermedad que sufrieran, fuera esta real o hipocondríaca, con tal de obligar a ser cuidados.
- Las personas que afirman de modo compulsivo su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos. Estas personas solían recibir críticas acompañadas de castigos por llegar a mostrar necesidades afectivas o sus propias emociones y sentimientos.

1.03.3. Apego

El apego es el vínculo afectivo que se establece entre las personas y que proporciona seguridad emocional que da como resultado un buen desarrollo de la personalidad, y sentirse protegido y aceptado de manera incondicional.

La Teoría del Apego tuvo inicios en los años cincuenta, donde sus principales exponentes eran John Bowlby y Mary Ainsworth, donde planteaban que la separación producida entre un niño pequeño y la figura de apego causa una experimentación de un miedo intenso y resulta ser una experiencia perturbadora para el infante, teniendo como resultado un grado de ansiedad ante la presencia de la separación.

Bowlby fue primero en llegar a desarrollar una teoría consistente sobre el apego, usando como base los conceptos que aportarían a la psicología del desarrollo, dando una explicación al porqué los niños llegan a convertirse en personas emocionalmente apegadas a sus cuidadores y describiendo también las repercusiones y efectos emocionales que resultan de su separación. La profesora María Eugenia Moneta (2014) menciona que se debe considerar que, las ideas planteadas por Bowlby siguen vigentes ahora más que nunca, puesto que el apego es un vínculo importante en los períodos críticos de cada persona.

De acuerdo con Bowlby define la conducta de apego como *“cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferencia y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas en que general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”*. (Bowlby, 1998, p. 60)

La tesis fundamental de la Teoría del Apego planteada por Bowlby es que el estado de seguridad o ansiedad de, tanto un niño como un adulto, es determinado por la accesibilidad y capacidad de su principal figura de afecto.

Bowlby plantea tres postulados básicos:

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel a sus experiencias reales.

El autor anterior los define como sistemas conductuales a un conjunto funcional y motivacional encargado de la satisfacción y regulación de las necesidades básicas, cada uno de estos sistemas pueden llegar a ser activados en un momento determinado como respuesta a un estímulo interno o externo determinado.

- Sistemas de apego
- Sistema de afiliación
- Sistema de alimentación
- Sistema sexual
- Sistema exploratorio.

Es importante resaltar que, el modelo difiere del modelo de Freud en tres aspectos:

- En el modelo de Freud, el apego es secundario con respecto a las gratificaciones oral y libidinal. En el modelo de Bowlby, el apego es primario y tiene un estatus propio.

- En el modelo de Freud, el niño se halla en un estado de narcisismo primario, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo. En el modelo de Bowlby, el individuo está activamente comprometido desde el principio en un contexto intersubjetivo.
- En el modelo de Freud, la conducta pulsional es activada por una carga de energía que, una vez incrementada hasta cierto nivel, necesita descargarse. En el modelo de Bowlby, la conducta pulsional es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida. (Marrone, 2009)

Ainsworth (1978) describió que existían tres patrones conductuales que se consideraban representativos a la interacción que existía entre la madre y el niño, en estos patrones podrían mostrarse las distintas respuestas que los niños mostraban ante la calidad de relación madre-hijo. El objetivo principal de la experimentación era evaluar la manera en que los cuidadores resultaban una fuente de seguridad para los niños, y como la relación afectaba el flujo de autorregulación emocional ante situaciones de estrés y ansiedad, tal como era la separación de un niño de su cuidador.

- Apego seguro: Se tiene contacto con el niño y este responde a las llamadas por parte del cuidador, el cuidador también se muestra consciente ante las necesidades del niño. Este tipo de apego brinda al niño estabilidad emocional, iniciativa, buenas relaciones personales y confianza. Ante la separación, el niño presenta ansiedad y reaseguramiento al momento de reunirse con el cuidador, puesto que la presencia de su cuidador le conforta y son una base segura al momento de la angustia, puesto que saben que, ante el sentimiento negativo, sus cuidadores estarán disponibles y estarán al pendiente de sus necesidades.
- Apego inseguro-ambivalente: El contacto con el niño varía, en ocasiones el cuidador puede mostrarse atento y cariñoso, en otros de manera pasiva, se muestra de manera inconsciente ante las necesidades del niño. La manifestación de un apego inseguro es por medio de inseguridad, actitudes posesivas, demandas de atención y afecto, actitudes retraídas. Ante

una separación, el niño muestra ansiedad sin llegar a tranquilizarse al momento del reencuentro, el contacto con la falta del cuidador puede resultar en una explosión emocional ante la ausencia, y una sobreexplotación de búsqueda de atención y afecto en el reencuentro.

- **Apego inseguro-evitativo:** El contacto con el niño es casi inexistente, y cuando es expresado por el cuidador es de manera de rechazo, mostrando actitudes frías y con actitudes frías hacía el niño. Este tipo de apego se manifiesta con represión de sentimientos, rechazo hacia los demás, reproducción de actitudes frías y relaciones personales conflictivas. Ante el momento de la separación, los niños muestran poca ansiedad, y al momento del reencuentro muestran desinterés, incluso llegando a rechazar el contacto con el cuidador.

1.03.3.1. Apego del cuidador al paciente

Ya se ha hablado del apego desde el punto de desarrollo e interacción entre niño-cuidadores, sin embargo, es de notar que en la actualidad los estilos de apego se ven reflejados a cualquier edad, puesto que estos estilos se ven reflejados en una percepción sobre la accesibilidad y capacidad de respuesta a una figura de apego, de manera que la persona desarrolla en modo de reflejo del tipo de apego que han tenido desde la infancia en modo de una estrategia de cómo se organizan y regulan las emociones de uno mismo.

De este modo, en caso de una persona que desarrolló un tipo de apego seguro, no solo tendría una percepción positiva de sí misma, sino de su exterior, facilitando el contacto con quienes le rodean. En caso contrario, tanto en el apego inseguro-ambivalente como en el inseguro-evitativo, la persona posee una percepción negativa de los demás, imposibilitando el contacto externo y la formación de lazos emocionales con su entorno, mostrando niveles de frustración ante la vulnerabilidad de sus relaciones.

En el desarrollo de una relación entre un cuidador, entendiendo a este cuidador como parte del sistema médico, y un paciente, el apego que se dé por parte del cuidador depende en gran medida en cómo

ha desarrollado su apego hasta la actualidad, debido que mostrará qué percepción posee ante el enfrentamiento de eventos estresantes, por ejemplo, a la muerte de un paciente. En el caso de un apego seguro, las personas se ven preparadas en mayor medida en afrontar un momento estresante de una manera más constructiva de modo que pueda mejorar su bienestar y su adaptación a la ocasión, llevándolos a la aceptación y resignación; sin embargo, ante un apego inseguro, fuera ambivalente o evitativo, la persona ante un evento estresante se vuelve un factor de riesgo ocasionando un afrontamiento negativa e inadecuado, provocando que el cuidador se resista ante el evento e incluso su huida, afectando en sí mismo su estado de ánimo y desgaste por no obtener los resultados esperados.

1.03.4. Resiliencia

La resiliencia, considerado un término extraído de la física que se ha incorporado a las ciencias que estudian la conducta y la psicología humana, se define como la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona más bien con el poder ‘de rebotar y recuperarse’. (Arana, 2018)

En el proceso de construcción de diferentes experiencias, se encuentran las adversidades, suponen ser situaciones críticas que se presentan ante la persona, dichas situaciones significan un proceso de vida la cual puede dar paso a la producción de un evento traumático, sin embargo, el ser humano se ve inmerso en el desarrollo de habilidades y capacidades que pueden llegar a ayudarlo a impulsarse por sobre la adversidad.

Según la Real Academia Española, la resiliencia es la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.

Desde el punto de vista psicológico, la resiliencia se trata de una capacidad humana que se ve adquirida por medio de la interacción entre el entorno y el propio individuo, al tratarse de una capacidad que es aprendida y adquirida, resulta ser diferente para cada persona que se ve sujeta a la influencia de

diferentes factores, como lo son el contexto de la persona, la etapa en la que vive, las circunstancias y naturaleza de un trauma.

Es la resiliencia entonces una forma de adaptación que tiene la persona para la resistencia y superación de un evento traumático, no sólo en sentido de afrontamiento, sino que también a la mejoría y aprendizaje de dicho evento

Menciona Lamas en su artículo los atributos de la resiliencia formulados por varios autores:

- Introspección: La capacidad de autocrítica, es decir de observarse a sí mismo y al entorno, hacer cuestionamientos profundos y dar respuestas honestas.
- Independencia: La capacidad para ver objetivamente los problemas o las situaciones, establecer límites sin dejarse apasionar o influenciar por sus propios mapas.
- Relación: La capacidad para brindar, sostener y establecer relaciones de confianza y solidaridad fuertes y de largo plazo con otras personas o grupos.
- Iniciativa: La capacidad para autoexigirse, apersonarse de su responsabilidad, de sus decisiones y consecuencias.
- Humor: La capacidad de afrontar las situaciones en forma lúdica y divertida, encontrando en la crisis una fuente de inspiración.
- Creatividad: La capacidad de establecer y crear orden y nuevos modelos a partir de la confusión.
- Moralidad: Dar sentido trascendente a las actuaciones, dando y deseando a otros el bien propio.

Dentro de las investigaciones adelantadas se ha establecido que estos atributos o factores conforman al operar integradamente un sistema de protección que fortalece el análisis y la toma de decisiones (en el

sentir, pensar y actuar) pero que sobre todo crea una plataforma o un mapa para enfrentar la crisis que se enriquece permanentemente. (Lamas, 2012)

1.03.5. Ideas preconcebidas

Se considera como preconcebido a dicho de una idea, de una teoría, etc., formada sin juicio crítico y sin tener en cuenta los datos de la experiencia. Se deja llevar por ideas preconcebidas.

Una idea preconcebida es aquella que usamos cuando formamos una opinión con respecto a algo, sin haber conocido, experimentado o estudiado sobre el tema. De manera que se forma una opinión en base al poco conocimiento o el conocimiento superficial que se tiene sobre un tema, sin embargo, la opinión descrita sin poca información no resulta ser algo concluyente y se le considera de carácter temporal, debido a que es necesario conocer a profundidad los datos que conforman cierto tema.

Es importante reconocer que las ideas preconcebidas tienen fuerte relación con los prejuicios, puesto que un prejuicio es un conjunto de convicciones en las cuales se tiene formado un concepto o un juicio previo ante una idea, un objeto o una persona, se considera que el prejuicio se llega a desarrollar de manera inconsciente y de esa manera se distorsiona la percepción realista hacia un objeto.

Sin embargo, una idea preconcebida no es un prejuicio en lo que respecta a su definición, debido a que el prejuicio se enfoca de cierta manera hacia una actitud más negativa, sin basarse en una fundamentación objetiva, dando como resultado una conducta usualmente más hostil hacia la persona o el objeto al que se tiene prejuicio.

En el caso de una idea preconcebida, no necesariamente es de carácter negativo, puesto que se trata del desconocimiento de un tema, por lo que se formula un pensamiento subjetivo basado solamente en creencias y una manera de simplificar la realidad, surgen de manera espontánea y si no se tiene con contacto con la información real, corre el riesgo de mantenerse.

1.03.6. Prevención

Cuando se da un proceso activo y asertivo para la creación de condiciones y atributos personales que lleguen a promover el bienestar de las personas se le conoce como prevención. La prevención no se fija nada más en cosas negativas a evitar, sino que se centra también en la creación y en mantener el bienestar de la persona para la creación de entornos saludables y que puedan ser capaces de crear dichos entornos para poder conseguir bienestar.

A lo largo de la historia, existieron diferentes autores que hablaron sobre la prevención, cuáles eran sus alcances y funciones.

1. Eric Lindermann: Se le consideraba un pionero en el tema, se trataba de un psiquiatra. A partir de un incendio ocurrió en 1942, Lindermann junto a sus colaboradores se centraron en la realización de programas de salud mental las cuales se centran en brindar estrategias preventivas ante la pérdida de personas significativas, en la cual, mediante etapas, el doliente llegaría a progresar en el camino para la aceptación y resolver la pérdida. Lindermann creía que la intervención ante situaciones donde se ayudará a la gente afligida, se prevenía dificultades psicológicas posteriores.

2. Gerald Caplan: Miembro del hospital de Massachusetts y de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue considerado el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en psicopatología. Elaboró programas comunitarios sistemáticos con el fin de reducir las tensiones psicológicas y poder ayudar a los individuos y familiares para lograr adaptarse ante las dificultades que presenta la vida. Habla que existen tipos de prevención.

- a. Primaria: Es un concepto comunitario; implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un periodo dado, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad (Kaplan, 1985). Se orienta al trabajo previo a un problema, es decir

donde se busca reducir la incidencia de que este ocurra. De manera que, al no haber aparecido un problema, se trata de evitar que las personas con las que se trabaja se vean envueltas en él.

b. Secundaria: Una vez ocurrido el problema o suceso, este tipo de prevención busca acortar la duración del problema, no solo evitando que pudiera agravarse, sino que se reduzca su prevalencia. En dicho tipo es donde normalmente se sitúan la Intervención en Crisis, la cual es una intervención de urgencia.

c. Terciaria: Se enfoca en la búsqueda de reducción de secuelas y de las consecuencias más negativas del problema, es decir que trabaja cuando el problema ya se ha presentado, sin embargo, busca evitar que este se agrave y pueda reducirse posibles secuelas.

Si bien el enfoque que se tiene con la prevención es el actuar previo a un problema o evitar que él mismo empeore, la presión y demanda social que existe, exige que existan resultados inmediatos, y que estos sean visibles, por lo que, al tratarse de un trabajo previo a algo, se dificulta que los resultados puedan presentarse de manera inmediata.

Se considera que la prevención puede presentarse en dos ámbitos en especial:

- Promoción de la salud: La OMS lo define como, el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Es decir, que la promoción de la salud es una estrategia en la cual se fomenta cambios en el ambiente en el cual la salud pueda potenciarse, protegerse y mejorarse. La promoción de la salud se ve nutrida por distintas disciplinas como la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. La OMS elaboró principios generales sobre la promoción de la salud:
 - Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.

- Combinar métodos o planteamientos diversos, pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

- **Protección de la salud:** Se entiende como, la garantía que la sociedad otorga por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de algunos de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. Es decir que la protección de la salud es una forma de resguardo de la salud, donde se brinda el acceso a niveles adecuados de cuidados de salud, siendo este un derecho que la sociedad debe proveer a cada individuo, de manera que se debe orientar a que la salud sea universal, proveyendo calidad, oportunidad y acceso a las personas, familias y comunidades completas.

1.03.7. Práctica profesional

La Real Académica Española, según uno de sus conceptos define práctica como, el ejercicio que bajo la dirección de un maestro y por cierto tiempo tienen que hacer algunos para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión.

Un practicante se trata de alguien que se encuentra trabajando en un conjunto de actividades de forma temporal y como un proceso de entrenamiento y aprendizaje laboral. Estas prácticas de formación profesional les proveen a los estudiantes practicantes diferentes tipos de oportunidades para el ambiente laboral, tal y como la creación de una red de contactos, el ganar cierto nivel de experiencia, también establecer su interés sobre alguna carrera o especialización en particular, incluso llegar a ganarse méritos en el ámbito escolar.

Las prácticas profesionales suelen contar con remuneración económica, en casos específicos estas pueden llegar a ser parcial o totalmente pagadas, todo dependiendo del lugar o institución en el cual sean realizadas. De la misma manera, se verá enlazado el horario en el cual el practicante realiza sus actividades, puesto que puede ser de medio tiempo o tiempo completo según sean las necesidades solicitadas.

Al ser un practicante profesional en formación, este se ve enfrentándose a diferentes obstáculos que no solo buscan proveer un entrenamiento y creación de experiencias, sino una preparación a lo que en el ámbito laboral se verán enfrentando, de manera que en la misma identificar si son realmente aptos a dicha profesión. De manera que al momento de la realización de estudios que se realicen sobre este grupo en particular, tienen como objetivo el investigar como factores que son parte de la carrera en la cual realizan la práctica llegan a afectar su desarrollo y estabilidad sobre la misma práctica, verificando también que tan preparados pueden estar para enfrentar y afrontar las dificultades que se les vayan presentando.

1.03.7.1. Práctica hospitalaria

Se entiende por práctica hospitalaria al ejercicio práctico por el cual se aplican los conocimientos adquiridos para desarrollar las destrezas y habilidades de la atención directa al paciente y sus afecciones, al mismo tiempo que se aprende el funcionamiento, tanto médico como administrativo y de infraestructura de un hospital.

En Guatemala el ente estatal rector de la práctica hospitalaria de estudiantes universitarios del Área Salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se rige por el Acuerdo Ministerial 153-2016 y por la Normativa de Práctica de Estudiantes de Grado de la Carrera de Medicina en los Hospitales de la Red de Servicios de Salud.

Según Acuerdo Ministerial 153-2016 se establece que el Estado debe velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención,

promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarse el más completo bienestar físico, mental y social.

Los acuerdos constituidos son:

- Artículo 1. APROBACIÓN: Aprobar la Normativa de Práctica de Estudiantes de Grado de la Carrera de Medicina en los Hospitales de la Red de Servicios de Salud, propuesta por la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y Sector Salud, la cual tiene por objeto regular la actuación general de los estudiantes de las escuelas públicas y privadas que imparten la carrera de medicina.
- Artículo 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La Normativa de Práctica de Estudiantes de Grado de la Carrera de Medicina en los Hospitales de la Red de Servicios de Salud, será cumplida por el personal de la carrera de medicina de las instituciones formadoras legalmente autorizadas, el personal de enfermería de la red de servicios de salud y estudiantes de enfermería de los diferentes niveles de formación.
- Artículo 3. VIGENCIA: El presente Acuerdo Ministerial empezará a regir inmediatamente y deberá notificarse a las dependencias correspondientes.

Según la Normativa de Práctica de Estudiantes de Grado de la Carrera de Medicina en los Hospitales de la Red de Servicios de Salud, los estudiantes inscritos en las universidades autorizadas para funcionar en el país realizan sus actividades académicas en las diferentes instituciones de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que es necesario la elaboración de una normativa para el adecuado desarrollo de éstas, en la práctica.

Considerando el valor profesional y académico de los grados en ciencias médicas desarrollados en la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y con el objetivo de garantizar el énfasis académico en la formación de médicos generales, así como evitar el alto costo social y en salud integral de los estudiantes inscritos oficialmente en la carrera de medicina de cualquiera de las universidades

autorizadas en el país, que desarrollan sus actividades académicas en los diferentes servicios de la red nacional de servicios de salud, producto de largas jornadas laborales ordinarias y extraordinarias.

1.03.8. Consideraciones éticas

Para la realización de la presente investigación, fue necesario la realización de diferentes instrumentos para la recaudación de información del estudio. De manera que, se realizó un consentimiento informado, tratándose de un documento informativo, donde principalmente se informó a las personas participantes sobre el tema y objetivos de investigación. En dicho documento, los participantes aceptaron y firmaron los lineamientos establecidos, donde ellos autorizaron la utilización de la información recabada durante el estudio.

El consentimiento informado también contempla la participación de manera voluntaria y el poder abandonar ser parte de la investigación con toda libertad, donde la persona otorgó el permiso de que, en pleno uso de razón, se utilice la información que provea por medio de los diferentes instrumentos de investigación

Es parte de la ética profesional informar a cada participante los objetivos, para hacer de su conocimiento el estudio al cual participó y la información que se necesitó de su parte. Se tomó en cuenta para el consentimiento informado los siguientes principios éticos:

Principio de Beneficencia: Como principio ético, el investigador asegura que el objetivo de estudio busca un beneficio para la sociedad, al mismo tiempo, se responsabiliza de no hacer ningún daño a los participantes del estudio.

Principio de Autonomía: Se indica que los participantes son parte del estudio de manera voluntaria y que nadie les está obligando a ser parte de la investigación, donde tiene la libertad de decidir abandonar en el momento que lo desee.

Principio de Integridad: El mayor y único interés es el cumplimiento de los objetivos de investigación, el estudio es transparente, puesto que no buscará robar ni engañar a ningún participante.

Principio de Confidencialidad: Es de suma importancia la protección de los participantes para evitar futuros perjuicios, de manera que la identidad de cada persona participante debe ser confidencial a cualquier nivel del estudio.

Lo anteriormente expuesto queda constatado dentro del consentimiento informado (anexo 1), el cual se le entregó a cada participante al momento previo de la entrevista. Una copia se les entregó para que puedan verificar la información. El original quedó archivado como base de datos de la presente investigación.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01. Enfoques y modelo de investigación

Una investigación con enfoque mixto se refiere a una integración sistemática tanto del método cualitativo como el cuantitativo con el fin de poder obtener una concepción más completa del fenómeno que se decidió a investigar. La utilización conjunta de ambos métodos significa que se usa de tal manera que sus estructuras y procedimientos correspondientes se conservan.

El enfoque mixto se desarrolla a partir de ambos paradigmas, que, si bien cada uno es distinto, estos llegan a complementarse al momento de la práctica, es decir en el momento de la realización de recolección y análisis de información de datos cualitativos y cuantitativos.

La implementación del enfoque mixto llegó a permitir que se lograra una perspectiva que resulte más amplia y con una indagación más profunda de un fenómeno, de manera que permitió una mejor exploración de los datos.

La hipótesis planteada en el trabajo de investigación fue que: todos los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que realizan práctica hospitalaria en el área de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, poseen un protocolo de abordaje psicológico ante la muerte de un paciente.

2.02. Técnicas

2.02.1. Técnicas de muestreo

Para la presente investigación se utilizó el tipo de muestreo intencional o de juicio, debido a que se buscaba identificar en entre los estudiantes practicantes de medicina, quienes han tenido experiencia ante

el fallecimiento de un paciente, la forma en que ellos afrontan la muerte de un paciente y con ello determinar si existe un abordaje y preparación adecuada al momento de afrontar esta situación.

Los criterios de inclusión fueron:

- Edades de entre 20 a 40 años.
- Hombres y mujeres estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en Medicina Interna.

2.02.2. Técnicas de recolección de datos

Al tratarse de una investigación de tipo mixto, se utilizaron 3 cuestionarios autoadministrados y anónimos con preguntas estructuradas, semiestructuradas y abiertas que permitieron un relato extenso de la situación percibida ante la muerte del paciente y que más lo afectó. Del relato se hizo un análisis descriptivo mediante la codificación del texto en unidades de significado y un análisis estadístico descriptivo de estas unidades.

2.02.3. Técnicas de análisis de datos

La presente investigación se caracterizó por ser un estudio de carácter descriptivo donde únicamente se pretendió identificar cual es la percepción del estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, específicamente de los estudiantes practicantes del área de medicina interna del hospital Roosevelt sobre la pérdida de un paciente. En este sentido los datos fueron organizados y presentados por medio de la estadística inferencial a través de una tabla de frecuencia donde se identifica:

Media, moda, mediana

Estos datos permitieron la obtención de la frecuencia mediante la siguiente fórmula:

$$f_1 + f_2 + f_3 + \dots + f_n = N$$

La suma de las frecuencias absolutas es igual al número total de datos, que se representa por N. Para indicar resumidamente estas sumas se utiliza la letra griega Σ (sigma mayúscula) que se lee suma o sumatoria.

$$\sum_{i=1}^{i=N} f_i = N$$

Y las gráficas de pastel que evidencian el porcentaje de las respuestas obtenidas a la muestra poblacional.

2.03. Instrumentos

Cuestionario “Afrontamiento de la muerte de un paciente”: Se aplicó un cuestionario, el cuestionario se realizó de forma anónima con preguntas estructuradas, semiestructuradas y abiertas que permitieron un relato de la situación percibida ante la muerte del paciente y que más le afectó. Del relato se hizo un análisis descriptivo mediante la codificación del texto en unidades de significado y un análisis estadístico descriptivo de estas unidades.

Adicional se utilizó el cuestionario de apego adulto de Hazan y Shaver, 1987. Adaptación al castellano, S. Yárnoz Yaben, 1988 y el cuestionario de relación de Bartholomew y Horowitz, 1991 Adaptación al castellano de I. Alonso-Arbiol y S. Yárnoz-Yaben, 2000. Estos se utilizaron para evaluar la relación de apego que los practicantes presentan con su entorno para determinar variaciones en los resultados.

2.04. Operacionalización de objetivos, categorías/variables

Objetivos/hipótesis	Definición conceptual variables	Indicadores	Técnicas/ instrumentos
Establecer si el fallecimiento de un paciente es significativo dentro de la práctica hospitalaria, conociendo la relación que tiene en la formación	Relaciones multivariadas: Se trata de las relaciones que existen entre un conjunto de categorías o variables.	<ul style="list-style-type: none"> ● Relación hospitalaria. ● Relación paciente. ● Relación profesional. 	Cuestionario “Cómo afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en

<p>profesional y crecimiento personal del practicante.</p>			<p>Medicina Interna del Hospital Roosevelt.”</p> <p>Cuestionario del apego adulto.</p>
<p>Determinar si los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas que realizan práctica hospitalaria en Medicina Interna en el Hospital Roosevelt poseen algún tipo de mecanismo para el afrontamiento de la muerte de un paciente.</p>	<p>Mecanismos o estrategias de afrontamiento: Se trata de un conjunto de respuestas específicas, sean pensamientos, sentimientos y/o acciones, que utiliza un sujeto para la resolución de situaciones que le resulten problemáticas y puedan provocarle alguna tensión o estrés, de manera que dichos mecanismos tienen como función la reducción del estrés o tensión provocado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mecanismos o estrategias centradas en el problema. ● Mecanismos o estrategias centradas en la emoción. 	<p>Cuestionario “Cómo afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en Medicina Interna del Hospital Roosevelt.”</p>
<p>Determinar si los mecanismos de afrontamiento que utilizan los estudiantes que realizan práctica en el hospital Roosevelt son efectivos.</p>	<p>Dependiendo de la situación, el sujeto puede reaccionar de diferente forma ante distintas situaciones.</p>		<p>Cuestionario del apego adulto.</p>
<p>Todos los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que realizan práctica hospitalaria en el área de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, poseen un protocolo de abordamiento psicológico</p>			<p>Cuestionario de Relación.</p>

ante la muerte de un paciente.			
Comparar resultados obtenidos entre la población de estudiantes que enfrentaron el fallecimiento de un paciente en contraposición de los que no han tenido experiencia.	<p>Experiencia del fallecimiento de un paciente: Confrontación de la muerte de un individuo que se encuentra a cargo de personal de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Quienes han experimentado o la muerte de un paciente. ● Quienes no han experimentado o la muerte de un paciente 	<p>Cuestionario “Cómo afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en Medicina Interna del Hospital Roosevelt.”</p> <p>Cuestionario de Relación.</p>

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de resultados

3.01. Características del lugar y de la muestra

3.01.1. Características del lugar

El Departamento de Medicina Interna es una Unidad División de Servicios Médicos de Atención Directa dentro del Hospital Roosevelt, dicho departamento se encarga del desarrollo de actividades y proporcionar acciones inherentes al campo de la Medicina y de sus diferentes especialidades, a la población que no se encuentra protegida por el régimen de Seguridad social.

El Departamento de Medicina Interna llega a contar con un total de entre 60 y 68 estudiantes externos como máximo, rotando en los servicios del Hospital Roosevelt:

- Encamamiento general.
- Camillas de emergencia.
- Emergencia de adultos.
- Observación de adultos.

Por lo tanto, el Departamento de Medicina Interna participa en acciones tanto docentes, asistenciales como de investigación, para mejorar los índices de morbimortalidad actualmente existentes en la población guatemalteca.

3.01.2. Características de la muestra

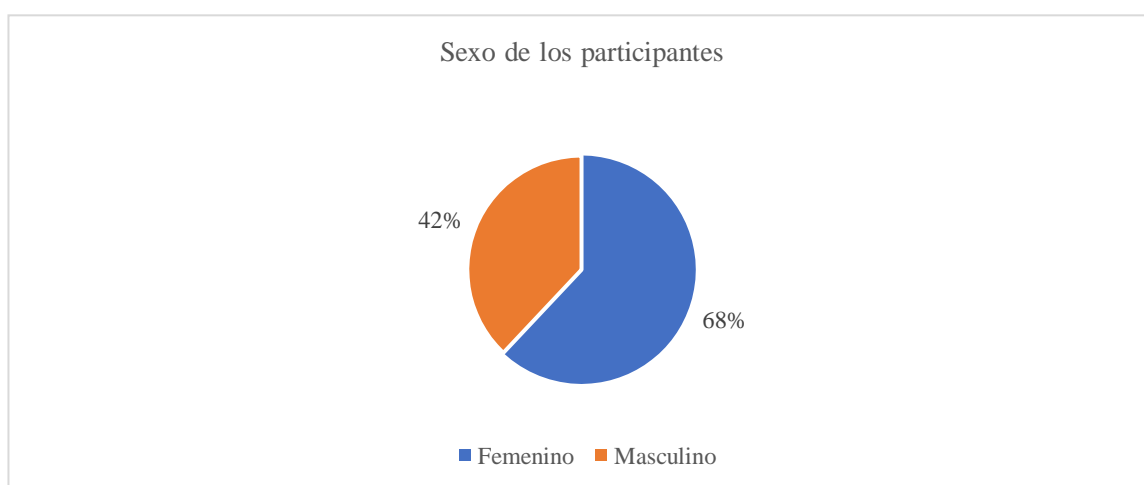
Los siguientes criterios de inclusión fueron utilizados para la elección de la muestra:

- Edades de entre 20 a 40 años.
- Hombres y mujeres estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en Medicina Interna.

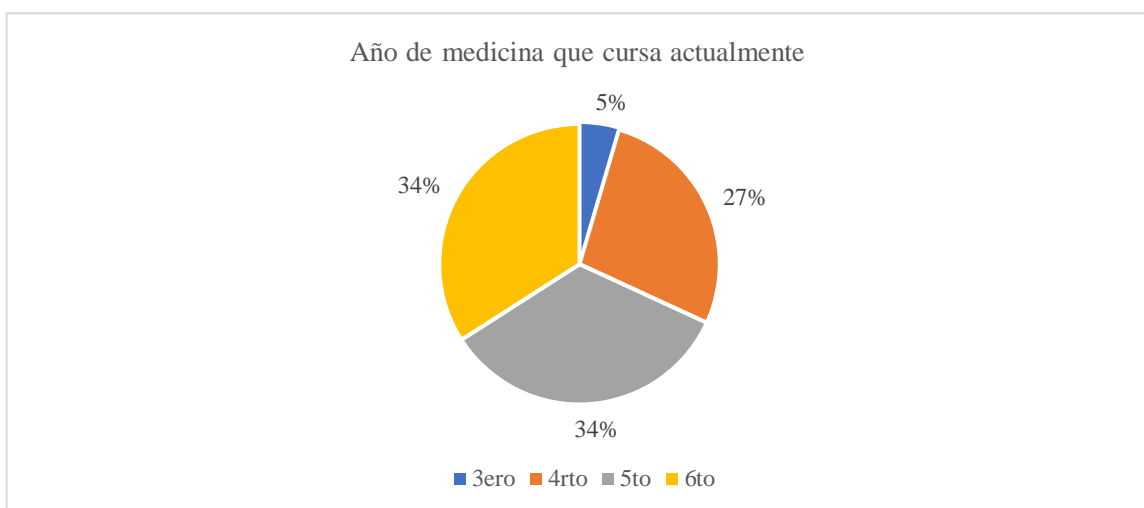
Estos criterios se determinaron debido a las consultas previas del área de muestra, que reveló una consistente población con dichas características, lo que proporcionó un acercamiento a los criterios de una población estándar.

3.02. Presentación e interpretación de resultados

El total poblacional se dividió en un 42% de personas de sexo masculino y un 68% de sexo femenino (Ver Grafica 1). En el estudio que fue realizado en el año 2021, se evidencia que el 68% de la muestra correspondió a los practicantes de 5to y 6to año, cada uno con 34%. (Ver Gráfica 2).

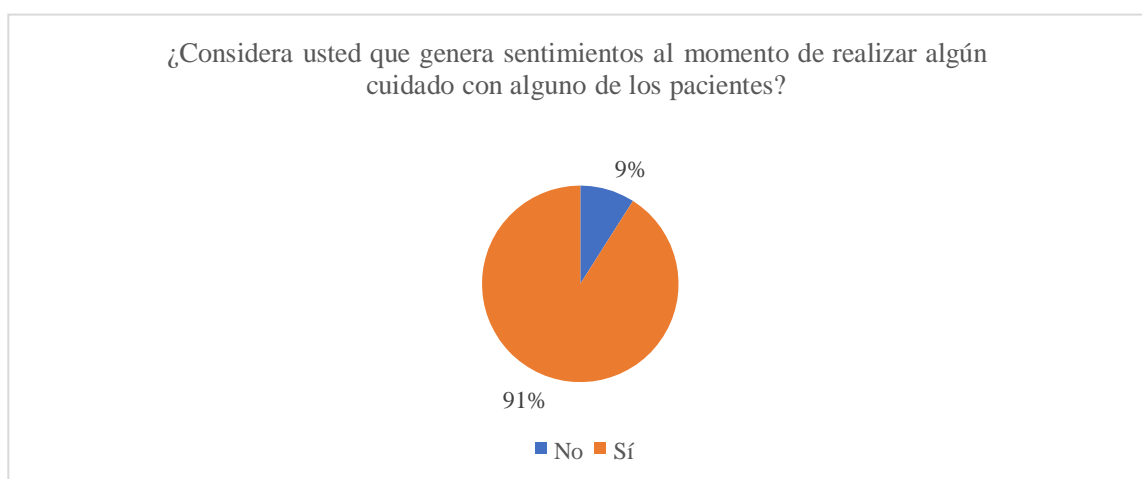


*Gráfica 1 Sexo de los participantes.

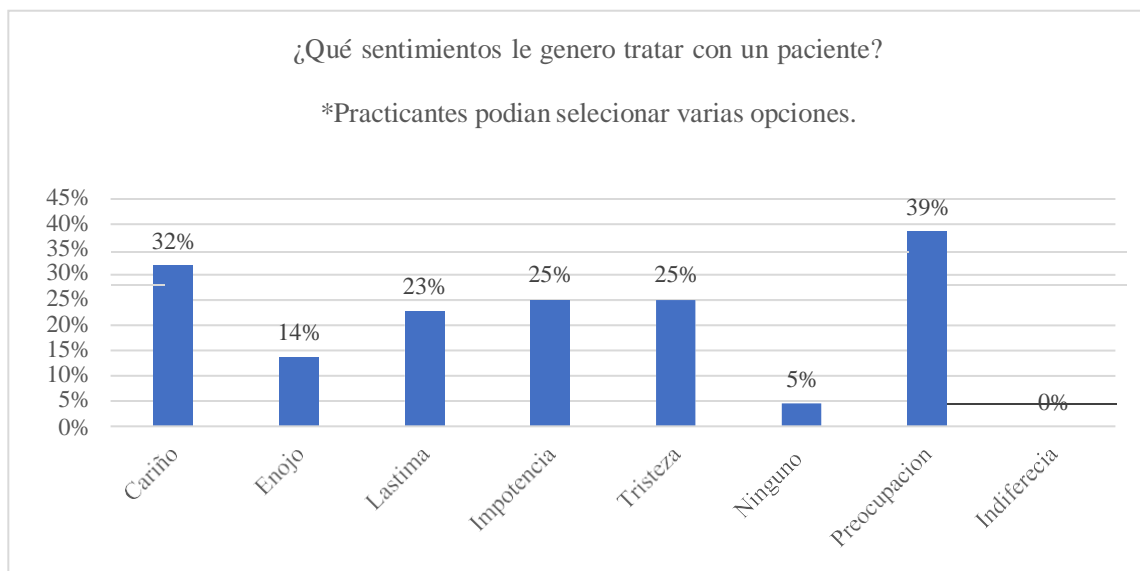


*Gráfica 2 Año de medicina que cursan los practicantes.

En el proceso de interrelación de los seres humanos se generan conexiones constantemente, las cuales son originadas por los sentimientos, estos facilitan el proceso de empatía y apego, los seres humanos se enfrentan a constantes desafíos, toma de decisiones en momentos críticos y sus repercusiones. Los sentimientos, emociones y apego que puede llegar a generar un paciente pueden cambiar su calidad de vida durante la recuperación, puesto que, según la teoría de John Bowlby (1978), si la figura de apego se encuentra accesible y responde, la conducta de la persona puede adaptarse y brindar mayores atenciones y cuidado a la figura de apego de cómo lo realizaría en una situación neutra. Por esta razón, se comprobó, que pueden llegar a generarse sentimientos durante el proceso de recuperación dentro de la relación cuidador – paciente y se identifica que el 91% (Ver Gráfica 3) de la población presentó sentimiento por sus pacientes durante el proceso de recuperación. Dentro de los sentimientos expresados por los practicantes de medicina, el sentimiento que más predominó fue la preocupación por el estado del paciente con un 39% seguido de sentimientos de cariño, con un 32%, esto ayudó a determinar que existe un apego positivo al paciente en 3 de cada 5 médicos. Se evidenció adicionalmente, que los médicos también atraviesan por sentimientos de impotencia 25% y enojo 14% (Ver Gráfica 4), los cuales corresponden a los sentimientos de no poder ayudar más al paciente y la mayoría indica que tienen la percepción de consideran a este como un proceso natural, ciclo de la vida. (Ver Mapa Mental 1)



**Gráfica 3

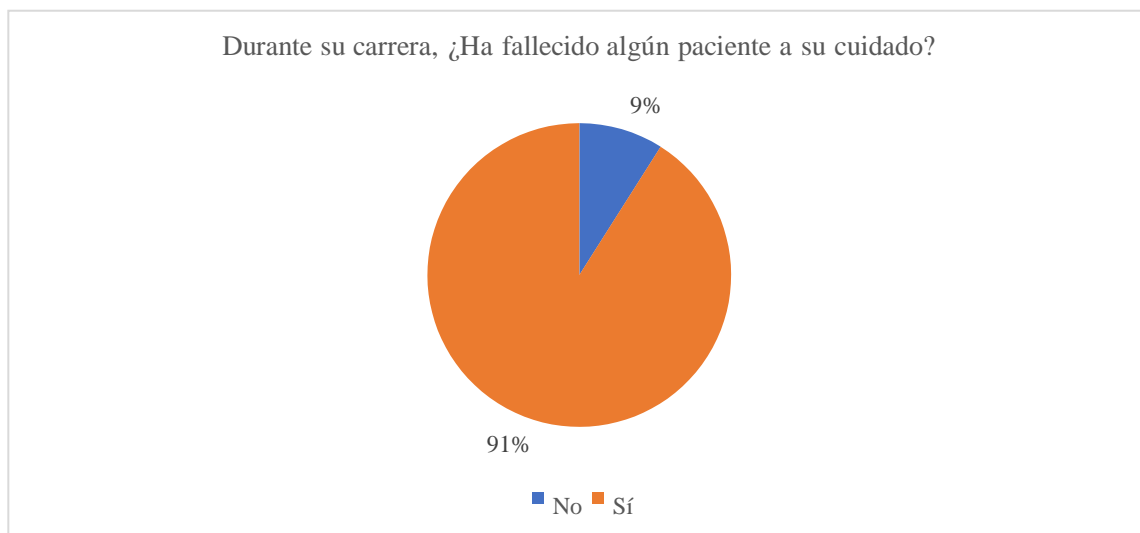


**Gráfica 4



** Mapa Mental 1

La muerte es un proceso natural de todo ser humano, Viktor Frank (2011) hace referencia a que existe 3 rasgos inherentes a la muerte, la temporalidad, la finitud y la irreversibilidad, La muerte es aún un tema considerado como tabú del cual es aún difícil hablar o compartir, Freud mencionaba que el ser humano llega a adoptar una actitud extraña a la muerte, donde se es consciente que la muerte es parte de la naturaleza y que se debería estar preparado para tal suceso, puesto que es algo natural e inevitable, sin embargo, la persona se muestra también convencida de manera inconsciente, de una inmortalidad al verse alejado de la muerte, convenciéndose de que el riesgo de morir está alejado de la persona. Al hablar de un ambiente hospitalario en el cual la finalidad es preservar la vida, la muerte juega un papel fundamental en la vida del personal de la institución, el estudio reflejó que el 91% de los practicantes han perdido un paciente que se encuentre bajo su cuidado (Ver Gráfica 5), como sabemos atravesar el duelo de una persona con la cual se pudo entablar una relación durante un periodo de tiempo puede llegar a impactar en nuestras vidas, para los practicantes esto puede llegar a ser un tema crucial, debido a que su labor busca salvar vidas, y al momento de perder una de ellas podrían existir dudas acerca de la carrera elegida o su labor, el 64% de la población indica que la muerte de un paciente es considerada como un factor determinante en su carrera (Ver Gráfica 6), por esta razón se analizó la importancia del fallecimiento de un paciente, con la relación de la pérdida de los mismos y los sentimientos que esta genera, para poder tener una mejor orientación sobre las experiencias de los médicos y la frecuencia de esta confrontación.



**Gráfica 5

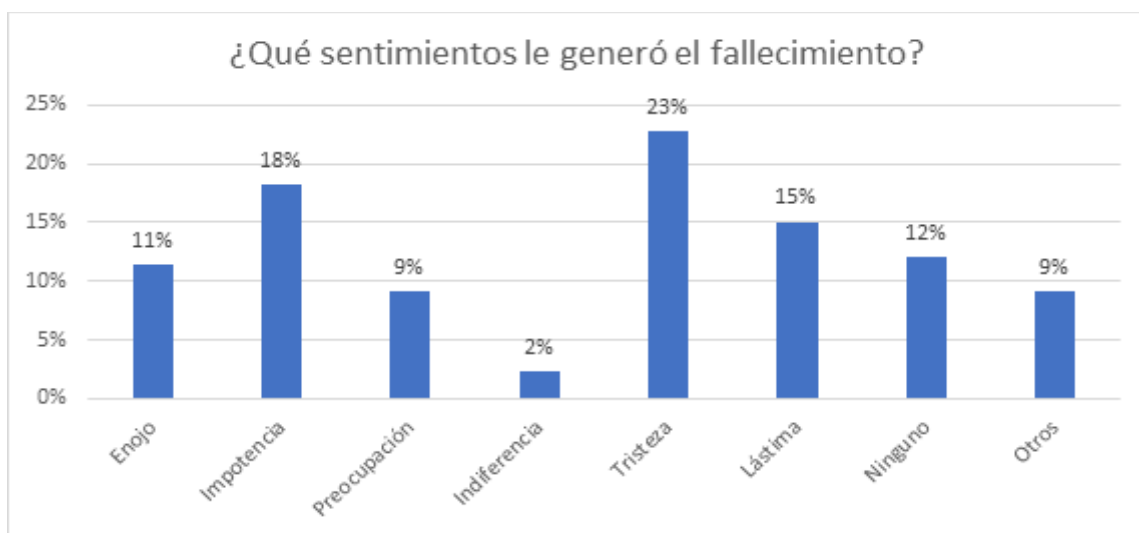
¿Considera que la muerte de un paciente sería un factor determinante en el abandono de su carrera?



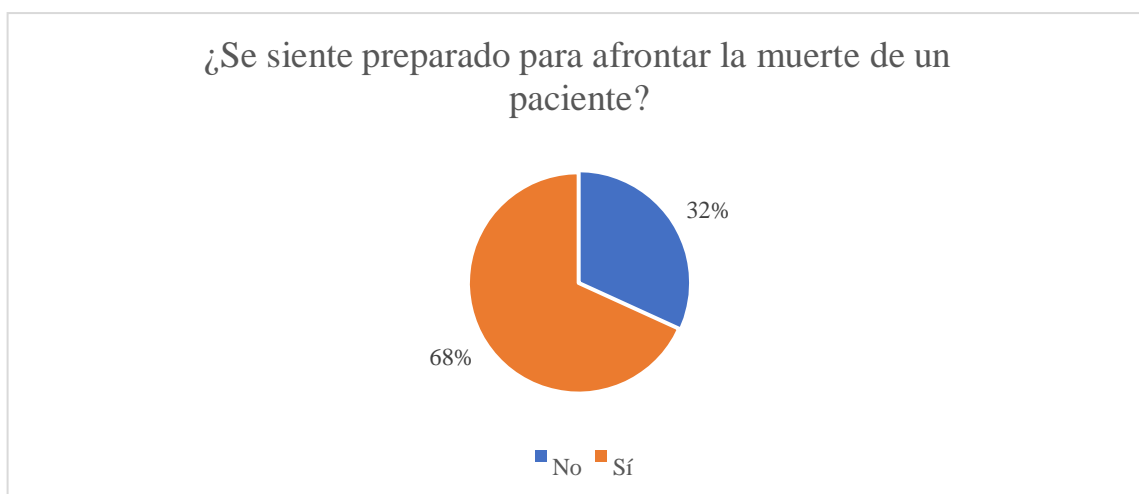
**Gráfica 6

Anteriormente se presenta la frecuencia y la importancia que tienen para los practicantes el fallecimiento de un paciente, según Nancy O'Connor (2014) la pérdida de una persona significativa en nuestra vida es una experiencia contundente que pueden modificar nuestro comportamiento, el duelo es un proceso que consta del momento de la afrontación de la pérdida. Durante este proceso se pueden experimentar varios sentimientos, dentro de los cuales los practicantes expresan que prevalecen la tristeza 23% por la pérdida y la impotencia 18% (Ver

Gráfica 7). La impotencia puede estar disfrazada de factores como el miedo a no poder salvar la vida del paciente, la frustración por la falta de equipo o insumos, entre otros, todos estos sentimientos. Los duelos pueden llegar a convertirse en traumas patológicos que afectaría el juicio de los practicantes y su desenvolvimiento durante su carrera, es por ellos que se investigó si ellos se sentían preparados para poder afrontar la muerte de un paciente, a lo cual el 68% de la población indicó que si se sentían preparados para manejar esta situación (Ver Gráfica 8). Es por eso que se indagó en qué métodos son los que los practicantes conocen y aplican o si tiene conocimiento de que institución los puede ayudar durante este proceso.

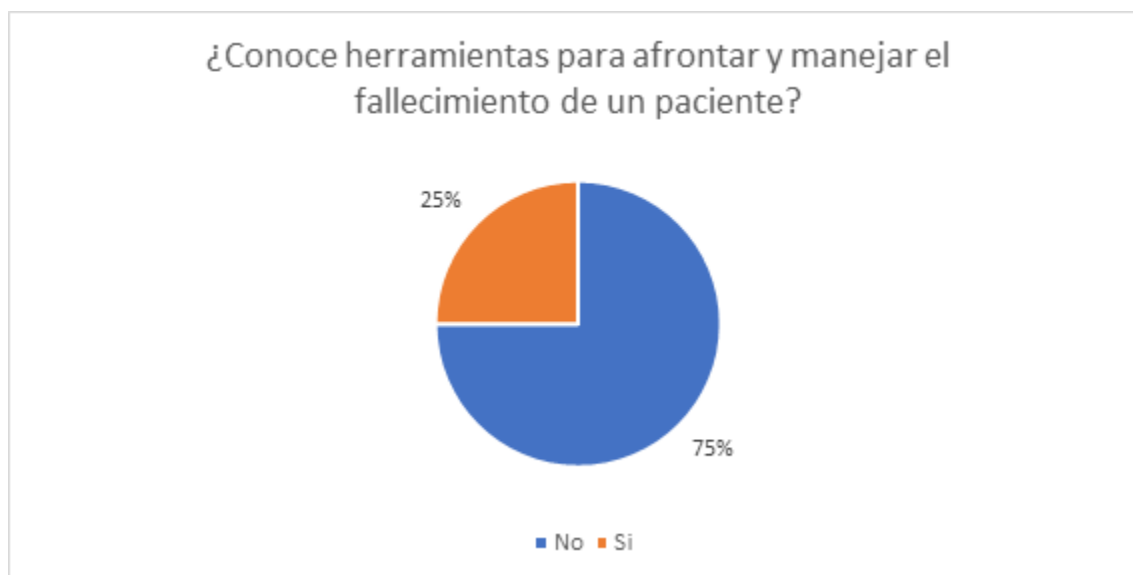


**Gráfica 7



**Gráfica 8

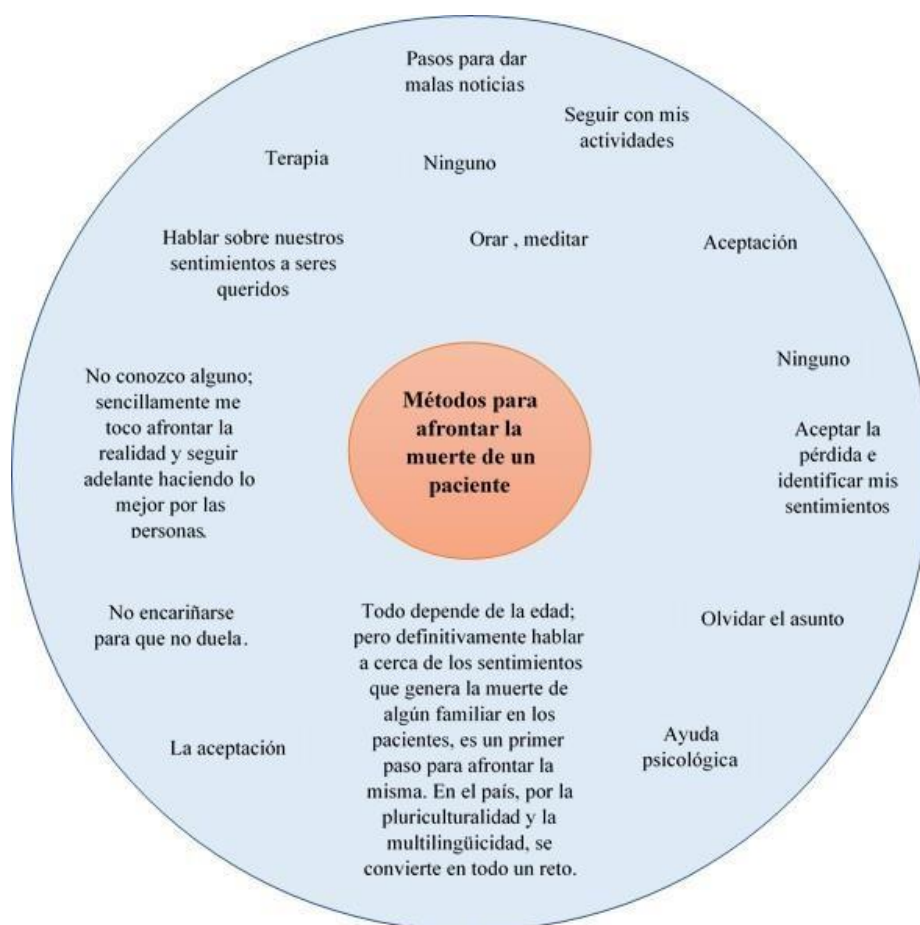
Al ser un practicante profesional en formación, este se ve enfrentándose a diferentes obstáculos que no solo buscan proveer un entrenamiento y creación de experiencias, sino una preparación a lo que en el ámbito laboral se verán enfrentando, de manera que en la misma identificar si son realmente aptos a dicha profesión. Sin embargo, un 90% de la población considera no tener el tiempo considerable para afrontar el fallecimiento de un paciente (Ver Gráfica 11). Como los practicantes se encuentran en constante labor, y no existe un tiempo determinado para afrontar el fallecimiento de un paciente, un 75% de ellos comentan no conocer herramientas que puedan serles de utilidad al momento de manejar el fallecimiento de un paciente, es decir, que un 25% conocen un método o se ven en la necesidad de desarrollar sus propios métodos (Ver Gráfica 9), de este 25% que conocen algún método, 75% consideran que el método que aplican les ha sido efectivo (Ver Gráfica 10). Tomando esto en cuenta, exponen que se debe afrontar la realidad, aceptar la situación y los propios sentimientos y seguir adelante, incluso algunos llegando a intentar olvidar la experiencia del fallecimiento o evitar todo tipo de apego para facilitar el proceso (Ver Mapa mental 2).



**Gráfica 9

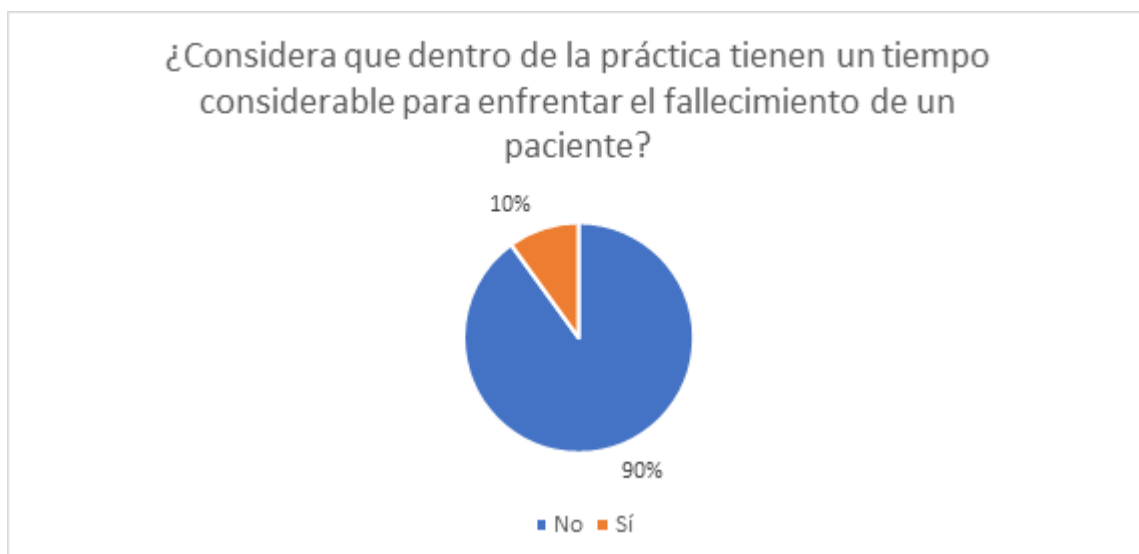


**Gráfica 10

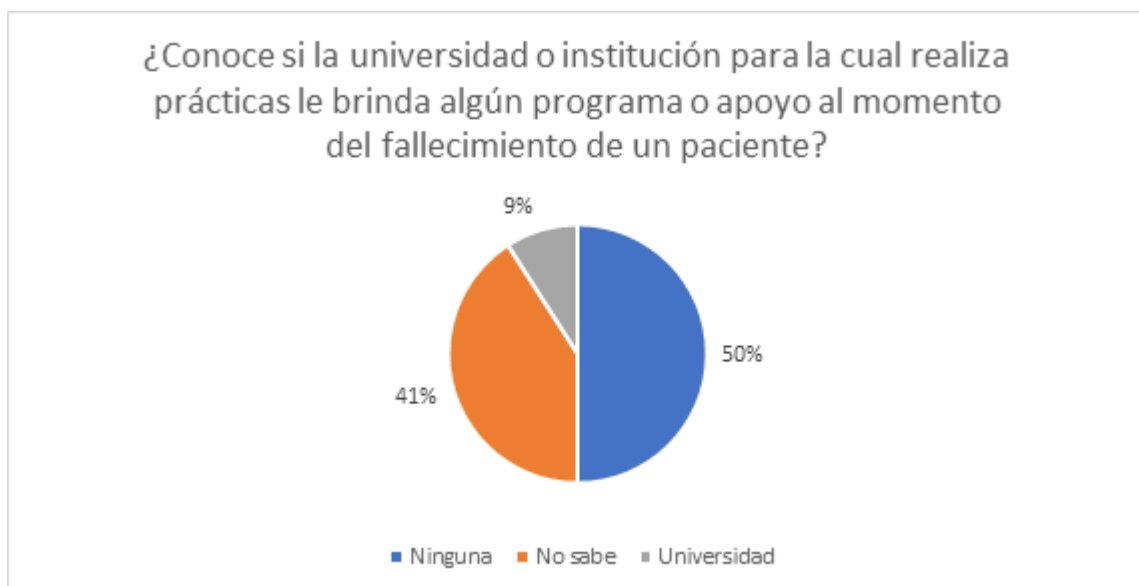


**Mapa mental 2

La OMS (2015) define la prevención como, la garantía que la sociedad otorga por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de algunos de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. Se refiere a que la protección de la salud es una forma de resguardo de la salud, donde se brinda el acceso a niveles adecuados de cuidados de salud, siendo este un derecho que la sociedad debe proveer a cada individuo, de manera que se debe orientar a que la salud sea universal, proveyendo calidad, oportunidad y acceso a las personas, familias y comunidades completas. De manera que, toda institución encargada de tratar personas debe brindar espacios adecuados para las demandas de salud con tal de que se pueda asegurar el resguardo de salud, esto incluyendo a aquellos trabajadores de la salud. No obstante, dentro de la población un 50% y 41% no sabe o expone que no existe un programa especializado que brinde ayuda o soporte al practicante al momento de fallecer un paciente (Ver Gráfica 12).

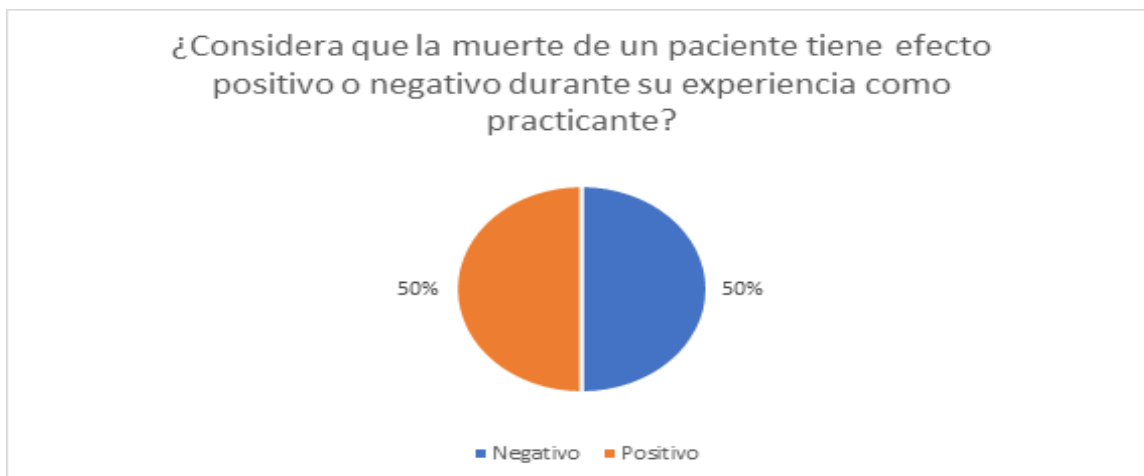


**Gráfica 11

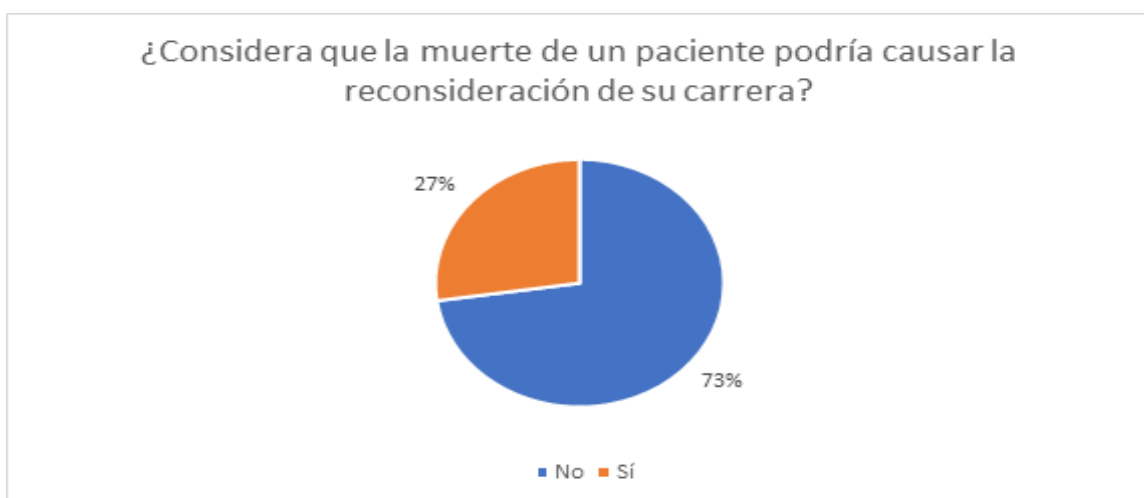


**Gráfica 12

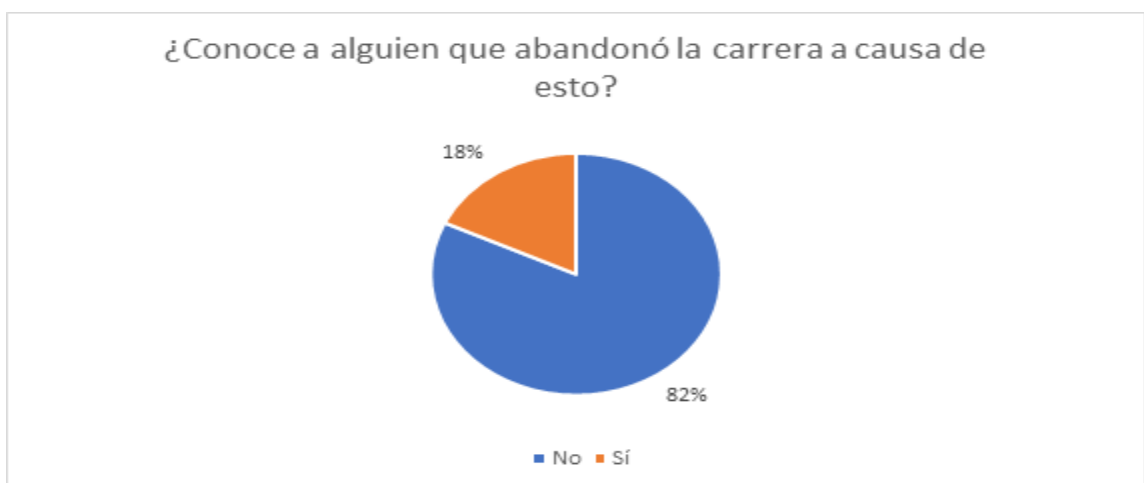
En el desarrollo de una relación entre un cuidador, entendiendo a este cuidador como parte del sistema médico, y un paciente, el apego que se dé por parte del cuidador depende en gran medida en cómo ha desarrollado su apego hasta la actualidad, debido que mostrará qué percepción posee ante el enfrentamiento de eventos estresantes, por ejemplo, a la muerte de un paciente. Es decir, que los practicantes, se ven influidos por el apego que llegan a desarrollar con sus pacientes, de manera que el evento de la muerte de uno de ellos, puede tener un efecto positivo o negativo en ellos. Un 50% considera que el fallecimiento de un paciente puede tener un efecto negativo durante su experiencia como practicante (Ver Gráfica 13), dada la carga emocional que esta pueda tener en ellos. Por lo mismo, un evento estresante como lo es la muerte de un paciente se puede volver un factor de riesgo que puede llegar a provocar un afrontamiento negativo e inadecuado, provocando en el practicante una resistencia al evento o incluso la huida, causando un desgaste emocional y afectando el mismo estado de ánimo, un 27% de la población que ha llegado a reconsiderar su carrera cuando se ha visto expuesto a dicho evento (Ver Gráfica 14). Al mismo tiempo, la población ha comentado que durante su proceso de prácticas, un 18% han llegado a conocer de alguien que ha dejado la carrera por el impacto que le ha provocado la muerte de un paciente (Ver Gráfica 15).



**Gráfica 13



**Gráfica 14

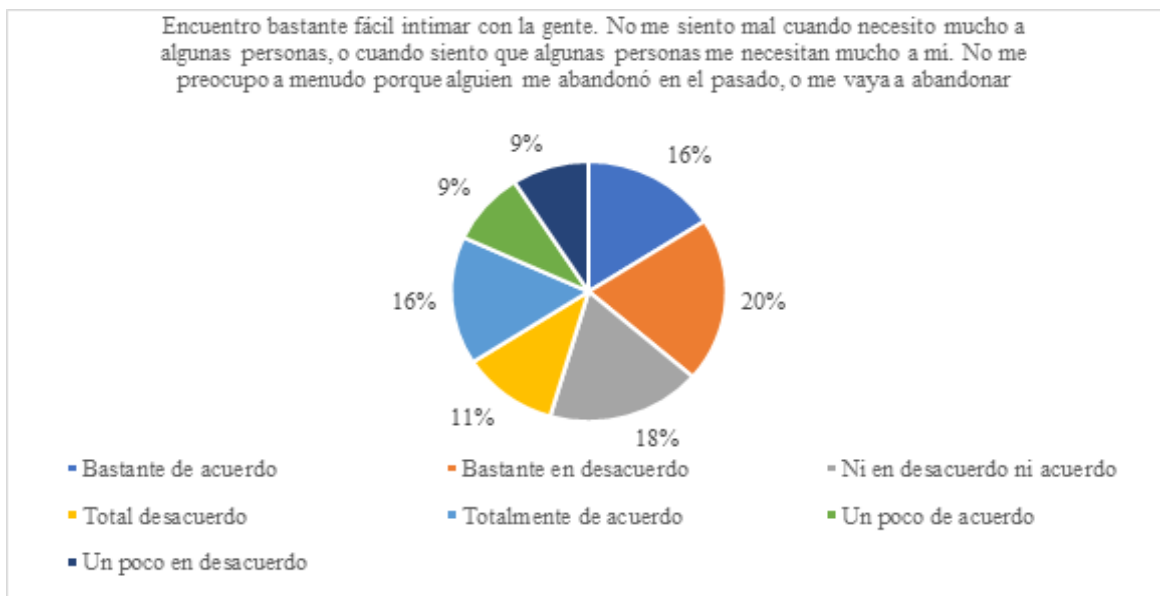


**Gráfica 15

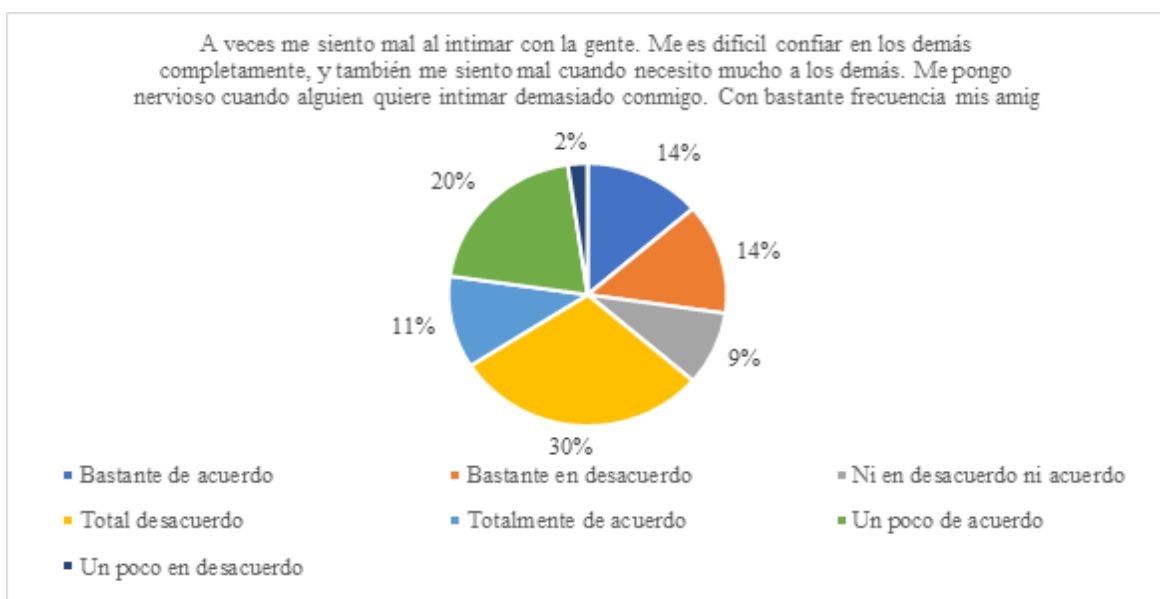
Cuestionario de Apego Adulto

Actualmente los estilos de apego se ven reflejados en una percepción sobre la accesibilidad y capacidad de respuesta a una figura de apego, de manera que la persona desarrolla en modo de reflejo del tipo de apego que han tenido desde la infancia en modo de una estrategia de cómo se organizan y regulan las emociones de uno mismo.

De esta manera, desde la perspectiva de los tres patrones descritos por Ainsworth (1978), en caso de una persona que desarrolló un tipo de apego seguro, no solo tendría una percepción positiva de sí misma, sino de su exterior, facilitando el contacto con quienes le rodean. Tomando en cuenta esto, un 42% se encuentran en el rango de estar de acuerdo en sentir comodidad en intimar y confiar con otras personas y tampoco se ven agobiadas por el acercamiento afectivo (Ver Gráfica 16). En caso contrario, tanto en el apego inseguro-ambivalente como en el inseguro-evitativo, la persona posee una percepción negativa de los demás, imposibilitando el contacto externo y la formación de lazos emocionales con su entorno, mostrando niveles de frustración ante la vulnerabilidad de sus relaciones. La población mostró un 64% en el rango de estar de acuerdo con no siempre sentirse en comodidad intimando con otras personas y que éstas busquen tener mayor cercanía, provocando nerviosismo y sintiéndose mal al sentir necesidad de cercanía con los demás (Ver Gráfica 17). Dentro de las percepciones negativas que una persona puede poseer de los demás cuando el apego es inseguro-ambivalente e inseguro-evitativo, se muestra ansiedad ante la ausencia o falta de contacto con los demás, y también actitudes posesivas o rechazo al contacto. Sin embargo, un 54% se encuentra en el rango de desacuerdo de llegar a sentirse rechazados por los demás o sentirse preocupados o dudosos por el cariño y cercanía que muestran los demás hacia ellos (Ver Gráfica 18).



**Gráfica 16



**Gráfica 17

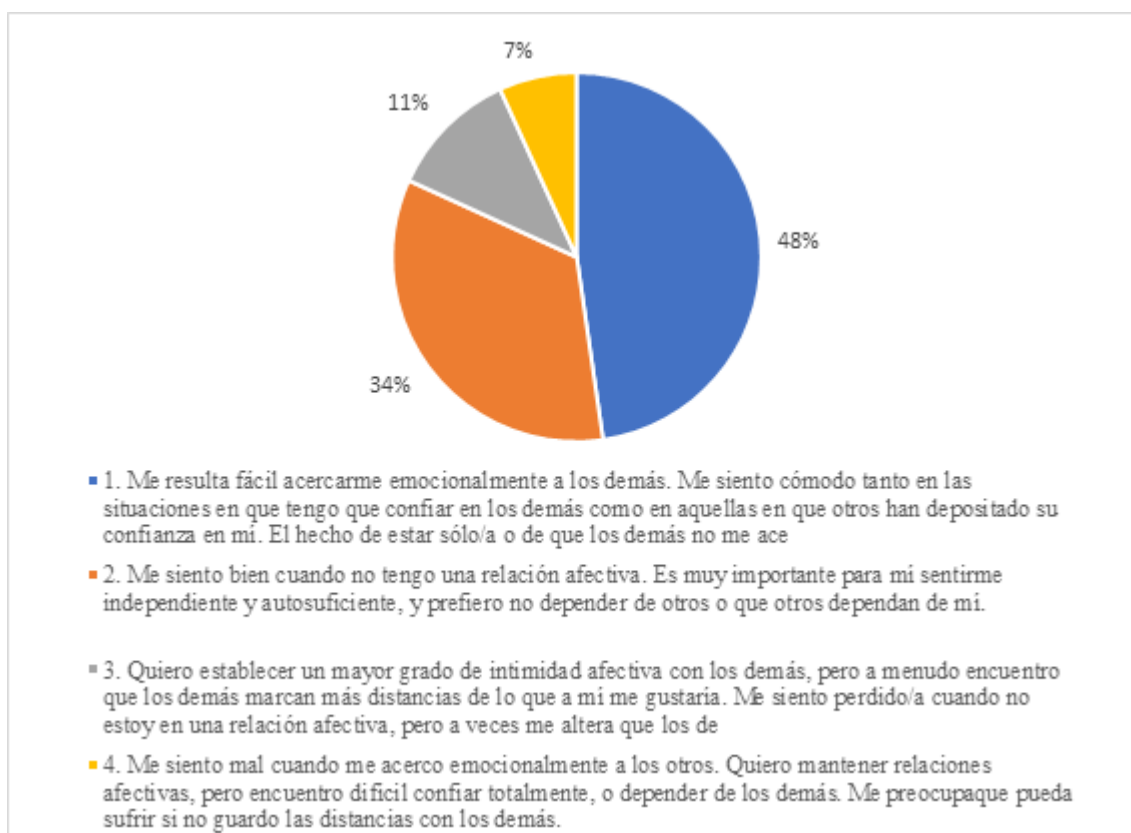


**Gráfica 18

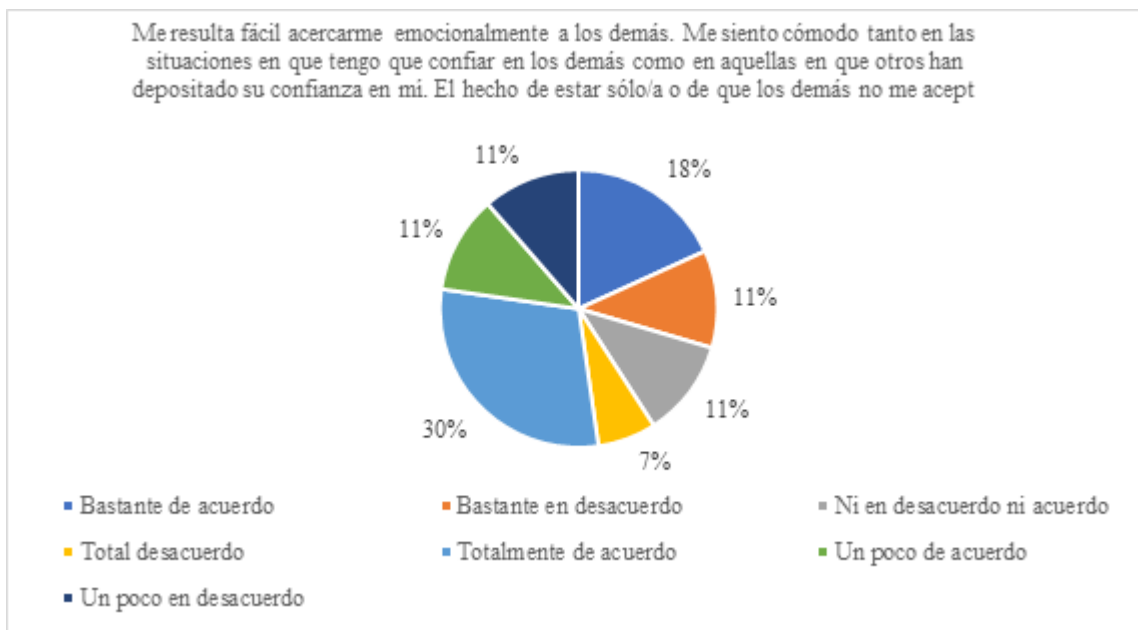
Cuestionario de Relación

Al desarrollarse una relación entre un practicante y un paciente, el apego por parte del practicante depende en gran medida en cómo ha desarrollado su apego hasta la actualidad, debido que mostrará qué percepción posee ante el enfrentamiento de eventos estresantes, por ejemplo, a la muerte de un paciente. El 48% y 34% consideran que no tienen problemas en acercarse emocionalmente a otros, también miran importante sentirse independientes y pueden estar solos sin dificultad (Ver Gráfica 19) En el caso de un apego seguro, son quienes se ven en mayor medida con más preparación al momento de enfrentarse a un momento estresante, de una manera más beneficiosa y constructiva de modo que pueda mejorar su bienestar y su adaptación a la ocasión, llevándolos a la aceptación y resignación, evitando dañar su estado de ánimo, un 59% estuvo de acuerdo en que consideran que les es fácil acercarse emocionalmente a otros y no tienen problema en confiar o que se confíe en ellos(Ver Gráfica 20). Muy cercano y que puede considerarse dentro del apego seguro, puesto que muestran buenas relaciones personales y confianza en ellos, un 50% les gusta sentirse autosuficiente e independientes, buscan no depender totalmente de alguien o que dependen de ellos (Ver Gráfica 21).

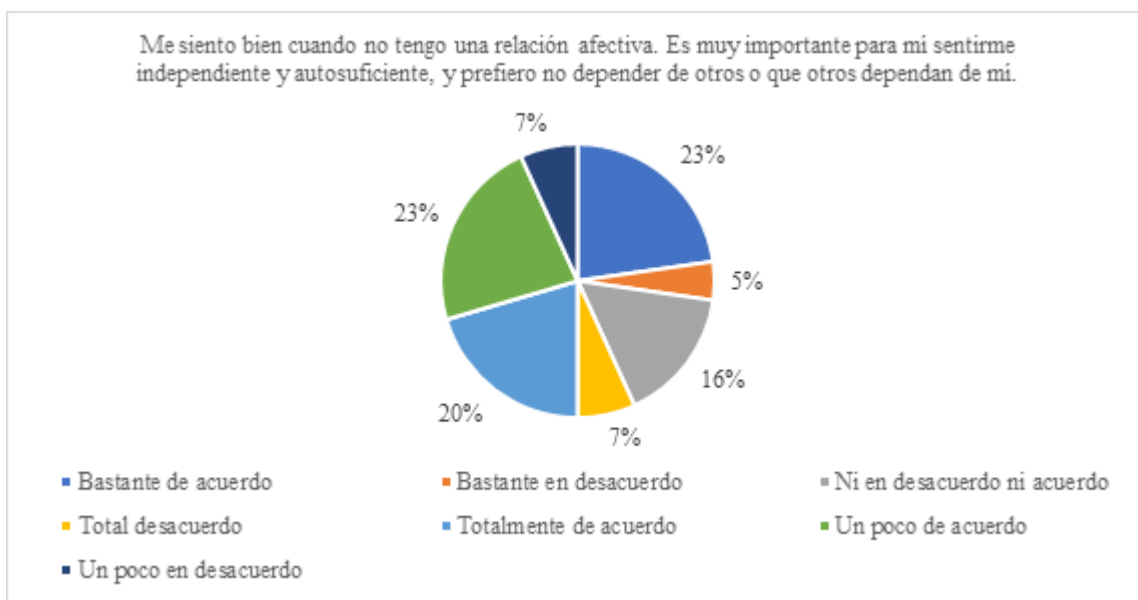
Sin embargo, ante un apego inseguro, fuera ambivalente o evitativo, la persona ante un evento estresante, como la muerte de un paciente, se vuelve un factor de riesgo ocasionando un afrontamiento inadecuado, provocando que el practicante pueda llegar a resistirse ante el evento, afectando en sí mismo su estado de ánimo. Un 56% se encuentra en desacuerdo en llegar a sentirse perdido cuando no tiene una conexión afectiva con alguien más o no sentirse valorado por otros (Ver Gráfica 22). Cuando existe una separación emocional y un miedo a la exposición emocional, se muestra dificultad en confiar en los demás y de depender de otros, buscando mantener una distancia segura ante otras personas, no obstante, un 74% no se siente identificado con ello, puesto que la mayoría no se siente mal al acercarse emocionalmente a otros y no se le dificulta hacerlo (Ver Gráfica 23).



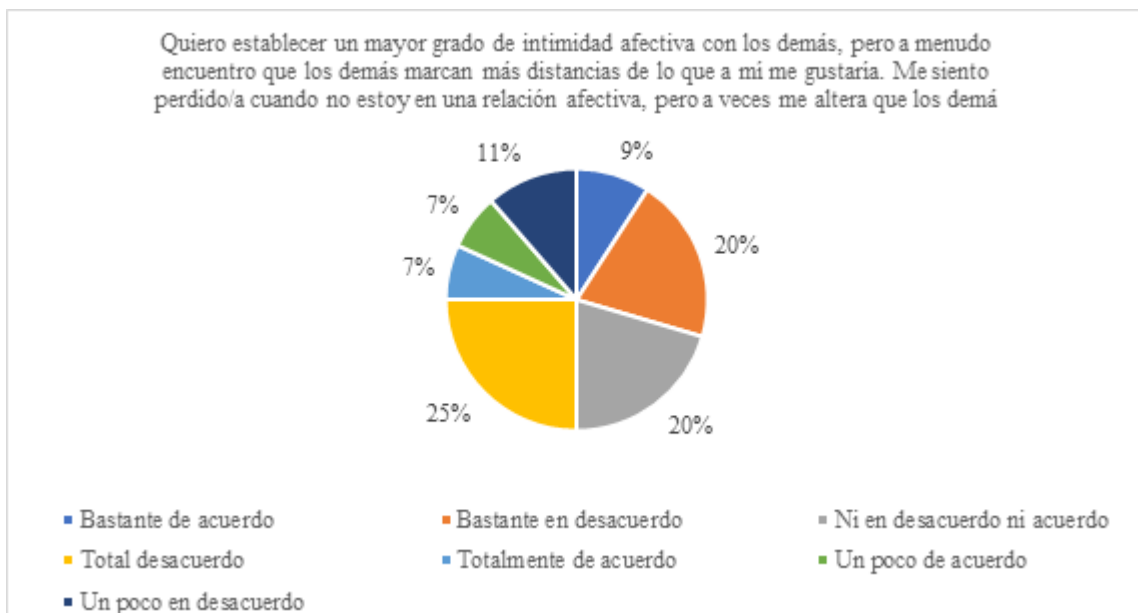
**Gráfica 19



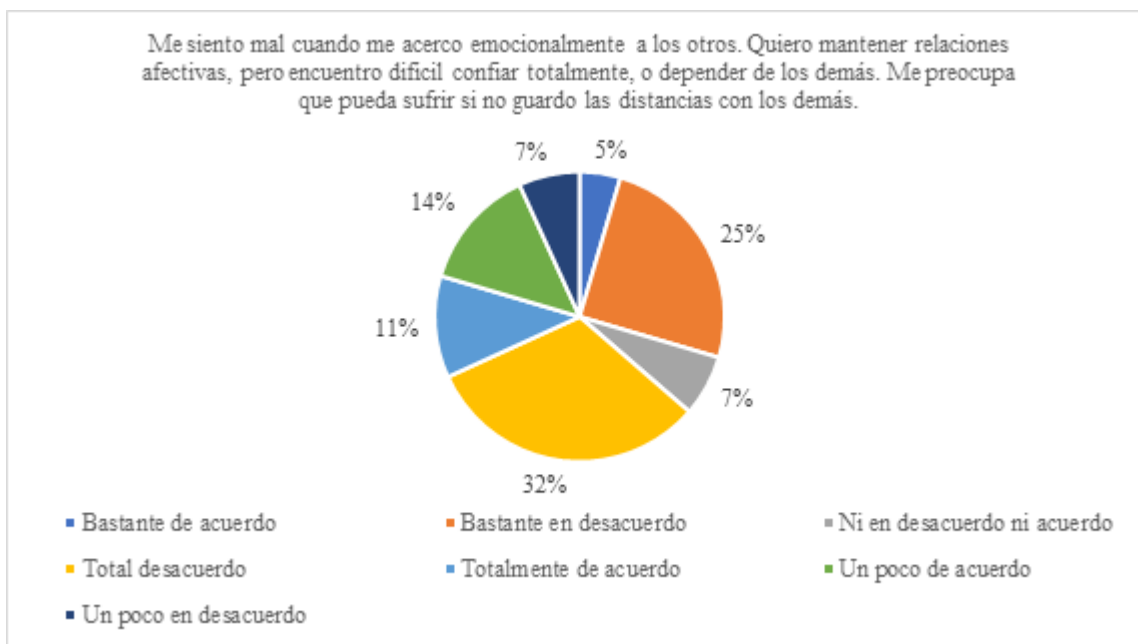
**Gráfica 20



**Gráfica 21



**Gráfica 22



**Gráfica 23

3.03. Análisis general

A través del estudio se comprobó que el 92% de los médicos practicantes presentan una reacción sentimental hacia la muerte de un paciente, tal y como lo plantea John Bowlby (1970) y Marie Ainsworth (1978), siempre que exista una separación entre el niño pequeño y la figura de apego, esta conlleva a la experimentación de sensación que usualmente son perturbadoras para el infante, teniendo en cuenta esta teoría, se puede observar cómo el estudiante practicante es afectado ante el fallecimiento de un paciente.

La muerte es un fenómeno natural en la vida del ser humano, Viktor Frank (2011) plantea que la muerte tiene tres rasgos, la temporalidad, la finitud y la irreversibilidad, todos los seres humanos pasan por un proceso el cual idealmente es el nacimiento, maduración, reproducción y la muerte. El contacto con la muerte tiende a experimentarse más dentro de las áreas de salud, la profesión del médico constantemente se ve confrontada por la muerte debido a que los médicos son los encargados de brindar cuidados, prevención y sanación para evitar decesos. El estudio muestra que un 91% de los estudiantes practicantes han experimentado la muerte de un paciente, convirtiendo esta experiencia en una cotidianidad de la vida hospitalaria.

Dentro de los procesos por los cuales atraviesa un ser humano se encuentra el proceso de duelo, de acuerdo a Vedia (2016) no se cuentan con criterios específicos para poder diagnosticar a una persona con duelo, según el DSM IV-TR se necesitan al menos seis meses de presentar los criterios diagnósticos para que se pudiera considerar como un trastorno depresivo, lo cual fue excluido en el DSM V debido a que se llega a considerar que el duelo puede llegar a durar hasta 2 años, el duelo lleva un proceso de tiempo natural el cual si no es atendido de una manera ideal puede generar un duelo patológico, dentro del estudio se demuestra que el 90% de los practicantes no se les proporciona un tiempo ideal para poder afrontar la muerte de un paciente, 50% de la población no conoce programas de apoyo o atención psicológica que puedan serle de utilidad al momento de afrontar la muerte de un paciente. El 75% de los practicantes no conocen herramientas

para afrontar el fallecimiento de un paciente. De este 25% que considera tener las herramientas, aún se puede observar que un 25% de esta población no considera que su método sea efectivo.

Los estilos de apego expuestos por Marie Ainsworth (1978) se ven reflejados en qué tan accesible es la figura de apego a la persona, que, si bien estos se desarrollan en la infancia, es importante resaltar que estos se ven reflejados en la persona en cada relación que presenta en su adultez, mostrando la manera en que regulan y organizan sus propias emociones. Dentro de los resultados del Cuestionario de Apego Adulto, un 42% de la población considera tener una percepción positiva de sí misma, desarrollando comodidad al momento de intimar y confiar en otras personas, es decir, en ser accesibles al contacto social y no sentir agobio al acercamiento afectivo, confirmándose dentro del Cuestionario de Relación, donde el 48% considera no tener problemas alguno al momento de acercarse emocionalmente a otros, siendo ambos datos un punto fuerte al momento de forjarse las relaciones cuidador-paciente, es decir, que generan un nivel de afecto hacia los pacientes que estén en su cargo, por lo que un evento estresante como es la muerte de uno de ellos, puede llegar a tener un efecto negativo dentro de su vida personal y profesional, volviendo el evento un factor de riesgo que puede provocar un afrontamiento negativo o inadecuado, causando en el practicante la resistencia al evento y un desgaste emocional, afectando su estado de ánimo y pudiendo provocar una posible deshumanización hacia la muerte.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01. Conclusiones

- Dentro del estudio se comprobó que el 92% de la población investigada presentó respuesta emocional al momento del fallecimiento de un paciente. El 70% de los practicantes consideran la muerte como un factor de impacto dentro de su carrera y el 27% considera que podría tener repercusiones en el desarrollo de su carrera.
- Durante el estudio se presentó un evento a resaltar, la mayoría de la población investigada ha pasado por la muerte de un paciente, percibiendo la muerte como un fenómeno natural de la vida, sin embargo, el 68% de la población afirma no considerarse preparada para enfrentar la respuesta emocional de dicho evento.
- Dentro del estudio se evidencia, que no existe una preparación o prevención por parte de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala a la salud mental del médico practicante para el afrontamiento de la muerte de un paciente.
- En cuanto a lo investigado con anterioridad, el 75% de los practicantes indican que desconocen de herramientas para trabajar el duelo y el 41% no conoce instituciones que puedan brindar programas de atención o apoyo psicológico dentro de un ambiente hospitalario.
- Dentro del análisis expuesto, se determinó que no es posible realizar una comparación de la muestra separando estudiantes practicantes que pasaron por el fallecimiento de un paciente contra los cuales no poseen esa experiencia, debido a que la diferencia entre ambas características no es significativa por la cotidianidad de dicho suceso en la vida de los médicos practicantes.
- Que la hipótesis planteada en el trabajo de investigación “todos los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que realizan

práctica hospitalaria en el área de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, poseen un protocolo de abordaje psicológico ante la muerte de un paciente” no se cumple debido a que solo un 25% de la población total posee un método o herramienta para afrontar la muerte de un paciente, solo el 25% de esta muestra, considera que su método no resulta ser efectivo.

4.02. Recomendaciones

- Al estudiante practicante de medicina, informarse de herramientas las cuales puedan adaptarse a sus necesidades de tiempo, para poder afrontar el duelo de una manera adecuada evitando repercusiones a futuro.
- Al estudiante practicante de medicina, priorizar la salud mental y las emociones que se puedan vivir dentro de su proceso, evitando así la percepción de deshumanización necesaria dentro la carrera.
- A la Facultad de Ciencias Médicas, considerar la implementación de grupos de apoyo a estudiantes practicantes, los cuales hayan experimentado recientemente el fallecimiento de un paciente.
- A la Facultad de Ciencias Médicas, la creación de programas que puedan brindarle a los estudiantes practicantes herramientas para afrontar y proteger la salud mental de los mismos ante el fallecimiento de un paciente.
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala, velar por la salud integral de sus estudiantes, tomando en cuenta las exhaustivas jornadas de atención y el deterioro físico, social y psicológico que estas provocan, al igual que, la implementación de congresos y conferencias multidisciplinarias que permitan apoyar y proteger a la población.
- Al Ministerio de Salud, la implementación de una unidad de cuidado y prevención en salud mental enfocada en brindar apoyo al personal hospitalario.

Referencias

Bibliografía

- Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). *Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.
- Bowlby, J. (1998) *El apego y la pérdida I: El apego*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1998) *El apego y la pérdida II: La pérdida*. Barcelona: Paidós
- Castro, M. (2010). *Tanatología: la inteligencia emocional y el proceso de duelo*. (2ª ed.). España: Mad, S.L.
- Corless, Inge B.; Germino, Barbara B. (2013) *Agonía, muerte y duelo: Un reto para la vida*. México: Manual Moderno.
- Cosacov, E. (2007) *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*. Córdoba: Brujas.
- De la Fuente, J. (2015) *Identificación de sentimiento que conlleva la muerte de un paciente*. Nexos
- Frankl, V. (2011). *El hombre doliente*. (3ª ed.) Barcelona: Herder.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: Mc Graw-Hill
- Kaplan, G. (1991). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (2010) *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Marrone, M. (2009). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Moneta, M. (2014) Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr*. 85 (3): 265-268
- O'Connor, N. (2019) *Déjalos ir con amor*. (3ª ed.) México: Trillas.
- Papalia, D. (2016) *Desarrollo Humano*. (13ª ed.) México: Mc Graw-Hill

- Tello-Sánchez G. & Orozco-González, M. (2013) *Experiencias y conocimiento de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado*. Enfermería universitaria.
- Vecina, M. (2014). *Apuntes de Psicología Comunitaria*. México: Facultad de Psicología.

E-grafía

- Arana, A. (Marzo 2018) *Resiliencia: aprendiendo a sobreponerse a la tragedia y a la catástrofe personal*. Psicología online. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/resiliencia-aprendiendo-a-sobreponerse-a-la-tragedia-y-a-la-catastrofe-personal-2635.html>
- EFE (8 de julio 2019) *Según cifras de Inacif, Guatemala registra 2,330 homicidios en lo que va del 2019*. Prensalibre. Recuperado de: <https://www.prensalibre.com/guatemala/segun-cifras-de-inacif-guatemala-registra-2330-homicidios-en-lo-que-va-del-2019/>
- Gago, J. (2014) *Teoría del Apego. El Vínculo*. Recuperado de: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>
- Hospital Roosevelt (2010) *Quiénes somos. Visión, Misión y Objetivos Medicina Interna Hospital Roosevelt*. Recuperado de: <http://www.hospitalroosevelt.gob.gt/hr/medicinainterna/category/quienes-somos/>
- Lamas, H. (22/03/2012) Resiliencias o la capacidad de resistir y rehacerse. *Paradigmas. Volumen 5 (7-8)*. P. 93-99. Recuperado de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/paradigmas/v5n7-8/a9.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. (2016) *Acuerdo Ministerial 153-2016*. Recuperado de

<http://www.mspas.gob.gt/images/files/acuerdosministeriales/AcuerdoMinisterial153-2016.pdf>

- Molina, B. (2007) Percepción de la muerte a lo largo de la vida. *Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la Muerte*. Recuperado de http://muerte.bioetica.org/clas/muerte17.htm#_ftn1
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2015) *Promoción de la salud*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es
- Pereira, Z. (Enero-Junio, 2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Educare*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>
- Vedia Domingo, V. (2016) *Duelo patológico. Factores de Riesgo y Protección*. Recuperado de: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a _____ del Grupo de Trabajo de _____ y avalado por _____

Se realiza la presente investigación si el fallecimiento de un paciente es significativo dentro de la práctica hospitalaria, conociendo la relación que tiene en la formación profesional y crecimiento personal del practicante de la Facultad de Ciencias Médicas que realizan práctica hospitalaria en el servicio de encamamiento de medicina interna en el Hospital Roosevelt, Si bien su participación no le signifique algún beneficio directo, la información recabada nos ayudará a su realización y se documentará para apoyar futuras investigaciones sobre el tema o relativas.

Su participación es completamente voluntaria y sus respuestas únicamente serán utilizadas con propósitos académicos, que no incluyen la divulgación de dichas respuestas. La información personal que pueda ser recabada será resguardada por los investigadores para registros y podrá ser utilizada con fines de prueba de existencia de la población real, ante las autoridades que aprueben esta investigación, sin que esto signifique divulgación o cualquier tipo de consecuencia negativa para el participante. Los datos solo serán utilizados para el uso de este proyecto.

Yo _____ (nombre y apellidos) he leído la hoja de información al paciente en relación al estudio arriba citado - He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con el investigador _____ (nombre) - 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 en 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.....

Anexo 2

Universidad San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Cuestionario de Investigación.

Proyecto de Investigación

**“Cómo afrontan la muerte de un paciente los estudiantes que realizan Práctica Hospitalaria en
Medicina Interna del Hospital Roosevelt.”**

Nombre: _____ Teléfono: _____

Edad _____ Sexo _____ Año en curso _____ Área _____

- 1. ¿Considera usted que genera sentimientos al momento de realizar algún cuidado con alguno de los pacientes?**

Sí _____

No _____

- 2. ¿Qué sentimientos se generan al tratar con un paciente?**

Cariño _____ Preocupación _____ Indiferencia _____ Tristeza _____

Enojo _____ Lástima _____ Impotencia _____ Ninguno _____ Otro _____

- 3. ¿Cuál es su percepción de la muerte?**

4. ¿Se siente preparado para afrontar la muerte de un paciente?

Sí_____

No_____

5. Durante su carrera, ¿Ha fallecido algún paciente a su cuidado?

Sí_____

No_____ (Pasar a pregunta 8)

6. ¿Qué sentimientos le generó el fallecimiento?

Preocupación_____ Indiferencia_____ Tristeza_____ Enojo_____

Lástima_____ Impotencia_____ Ninguno_____ Otro_____

7. Mencione su experiencia al respecto.

8. ¿Considera que la muerte de un paciente sería un factor de impacto en su carrera?

Sí_____

No_____

9. ¿Conoce herramientas para afrontar y manejar el fallecimiento de un paciente? Mencione si conoce alguna.

10. De tener un método para afrontar el duelo ¿Lo considera efectivo?

Sí _____

No _____

11. ¿Considera que dentro de la práctica tienen un tiempo considerable para enfrentar el fallecimiento de un paciente?

Sí _____

No _____

12. ¿Conoce si la universidad o institución para la cual realiza prácticas le brinda algún programa o apoyo al momento del fallecimiento de un paciente?

Universidad _____ Institución _____ Ninguna _____ No sabe _____

13. ¿Considera que la muerte de un paciente tiene efecto positivo o negativo durante su experiencia como practicante?

Positivo _____

Negativo _____

14. ¿Considera que la muerte de un paciente podría causar la reconsideración de su carrera?

Sí _____

No _____

15. ¿Conoce a alguien que abandonó la carrera a causa de esto?

Sí _____

No _____

Anexo 3

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

Hazan y Shaver, 1987. Adaptación al castellano, S. Yárnoz Yaben, 1988

A continuación presentamos una serie de descripciones sobre cómo se comportan las personas en sus relaciones con los otros. Léelas con atención, y elige **sólo una de ellas**, aquella que creas que mejor describe tu forma de ser, la que más se parezca a lo que tú eres:

Además, por favor, deberá rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo, según la siguiente escala:

Total desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni desacuerdo ni acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1. • Encuentro bastante fácil intimar con la gente. No me siento mal cuando necesito mucho a algunas personas, o cuando siento que algunas personas me necesitan mucho a mí. No me preocupa a menudo porque alguien me abandonó en el pasado, o me vaya a abandonar ahora. Tampoco me agobia que las demás personas se me acerquen demasiado, afectivamente hablando.

2. • A veces me siento mal al intimar con la gente. Me es difícil confiar en los demás completamente, y también me siento mal cuando necesito mucho a los demás. Me pongo nervioso cuando alguien quiere intimar demasiado conmigo. Con bastante frecuencia mis amigos/as y novio/a quieren tener una relación más cercana a mí que la que a mí me gustaría que tuvieran, y eso me hace sentirme incómodo/a.

3. • Encuentro que las demás personas no están dispuestas a intimar conmigo todo lo que yo quisiera. A menudo estoy preocupado/a porque pienso que mis amigos/as y mi novio/a no me quieren realmente, o tal vez quieran romper su relación conmigo. Quisiera una relación más cercana con mis amigos/as y novio/a, pero creo que eso les asusta.

Anexo 4

CUESTIONARIO DE RELACION

Bartholomew y Horowitz, 1991

Adaptación al castellano de I. Alonso-Arbiol y S. Yáñez-Yaben, 2000.

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, rodee con un círculo el párrafo que mejor se adecue a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro siguientes:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.
2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

Ahora, por favor, deberá rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo, según la siguiente escala:

Total desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni desacuerdo ni acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7