



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE DE PACIENTES EN EL  
AREA DE EMERGENCIA Y SU RELACION CON EL DESEMPEÑO  
PROFESIONAL, POR PARTE DE LOS RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR Y DE EMERGENCIAS DEL ULTIMO AÑO  
DE LA PUCE, DESDE OCTUBRE 2014 A JULIO DEL 2015.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. PAMELA DEL ROCÍO COBA VINUEZA**

**DRA. SANDRA AMELIA CHAFLA PINDUISACA**

**DIRECTOR DR RAMIRO RAMADAN**

**DIRECTOR METODOLÓGICO DR. JOSÉ SOLA**

**Quito – Ecuador**

**Agosto 2015**

**PARA TITULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE (CUARTO NIVEL)**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**DECLARACION Y AUTORIZACION**

Nosotras, Pamela Del Rocío Coba Vinueza con CC: 1716850647; y Sandra Amelia Chafla Pinduisaca con CC: 0920061322, autoras del trabajo de investigación titulado: : **“AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE DE PACIENTES EN EL ÁREA DE EMERGENCIA Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO PROFESIONAL, POR PARTE DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y DE EMERGENCIAS DEL ÚLTIMO AÑO DE LA PUCE, DESDE OCTUBRE 2014 JULIO DEL 2015”** En la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación, para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, Agosto de 2015

Md. Pamela Coba  
CC # 1716850647

Md. Sandra Chafla  
CC # 0920061322

## **AGRADECIMIENTO**

La fe y esperanza es lo que nos impulsa a seguir adelante, Dios es parte fundamental de cada uno de nuestros logros.

Agradecemos a cada miembro de nuestras familias, por ser el apoyo de estos tres años, llenos de sacrificio y estudio.

Nuestra gratitud, al personal docente de la PUCE del posgrado de Medicina Familiar, por su orientación, enseñanzas y retroalimentación que han sido fundamentales para crecer como profesionales.

Pamela y Sandra.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo valorar el afrontamiento de la muerte de pacientes en el área de emergencia y su relación con el desempeño profesional, periodo octubre 2014 a julio 2015. Pese a ser un tema común, las investigaciones en nuestro país son escasas, restando la relevancia que amerita.

Se contó con 2 grupos de residentes del último año de Medicina Familiar (n14) y de Emergencias y Desastres (n20) de la PUCE, (total 34), valorados en el mismo escenario, sobre un evento en común, se excluyeron aquellos con un duelo reciente (12m) o negativa de participación. Se aplicó un cuestionario modificado de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte" (parte cuantitativa,  $\alpha$  de Cronbach: 0.859), apoyados en el patrón de análisis de la encuesta y box plot. El sector cualitativo, con la herramienta de "World Café" y posterior análisis del discurso, según lo propuesto por Daniel Prieto Castillo.

Los resultados determinan que el 97% (n33), afrontan la muerte de los pacientes, sin afectarse su desempeño profesional independientemente de la especialidad; existe 1 médico con un duelo no resuelto. Responden emocionalmente el 85% (n29) y más intelectual el 15% (n5), a través de una "aceptación neutral y de acercamiento". En la "cultura de la muerte", la mayoría (n25; 74%) no requieren verbalizar ritos para cerrar su ciclo vs 26% (n9), "ritos verbales" generalmente religiosos como: oraciones y rezos, el 88% tienen diferentes formas de miedos (comunes: dolor, forma de morir y sufrimiento de la familia que queda), en contraste con el 12%. " La socialización" se ve marcada

por la familia (n29) seguida de la religión (n24), y el trabajo (n15). Para los médicos familiares es más importante el proceso de morir y la muerte (mediana 1 vs 3). Las fortalezas de los 2 grupos son: espiritualidad, inteligencia emocional, personal y social, autocontrol y autorregulación. El conocimiento (experiencia previa, existencia o no de enfermedades crónicas de familiares o propias y las pérdidas de seres queridos), no fue significativo.

Concluyendo que la gran mayoría de posgradistas afrontan la muerte de pacientes sin influir en su desempeño profesional, indistintamente de la especialidad, a través de respuestas, costumbres, tradiciones y actitudes esperadas. La familia, religión y el trabajo caracterizan el comportamiento individual. Las fortalezas son similares en los 2 grupos. Todo esto expresado con un alto grado de referencialidad, predica de acción y pautas culturales definitivas y difusas.

## ABSTRACT

The present study has as objective assessed coping patients death at emergency area, and its relation with professional performance, October 2014 to July 2015 period.

Being a common topic, although, there are a few investigations about this in our country, decreasing the importance that it deserves.

Two groups of last year of Family Medicine (n=14) and Emergency and Disasters (n=20) residents of PUCE (total =34), assessed at the same scene and event. Excluding, those who have had a recent bereavement (12m) or refused to participate. A modified questionnaire of "Bugen coping scale of death" and the "revised profile of attitudes toward death" (0859 quantitative part, Cronbach  $\alpha$ ) were applied. It was supported by pattern of the survey and box plot. At the qualitative area was used the tool calls "World Café" and the subsequent analysis of the speech, as Daniel Prieto Castillo proposed.

The results demonstrate that 97% (n=33) of them, face patients death, without affect their professional performance and regardless of the specialty. There was a doctor who has had an unresolved bereavement. The 85% (n=29) answer emotionally, and a more intellectual way the 15% (n=5) through a "neutral approach and acceptance". At the "culture of death", majority (n25; 74%) don't require verbalize rites to close its cycle vs 26% (n9), "verbal rites" usually religious, as prayers, 88% have different fears types (common: pain, way to death and suffering of the family who remains), in contrast of 12%. "Socialization" is marked by the family (n=29) followed by religion (n=24), and work (n=15). For family physicians is more

important the process of dying and death (median 1 vs 3). Two groups strengths are: spirituality, emotional intelligence, personal and social, self-control and self-regulation. Knowledge (previous experience, family or own chronic diseases existence or not and mourning loved ones ) was not significant.

In conclusion, the biggest majority of postgraduate persons, face death without affecting their professional performance, regardless of specialty. Through answers, customs, traditions and attitudes expected. Family, religion and job characterize individual behaviors. The strengths are similar in the two groups. All this expressed a high referentiality degree, action preaches and definitive and diffuse cultural guidelines.

## INDICE

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	5
I - INTRODUCCIÓN	13
II-REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	15
2.1. EL HOMBRE ANTE LA MUERTE	15
2.2. LA MUERTE HOSPITALARIA	23
2.2.1 Aspecto psicosocial de la muerte hospitalaria	26
2.3 ENFOQUES ANTE LA MUERTE	27
2.3.1 Enfoque moral de la muerte	27
2.3.2 Enfoque ético de la muerte	28
2.3.3 Enfoque cultural de la muerte	33
2.4 MUERTE EN EL ECUADOR	34
2.5 PERFILES DE LOS MEDICOS FAMILIARES Y EMERGENCIA Y DESASTRES	34
2.6 AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE	35
2.6.1 Fortalezas para afrontar las adversidades de la vida	37
2.6.2 Actitudes frente a la muerte	38

2.6.3 Duelo y manejo	39
2.6.4 Relación de ayuda	41
2.6.5 Resiliencia	42
2.6.6 Cómo dar malas noticias	43
2.7 HERRAMIENTAS DEL ESTUDIO	44
2.7.1 Escala de Afrontamiento de la muerte de Bugen	44
2.7.2 Perfil revisado de actitudes hacia la muerte	44
2.7.3 Herramienta de investigación: World café	45
2.7.4 Análisis del mensaje de Daniel Prieto Castillo	46
III. JUSTIFICACIÓN	49
IV. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	50
V. OBJETIVOS	50
VI. HIPÓTESIS	51
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	52
UNIVERSO Y MUESTRA	52
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	52
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	52
TIPO DE ESTUDIO	52
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION	53

Plan de análisis de datos	53
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
ASPECTOS BIOÉTICOS	56
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	57
8.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	57
Tabla 1. Edad de los posgradistas de estudio	57
Gráfico 1. Género de los posgradistas de estudio	58
Gráfico 2. Religión de los posgradistas de estudio	59
Gráfico 3. Nivel socioeconómico de los posgradistas	60
Gráfico 4. Experiencia profesional previa de los posgradistas en estudio	61
Gráfico 5. Existencia de familiares con enfermedades crónicas de los posgradistas de estudio	62
Gráfico 6. Presencia de enfermedades crónicas propias o perdida de los seres queridos de los posgradistas de estudio	63
Gráfico 7. Pregunta 1 del test modificado de Bugen y de Actitudes Ante la muerte	65
Gráfico 8. Pregunta 2 del test modificado de Bugen y de Actitudes Ante la muerte	67
Gráfico 9. Pregunta 3 del test modificado de Bugen y de Actitudes	

Ante la muerte	68
Gráfico 10. Pregunta 4 del test modificado de Bugen y de Actitudes	
Ante la muerte	69
Gráfico 11. Pregunta 5 del test modificado de Bugen y de Actitudes	
Ante la muerte	70
Gráfico 12. Pregunta 6 del test modificado de Bugen y de Actitudes	
Ante la muerte	71
Gráfico 13. Pregunta 7 del test modificado de Bugen y de Actitudes	
Ante la muerte	72
Gráfico 14. Pregunta 8 del test modificado de Bugen y de Actitudes	
Ante la muerte	73
Gráfico 15. Relación de la religión e importancia de la muerte	74
Gráfico 16. Relación de la muerte con la experiencia profesional en el área de emergencia previo al posgrado	75
Gráfico 17. Relación de la muerte con la existencia de familiares con enfermedades crónicas	76
Gráfico 18. Relación de la religión con el acompañamiento en el proceso de morir.	77
Gráfico 19. Relación de la experiencia previa en el área de emergencia con el acompañamiento en el proceso de morir.	78

Gráfico 20. Relación de la existencia de familiares con enfermedades crónicas y el acompañamiento en el proceso de morir.	79
Gráfico 21. Relación con enfermedades crónicas o pérdidas de seres queridos y el acompañamiento en el proceso de morir	80
8.2. ANÁLISIS CUALITATIVO	81
8.2.1 Análisis del mensaje de los posgradistas de Medicina familiar	81
Tabla 2. Grupo 1 de Medicina Familiar	82
Análisis del grupo 1 de Medicina Familiar	83
Tabla 3. Grupo 2 de Medicina Familiar	86
Análisis del grupo 2 de Medicina familiar	87
Tabla 4. Grupo 3 de Medicina Familiar	90
Análisis del grupo 3 de Medicina Familiar	92
Resultado del análisis del discurso de los posgradistas De Medicina Familiar del último año de la PUCE	94
8.2.2 Análisis del mensaje de los posgradistas de Emergencia	97
Tabla 5. Grupo 1 de Emergencia	98
Análisis del grupo 1 de Emergencia	102
Tabla 6. Grupo 2 de Emergencia	104
Análisis de grupo 2 de Emergencia	106

Tabla 7. Grupo 3 de Emergencia	109
Análisis del grupo 3 de Emergencia	110
Tabla 8. Grupo 4 de Emergencia	112
Análisis del grupo 4 de Emergencia	113
Resultado del análisis del discurso de los posgradistas de Emergencia del último año de la PUCE	115
8.2.3. RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y EMERGENCIA Y DESASTRES	
	118
IX. DISCUSIÓN	120
X. CONCLUSIONES	123
XI. RECOMENDACIONES	126
XII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
XIII. ANEXOS	131

## I. INTRODUCCIÓN

Hablar de la muerte es complejo; su significado y trascendencia depende del contexto que se analice, puede simplemente ser definida como la cesación de la vida, o la interrupción de las funciones orgánicas, o por el contrario tener una implicación más profunda y a través de ella alcanzar la eternidad, o ser una vía para una nueva reencarnación.

Siendo el Ecuador un país multiétnico y pluricultural, tenemos distintos escenarios que analizar al hablar de la muerte y como se la afronta. Independientemente de cómo nos auto identifiquemos étnica y culturalmente, estamos llenos de costumbres; desde, la de conservar la tradición indígena de velar a los muertos antes de su entierro hasta el practicar ritos más elaborados como en el caso de los Tsáchilas, quienes creen que el espíritu del difunto se instalará en casa para causarles miedo, y es por esto que usan un cordón de algodón “*tenca sili*”, amarrado, por un extremo, al dedo medio de la mano del muerto y por el otro extremo se sujeta en la cubierta de la tumba, para que salga el alma y no le cause sobresalto. También existe el mito histórico de los Saraguros quienes se visten de negro como símbolo del “*luto eterno que guardan por la muerte de Atahualpa*”. Los Shuar creen que luego que fallece alguien su espíritu “Arútam”, es recibido por otro ser humano que puede ser o no de su familia; los varones desde los 6

años le buscan, ya que les da más potencia y fuerza., teniendo así un ciclo vital indefinido (8,9)

A la par de nuestra cultura y cosmovisión en general, el contexto individual, como instrucción, tipo de profesión y ocupación, el haber afrontado antes la muerte de un familiar o tener un familiar con alguna enfermedad crónica, etc., influyen en nuestro manejo y entendimiento de la muerte.

Con estos antecedentes hemos considerado llevar a cabo un estudio que nos permita valorar como el médico afronta la muerte de sus pacientes, tanto como profesional y como persona, y si está o no preparado para hacerlo sin que esto afecte el desempeño laboral.

## **II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **EL HOMBRE ANTE LA MUERTE**

La muerte es el acontecimiento *universal* e irrecusable por excelencia. Se trata de un acontecimiento que resulta familiar, en tanto que sucede cotidianamente, pero al mismo tiempo, y paradójicamente nos resulta desconocido, ya que siempre el que muere es el otro. Es además natural, aunque se nos presenta como una agresión; es también aleatorio, indeterminable, imprevisible, puesto que se desconoce el momento preciso en que llegará. (L.V. Thomas, 1991: 22).

En la antigüedad los hombres demuestran que el acto de sepultar a los muertos no solo indica un mero procedimiento, sino que señalan una *actitud ritual*. El ritual de enterramiento es un comportamiento específicamente humano, en el que intervienen dos elementos: por un lado, el acto de no ignorar la aparición del cadáver, y por otro las construcciones mentales que su presencia suscita.

El tratamiento que recibe el cadáver cambia según las épocas, lugares y situaciones sociales del difunto, tales como la edad, la clase social a la que pertenecía, o al tipo de

muerte de la que fuera víctima; y puede clasificarse según se ejecuten en los cuatro elementos existenciales:

- inhumación (tierra)
- inmersión (agua)
- cremación (fuego)
- exposición (aire)

Desde el hombre de Neanderthal aparece ya una estructura de pensamiento que señala a la muerte como una sujeción ineludible de todos los seres vivos, evidenciado tanto por la presencia de los muertos en el mundo de los vivos, como por la conciencia de muerte. Dicha conciencia conduce a la construcción de todo un aparato mitológico-mágico cuyo propósito es afrontar la muerte, integrarla a la existencia; en todas las sociedades humanas la conciencia de muerte ha desempeñado un papel primordial en la constitución de la mitología, la religión y la filosofía.

Según Morín la percepción de la muerte que emerge en *sapiens* se constituye a partir de la interacción de una conciencia objetiva que advierte la mortalidad y una conciencia subjetiva que intenta proclamar, sino la inmortalidad, al menos la existencia de una vida después de la muerte:

*“.. Los ritos de la muerte dan cuenta de, lavan y exorcizan el trauma provocado por la idea de aniquilamiento. En todas las sociedades de sapiens conocidas, las exequias traducen a un mismo tiempo una crisis y su superación, de un lado la aflicción y la angustia, del otro la esperanza y el consuelo. Todo parece, pues, indicarnos que el homo sapiens siente el problema de la muerte como una catástrofe irremediable que le provocará una ansiedad específica, la angustia o el horror ante la muerte, y que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo, es decir, que modela su vida. Asimismo, parece claro que este hombre no sólo rehúsa admitir la muerte, sino que la recusa, la supera y la resuelve a través del mito y de la magia...”*. (24)

Las construcciones mentales que produce la muerte evoca a fantasías individuales y colectivas, a sistemas de representaciones y a diversos mecanismos de defensa; lo imaginario recurre al símbolo pues es su mediador instrumental privilegiado (L.V. Thomas, 1993: 471). (24)

En su lucha por superar esta angustia el hombre ha puesto en movimiento diferentes mecanismos de defensa. Los procedimientos más frecuentes son la mitologización, que promueve múltiples rituales, y la intelectualización, especialmente en la filosofía. (L.V. Thomas, 1993: 371). (24)

*“... Para la conciencia colectiva, la muerte en condiciones normales es una exclusión temporal del individuo de la comunión humana, que tiene como efecto hacerle pasar de*

*la sociedad visible de los vivos a la sociedad invisible de los ancestros... ...la muerte como fenómeno social consiste en verla como un doble y penoso trabajo de desagregación y síntesis mentales, que sólo una vez concluido, permite a la sociedad, recobrada la paz, triunfar sobre la muerte". (24)*

El duelo marca el comienzo de una etapa de transformación en la relación con el difunto, que será la de la relación entre los vivos y los muertos. En este sentido, podemos decir que los muertos no están jamás en su sitio, sino que siguen obsesionando a los sobrevivientes. Durante el período del duelo, los deudos deben aprender a integrar a la vida cotidiana la materialidad del cadáver, además de imponérseles deberes especiales en esta lúgubre etapa.

Desde el siglo VI al XII, la muerte estaba *domesticada, domada*, en tanto se encontraba regulada por un ritual consuetudinario. La muerte ocurrida en circunstancias normales, no tomaba a los individuos por sorpresa, sino que se caracterizaba por dejar tiempo para el aviso.

A finales del siglo XV es la época de la muerte de sí, la *muerte propia*, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición, por ello predomina el sentido de la biografía.

Desde el siglo XVII la muerte va a ser *clericalizada*: el velatorio, el duelo y el cortejo se convierten en ceremonias de la iglesia. Se vuelve impropio mostrar durante

demasiado tiempo el rostro de los muertos, aunque su presencia resulta necesaria porque ayuda a la conversión de los vivos.

En los siglos XVII y XVIII la muerte va a ser *medicalizada*, es decir que se aleja del dominio religioso e irrumpe como problema médico. La medicina resulta entonces una estrategia política, ya que permite el control tanto del cuerpo social como de los individuos, ejerciéndose *a través del cuerpo*; de esta manera, éste se transforma en una realidad *biopolítica*. La natalidad, los decesos, las epidemias, la longevidad, se consideran objetos de control y de saber médico, y están fuertemente conectados con problemas económicos -por los costos de la cura que acarrea y por la falta de producción a la que conducen- y políticos - medidas de control estatales orientadas a la regulación de la reproducción, matrimonio, etc.

A partir del siglo XIX y hasta nuestros días la muerte está *invertida*, se niega el duelo, se rechaza a los difuntos; el hombre ya no es dueño de su muerte y recurre a los profesionales para organizar los diferentes ritos (pompas fúnebres, servicios tanatológicos).

El hombre contemporáneo, aunque descubra como un fracaso su vida finita, jamás se ve, o se piensa a sí mismo como muerto. Como afirma Freud (1992: 290) aunque seamos conscientes de la irremediable finitud de nuestra existencia, sólo somos capaces de representarnos la muerte del otro; que nos es absolutamente imposible representarnos

nuestra propia muerte, ya que siempre participamos de ella como espectadores y que la única manera de hablar de la muerte es negándola. Por esta razón, nadie cree en su propia muerte y que cada uno – a nivel inconsciente - está convencido de su propia inmortalidad.

En nuestras sociedades, la muerte es precedida en la mayoría de los casos de enfermedad, y por ello el médico se encuentra en un contacto estrecho con la muerte:

*"... el médico se encuentra en uno de los pocos grupos ocupacionales que en nuestra sociedad tienen un contacto regular, esperado, con la muerte en el curso de sus roles ocupacionales, siendo los otros principales el sacerdote, sepulturero y, en un cierto modo, el de policía...". (Parsons, 1984: 413). (24)*

La formación de los médicos contempla este aspecto de manera más tangencial, y ésta falta de formación en estas competencias les enfrenta a situaciones complicadas en el momento de informar a sus pacientes y familiares.

La relación terapéutica, hoy en día, a pesar de ser un requisito ineludible en la formación, sigue ocupando un segundo plano frente al desarrollo técnico, sigue siendo percibida por los profesionales como algo borroso frente al deslumbramiento que produce la concreta y nítida competencia técnica, de manera especial en el contexto tecnificado del hospital. Por tanto, sigue dependiendo de la intuición y voluntad del profesional.

Los espacios, enmarcan y determinan el inicio de una relación de ayuda o terapéutica. Carentes de salas específicas para tal fin, los profesionales sanitarios dan las malas noticias donde buenamente pueden, dificultado así la cercanía, y la posibilidad de que el paciente (el moribundo) y su familia, pueda expresar sus dudas y temores. A menudo se dedica poco tiempo, en la distribución de las cargas de trabajo, porque en el fondo lo prioritario sigue siendo la atención a los aspectos físicos y no tanto los aspectos psicosociológicos. Los profesionales sanitarios hablan mucho y escuchan poco; es como si el paciente, el moribundo, llegase virgen al hospital, sin bagaje previo, sin ideas, sin conocimientos y sin deseos. La omnipotencia del sanitario a veces es abrumadora para el paciente.

¿Qué entendemos por relación terapéutica o relación de ayuda?, la relación terapéutica es *“toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada; mientras, que en la relación de ayuda uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos.”* (23) Cibanal (2009) aclara que relación de ayuda: no es una conversación, ni una discusión, ni una entrevista, ni un interrogatorio. Tampoco es un discurso, ni una confesión ni una relación social.

En el establecimiento de una relación de ayuda con el paciente moribundo y su familia, requiere habilidades en el manejo de la comunicación no verbal, en especial de los silencios. La muerte es muy amenazante, produce ansiedad o angustia, y a menudo se necesita tiempo para aclarar emociones o pensamientos incluso resistencias. Si el profesional sanitario no sabe afrontar los silencios se encontrará incómodo, y debe tener presente que en ocasiones no hay nada que decir, y es necesario saber estar y saber acompañar.

Una característica muy relevante en el desempeño de las profesiones sanitarias es el tacto. Tanto el médico como la enfermera tocan al paciente. El tocamiento profesional debe realizarse con respeto, con delicadeza, informando al paciente de la acción que vamos a realizar, aunque el paciente esté en coma y en fase de agonía y muerte.

Pero, esta información debe ser aplicada a pequeñas dosis, gradualmente, según las necesidades del paciente o familia. La denominada “conspiración del silencio” se cierne como un cerco que aísla al moribundo, generándole más sufrimiento y soledad. Aquí empieza la muerte social del paciente.

El diálogo con el paciente que se está muriendo debe ser cuidadoso, y no debe aniquilar su esperanza. La confianza es la base de la relación terapéutica y una mentira, aunque piadosa, puede romper los lazos de la relación y propiciar esfuerzos terapéuticos

innecesarios. Llegado el momento final, en ese tramo último de vivir-morir el profesional sanitario debe acompañar a su paciente, no dejarle solo.

La actitud de negación es un mecanismo adaptativo que adopta diversas formas: racionalizar, utilizar argumentos que indican que todo va bien, desplazar el centro de atención, dar explicaciones alternativas, utilizar eufemismos tales como la expresión “bultito” para restar importancia a la situación, minimizar el problema, decir por ejemplo que a otro familiar le pasó algo igual y lo ha superado, o autoinculpándose, realizando autoinculpaciones que de alguna manera inducen a pensar que tiene el control y si modifica algún comportamiento de riesgo se curará. Lo importante de este mecanismo de adaptación del enfermo es que el sanitario, estableciendo esta relación de ayuda de la que venimos hablando en estos párrafos, no debe discutir con la negación. Incluso en pacientes que tienen asimilado su muerte, más o menos inminente, juega con la ambivalencia, contando proyectos de futuro. Cierta grado de negación a veces es saludable para asimilar situaciones tan difíciles.

## **LA MUERTE HOSPITALARIA**

Berger y Luckmann (1967) mencionan que: “la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto sucede”. Esto se centra en el estudio de la vida cotidiana, constituida por un orden que aporta sentido y significado a nuestras acciones, donde el lenguaje llena esa vida de objetos significativos.

La cultura hospitalaria se configura con sus propias pautas, sus hábitos de comportamiento y sus rutinas diarias, como producto de su actividad. Asimismo la institución hospitalaria, como toda institución ejerce un control social, que deriva en parte de su historia y evolución previas. Este control social posibilita que el hospital no se desvíe del curso de acción para el que fue pensado. Este orden social se sustenta en las clasificaciones y tipificaciones realizadas de la actividad que debe realizar cada profesional sanitario como actor social. En la medida en que se producen desviaciones respecto de lo que se espera de la institución, esto es, salvar vidas, y de lo que se espera de cada rol profesional, es decir, la utilización de los últimos avances técnicos y tecnológicos en materia sanitaria, se construyen significados sociales para dotar de sentido a la acción social/ atención al moribundo.

Este conglomerado de valores, creencias, rutinas, tradiciones, y desarrollo profesional se configura como un universo simbólico en donde se generan una serie de expectativas en cuanto al desempeño de los diferentes roles profesionales dentro de la institución hospitalaria.

Tratar con la muerte de “los otros” (hospitalaria) nos anticipa a nuestra propia muerte siendo éste fenómeno el menos deseado por la mayoría de las personas. No nos engañemos porque la muerte es la mayor de las amenazas. De manera que integrar la muerte en este orden simbólico, familiarizarse con ella, tiene una importancia

extraordinaria, porque de ello depende la capacidad que desarrollen estos profesionales para seguir realizando su trabajo, para no paralizar su actividad cotidiana. Aparece la muerte pero la vida sigue, y el resto de pacientes sigue teniendo sus posibilidades que, los profesionales no quieren restarles.

La muerte biológica está situada en este entramado simbólico-clínico, como una situación marginal, indeseable, que va precedida por la muerte social. Integrar la muerte en el día a día cotidiano del hospital se lleva a cabo, legitimando una serie de estrategias que en la mayoría de situaciones, como podremos observar en los resultados del estudio empírico, se aprende sin “darse cuenta”, observando las costumbres y formas de actuar de los otros sanitarios.

La muerte nos indica que se nos ha acabado el tiempo, el de cada uno, y supone asomarse a un abismo de incertidumbres, que cuesta manejar, especialmente si se quiere controlar lo que nos rodea, como es el caso de los profesionales sanitarios. Nos encontramos ante una situación que se asemeja a un círculo: el moribundo y, posteriormente el cadáver son tratados con respeto, pero a la vez, son retirados y en cierto modo ocultados. Esta espiral, retroalimentada por la cultura social, es debida a que los otros pacientes-vivos, se estresan y angustian al ver la muerte de su compañero de habitación, y esta reacción es detectada y constatada por los profesionales, que responden ocultando al muerto para cuidar al vivo.

Los médicos asisten a la muerte de los otros, pero es imposible que asistan a la propia muerte como experiencia, y la cercanía a la muerte del prójimo nos permite hacer una transferencia de cómo sería la propia muerte. Por ello, es muy importante el conjunto de significados, el mundo simbólico en torno a la muerte y el contexto donde se produce el deceso, ya que, de alguna manera, asistir al hecho de la muerte del paciente, posibilita al sanitario imaginarse la muerte propia, o más bien describir la muerte ideal, en contraposición a la forma en la que mueren muchos de los pacientes ingresados en un hospital de agudos.

## **ASPECTO PSICOSOCIAL DE LA MUERTE HOSPITALARIA**

A través de los padres de la sociología se interpreta la muerte hospitalaria, entre ellos:

Durkheim concibe la sociedad como una suma de “hechos sociales” y entiende como tal: *“toda manera de hacer, de pensar, de sentir, que es capaz de ejercer sobre el individuo una coacción exterior....Las creencias, las tendencias, las practicas del grupo tomado colectivamente, el hábito colectivo que se toma, se repite y se transmite de padres a hijos constituyendo los hechos sociales”* (23). Un hecho social es un aspecto, un fenómeno de la vida social.

Para Max Weber acción social: *“Se comprende aquella conducta humana que su propio agente o agentes entienden como subjetivamente significativa. Tal conducta puede ser*

*interna o externa y puede consistir en que el agente haga algo, se abstenga de hacerlo o permita que se lo hagan. Por acción social se entiende aquella conducta en la que el significado que a ella atribuye el agente o agentes entraña una relación con respecto a la conducta de otra u otras personas y en las que tal relación determina el modo en que procede dicha acción”(1913). (23). De este modo, el objetivo de la sociología sería interpretar los significados que las personas otorgan a sus actos para poder comprender sus acciones (Rodríguez Ibañez , 1988). (23)*

Es así, que a través de dichas teorías se explica cómo los profesionales entienden, comunican y se enfrenta a la muerte de sus pacientes, develando sus creencias y valores sociales. (23)

## **ENFOQUES DE LA MUERTE**

Haremos un breve abordaje del enfoque moral, ético y cultural de la muerte en el Ecuador.

### **ENFOQUE MORAL DE LA MUERTE**

Recordemos que la moral es el conjunto de comportamientos y normas que aceptamos como válidos. Según plantea Fernando Savater, es un adaptarse al medio acorde a los principios: filosóficos, religiosos, humanos y políticos (17). Jean Piaget habla del desarrollo de la moral conforme a la maduración biológica y Lawrence Kohlberg exalta

la importancia del desarrollo intelectual, argumentando así porque no todos alcanzan etapas superiores (Nivel III: moral postconvencional o basada en principios).

Sin duda la religión marcan nuestra conducta, el 91,95% de los ecuatorianos tienen una religión, de estos el 80,4% son Católicos; el 11,3% Evangélicos; 1,29% Testigos de Jehová y el restante 6,96% pertenecen a otras religiones, acorde al registro del INEC 2012.

Por ejemplo para los católicos la muerte es una nueva vida frente a Dios hasta el día del Juicio Final, esta se acompaña de muchos ritos, dentro de los más relevantes tenemos: la Extremaunción, que imparte el sacerdote al enfermo cuya muerte es inminente, para liberarla de sus pecados, otorgándole sosiego espiritual y paz, el alma del fallecido irá al Cielo, el Purgatorio o el Infierno, acorde a los méritos de su vida terrenal; el velorio o vigilia previo al entierro donde se suele rezar el rosario; vestir de negro o al menos de color oscuro; el entierro, la misa de honras previa al entierro, al 7mo día, al mes y cada año son parte de la tradición. (18)

La ética reflexiona y la moral cuestiona (17)

## **ENFOQUE ETICO DE LA MUERTE**

A lo largo de casi toda la historia registrada y virtualmente en cada lugar del mundo, el ser médico significa algo especial. La gente va al médico para pedir ayuda para sus necesidades más urgentes: aliviar el dolor y el sufrimiento y recuperar la salud y el

bienestar. Ellos permiten que el médico vea, toque y manipule cada parte de su cuerpo, incluso las más íntimas; lo hacen porque tienen confianza en que su médico lo hará por su bien.

La posición del médico es distinta según el país e incluso dentro del país. Es importante que los médicos conozcan y muestren con ejemplos los valores centrales de la medicina, en especial la compasión, la competencia y la autonomía. Estos valores, junto con el respeto de los derechos humanos fundamentales, sirven de base a la ética médica.

**Compasión**, definida como el entendimiento y la preocupación por la aflicción de otra persona. Los pacientes responden mejor al tratamiento si perciben que el médico aprecia sus preocupaciones y los trata a ellos en lugar de su enfermedad.

**Competencia**, Los médicos tienen un largo período de formación para asegurar la competencia, pero si se considera el rápido avance en los conocimientos médicos, para ellos es un continuo desafío mantenerse competentes.

**Autonomía**, o autodeterminación, el médico tradicionalmente ha gozado de un amplio margen de autonomía clínica para decidir cómo tratar a sus pacientes.

La ética médica se diferencia de la ética general aplicable a todos porque se profesa públicamente en un juramento como la **Declaración de Ginebra**, que incluye promesas en las que el médico considerará el interés del paciente por sobre el suyo, no discriminará contra los pacientes por la raza, religión u otros derechos humanos,

protegerá la confidencialidad de la información del paciente y prestará atención de emergencia a toda persona que la necesite.

## QUÉ ES ETICO?

La ética es pluralista. Las personas no se ponen de acuerdo entre ellas sobre lo que es correcto o incorrecto e incluso cuando logran estar de acuerdo puede ser por distintas razones. En las sociedades más tradicionales hay un mayor acuerdo sobre la ética y más presión social, a veces respaldadas por leyes, para comportarse de cierta manera en vez de otras. En estas sociedades, la cultura y la religión a menudo tienen un rol dominante para determinar la conducta ética.

¿Quién decide lo que es ético?” varía según la sociedad e incluso dentro de la misma sociedad. En las sociedades liberales, las personas tienen mucha libertad para decidir por ellos mismos lo que es ético, mientras que en las sociedades más tradicionales, la familia y los ancianos del clan, las autoridades religiosas y los líderes políticos generalmente tienen un papel más importante que las personas para determinar lo que es ético.

Hasta hace poco el médico tenía el derecho y el deber de decidir cómo tratar a sus pacientes y no existía la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente. Sin embargo, la **Declaración de la AMM sobre los Derechos del Paciente**, versión 2005, afirma: *“La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de*

*acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente.” (19)*

Por lo general, el médico se consideraba responsable sólo ante sí mismo, ante sus colegas en la profesión médica y, por creencias religiosas, ante Dios. Hoy en día, tiene responsabilidades adicionales: ante sus pacientes, terceros, como los hospitales y organizaciones de salud, las autoridades médicas reguladoras y, a menudo, los tribunales de justicia.

A pesar de estos cambios en la ética médica, existe consenso general entre los médicos con respecto a que los valores fundamentales y los principios éticos de la medicina no cambian o al menos no deben hacerlo.

Cuando se abordan problemas específicos de ética médica, es bueno tener presente que los médicos han enfrentado muchos de estos mismos problemas a lo largo de la historia y que su experiencia y sabiduría acumuladas pueden ser muy valiosas hoy en día. La AMM y otras organizaciones médicas mantienen esta tradición y proporcionan una orientación ética muy útil para los médicos. Sin embargo, a pesar del alto grado de consenso que existe entre los médicos sobre los asuntos éticos, las personas pueden estar en desacuerdo sobre cómo tratar casos específicos. Es importante que el médico comprenda los diferentes enfoques en la toma de decisiones, incluido el suyo y el de las personas con que se relaciona. Esto lo ayudará a determinar por sí mismo cual es la mejor manera de actuar y de explicar sus decisiones éticas a los otros. (19)

## **LA POSTURA RELIGIOSA ANTE LA IDEA DE MUERTE DIGNA**

En el tema del final de la vida, desde los orígenes de la Iglesia, se ha considerado una obra de misericordia orar y acompañar a bien morir. Procurar la “buena muerte” ha sido durante siglos una de las tareas a la que los cristianos han dedicado sus mayores esfuerzos personales e institucionales. Aunque es verdad que la cuestión de la “calidad de vida” es muy reciente y que ha podido situarse en conflicto con el de “sacralidad de la vida” sostenido por la Iglesia.

El Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana formuló el contenido de este derecho básico del hombre del siguiente modo:

*“Al afrontar un problema tan fundamental es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarlo en dicho momento, y aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y ésta no consiste solamente en los cuidados médicos, sino, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia. Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que son éstos los*

*últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar ni rechazar. En tales momentos, la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta para superar el temor a la muerte, ya que da al moribundo una sólida esperanza”.* (20)

## **ENFOQUE CULTURAL DE LA MUERTE**

En el Ecuador desde las culturas precolombinas (Valdivia, Machalilla, Chorrera, Inca, Jama-Coaque, Tolita, etc.), se ve plasmado el vínculo con el mundo espiritual y ancestral, a través de ritos y objetos materiales, que conectaban a los diversos universos (inframundo, medio mundo, supramundo).

Los indígenas recurrían constantemente a sus ancestros (inframundo), con el fin de procurar el bienestar humano, mantener la armonía, el flujo de fuerza vital y prevenir al hombre de cataclismos y enfermedades, por ejemplo: en el piso del recinto ritual, los ancestros eran enterrados hasta la mitad simbolizando su aparición desde el inframundo.

En el pasado el conducto de comunicación de los mundos paralelos era el axis mundi, aprovechado por el chamán para establecer conexión entre su comunidad y los otros mundos, usando los distintos portales que ofrece la naturaleza.

## **MUERTE EN EL ECUADOR**

La tasa de mortalidad general ecuatoriana es de 4.1 por 1000 habitantes (INEC 2011) según el último censo, Ecuador cuenta con 21,4 médicos por 10.000 habitantes.

Según el INEC 2013, las 10 principales causas de mortalidad general son: Diabetes mellitus 7,44%, Enfermedades hipertensivas 6,64%, Influenza y neumonía 5,94%, Enfermedades cerebrovasculares 5,65%, Accidentes de transporte terrestre 4,87%, Enfermedades isquémicas coronarias 4,66%, Cirrosis y otras enfermedades del hígado 3,18%, Enfermedades del sistema urinario 2,97%, Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas 2,72%, Neoplasia maligna del estómago 2,49%. Haciendo un balance tendríamos 60% correspondientes a enfermedades crónicas y 40% por un proceso agudo.

## **PERFILES DE LOS MEDICOS FAMILIARES Y DE EMERGENCIA Y DESASTRES**

El Médico Familiar y Comunitario cumple 4 Competencias básicas de la Especialidad:

1. Adecuada relación médico paciente, trabajo en equipo y resolución de conflictos individuales y comunitarios; con fortaleza para organizar y gerenciar los escenarios en los que labore.

2. Realiza actividades docentes, con sus pacientes, las familias, los equipos de salud, grupos comunitarios y colegas.
3. Se basa en lecturas críticas de la realidad que enfrenta, con el objetivo de establecer soluciones.
- 4.- Aplica cuidados directos con calidad y resuelve los problemas de salud en el 80%, con un enfoque biopsicosocial. (14)

El médico especialista en Medicina de Emergencias y Desastres de la PUCE, es un elemento preparado en la medicina de Emergencias desde el punto de vista técnico, para el manejo integral de las patologías, y se considera el enlace entre la comunidad y las instituciones de salud. Es un líder que coordina los equipos de trabajo hospitalario como respuesta frente a los desastres. (15)

## **AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE**

Afrontar se define como: “mantenerse en actitud de oposición ante un problema, situación difícil u obligación sin eludirlos, asumiendo el esfuerzo que suponen, luchando y actuando de acuerdo con sus exigencias”, según el diccionario Oxford.

El afrontar la muerte, dependerá del contexto individual, abarca nuestras particularidades biográficas, culturales, perceptivas, sociales, edad del paciente y del escenario en que esta se presente. (25)

Es decir según lo plantea Goffman estará vinculada con:

- *la identidad social* ya sea esta **virtual**: que corresponde a lo que debería ser o **real**: lo que realmente es.
- *la identidad personal*, basada en la idea cada persona es “única”
- *la identidad del yo*, introspección que examina el propio sujeto. (23)

Para enfrentar la muerte como médicos, es necesario comprender nuestra propia condición de humanos sensibles a sufrir y lograr así una inteligencia emocional, personal y social como parte de las fortalezas, aunque no ocurre en todos los casos y como estrategia de protección se acoge al distanciamiento afectivo.

Lazarus y Folkman (1986), plantean 2 estrategias de afrontamiento centradas en:

- el *Problema*, cuyas estrategias son: confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones.
- la *Emoción*, incluye las siguientes tácticas: autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación). (30)

## Fortalezas para afrontar las adversidades de la vida

Las fortalezas humanas son fundamentales para poder encarar situaciones adversas que día a día atravesamos a lo largo de la vida.

**“Clasificación de las fortalezas humanas (Values in Action Institute, 2002)” (26)**

*a) Sabiduría y conocimiento (fortalezas cognitivas):* que incluye Curiosidad, interés por el mundo; Amor por el conocimiento y el aprendizaje; Mentalidad abierta, Creatividad; Perspectiva.

*b) Coraje (fortalezas emocionales), son:* Valentía; Perseverancia; Honestidad; Vitalidad.

*c) Humanidad y amor (fortalezas interpersonales), abarca:* Amor, apego, capacidad de amar y ser amado; Amabilidad, generosidad, bondad; Inteligencia emocional, personal y social (ser consecuente con las emociones y sentimientos, propios y ajenos, ser empáticos).

*d) Justicia (fortalezas cívicas), como:* Civismo y trabajo en equipo; Sentido de la justicia, equidad, imparcialidad; Liderazgo.

*e) Templanza (protección contra los excesos), comprende:* Capacidad de perdonar, misericordia; Modestia y humildad; Prudencia; Auto-control, auto-regulación:

*f) Trascendencia (vínculo con el universo que da razón a la vida), engloba:* Apreciación de la belleza y la excelencia; Gratitud; Esperanza; Sentido del humor y

entusiasmo; Espiritualidad (Confiar en algo superior que marca nuestra conducta y nos protege).

## Actitudes frente a la muerte

Las actitudes frente a la muerte pese a ser un suceso universal son múltiples y están relacionadas íntimamente con la cultura, socialización de la muerte, experiencias previas, formación, etc.

Neimeyer, (1997), propone las siguientes actitudes en relación a las funciones sociales y psicológicas:

- ✓ Actitudes de comprensión: que son acordes al conocimiento.
- ✓ Orientadas a la satisfacción de las necesidades.
- ✓ Defensa de yo: en respuesta a las situaciones de amenaza propias del proceso de morir.
- ✓ Expresión de valores propios de cada persona. (27)

Resumiremos las **actitudes** y las dimensiones que valora (PAM-R), que es el instrumento utilizado en la presente investigación:

- Miedo: es la réplica consiente ante la muerte, según el valor que le otorgamos, con múltiples variables como: el temor a la pérdida, a lo desconocido, al dolor y sufrimiento, el bienestar de los sobrevivientes de la familia.

- Evitación: conducta de rechazo ante el proceso de morir (situación, dialogo, lugar, etc.)
- Aceptación neutral: combina el temor normal ante la muerte y la aceptación al considerarla como parte de la vida.
- Aceptación de acercamiento: enlazado con las creencias religiosas, centrada en la confianza y la convicción de una vida feliz después de la muerte
- Aceptación de escape: se carece de destrezas para afrontar las situaciones difíciles y la muerte es una alternativa para evadir las emociones negativas. (21).

Se analizaran las actitudes del personal sanitario ante la muerte, atreves del análisis del discurso descrito anteriormente.

## **Duelo**

Recordamos que las manifestaciones en el proceso del duelo según Soler y Jordá (1996), pueden ser “*físicas (astenia, llanto, alteraciones del sueño, hiporexia, pérdida de peso, etc.), psicológicas (incredulidad, confusión, dificultades de atención y concentración, insensibilidad, obsesión, alucinaciones, ansiedad, culpa: razonable o irracional, tristeza, miedo, etc.), sociales (resentimiento a la realidad social, aislamiento, crear nueva identidad y papeles sociales, etc.) y espirituales*”, y estas varían acorde al individuo y su contexto. (30)

Además dependerá de: quién era la persona y la adhesión con ella; tipo de muerte; pérdidas anteriores; personalidad y entorno social. Niemeyer (2002) (30)

## **Manejo del Duelo**

Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) medica psiquiatría, tras experimentar en Polonia la Segunda Guerra Mundial, surge su interés sobre el estudio del comportamiento de las personas ante la inminencia de la muerte. Es así que plantea las siguientes etapas:

**1. Negación:** estamos en shock y esta etapa se ve marcada por la incredulidad, donde nos negamos a aceptar lo que ocurre.

**2. Ira:** o enfado, indiferencia, manifestada contra los causantes del cambio, los seres cercanos, terceros, Dios, etc.

**3. Negociación:** negociar, pactar, hacer un trato consigo mismo y con el entorno como consecuencia de una pérdida.

**4. Depresión:** nos enfrentamos al presente, con una sensación de vacío y tristeza, dificultando las relaciones de todo nuestro entorno.

**5. Aceptación o rechazo:** es el fin de esta marcha, la resolución donde aceptamos el cambio con todas sus consecuencias o lo rechazamos (abierto o indirectamente). (28)

El duelo o afrontar una pérdida en general, es un proceso y el ritmo para superarlo depende de cada uno, no todos viven estas fases con la misma intensidad o con una jerarquía estricta, lo que se hace es detectar cuando se necesita ayuda para superar algunas de las etapas.

Una forma sencilla de detectar el malestar emocional es la que plantea Bayes, a través de la Percepción subjetiva del tiempo, preguntamos a la persona implicada: cómo está pasando el tiempo? Rápido o lento?, y la respuesta nos da pautas para intervenir o no.

## **Relación de ayuda**

Carl Rogers, habla de “El Enfoque Centrado en la Persona”, cuyos 3 ejes en la relación de ayuda son:

- ✓ **Empatía**, que quiere decir que me pongo en los zapatos del otro sin olvidar que son sus zapatos no los míos, recalco que me doy cuenta lo que pasa
- ✓ **Aceptación Positiva Incondicional**, donde acepto sin juzgar aunque no esté de acuerdo
- ✓ **La Autenticidad**, es decir, lo que pienso es acorde a lo digo y me expreso. (29)

## **Resiliencia**

Proviene del latín *resalire* (re saltar o rebotar), término usado en física. Se le da un enfoque psicosocial, a partir de la segunda guerra mundial, donde los niños huérfanos sobrevivientes del bombardeo de Londres, pese a la experiencia traumática, a través de su capacidad para resiliar, lograron reorganizar sus vidas de manera exitosa.

Es así que podemos definirla según, Kotliarenco, María Angélica y Cáceres, Irma. (2011),” *como un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas.*”(30)

El Comportamiento Resiliente, se caracteriza por la iniciativa, capacidad de relacionarse con las demás personas y la capacidad de relacionarse con uno mismo. A la par son elementos esenciales para la resiliencia: las fortalezas que tiene cada persona y los recursos con los que cuenta del medio ambiente. Esto como parte de la corriente de psicología positiva. (30)

Como entes de salud, en pro de nuestro bienestar y de los pacientes debería ser una condición inherente.

## **Comunicar malas noticias**

Buckman en 1984, define ya como “*mala noticia, aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro*”(34), como médicos es

fundamental, saber comunicar malas noticias. El autor mencionado nos propone seis etapas para el abordaje adecuado:

**1. Preparar el contexto más adecuado (“Configuración de la Entrevista”):**

valorar el estado emocional del paciente: cómo se siente hoy?, podemos hablar?. Lograr un entorno físico adecuado (lugar, intimidad), sentarse, conexión a través del contacto visual o tocar el brazo o una mano. Contar con tiempo y evitar interrupciones. Idealmente hasta un ensayo mental.

**2. Averiguar cuánto sabe el paciente (“evaluación de la percepción del**

***paciente*”):** es la base para corregir la información errónea y adecuar noticias según grado de entendimiento.

**3. Encontrar lo que el paciente quiere saber.** Si no desean saber los detalles, se propone hablar con un familiar o amigo.

**4. Compartir la información:** según nivel de comprensión, no palabras técnicas, de forma sutil y paulatina; en enfermos terminales plantear cuidados paliativos

**5. Responder a los sentimientos del paciente,** poner en práctica los 3 ejes de la relación de ayuda: empatía, aceptación positiva incondicional y autenticidad.

**6. Planificación y seguimiento del proceso:** un plan claro a futuro (tratamiento, propósito, seguimiento..), da confianza y disminuye la ansiedad. (34)

## **HERRAMIENTAS DEL ESTUDIO**

### **Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen**

Bugen Coping with Death Scale; Bugen, 1980-1981, es una herramienta que se creó para mejorar las habilidades y competencias de los voluntarios de los hospices, después de un programa de formación, tiene 30 ítems, que indagan las destrezas, capacidades, creencias y actitudes frente a la muerte y el proceso de duelo. Cada uno de los acápites, se valora con una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Las evaluaciones altas señalan mejores estrategias de afrontamiento. (21)

### **Perfil revisado de actitudes hacia la muerte**

El “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte” (PRAM), de Templer 1970, es un instrumento usual, para valorar una extensa gama de actitudes, consta de cinco dimensiones: miedo a la muerte, evitación, aceptación de acercamiento, de escape y neutral, lo hace a través de 32 cuestionamientos, determinando el grado de acuerdo o desacuerdo, las posibilidades planteadas son: TA = totalmente de acuerdo; A = bastante de acuerdo, MA = algo de acuerdo, I = indeciso, MD = algo en desacuerdo, D = bastante en desacuerdo, TD = totalmente en desacuerdo. (12-21)

Existen varias validaciones, nos basaremos en la versión española (alfa de Cronbach 0,89 y 0,9 respectivamente), y realizaremos una adaptación acorde al contexto. (12)

### **Herramienta de investigación: World Café**

Desde que hemos vivido en comunidad humana, la conversación ha sido un medio primordial para darle sentido a nuestro mundo, descubrir aquello a lo que damos valor, compartir el conocimiento e imaginar nuestro futuro; por ello, el intercambio esencial de aprendizaje y conocimiento ocurre a través de las relaciones informales y las redes de conversación. Su rol incluye convocar y albergar conversaciones colaborativas.

La conversación del World Café es un conjunto innovador de herramientas y métodos para desarrollar inteligencia colectiva. Es una metáfora provocativa: a medida que creamos nuestras vidas, organizaciones o comunidades.

En el proceso de éste método, la gente o participantes en pequeños grupos de cuatro o cinco se sientan alrededor de una mesa y discuten una pregunta abierta para una cantidad de tiempo estructurado de 20 a 30 minutos; luego, se mueve de mesa en mesa, llevando ideas y aprendiendo de una conversación, y creando redes de diálogo colaborativo, alrededor de asuntos que importan en situaciones de la vida real.

El World Café tiene consecuencias -inmediatas y prácticas- en los diseños de reuniones y conferencias, formaciones estratégicas, creación de conocimiento, rápida innovación, involucramiento de accionistas, y cambios de gran escala. También nos ayuda a tomar

decisiones, personales y profesionales, acerca de maneras más satisfactorias de participar en las conversaciones que modelan nuestras vidas. (16)

## **ANÁLISIS DEL MENSAJE DE DANIEL PRIETO CASTILLO**

La metodología del Análisis del mensaje cobra interés desde 1986 en la educación formal, informal y universitaria; con el objeto de crear y aclarar una investigación de los materiales educativos. Además, abarca mensajes orientados hacia amplio sectores de la población, como la salud, con el fin de evaluar los problemas que se presentan en este sector, la presencia o no de estereotipados en el discurso y lenguaje verbal y no verbal como medios de relación social.

### **ESTRUCTURA DEL ANÁLISIS**

Como parte de este análisis, se orienta al conocimiento de los elementos primordiales de un discurso, que conlleva a la comprensión de la intencionalidad del mismo. Dentro de estas estructuras mencionamos: ideas núcleo, sintagma, modos de predicación. Grados de referencialidad, lo dicho y lo no dicho, relación de complementariedad, relación de oposición.

**Ideas núcleo:** indica él o los temas de un discurso y lo que de él o ellos se dice, lo cual está en el discurso mismo, son parte de la intencionalidad total, lo sepa o no el autor del mensaje.

**Sintagma:** Se refiere a la coordinación de las partes del discurso, tanto de los enunciados entre sí como de las diferentes secuencias de determinado mensaje. Este análisis permite reconocer las estrategias discursivas, la manera de organizar el texto para atraer, dosificar y ocultar un asunto.

**Modos de predicación:** un tema (sea un ser, objeto, idea, situación, espacio) es instituido como tal, en el orden del discurso, dependiendo de lo que de él se predica. Esto es la esencia del discurso: una predicación que constituye al sujeto en cuestión y lo hace más de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. Existen predicaciones de estado y de acción.

**Grados de referencialidad:** si la predicación constituye al sujeto, desde el punto de vista de la referencialidad dicha constitución puede ser alta, baja o distorsionante. Alta cuando el discurso nos acerca a las características que el sujeto tiene fuera del discurso; baja, ofrece apenas algunas de esas características y distorsiones cuando nos dice o nos muestra notas que corresponde al sujeto.

**Lo dicho y lo no dicho:** lo no dicho es un problema de limitación de todo discurso. En todo discurso existe una selección temática que depende de la voluntad del emisor.

**Relación de complementariedad:** es aquel que asume la predicación como si él o los sujetos vivieran al margen de toda contradicción posible, por ejemplo la patria como un lugar perfecto.

**Relación de oposición:** asume la predicación como si él o los sujetos en cuestión estuvieran enfrentados entre sí o tuvieran que enfrentar algo. (22)

## ANÁLISIS IDEOLÓGICO

Existen varias concepciones en cuanto a ideología entre ellas:

1. Lo ideológico consiste en lo que se está predicando de un sujeto.
2. Lo ideológico es el modo de vida propuesto como válido.
3. Lo ideológico consiste en los modelos de relaciones y soluciones sociales que él o los sujetos adoptan.
4. Lo ideológico se refiere a lo que no se dice en lo anterior, lo que se oculta, se rechaza.

Es de carácter complejo con aceptaciones, oposiciones y rechazos, de esquemas positivos y negativos, por tanto todo mensaje es de índole ideológico. (22)

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Los médicos para afrontar la muerte de pacientes, deben lidiar con sus propios sentimientos, costumbres y principios, deben preguntarse: si están preparados, si se sienten listos para enfrentar la muerte, sin que esto trascienda de manera negativa en su quehacer profesional o en la esfera psicosocial sea afectiva, cognitiva y comunicacional.

Según Jaume Padrós i Selma, existen factores que provocan cambios de la actitud en el proceso de formación como: la toma de decisiones a pesar de la inseguridad, la sensación de falta de supervisión y apoyo, la presión para las altas, la exigencia del usuario y profesionales, agresión verbal, falta de ayuda de los compañeros, el desorden de horarios (privación de horas de sueño). (13)

Específicamente, los postgradistas se ven envueltos en una carga emocional constante durante su proceso de cambio como médico residente a médico postgradista, por tal razón en este tiempo es cuando más se adquieren habilidades y recursos para el desarrollo profesional saludable.

## **IV.PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

Los futuros Médicos Familiares y Emergenciólogos de la PUCE, que fortalezas tienen para afrontar la muerte?.

Cómo personas, están preparados para afrontar la muerte, sin que esto afecte su desempeño laboral?.

## **V. OBJETIVOS**

### **General**

- ✓ Inferir como se afronta la muerte de pacientes en área de emergencia y su relación con el desempeño profesional

### **Específicos**

- ✓ Analizar la comprensión de la muerte de pacientes, como personas y como médicos por parte de los residentes del último año de las especialidades de Medicina Familiar y de Emergencias y Desastres de la PUCE.
- ✓ Comparar las diferentes fortalezas que tienen los médicos para afrontar la muerte de pacientes
- ✓ Determinar si están preparados para afrontar la muerte como médicos y como personas, sin que esto afecte el desempeño profesional.

## **VI.HIPÓTESIS**

El desempeño profesional de los médicos residentes de Medicina Familiar y de Emergencias del último año de la PUCE, en el área de emergencia no se ve afectado por la muerte de sus pacientes, y guarda relación con las fortalezas individuales de cada profesional.

## **VII DISEÑO METODOLOGICO**

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo y la muestra corresponden a los 14 estudiantes de Medicina Familiar y los 23 estudiantes de Emergencia y Desastres del último año de la PUCE. La participación será voluntaria.

#### **Criterio de inclusión:**

- Postgradistas de último año de Medicina Familiar y Emergencia y Desastres.

#### **Criterio de exclusión:**

- Fallecimiento familiar o amigos cercanos en los últimos 12 meses.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Para la presente investigación se realizara un estudio cuantitativo a través de estadística descriptiva para instaurar patrones y probar la hipótesis. Y cualitativo por medio del análisis del mensaje.

### **PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La parte cuantitativa mediante un cuestionario de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte" (Schmidt Rio Valle

Jacqueline. Validación de la versión española, España: Universidad de Granada. Departamento de Enfermería; 2007. Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.859), acorde a los objetivos planteados en este estudio. Se anexa cuestionario.

El sector cualitativo, a través de un diálogo colaborativo mediante la herramienta de “World Café”, donde los grupos responderán a preguntas acorde a los objetivos, valorando 4 categorías: 1. Experiencia frente a la muerte de pacientes, 2. Respuestas frente a la muerte, 3. Cultura de la muerte, 4. Socialización de la muerte. Se armaran 3 grupos de trabajo con el posgrado de Medicina Familiar y 4 con el posgrado de Emergencia habrá 1 moderador quien planteara las 4 preguntas básicas a resolverse, a través de una charla dinámica y finalmente un puesta en común de lo planteado, como respaldo se gravaran las sesiones y se tomara apuntes de lo más relevante que aporta cada participante.

## **PLAN DE ANALISIS DE DATOS**

Se evaluaron los datos obtenidos del cuestionario aplicado (parte cuantitativa), a través de estadística descriptiva e inferencial, apoyados en el patrón de análisis de la encuesta.

Para el “World café “, se realizará un análisis del discurso para identificar la intencionalidad del mensaje, a través de la identificación de ideas núcleo, modo de predicación, y análisis ideológico, según lo propuesto por Daniel Prieto Castillo.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Valoración cualitativa:

Categorías	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente
1. <b>Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	Conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la participación y de la vivencia de la muerte de pacientes.	Vivencia o no de la muerte de pacientes.	Presente Ausente	<b>SI</b> <b>NO</b>	Cuestionario y World café
2. <b>Respuestas frente a la muerte</b>	Adaptación emocional y comportamental, frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente.	Reacciones ante la muerte	Presente Ausente	Negación: (shock, incredulidad) Ira: (enfado, indiferencia) Negociación: (pactar consigo mismo y con el entorno) Depresión Aceptación ✓ Afecta desempeño o profesional Si ✓ Afecta desempeño o profesional No	World café

<b>3. Cultura de la muerte</b>	Mentalidad de la muerte del ser humano.	Costumbres y tradiciones con la muerte de un paciente.	Presenta Ausente	Ritos No Ritos Miedos Si Miedos No	World café
<b>4. Socialización de la muerte</b>	Agentes de contribuyen directa e indirectamente en el comportamiento ante la muerte.	Factor que marca el comportamiento individual.	Presentes Ausentes	Familia Amigos o compañeros Trabajo Religión Medios de comunicación	World café

#### Valoración Cuantitativa:

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente
<b>1. Pensar en la muerte</b>	Adquirir conciencia sobre la muerte.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert: (1-7) 1: totalmente desacuerdo 7: totalmente de acuerdo	Encuesta
<b>2. Afrontar la muerte</b>	Proceso para resistir la muerte	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta
<b>3. Vida actual</b>	Meditar quien soy, como soy, que hago, etc.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta

<b>4. Calidad de vida</b>	Bienestar físico, material, desarrollo, social y emocional.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta
<b>5. Afrontar pérdidas futuras</b>	Capacidad para superar futuras pérdidas.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta
<b>6. Manejo de la muerte</b>	Forma de comprender el proceso de la muerte.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta
<b>7. Ayudar a la gente</b>	Acción tendiente, a paliar pensamientos y sentimientos respecto a la muerte.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta
<b>8. Incertidumbre después de la muerte</b>	Defecto y duda de los conocimientos después de la muerte.	Autoevaluación	Reflexión	Escala de Likert	Encuesta

## **ASPECTOS BIOÉTICOS**

En la presente investigación y basándonos en los principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia), hemos aplicado los métodos antes explicados para la obtención de información. Previo a la obtención del consentimiento informado, que se anexa como respaldo.

Entre los riesgos a presentarse para los participantes se considera la formulación de juicios de valor por las diferentes ideologías por el tema de estudio.

## VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

### 1. ESTADISTICA DESCRIPTIVA

#### DATOS DEMOGRAFICOS

Tabla 1: Edad de los posgradistas de estudio

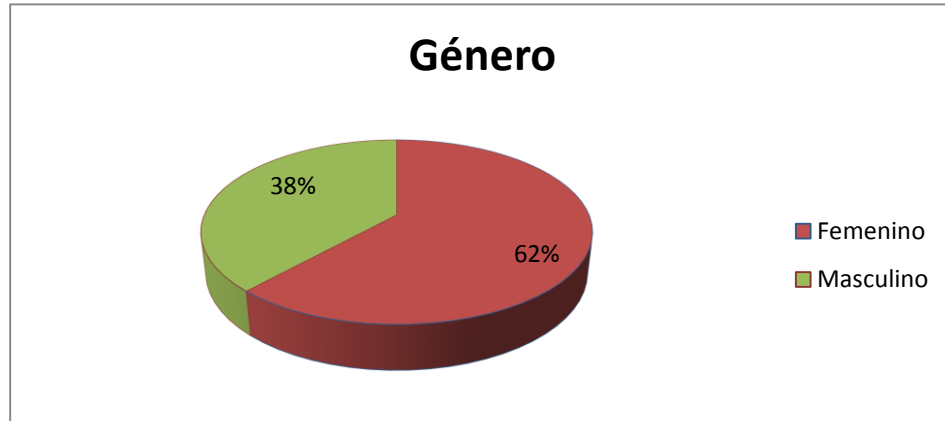
DATOS		EDAD
N	Válido	34
	Perdidos	0
Mediana		30
Desviación estándar		3,004
Varianza		9,023
Rango		17
Mínimo		25
Máximo		42
Suma		1066
Percentiles	25	29,00
	50	30,50
	75	33,00

Fuente: P.U.C.E

Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

La mayoría de los encuestados se encuentran en edades que oscilan entre: 26 – 30 años de edad (n=16; 47,1%); 31 – 35 años de edad (n=15; 44,1%). Concluyendo que la población de estudio según el ciclo vital individual, son adultos jóvenes.

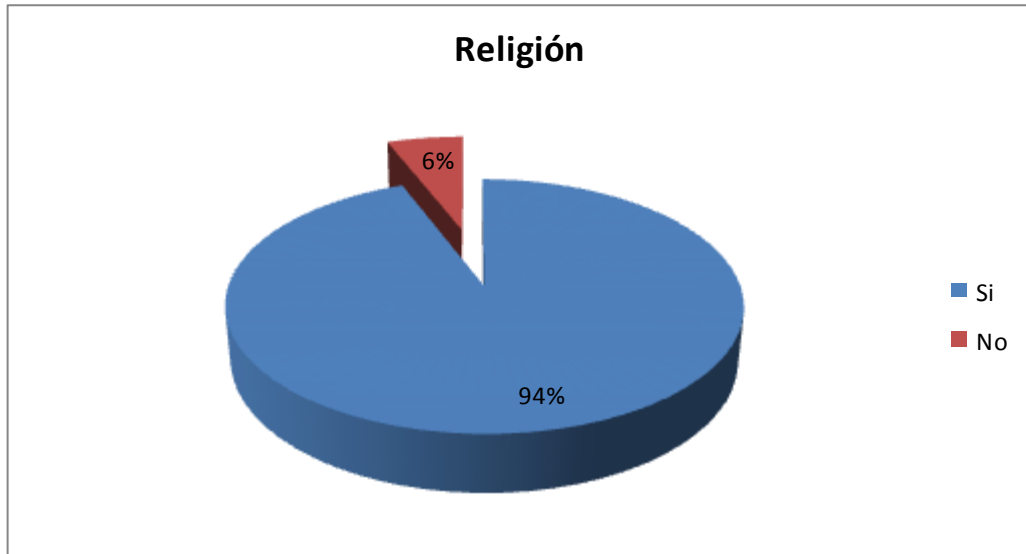
**Gráfico 1: Género de los posgradistas de estudio**



*Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba*

De los residentes entrevistados la mayor parte corresponde al género femenino(n=21), acorde a las tendencias en la carrera de medicina según lo reportado por la Dirección de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones - UCE, donde el 63,5% son mujeres y el 36,5 en hombres.

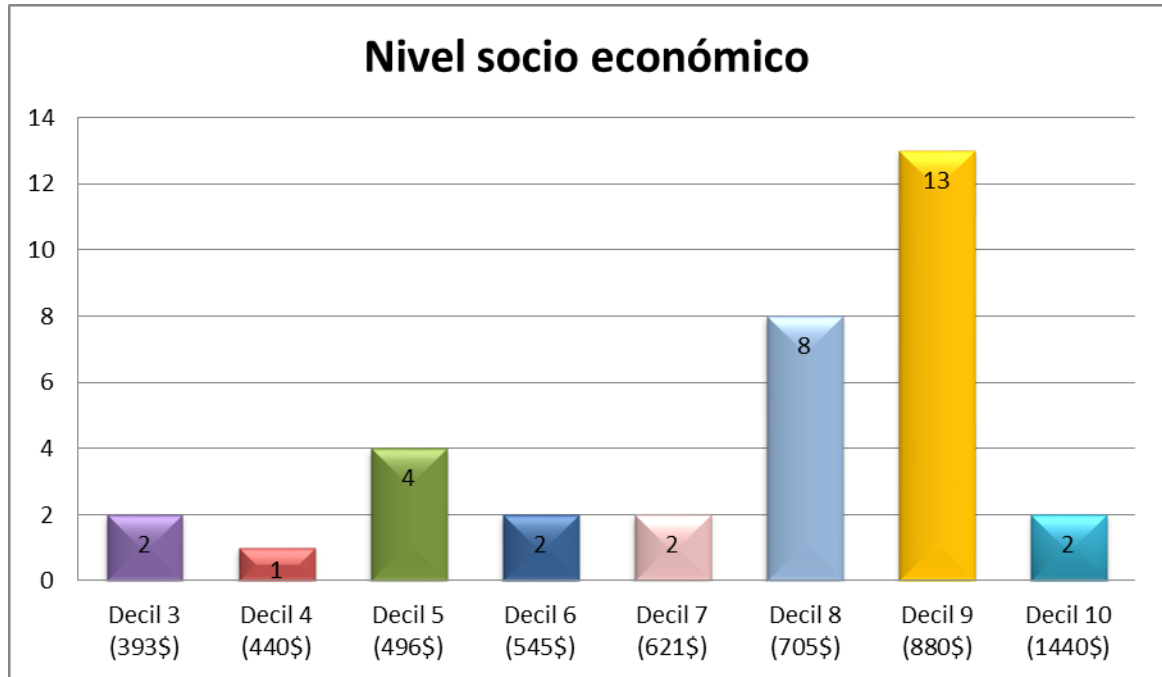
**Gráfico 2: Religión de los posgradistas de estudio**



*Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba*

De la muestra de n=34 individuos se registraron más, con creencias religiosas (n=32) según lo esperado, ya que en el 91,95% de los ecuatorianos tiene una religión acorde a los datos del INEC 2012.

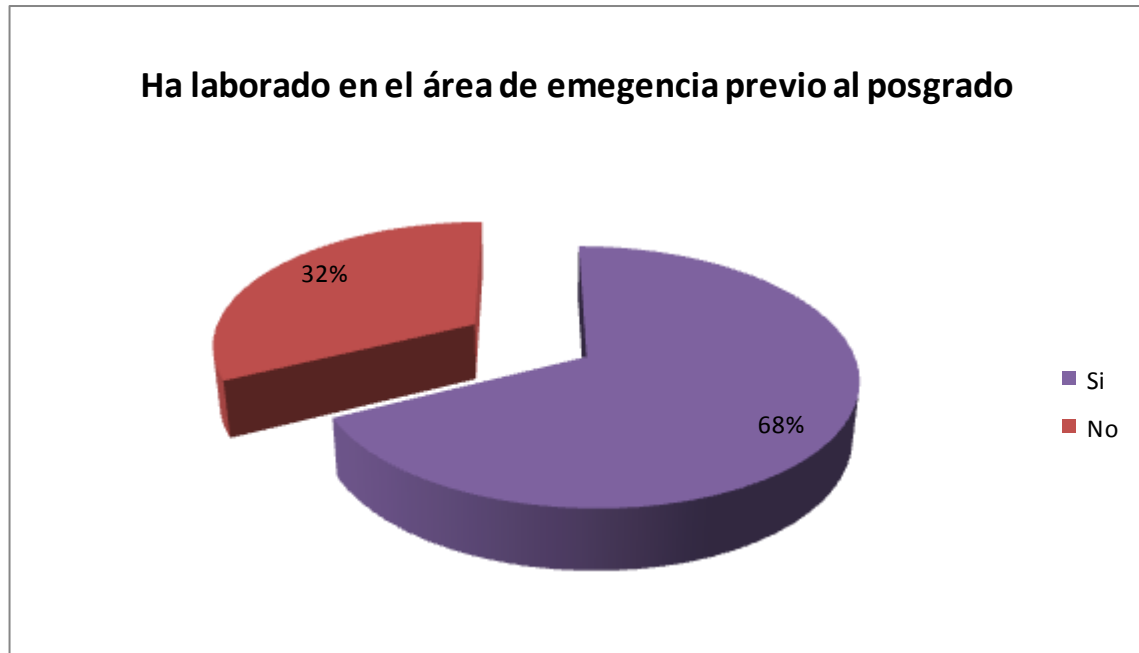
**Gráfico 3: Nivel socio económico de los posgradistas de estudio**



*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

Los residentes en su mayoría, tienen un gasto promedio mensual entre el Decil 9 que representa el 38,2% y el Decil 8 que corresponde al 23,5%, según formato del INEC 2011/2012. Concluyendo que la mayor parte de los posgradistas se encuentran dentro del mismo escenario.

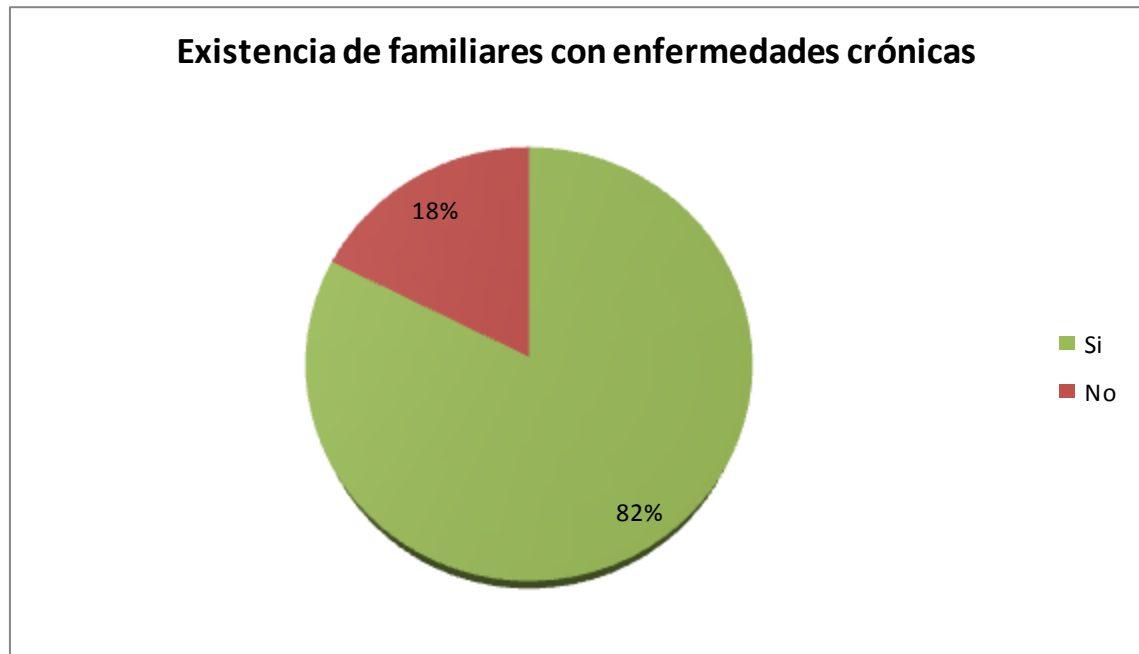
**Gráfico 4: Experiencia profesional previa de los posgradistas en estudio**



*Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba*

La mayoría de los médicos entrevistados tiene experiencia previa en el área de emergencia (n=23), mientras que 11 participantes no han laborado en dicha área. El conocimiento valorado como experiencia previa, se considera como una fortaleza para afrontar las adversidades de la vida, al cruzar variables veremos si es significativo en el presente estudio.

**Gráfico 5: Existencia de familiares con enfermedades crónicas de los posgradistas de estudio**

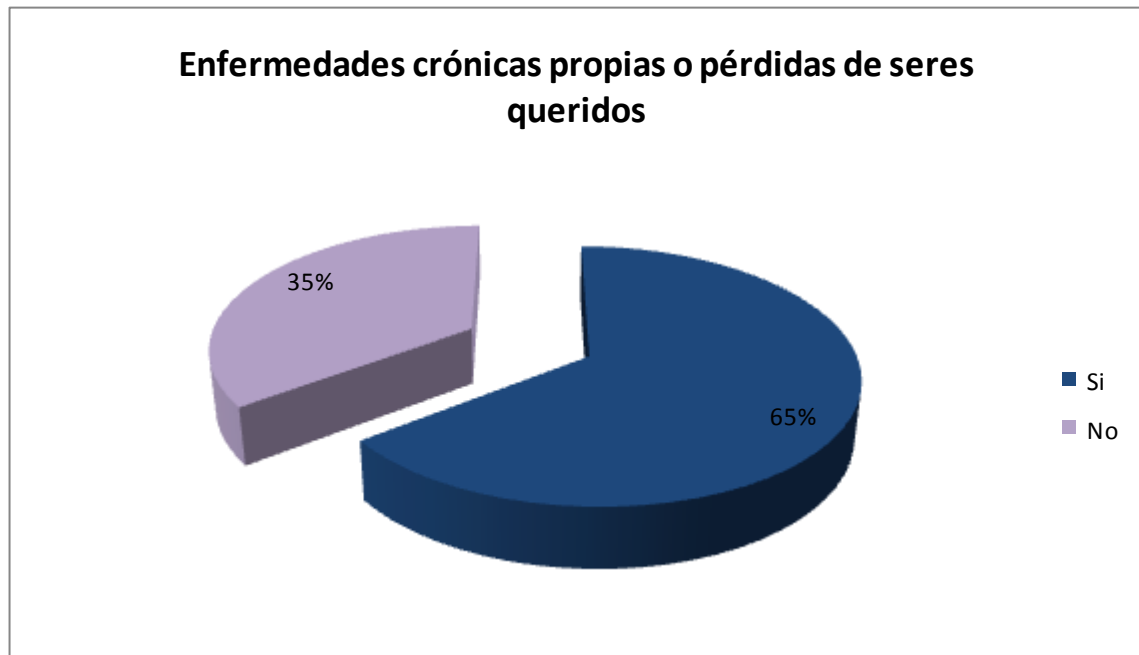


*Fuente:* P.U.C.E

*Elaborado por:* Mds. Chafra y Coba

En este gráfico se destaca que 28 de los encuestados tienen familiares con enfermedades crónicas, y 6 de ellos no cuentan con esta experiencia. Se considera a esta vivencia como parte de las fortalezas a determinarse en el presente trabajo.

**Gráfico 6: Presencia de enfermedades crónica propias o pérdidas de seres queridos de los posgradistas de estudio**



*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

Veintidós de los facultativos en estudio tienen enfermedades crónicas o han perdido a un ser querido, en tanto que doce de los individuos no lo han padecido. Esto tomado como parte de las fortalezas cognitivas que ayudan a afrontar las adversidades de la vida.

Para el análisis de resultados se utilizó los diagramas de cajas basado en encuestas modificadas de la “Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte” y del “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte”, se dispone con número de respuestas del 1 hasta el 7 con su respectivo significado:

1: Totalmente en desacuerdo

2: Desacuerdo

3: Medianamente en desacuerdo

4: Neutro

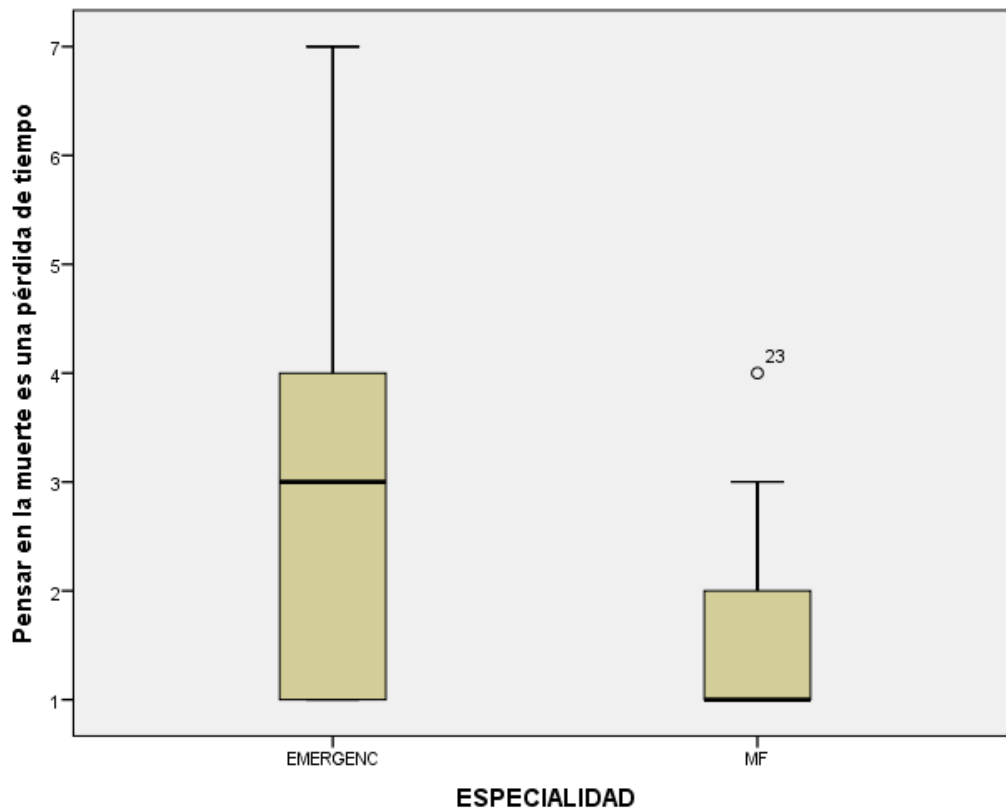
5: Medianamente en Acuerdo

6: Acuerdo

7: Totalmente en Acuerdo

## Pregunta 1 de la Encuesta aplicando el test de Bugen.

Gráfico 7: Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo



*Fuente:* P.U.C.E

*Elaborado por:* Mds. Chafra y Coba

En el diagrama de box plot sobre el pensamiento de la muerte como pérdida de tiempo, se observa que la mediana en los posgradistas de emergencias es 3 que equivale a medianamente en desacuerdo, contrario a las personas de medicina familiar, cuya mediana es 1, es decir están totalmente en desacuerdo.

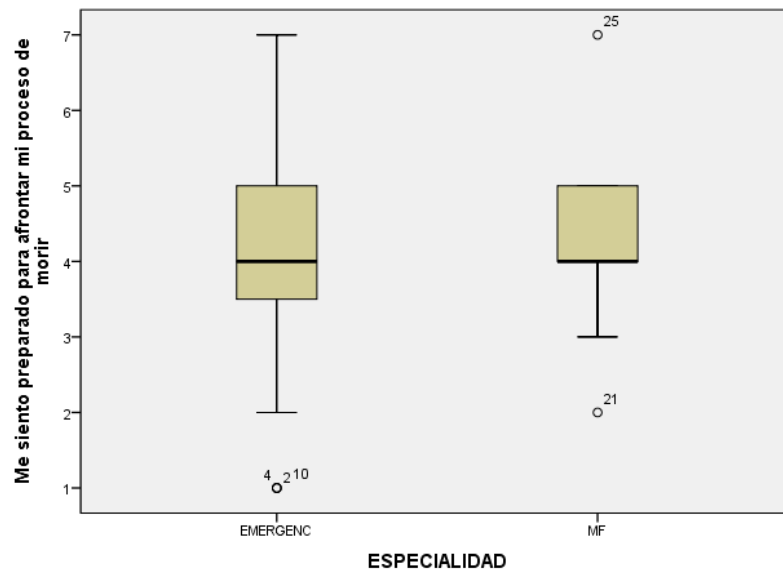
Existe más variabilidad de respuestas en emergencia que en MF ya que los valores de intercuartiles son  $(4-1=3)$ ;  $(2-1=1)$  respectivamente. En MF el rango de normalidad esta entre los valores (2; 1) de la escala Bugen, que significa estar en desacuerdo o en totalmente en desacuerdo con esta pregunta.

También existe un valor atípico que significa que uno de los profesionales entrevistados de medicina familiar no está dentro del rango de la normalidad.

Concluyendo que los para los posgradistas de medicina familiar no es una pérdida de tiempo pensar en la muerte, contrario a lo reflejado por los médicos de emergencias, para quienes pensar que la muerte es una pérdida de tiempo se aproxima a un punto neutro.

## Pregunta 2 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 8: Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir



Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E

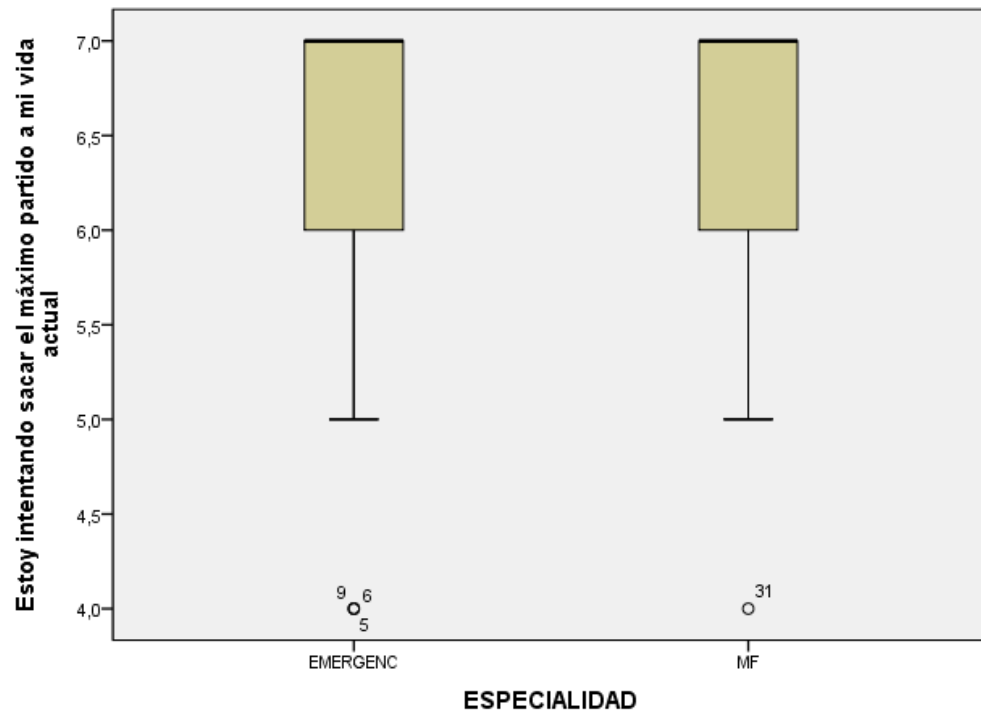
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

Con respecto a la pregunta me siento preparado para mi proceso de morir, los profesionales tanto de Medicina Familiar como de Emergencias tienen una mediana de 4, es decir su respuesta es neutra.

Existe una asimetría hacia la derecha en ambos casos que representa estar de acuerdo. La distribución de respuestas de los profesionales de emergencia es más dispersa que los de medicina familiar por el ancho de la caja, ya que los valores intercuartiles son: (5-3,5=1,5); (5-4=1) respectivamente. Por lo tanto pese a no estar totalmente preparados para el proceso de morir la tendencia es a estar preparado.

### Pregunta 3 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 9: Estoy intentando sacar el máximo partido de mi vida actual



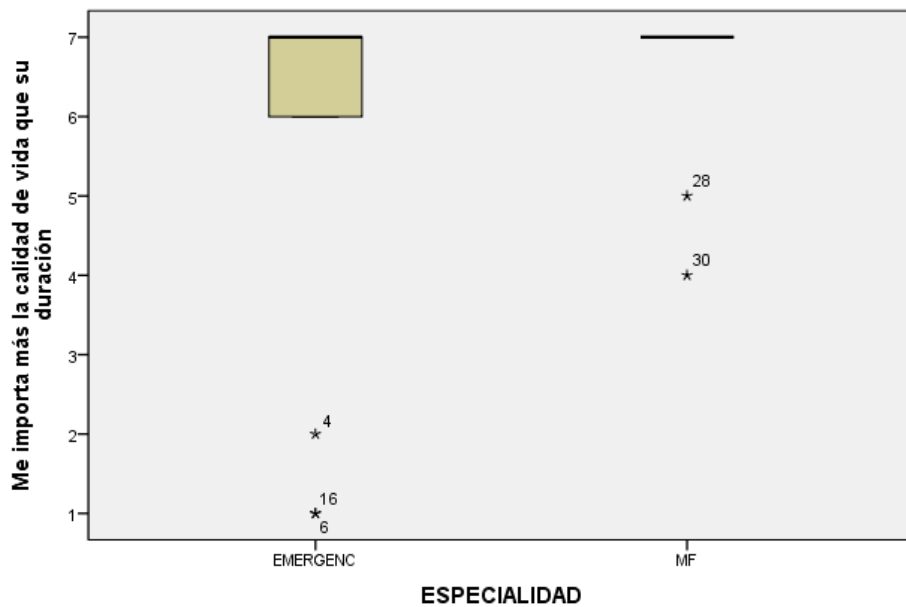
Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

En Emergencia y Medicina familiar concuerdan que la mediana es de 7 que corresponde a estar totalmente de acuerdo con la pregunta estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual. Existe una tendencia a la izquierda en ambas especialidades a estar en acuerdo. Los valores intercuartiles son  $(7-6=1)$  en ambos casos.

## Pregunta 4 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 10: Me importa más la calidad de vida que su duración



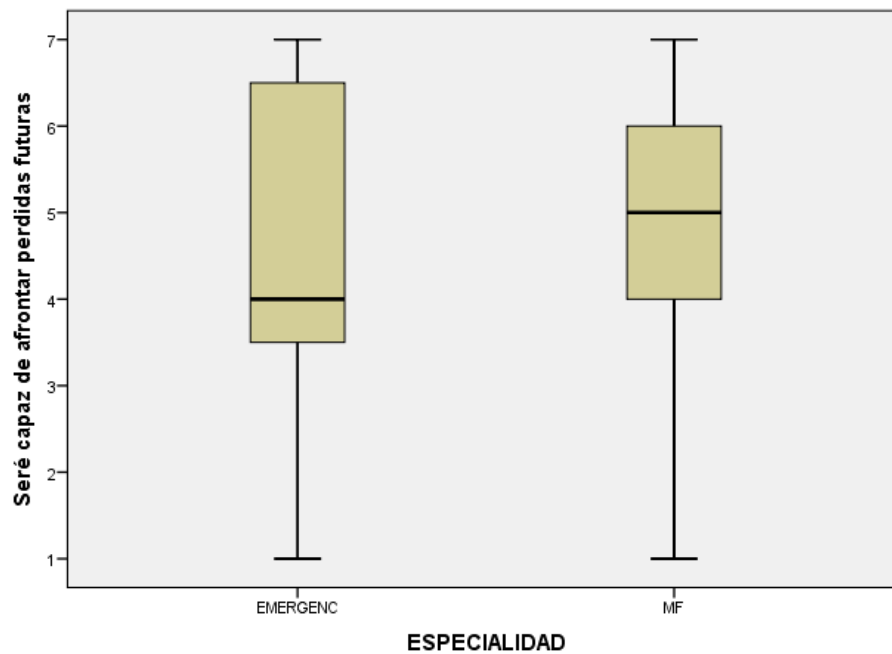
Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafra y Coba

El rango de normalidad tanto en Emergencia como MF fue estar totalmente de acuerdo y en acuerdo al siguiente planteamiento Me importa más la calidad de vida que su duración, teniendo como valores intercuartiles ( $7-6=1$ ); y el valor de la mediana es 7 en los dos grupos, hay valores atípicos relacionados a estar en desacuerdo en esta aseveración, representando que existieron encuestados que respondieron estar en desacuerdo a esta aseveración.

## Pregunta 5 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 11: Seré capaz de afrontar pérdidas futuras



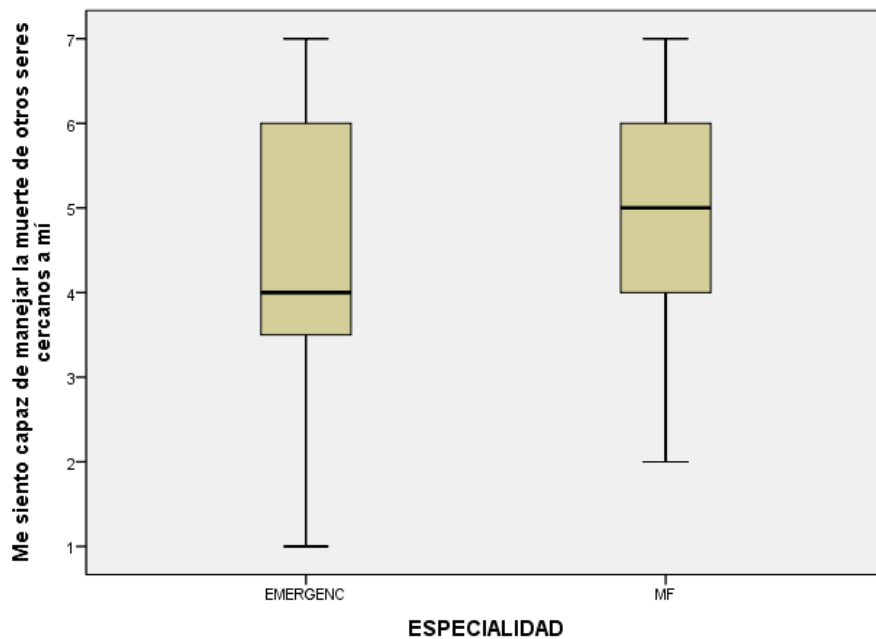
Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafra y Coba

En la pregunta, seré capaz de afrontar pérdidas futuras, es notorio que en el grupo de emergencias las respuestas son asimétricas y cuya mediana encaja en 4 entendido como valor neutro, y la tendencia se dirige hacia la derecha, es decir a estar totalmente en acuerdo. Los valores intercuartiles son (3,5 -6,5=3). En el caso de MF contestaron de forma simétrica a la interrogante valorada, con una mediana de 5, que es estar medianamente en acuerdo, los valores intercuartiles son (6-4=2), y se refleja una tendencia de la caja hacia la derecha.

## Pregunta 6 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 12: me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí



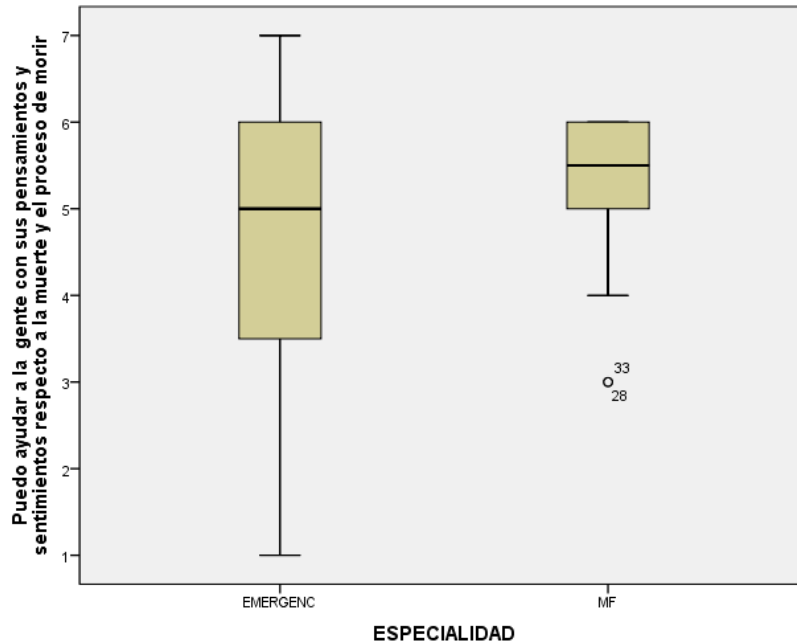
Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

En Medicina Familiar las opiniones con respecto a esta consulta son simétricas con una mediana de 5 y valores intercuartiles de  $(4-6=2)$ , que refleja que estos participantes se sienten más capaces de manejar la muerte de otros seres cercanos. En la especialidad de Emergencia se percibe una dispersión más amplia de los datos, la mediana está marcada en 4 que se entiende como Neutro y sus valores intercuartiles entre  $(3,5-6= 2,5)$ . Las tendencias son similares en ambos grupos con orientación hacia la derecha.

## Pregunta 7 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 13: Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir

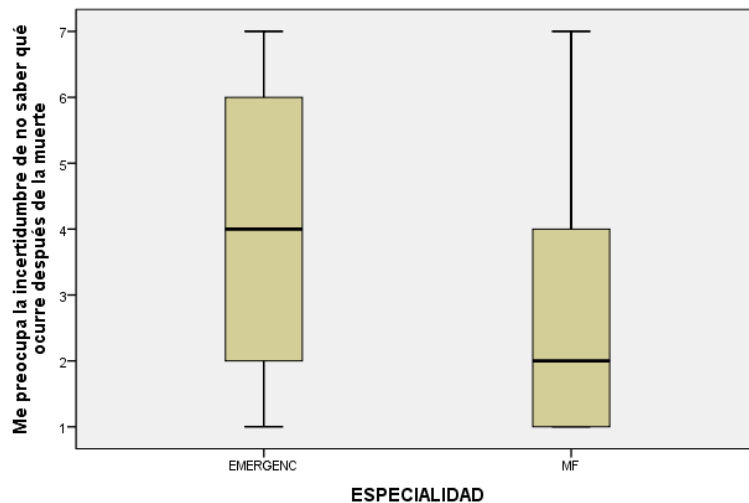


Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

Vemos que en la interrogante expuesta los posgradistas de Emergencias presentan un amplio rango de variabilidad de sus respuestas, con valores de  $6 - 3,5 = 2,5$ ; la mediana corresponde a medianamente en acuerdo (5). En medicina Familiar el rango de variabilidad es más estrecho entre  $6 - 5 = 1$ , con una media de 5,5; además existen valores atípicos con tendencia a la izquierda. La inclinación del histograma en MF es a la derecha indicando que pueden ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y proceso de morir de mejor manera que los médicos de emergencias.

## Pregunta 8 de la Encuesta aplicando el test de Bugen

Gráfico 14: Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte

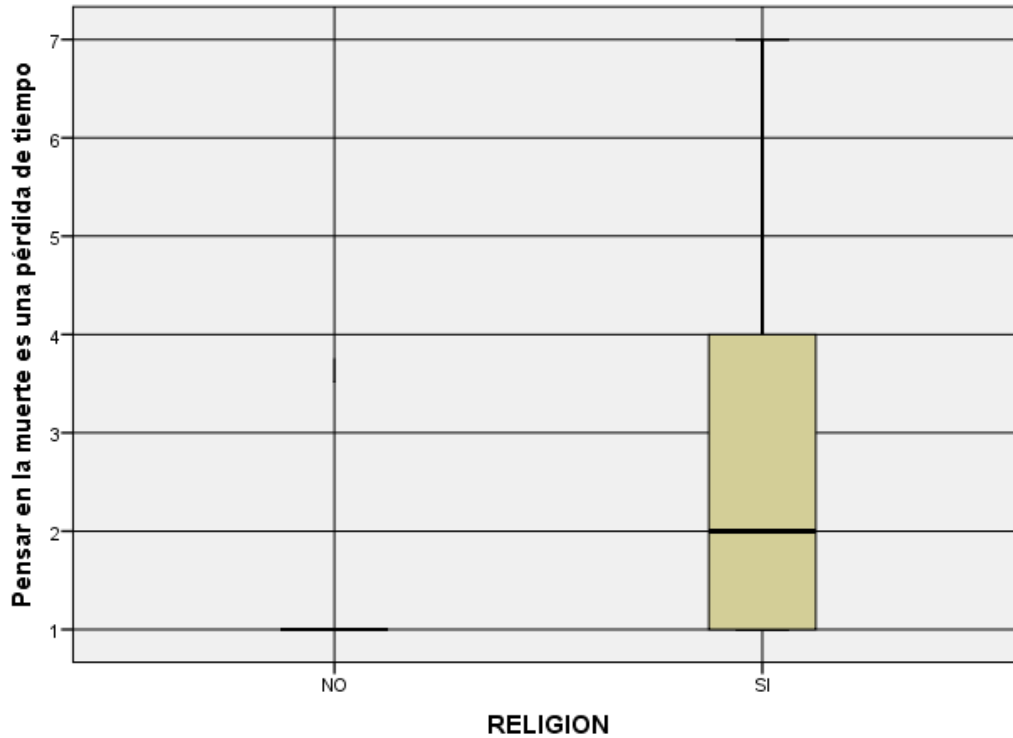


Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

En los dos grupos valorados, la distribución de respuestas es muy variable por el ancho de las cajas representado por los valores intercuartiles ( $6-2=4$ ) en Emergencias; y ( $4-1=3$ ) de MF. Los residentes de emergencias tienen una mediana de 4, no se observan tendencias hacia a la derecha o la izquierda, es decir se encuentran en una posición totalmente neutra. Mientras que los facultativos de MF tienen una media de 2 que indica estar en desacuerdo, es decir no tener incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.

**Gráfico 15: RELACIÓN DE LA RELIGIÓN E IMPORTANCIA DE LA MUERTE**

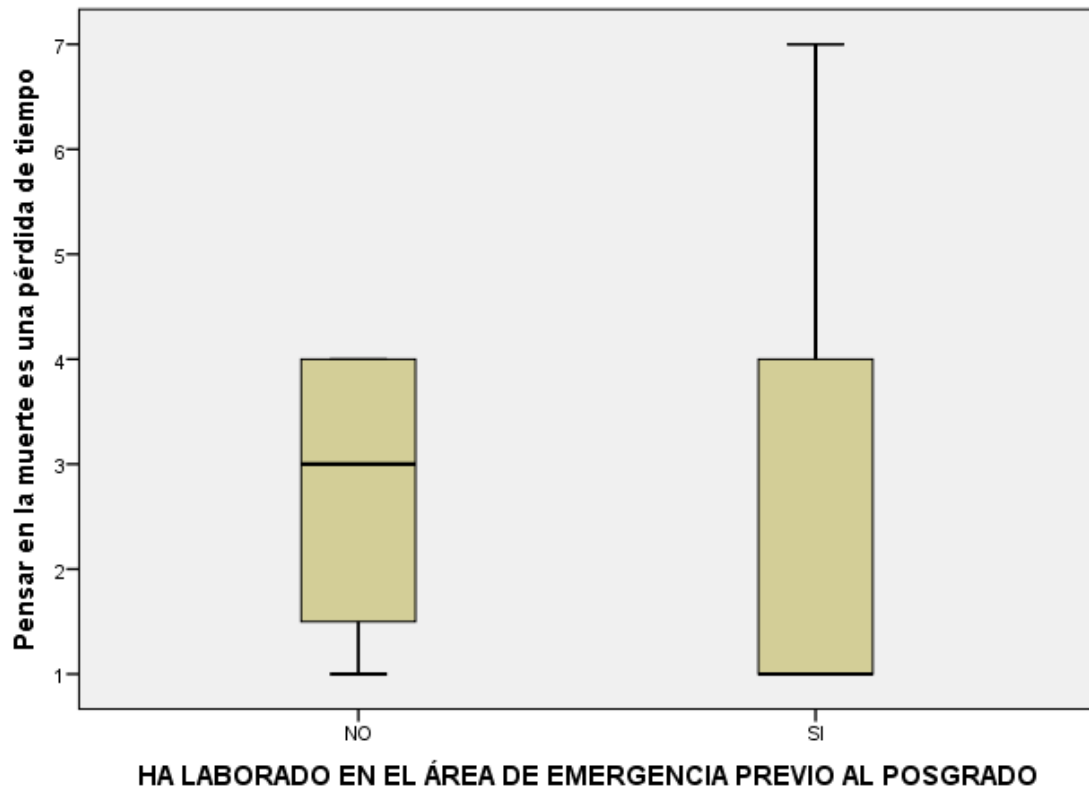


Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

Casi la totalidad de los encuestados tienen creencias religiosas, reflejando que para ellos pensar en la muerte no es una pérdida de tiempo, a través de una mediana de dos que indica estar en desacuerdo. Esto demuestra que tener una religión permite dar un valor al proceso de morir y muerte.

**Gráfico 16: RELACIÓN DE LA MUERTE CON LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL  
AREA DE EMERGENCIA PREVIO AL POSGRADO**

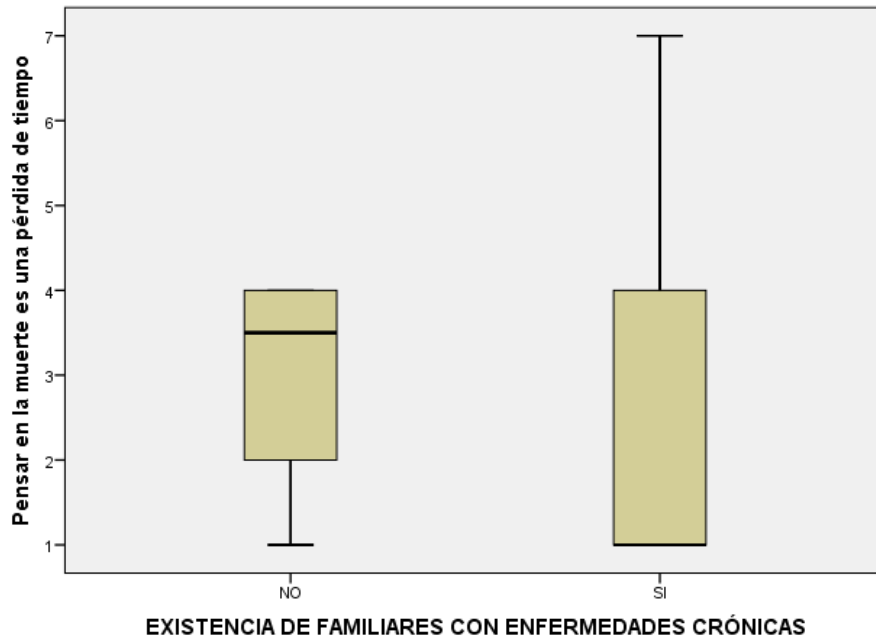


Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

La dispersión de datos en los posgradistas con o sin experiencia previa en el área de emergencia es amplia, con tendencia a la izquierda que indica que para ambos grupos es importante pensar en la muerte. Aquellos con experiencia previa tienen una mediana de 1, con valores intercuartiles de  $1 - 4 = 3$ ; y los doctores sin experiencia poseen una mediana de 3 con datos intercuartiles entre  $4 - 1,5 = 2,5$ .

**Gráfico 17: RELACIÓN DE LA MUERTE CON LA EXISTENCIA DE FAMILIARES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

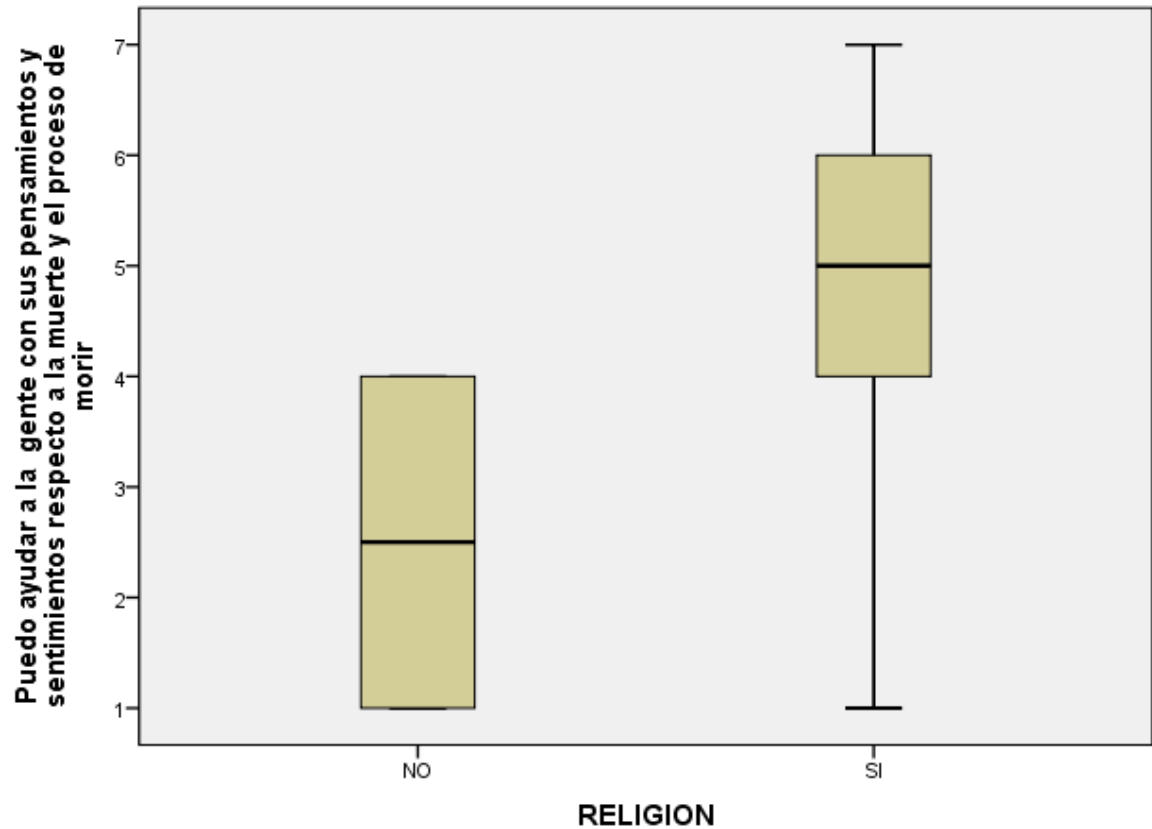


Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafra y Coba

Se puede observar, quienes tienen familiares con enfermedades crónicas piensan más en la muerte, donde su mediana se marca en 1, que representa estar totalmente en desacuerdo en esta aseveración, y para los que no han vivido esta experiencia es menos relevante pensar en la muerte, pues se observa que la mediana se acerca a la neutralidad (3,5), de tal manera que se encuentra entre medianamente en desacuerdo y neutro. A pesar que ambos grupos las tendencias se dirigen a la izquierda.

**Gráfico 18: RELACIÓN DE LA RELIGIÓN CON EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE MORIR**

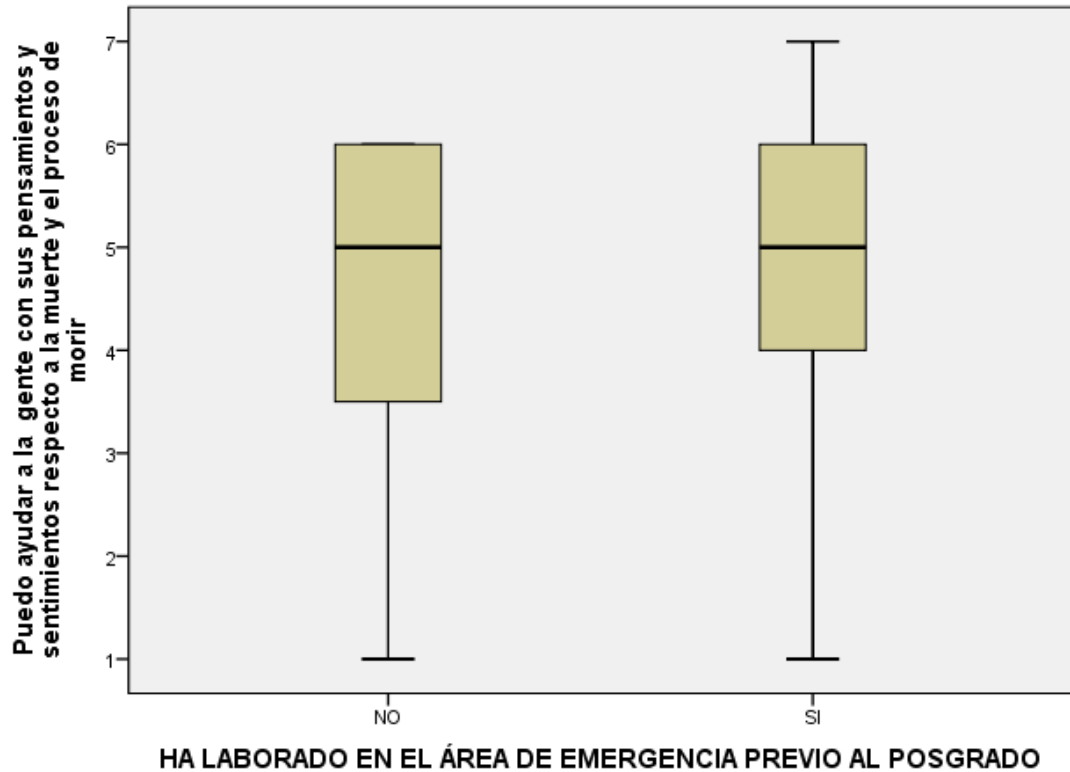


Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

Los médicos que poseen algún tipo de religión se sienten capaces en realizar un acompañamiento en el proceso de morir de otras personas, contrario a los no religiosos cuya tendencia es totalmente a la izquierda con una media de 2,5 reiterando la planteado.

**Gráfico 19: RELACIÓN DE LA EXPERIENCIA PREVIA EN EL AREA DE EMERGENCIA  
CON EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE MORIR**



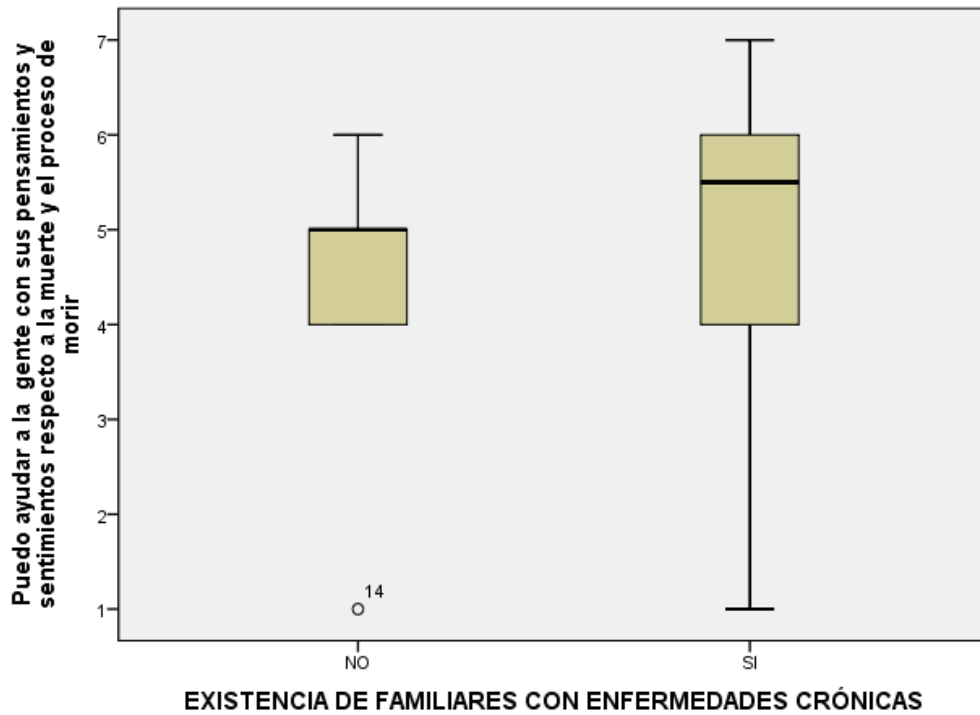
Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

Fuente: P.U.C.E

Elaborado por: Mds. Chafra y Coba

En los diagramas se contempla que independientemente de la experiencia previa en el área de emergencia se puede ayudar a la gente en el proceso de morir, es por eso que la mediana en los dos grupos es de 5 que corresponde a medianamente en acuerdo.

**Gráfico 20: RELACIÓN DE LA EXISTENCIA DE FAMILIARES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE MORIR**

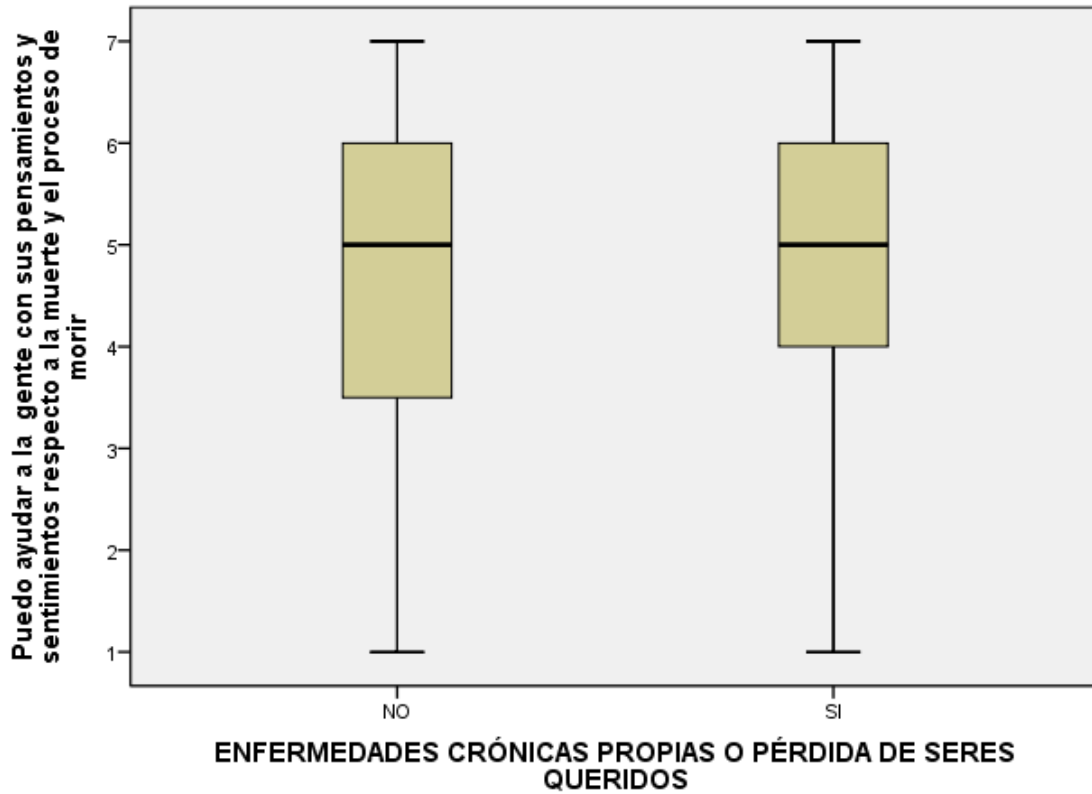


Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

En los posgradistas que manifestaron tener familiares con enfermedades crónicas al igual que aquellos que no cuentan con dicha experiencia, pueden ayudar a otras personas en el proceso de morir, según lo revelado por las medianas (si=5,5; no=5) y su tendencia a la derecha.

**Gráfico 21: RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS O PÉRDIDAS DE SERES QUERIDOS Y EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE MORIR**



Escala de Bugen afrontamiento de la muerte 1; Totalmente en desacuerdo 2; Desacuerdo 3; Medianamente en desacuerdo 4; Neutro 5; Medianamente en Acuerdo 6; Acuerdo 7; Totalmente en Acuerdo

*Fuente:* P.U.C.E  
*Elaborado por:* Mds. Chafla y Coba

En estos diagramas de cajas, se muestra que tanto los médicos que padecen enfermedades crónicas o que han vivido la pérdidas de seres queridos, como aquellos que no han tenido estas experiencias pueden ayudar a otros individuos en su proceso de morir, considerando que la mediana de 5 y la inclinación a la derecha de las respuestas se repite para ambos grupos.

## **2. ANALISIS CUALITATIVO**

**Advertencias:** en el presente estudio se evaluó la parte cualitativa a través del diálogo informal con el apoyo de la herramienta del Word café, y posterior análisis del mensaje propuesto por Daniel Prieto Castillo, identificando las ideas núcleo (configura el paradigma que es lo esencial del pensamiento, a través de diferentes sintagmas), modo de predicación y análisis ideológico.

## **ANALISIS DEL MENSAJE DE LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR**

Tabla 2: GRUPO NÚMERO 1 MEDICINA FAMILIAR

	1	2	3	4
<b>1. Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	“Si, muerte de un bebe intrauterino mientras realizado la rotación de ginecología en el posgrado.”	“Si, durante el internado un niño que al salir de la escuela, fue atropellado y falleció”	“Si, en el internado en el servicio de oncología, una de mis pacientes (maría), con la que tuve empatía llego a la emergencia en mala condición.”	“Si, internado vive el caso de un adulto medio, con steven johnson, que se complicó con neumonía y falleció.”
<b>2. Respuestas frente a la muerte</b>	“Depende del contexto, shock (negación), sentimiento de rechazo, muy fuerte su dolor. “Luego de mucho tiempo pienso que por nuestros principios, valores y esperanza, es lo que nos ayuda a superarlo y poderlo hablar sin llorar” A (aceptación)	“El jefe se sintió frustrado y yo triste, pero hay que continuar con el trabajo.”	“Tenía temor y miedo al no saber qué hacer ante la muerte. Fue muy triste para mí, pero luego continuo laborando.”	“Al no superar la muerte de mi abuelita siempre estará la duda de si hubo mucho por hacer, queda un remordimiento, que no me permite laborar con pacientes en proceso de muerte B (duelo no resuelto que afecta el desempeño laboral con pacientes paliativos). Continúo mi trabajo.”
<b>3. Cultura de la muerte</b>	No ritos Miedo a la muerte es el dolor antes de morir”.	Me despido de las personas que fallecen, me acerco les pongo una mano en el cuerpo y les deseo lo mejor y pido que dios les bendiga A, esto me permite que no me afecte emocionalmente y cierro mi círculo. Otras personas creo que no cierran su círculos están triste, frustración, ira, tristeza	“Pedir a Dios en mi mente que le de paz y fortaleza a su familia, y darle un abrazo a la familia.” Miedo a la forma de morir.	No realizo ritos en la emergencia No tengo miedo.

		y si creo que les afecta en su jordana laboral. Miedos a la muerte: temo lo que mis padres tengan que sufrir, y también lo que hay luego de la muerte y rendir cuentas al ser superior, B si tengo logros en la vida.		
<b>4. Socialización de la muerte</b>	<b>Familiar</b> “Hacemos una reunión en la iglesia evangélica o sala de velación.	“Recordar con alegría, la familia realiza la misa y una reunión donde todos beben alcohol y están alegres, esto se celebra todos los años A, pero mi madre no lo comparte, creo mi mama se siente culpable”. Familiar	“Hay unión familiar a pesar de las diferencias de religión, también dejamos flores en las tumbas, las reuniones anuales.” B	“Realizamos sepelio y no realizamos reuniones en familia”

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

## ANALISIS GRUPO 1

1.- En este primer grupo de Medicina Familiar, todos los posgradistas han tenido experiencias de vida frente a la muerte, relatada con una sola idea núcleo, sin sintagmas, donde reconocemos claramente el origen del mensaje dándole así un alto grado de referencialidad, a través de un modo de predica de acción, concluyendo que se trata de una pauta cultural definitiva.

2.- Los cuatro participantes del world coffe de Medicina Familiar reaccionan emocionalmente ante la muerte sin verse afectado su desempeño profesional, como idea núcleo, presentando los siguientes sintagmas: shock, rechazo, dudas que forma parte de

la fase de negación; tristeza, temor, miedo y remordimiento que encajan en la fase de depresión y finalmente la fase de negociación y aceptación, relatado como: *“Luego de mucho tiempo pienso que por nuestros principios, valores y esperanza, es lo que nos ayuda a superarlo y poderlo hablar sin llorar”*<sup>A</sup>; a excepción de un residente quien cita: *“Al no superar la muerte de mi abuelita siempre estará la duda de si hubo mucho por hacer, queda un remordimiento, que no me permite laborar con pacientes en proceso de muerte”*<sup>B</sup>, considerado como un duelo no resuelto; el grado de referencialidad es Alto ya que identificamos directamente quien dice el mensaje, el modo de predica tiene un lenguaje de acción y las pautas culturales son difusas.

3. - En el grupo de 4 participantes, dos personas como parte de su cultura de la muerte en el área de emergencia, su paradigma es realizar ritos religiosos, un médico narra: *“Me despidió de las personas que fallecen, me acerco les pongo una mano en el cuerpo y les deseo lo mejor y pido que Dios les bendiga”*<sup>A</sup>; y los dos restantes no tienen ritos en el área de emergencia cuando fallece un paciente.

Tres personas tienen miedo a la forma de morir, el dolor ante la muerte, el sufrimiento de la familia y la incertidumbre luego de la muerte, como idea núcleo y un participante menciona lo siguiente: *“Temo lo que mis padres tengan que sufrir, y también lo que hay luego de la muerte y rendir cuentas al ser superior”*<sup>B</sup>. Todo esto expresado con un lenguaje de acción, un alto grado de referencialidad, siendo pautas muy extensas o difusas.

4.- En este grupo el comportamiento individual directa o indirectamente se ve marcado por la familia y la religión como idea núcleo, *“Recordar con alegría, la familia realiza la misa y una reunión donde todos beben alcohol y están alegres, esto se celebra todos los años”*<sup>A</sup>, *“Hay unión familiar a pesar de las diferencias de religión, también dejamos flores en las tumbas, las reuniones anuales.”*<sup>B</sup>; el modo de predica es de acción y con un alto grado de referencialidad, la ideología es reiterativa, por tanto es una conducta cultural definitiva.

Tabla 3: GRUPO NÚMERO 2 MEDICINA FAMILIAR

	5	6	7	8	9
<b>1. Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	“Si, en el posgrado, mujer de 18 años que llegó a la emergencia con muerte súbita y me impacto la reacción de la familia.”	“Si, al inicio del postgrado tuve una paciente joven, quirúrgica sin antecedente que fallece, posterior a mi valoración.”	“Si, en el posgrado me impacto el caso de una niña de 2 años, que bajo cuidado de la niñera sin causa aparente llego muerta a la emergencia.”	“Si, en el posgrado llegó a la emergencia una paciente de 2 años de edad que muere súbitamente mientras duerme”	“Si, cuando era asistencial de cardiología presencie la muerte con frecuencia.”
<b>2. Respuestas frente a la muerte</b>	“Sentí angustia por no saber que decir a la familia. Como persona me sentí útil de darle apoyo al familiar (abuelo). Sentí ira en vista que el jefe indicó que tenía que aprovechar entubando, lo que no compartí. Luego de 2 horas emocionalmente ya estaba mejor y continúe mi trabajo.”	“Sentí deseos de retroceder el tiempo para estar más pendiente, tomar decisiones en conjunto, para rectificar los errores. Pero esta impotencia no la he superado, porque sentí que era mi responsabilidad, pero no afecta mi rol profesional.”	“Sensación terrible con la muerte de niños, creo porque lo asocio con mi hija. La muerte de los adultos no me impacta. Como médicos podemos sentir culpa e impotencia. No afecta mi desempeño profesional.”	“Me sentí culpable. Si se trata de un familiar independiente de si se trata de enfermedades crónicas o no tengo dolor.” Continúo trabajando.	Creo que supero las situaciones de muerte con ayuda de una frase que es mi escudo y me resulta. No afecta mi desempeño”
<b>3. Cultura de la muerte</b>	“Realizo una oración pequeña a oído del paciente y es lo que aplico siempre. Con las enfermeras doy una oración en los pacientes que fallecen que dice: “con la mano del señor	“No realizo nada especial cuando muere alguien. Pienso que existe el miedo a como morir y no a morir, me gustaría morir sin sufrimiento, con una enfermedad	“En el caso indicado le cerré los ojos, le realice la señal de la cruz, en ningún otro caso realizo rezos o algo especial. Mi miedo es por mi hija, el que va pasar con ella. Es todo lo que dejamos lo	No realizo nada en especial. En cuanto a miedos, creo que debemos fomentar hablar temas de muerte, hablar de un testamento vital, facilitar	Repito esta frase: “cuando veas la muerte venir déjala ir” El temor de la muerte se dirige a los familiares, el dolor que ellos van a sentir. Sabemos que nos vamos a morir es lo único absoluto y seguro en la vida.

	Jesús viaja hacia la luz y descansa”. c <b>Miedos</b>	donde mi familia no deba tomar decisiones.”	que causa temor.” E	mejor el proceso de morir.F	
<b>4. Socialización de la muerte</b>	“En mi familia se habla de muerte y pensamos que la muerte es solo un paso, más allá existe alguien que te espera con los brazos abiertos, esto nos permite afrontar mejor las muertes en mi familia porque para nosotros existe la resurrección”. c (católica)	Familia, trabajo.	“Mis abuelos que eran muy católicos y fallecieron, la familia se conforta saben que están bien”.	Familia, trabajo.	En mi familia hemos experimentado a mucho la muerte, también hablamos sobre los deseos de cada uno si alguien muera, como la forma del sepelio, donde. En mi familia hacemos las misas del mes, la fecha de muerte, no dejamos flores. Para nosotros lo importante es recordarlos en nuestros corazones y como modo de vida para los que estamos aquí siempre los tenemos presentes porque fueron importantes.

Fuente: P.U.C.E

Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

## ANÁLISIS GRUPO 2

1.- En el segundo grupo de posgradistas de Medicina Familiar, como paradigma todos han experimentado la muerte de sus pacientes en diferentes escenarios, sin sintagmas, dicen las cosas a través de un lenguaje de acción, se describe quien dice el mensaje siendo así un grado de referencialidad alto, por tanto es una reacentuación significativa, que corresponde a una pauta cultural firme.

2.- De los cinco médicos de este grupo, cuatro reaccionaron emocionalmente y una de manera intelectual, sin embargo su desempeño profesional no se ve afectado, esto como idea núcleo. Los sintagmas expresados son diversos, entre los considerados emocionales están: angustia, impotencia, que son parte de la fase de negación; *C*, “*Sensación terrible con la muerte de niños, creo porque lo asocio con mi hija*”*D*; ira que corresponde a la segunda etapa del Duelo, en la fase de depresión manifiestan culpa y dolor; y en uno de los relatos un médico reacciona de forma intelectual, a través de una frase. En cuanto a lo que dice el sujeto corresponde a un lenguaje de Acción, se reconoce el grado de referencialidad como Alto y con esto es una pauta cultural difusa.

3.- En las respuestas sobre Cultura de la Muerte en este grupo de Médicos, como paradigmas tres de ellos ejecutan ritos de los cuales dos son religiosos, una expresa lo siguiente: “*Con la mano del señor Jesús viaja hacia la luz y descansa*”. *C*; y otro no religioso a través de una frase que utiliza como escudo: “*cuando veas la muerte venir déjala ir*”*D*; mientras que dos no realizan ritos con la muerte de pacientes.

En cuanto a los miedos ante la muerte claramente se identifica a tres de los facultativos que tienen miedos a cómo morir, al sufrimiento, que pase con sus hijos y familiares, de esto se expone: “*Mi miedo es por mi hija, el que va pasar con ella, es todo lo que dejamos lo que causa temor*.”*E*; en tanto que dos de ellos no manifiestan sus miedos sentimentalmente, uno de ellos exclama lo siguiente: “*En cuanto a miedos, creo que debemos fomentar hablar temas de muerte, hablar de un testamento vital, facilitaría mejor el proceso de morir*”*F*; con esto lo predicado por el sujeto corresponde a un

lenguaje de Acción, reconociendo un discurso con grado de referencialidad Alto, ideologías que apelan a experiencias decisivas y conductas culturales pautadas como líquidas.

4.-Los factores que marcan el comportamiento individual se centra en la familia, religión y el trabajo, que corresponde a la idea núcleo de este grupo, *“En mi familia se habla de muerte y pensamos que la muerte es solo un paso, más allá existe alguien que te espera con los brazos abiertos, esto nos permite afrontar mejor las muertes en mi familia porque para nosotros existe la resurrección”<sup>C</sup>* ; a través de una predica de acción, grado de referencialidad Alto, por lo tanto la corriente cultural es definitiva.

**Tabla 4: GRUPO NÚMERO 3 MEDICINA FAMILIAR**

	10	11	12	13	14
<b>1. Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	“Si, en la rural, un paciente con intoxicación se dio los primeros auxilios y luego yo le asistí en la ambulancia, donde este solicito no se lo reanime, y sin contar con medios idóneos, se respetó la autonomía del paciente.”	“Si, en el internado, fallece un paciente con poli trauma con mal pronóstico, y me cedieron la tarea de dar la mala noticia.”	“Si, en el posgrado se trata de un paciente ulcera venosa pienso que no debería morir que se pudo hacer más.”	“Si, trabajó 2 años en emergencia, afronte muchas muertes.”	“Si, en el pre rural, fallece una adulta mayor en shock con insuficiencia renal terminal, y por diferencia de culturas e idioma nos culpaban de dicha muerte.”
<b>2. Respuestas frente a la muerte</b>	“No pude hacer nada, lo que me marco porque como médicos estamos preparados para salvar vidas pero ante la petición del paciente me sentí impotente y con frustración. E No afecta mi desempeño profesional.”	“Fue muy duro porque no sabía cómo dar malas noticias, tuve cargo de conciencia porque creí que fallamos. F Reaccionamos siempre emocionalmente Me preocupó el dolor de la paciente y familia No me afecta mi desempeño laboral.”	“Con cada paciente que fallece, siempre recapitulamos lo sucedió para saber nuestras fallas y que hacer mejor en el siguiente caso. En mi caso no he tenido la responsabilidad directa, siempre he laborado en equipo y el hecho de experimentar muertes a diario no dificulta el trabajo.”	“Con la experiencia maduras psicológicamente, lo que me hace más fría y reacciono mejor a la muerte. No afecta mi desempeño profesional.” <sup>G</sup>	“La reacción cambia nuestro genio, provoca stress. Dar malas noticias te hace sentir mal. No afecta mi desempeño laboral.”
<b>3. Cultura de la muerte</b>	“No aplico ritos. Miedo a la incertidumbre de lo que pasara con mis hermanos, que les pase algo. Que me pase	“Luego de dar una oración y con el acompañamiento al paciente y la familia me	“Depende de cada persona, cómo responder y hacer algo para reconfortarse en ese momento, por el impacto o el stress que provoca. Personalmente estoy	“No realizo nada especial en la emergencia. No es miedo a morir, es miedo que le pase algo a mi	“Cuando se trabaja en equipo no hay espacio, ni tiempo para ponerse mal porque hay que continuar

	<p>algo a mí no importa pero que no sufra mi familia.”</p>	<p>ayuda afrontar bien la muerte. Miedo a sufrir dolor y el sufrimiento de los familiares.”</p>	<p>sola un momento, tomo agua, me lavo la cara, y retorno a mi trabajo, y el tiempo dependerá del tipo de muerte del paciente y el vínculo que entable con el mismo. Pero con el posgrado me ha ayudado a afrontar de mejor manera estas situaciones, por la formación que hemos tenido. Más que miedo a morir es el miedo al dolor, la tristeza, y el dolor de los familiares.”</p>	<p>familia, mis papás.”</p>	<p>con el resto de paciente. Pido a Dios por la persona y su familia, rezo mentalmente y sigo trabajando. En mi caso no tengo miedos a la muerte porque ya viví con una enfermedad grave que la supere.”</p>
<p><b>4. Socialización de la muerte</b></p>	<p><b>Familia y religión.</b> “En mi familia hacemos las misas anuales, reuniones familiares, y recordamos los buenos momentos compartidos con los que ya partieron. Visitamos tumbas los días de finados y dejamos adornos florales, limpiamos las tumbas y rezamos”</p>	<p><b>Familia y religión.</b> “En mi familia recordamos el descanso eterno, nos reunimos las fechas, no hacemos misas. También hablamos de nuestros deseos al morir.”</p>	<p><b>Trabajo y familia.</b> “Si hay más experiencia lo asumo mejor. Con la formación del posgrado nos facilita dar malas noticias. Cuando falleció mi abuelita a pesar de ser una familia grande estamos unidos, hacemos una misa siempre, para estar de esta manera conectados, lo simbólico también lo que nos enseñaron vivirlo a diario. Y mis abuelitos con esto sabemos que están orgullosos.”</p>	<p>“En mi familia dejan flores el fechas festivas madre, difuntos, no estoy de acuerdo. Hablamos de muerte y los deseos como no prolongar mi vida sin pronóstico favorable.”</p>	<p><b>Familiar y religiosa.</b> En mi familia todos los feriados nos reunimos en Riobamba, vamos al cementerio las fechas de recuerdo, dejamos flores. Nunca se deja pasar estas fechas. En especial la de mi abuelita.</p>

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

### ANÁLISIS GRUPO 3

1.- Las opiniones de este grupo de posgradistas, en cuanto a experiencias frente a la muerte relata un solo Paradigma, sin identificar variantes en la idea núcleo, con un lenguaje que establece la Acción del sujeto, dando como resultado un grado de referencialidad Alto y con pautas culturales definitivas.

2.- En este grupo tres de los integrantes reaccionan de forma sentimental ante la muerte para no verse afectado su ejercicio profesional, y con sintagmas que describen las etapas del Duelo a través de expresiones como: *“No pude hacer nada, lo que me marco porque como médicos estamos preparados para salvar vidas pero ante la petición del paciente me sentí impotente y con frustración”*. E representa la fase de negación; otro facultativo narra: *“Fue muy duro porque no sabía cómo dar malas noticias, tuve cargo de conciencia porque creí que fallamos”*. F, corresponde a la fase de depresión; mientras que en los dos restantes su reacción es interior sin afectar su desempeño profesional por lo declamado por uno de ellos: *“Con la experiencia maduras psicológicamente, lo que me hace más fría y reacciono mejor a la muerte. No afecta mi desempeño profesional.”* G; en este discurso el grado de referencialidad es Alto, en vista que se identifica claramente un lenguaje de Acción, con ideologías que apelan a experiencias decisivas siendo una pauta cultural difusa.

3.- En este grupo de posgradistas de Medicina Familiar, la mentalidad que tienen ante la muerte, se refleja a través de ritos en tres de los participantes, dos de ellos son religiosos, uno de ellos expone: *“Pido a Dios por la persona y su familia, rezo mentalmente”* G; y un integrante tiene como costumbre lo siguiente: *“ Personalmente*

*estoy sola un momento, tomo agua, me lavo la cara, y retorno a mi trabajo, y el tiempo dependerá del tipo de muerte del paciente y el vínculo que entable con el mismo”.* H .

Contrario a dos médicos que refieren no tener ritos.

Cuatro personas exclaman miedo a la muerte por el sufrimiento de la familia, al dolor y la tristeza como idea núcleo, y un médico no refiere miedos ante la muerte, esto lo expresa en lo siguiente: “En mi caso no tengo miedos a la muerte porque ya viví con una enfermedad grave que la supere.” I ; en estos discursos se reconoce un claro lenguaje de acción, un grado de referencialidad alto, con ideologías que apelan a experiencias decisivas y pautas culturales difusas.

4.- En cuanto a paradigmas las prácticas individuales de este grupo se ve influenciado por la familia, religión y trabajo; que se identifica por medio de una de las frase: “*En mi familia todos los feriados nos reunimos en Riobamba, vamos al cementerio las fechas de recuerdo, dejamos flores. Nunca se deja pasar estas fechas en especial la de mi abuelita*”. D ; del discurso se establece un lenguaje de acción que describe claramente un alto grado de referencialidad, de tal manera son pautas culturales que se catalogan como firmes.

# **RESULTADOS DEL ANALISIS DEL DISCURSO DE LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ULTIMO AÑO DE LA PUCE**

## **Herramienta World Café**

### **1.- EXPERIENCIA FRENTE A LA MUERTE DE PACIENTES**

Los tres grupos de Medicina Familiar han experimentado la muerte de sus pacientes en diferentes escenarios, relatada como una sola idea núcleo, sin sintagmas, a través de un lenguaje de acción del sujeto, dando como resultado un alto grado de referencialidad que corresponde a una pauta cultural firme.

### **2.- RESPUESTAS FRENTE A LA MUERTE**

De los catorce posgradistas de Medicina Familiar entrevistados a través de la herramienta World café, once de ellos reaccionan emocionalmente y tres de manera intelectual sin verse afectado su desempeño profesional como paradigma. Los sintagmas expresados son diversos entre los considerados emocionales se encuentran: negación dicho como angustia e impotencia, expresado como: *“Sensación terrible con la muerte de niños, creo porque lo asocio con mi hija”*<sup>D</sup>; ira ; depresión manifestada como temor , tristeza, remordimiento, culpa y dolor, según lo narrado en esta frase: *“Fue muy duro porque no sabía cómo dar malas noticias, tuve cargo de conciencia porque creí que*

*fallamos*".<sup>F</sup> ; y finalmente las fases de negociación y aceptación relatado como: *"Luego de mucho tiempo pienso que por nuestros principios, valores y esperanza, es lo que nos ayuda a superarlo y poderlo hablar sin llorar"*<sup>A</sup> ; a excepción de un residente quien cita: *"Al no superar la muerte de mi abuelita siempre estará la duda de si hubo mucho por hacer, queda un remordimiento, que no me permite laborar con pacientes en proceso de muerte"*<sup>B</sup> , considerado como un duelo no resuelto. Los relatos de tres personas reflejan una reacción en su interior considerada como intelectual y que narra uno de ellos: *"Con la experiencia maduras psicológicamente, lo que me hace más fría y reacciono mejor a la muerte. No afecta mi desempeño profesional."*<sup>G</sup> . En cuanto a lo que dice el sujeto corresponde a un lenguaje de acción con ideologías que apelan a experiencias decisivas siendo pautas difusas.

### **3.- CULTURA DE LA MUERTE**

Dentro de las costumbres y tradiciones con la muerte de un paciente ocho de los participantes realizan ritos, seis de ellos religiosos y dos a través de frases, mientras que seis de ellos no los realizan, esto como lo esencial del pensamiento. Los religiosos evocados con estos sintagmas: *"Me despido de las personas que fallecen, me acerco les pongo una mano en el cuerpo y les deseo lo mejor y pido que Dios les bendiga"*<sup>A</sup> ; *"Con la mano del señor Jesús viaja hacia la luz y descansa"*<sup>C</sup> ; la frase no religiosa aplicada en uno de los participantes como escudo es *"cuando veas la muerte venir déjala ir"*<sup>D</sup> .

En cuanto a los miedos ante la muerte es manifiesto en once de los postgradistas, mientras que tres no refieren miedos, los participante mencionan lo siguiente respectivamente: *“Temo lo que mis padres tengan que sufrir, y también lo que hay luego de la muerte y rendir cuentas al ser superior”*<sup>B</sup>.

“En mi caso no tengo miedos a la muerte porque ya viví con una enfermedad grave que la supere.”<sup>I</sup> . Todo esto expresado por un lenguaje de Acción, reconociendo un discurso con grado de referencialidad alto y que conduce a pautas culturales difusas.

#### **4.- SOCIALIZACIÓN DE LA MUERTE**

Los factores que marcan el comportamiento individual directa o indirectamente son la familia, la religión y el trabajo según lo manifiestan el grupo dos y tres entrevistado, mientras que el grupo uno socializan la muerte a través de la familia y religión como idea núcleo, que se identifica a través de las siguientes frases: *“En mi familia todos los feriados nos reunimos en Riobamba, vamos al cementerio las fechas de recuerdo, dejamos flores. Nunca se deja pasar estas fechas en especial la de mi abuelita”*. <sup>D</sup> ; , *“En mi familia se habla de muerte y pensamos que la muerte es solo un paso, más allá existe alguien que te espera con los brazos abiertos, esto nos permite afrontar mejor las muertes en mi familia porque para nosotros existe la resurrección”*<sup>C</sup> ; en todos, el discurso se establece mediante un lenguaje de acción dándole un alto grado de referencialidad, por tanto las pautas Culturales se catalogan como Definitivas.

Pauta cultural firme o definitiva: mensaje expresado con lenguaje de acción, con alto grado de referencialidad e ideología reiterativa.

Pauta difusa o líquida: carece de claridad y precisión, se adapta a las circunstancias.

# **ANALISIS DEL MENSAJE DE LOS POSGRADISTAS DE EMERGENCIAS**

**Tabla 5: GRUPO NÚMERO 1 EMERGENCIAS**

	1	2	3	4	5
<b>1. Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	<p>“Si, cuando era interna se murió un niño de 2 años, con quemadura infectada en el abdomen, por irresponsabilidad de los padres que no aceptaron la hospitalización.</p>	<p>“Si, se me han muerto pacientes en la emergencia</p>	<p>“Si, se me murieron algunos pacientes, la experiencia que me impacto fue en el externado, un paciente con trauma y shock hipovolémico.</p>	<p>“Si, se me han muerto pacientes. La primera vez como médico fue un paciente golpeado con trauma con destrucción facial y falleció, al dar la mala noticia de que falleció es complicado, creo que estas noticias deben darse en equipo con tratante, residentes, interno. Además de permitir que el familiar observe el proceso de resucitación.</p>	<p>“SI se me han muerto pacientes en la emergencia.</p>
<b>2. Respuestas frente a la muerte</b>	<p>Me marco el caso en mención, me puse a llorar porque lo relacione con mi sobrino, me sentí muy triste, no realice nada pero en media hora tuve que continuar mi trabajo.<sup>A</sup> Al momento se muere un paciente se me hace feo pero no lloro y sigo mi trabajo.</p> <p>Depende del tipo de paciente para que nos afecte si</p>	<p>Impacta más la reacción de los familiares y como dar la mala noticia. B Impotencia a salvar vida. Esta un rato el sentimiento mientras están los familiares ahí, es lo más impactante por los gritos pero seguimos trabajando. Cuando es un paciente en paro solo reanimas y si se muere no sientes nada al morir.</p>	<p>Sentí desesperación por estar sin el tratante que me diga que hacer y con familiares que me pregunte qué pasa. Me puse a llorar. En el pregrado no hay materias que nos enseñen a dar malas noticias en situaciones críticas. Para que nos afecte depende de la edad, en caso de niños es horrible, se siente fracasada, frustrada, no sabes cómo dar la mala noticia. Solo</p>	<p>Me sentí terrible y como ser humano me choca, a pesar de tener todas las medidas no poder hacer nada, creo todos entraron en shock, se nos quitó el sueño, se percibe un silencio sepulcral y se entera todo el hospital y se extiende a la siguiente guardia. Y uno lee y averigua que pudo a haber pasado y que pudo hacer más. Por empatía nos afecta. Me</p>	<p>Me marco en el externado, la muerte de un niño con shock séptico por neumonía con derrame pleural, procedente de una zona del oriente, que no se pudo hacer nada, y me preguntaba porque dejaron pasar tanto tiempo. A pesar de no tener pronóstico le colocaron tubos. Con el tiempo no te coge con</p>

	<p>es joven nos afectara, si es crítico ya no da dolor.</p>		<p>quieres llorar. c          Cuando mueren viejitos con comorbilidades, mal cuidados escarados, al explicar al familiar algunos te agradecen porque estarán en mejor vida. Usted no se siente mal porque se hace lo que se pudo y dar medidas de confort, no exageramos ni extremamos las medidas, y se indica a los familiares para que se despidan y los preparamos incluso para la asimilación esta muerte.          Algunos no les afectan y siguen trabajando, otros si se desaparecen y cogen aire, y muy pocos se ven los ojos vidriosos.</p>	<p>afecta cuando asocio el parecido del paciente con un familiar.          Pienso que en el área de emergencias hay 2 tipos de muerte, los que deben morir y los que no deben morir, en caso de adultos mayores con comorbilidad, donde sabemos que pueden morir y; los familiares hay 2 tipos los que estuvieron cuidando al paciente y los que le ven de vez en cuando y son estos los que más exigen porque no saben la situación que vive su paciente. Y ya sabemos que van a morir. Los cuidadores conocen la situación e incluso nos agradecen. Los que no deben de morir son los que tienen traumas craneoencefálicos por accidentes y</p>	<p>sorpresa la muerte. En emergencias las cosas son más rápidas y nos dan un tiempo limitado porque son pacientes con muerte aguda, y no hay tiempo de compartir, dialogar con el paciente. Lo que me impacta es como abordar al familiar.</p>
--	---	--	---	---	--

				son jóvenes y tienen mucho que vivir, en ellos si da pena.	
<b>3. Cultura de la muerte</b>	Miedo al dolor que sentiría y por la forma de morir. <sup>A</sup>	Cuando se muere un paciente le pido a dios que le lleve al cielo, me da mucha pena pero luego pasa. <sup>B</sup> Miedo al dolor y a la forma de morir.	No hacemos nada especial, hacemos rápido la acta de defunción y limpian porque hay más pacientes. <sup>C</sup>  Miedo: a sentirse sola, al cambio.	Miedos: es a la forma de como morir y al dolor asfixiado quemado, que no se le desee a nadie. <sup>D</sup> No tengo ritos.	Ritos: nada. Tuve un caso de amigo que falleció pero continúe con mi trabajo. Miedos: la familia. Afrontar toda la parte sentimental, al cambio de vida, haber compartido a diario con un ser querido. <sup>E</sup> También depende de cada personalidad hay unas que son más frías, otras más sentimentales.
<b>4. Socialización de la muerte</b>	En mi familia de forma emocional con llanto, ira en ocasiones, indignación al no aceptar la muerte. <sup>A</sup> Mis compañeros, algunos están serios, otros se burlan con	Familia	En caso de familiares me afectará pero depende si es una muerte súbita, pero si es un familiar enfermo crónico lo tomas de mejor manera	Familia	Depende de las costumbres familiares.

	<p>pacientes terminales como el cáncer.</p>		<p>hablamos y aclaramos el panorama aunque me vean como bruja<sup>B</sup>, y todo el peso de la decisión cae en ti por ser médico y no está bien porque al fin somos un familiar más. No me gusta ir a los cementerios porque a las personas hay que aprovecharlas en vida y alabarlos en vida.<sup>C</sup> Como familia afrontamos más porque mi padre también a diario salva vidas como veterinario. Al tener familiares enfermos y quieren mi opinión, son frías y calculadoras</p>		
--	---	--	--	--	--

Fuente: P.U.C.E  
 Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

## ANALISIS GRUPO 1

1.- Este grupo de médicos emergenciólogos, todos han experimentado la muerte de sus pacientes en el área de emergencias, con un solo paradigma, sin sintagmas, reconociendo claramente el origen del discurso, atribuyendo así a un alto grado de referencialidad, a través de un modo de predica de acción, correspondiendo a una pauta cultural definitiva.

2.- De los cinco participantes todos reaccionan emocionalmente ante la muerte para no afectar su desempeño profesional, como paradigma, entre los siguientes sintagmas que expresan se cumplen las fases del Duelo como: En la fase de negación: shock y llanto; impotencia, somnolencia y frustración de la segunda fase, etapa de depresión mediante: pena, tristeza, sentirse terrible, fracaso, desesperación, ejemplo: *“en caso de niños es horrible, se siente fracasada, frustrada, no sabes cómo dar la mala noticia. Solo quieres llorar”*. C y de la etapa cuatro y cinco a través de las frases: *“me puse a llorar porque lo relacione con mi sobrino, me sentí muy triste, no realice nada pero en media hora tuve que continuar mi trabajo”*.A ; *“Impacta más la reacción de los familiares y como dar la mala noticia”*.B; ; el grado de referencialidad es alto en vista que se identifica quien dice el mensaje, el modo de predica tiene un lenguaje de acción y las pautas culturales son difusas.

3. – Sobre la cultura de la muerte cuatro de los emergenciólogos no realizan ritos mientras que uno si tiene ritos de índole religioso, y dentro de los paradigmas se mencionan respectivamente los siguientes: *“No hacemos nada especial, hacemos rápido*

*la acta de defunción y limpian porque hay más pacientes”.C; “Cuando se muere un paciente le pido a dios que le lleve al cielo, me da mucha pena pero luego pasa”.B .*

En el ámbito de miedo ante la muerte como idea núcleo todos los participantes tienen miedo al dolor, forma de morir y por la familia, que lo representan a través de las siguientes expresiones: *“Miedo al dolor que sentiría y por la forma de morir”.A;* *“es a la forma de como morir y al dolor asfixiado quemado, que no se le desee a nadie”.D;* *“la familia. Afrontar toda la parte sentimental, al cambio de vida, haber compartido a diario con un ser querido”.E;* esto corresponde a un lenguaje de acción, un alto grado de referencialidad que orientan hacia pautas difusas.

4.- Respecto al comportamiento individual directa o indirectamente, como esencia de idea núcleo todos los integrantes coinciden en la influencia familiar, para ello citan las siguientes frases: *“En mi familia de forma emocional con llanto, ira en ocasiones, indignación al no aceptar la muerte”. A;* *“En caso de familiares me afectará pero depende si es una muerte súbita, pero si es un familiar enfermo crónico lo tomas de mejor manera hablamos y aclaramos el panorama aunque me vean como bruja”. B;* que nos inclina a un modo de predica de acción con un alto grado de referencialidad, lo que atribuye una conducta cultural definitiva.

Tabla 6: GRUPO NÚMERO 2 DE EMERGENCIAS

	6	7	8	9	10
1. Experiencia frente a la muerte de pacientes	“Si, como asistencial en su trabajo de ambulancia, un compañero sufre accidente de tránsito grave que fallece. En eso momento no pensé nada a pesar de no tener pronóstico y le traslade al hospital.	“Si, el caso de un niño de 3 años que sufre un disparo accidental y fallece.	“Si, se han muerto pacientes (total 4). Cuando?, no me acuerdo exactamente porque son pacientes que llegan descompasados y vienen a morir a la Emergencia .	“Si, se han muerto mis pacientes, en el Hospital Eugenio Espejo. Trabajo previo al posgrado en la emergencia 6 meses.	“Si, Muchos pacientes mueren en el servicio de emergencia, se me han muerto varios por causas diversas, como patología previas como HTA; DMII.
2. Respuestas frente a la muerte	Sentí pena y pesar. Me da nostalgia, pena. A veces no se puede hablar inmediato sino al siguiente día o en semanas.	De este caso no fui responsable directo pero si afecta. Como padre afecta porque puede ser mi hijo. Lo difícil es sobrellevar los casos de niños. Sentí un vacío bastante grande.	La primera señora que se me murió, me impacto mucho porque fue la primera persona que vi morir, la verdad me sentí muy triste e impotente ya que lo único que puede hacer en ese momento fue ver cómo iba muriendo. D Ese día pase un poco distraído, pero los demás días ya estuve bien. Pues si alguien cercano a mi muere	La muerte que más me ha marcado fue, una joven de 20 años con trauma facial, me sentí decepcionado conmigo mismo. Puedo seguir trabajando sin problema. E	El que más me impacto fue una señora que dejo a sus 3 hijos pequeños. Ella murió por cáncer. Me dio mucha pena por sus hijos. Hable con trabajo social para que les ayuden porque la señora no era de Ecuador. Claro que pude seguir laborando.

			Obviamente me voy a sentir triste pero sé que es parte de la vida.		
<b>3. Cultura de la muerte</b>	<p>No hago ritos,</p> <p>MIEDOS: por los que quedan si muero.</p> <p>También no quiero morir sufriendo, una muerte no tan linda.<sup>F</sup></p>	No tengo ritos.	<p>La verdad no tengo ningún miedo a la muerte, si la muerte tiene que llegar nada ni nadie lo puede evitar.<sup>G</sup> No tengo ritos cuando alguien fallece.</p>	Tengo miedo a la muerte de mi familia	<p>Mi miedo es que los familiares se queden solos sobre todo niños. No hago ningún rito.</p>
<b>4. Socialización de la muerte</b>	<p>No he tenido experiencia con muertes en la familia en caso de suceder no sabría cómo afrontarlo.</p> <p>En lo religioso llevando flores, acompañamiento de los difuntos.<sup>D</sup></p> <p>No hablan de muerte en mi familia.</p>	<p><b>Familia:</b></p> <p>Nosotros como profesionales, tenemos una visión diferente, creo que es difícil para la familia hablar o entender de la muerte y su relación con enfermedades graves y entra en un estado de negación. Pero entienden más cuando la enfermedad</p>	<p>La muerte se procesa como lo peor, en algunos casos, otros dependiendo de la historia del paciente como un descanso a su sufrimiento.</p> <p>Familia.<sup>E</sup></p>	<p>Hay poca información del tema.</p> <p>Tradicionalmente en mi familia se los recuerda cada año.</p>	<p>La muerte se entiende como supresión de la vida.<sup>F</sup></p> <p>Familia.</p>

		<p>crónica que se conoce que esa persona se va morir. Mi abuela falleció con cáncer terminal y lo lleve bien. En las familias de cierta manera se refugian en la concepción religiosa, es una forma de apoyarse.<sup>G</sup></p> <p>No hablan pero sería importante saber para cumplir con los deseos de la familia y no en contra de su voluntad.</p>			
--	--	--	--	--	--

Fuente: P.U.C.E

Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

## ANALISIS GRUPO 2

1.- En este grupo de Emergencia, todos los participantes han tenido experiencias de vida frente a la muerte, manifestada por una sola idea núcleo, sin sintagmas, donde claramente se reconoce el origen del mensaje con un alto grado de referencialidad, a través de un modo de predica de acción, finiquitando que se trata de una pauta cultural definitiva.

2.- Como idea núcleo en las reacciones ante la muerte, en el world café todos los posgradistas de emergencias responden de manera emocional sin afectar su desempeño profesional y los sintagmas que los participantes utilizan cumple el proceso de Duelo: negación por shock, distracción; nostalgia, sentir impotente en la fase dos, se indica por la frase: *“me sentí muy triste e impotente ya que lo único que puede hacer en ese momento fue ver cómo iba muriendo.”*<sup>D</sup>; tristeza, vacío, pena, de la etapa tres y finalmente la fase de aceptación por el relato: *“Puedo seguir trabajando sin problema. E”*; el grado de referencialidad es Alto en vista que se identifica directamente quien dice el mensaje, el modo de predica tiene un lenguaje de acción y finalmente las pautas culturales son difusas.

3. - En el grupo de cinco, todos los participantes no practican ritos como parte de su cultura de la muerte en el área de emergencia.

Cuatro personas tienen miedo a la forma de morir con sufrimiento, por la familia, mientras que un participante no tiene miedos, como se expone en las frases: *“no quiero morir sufriendo, una muerte no tan linda”*.<sup>F</sup>; *La verdad no tengo ningún miedo a la muerte, si la muerte tiene que llegar nada ni nadie lo puede evitar”*<sup>G</sup>. Todo esto exteriorizado con un lenguaje de acción, un alto grado de referencialidad, siendo pautas difusas.

4.- En este grupo el comportamiento individual se ve influenciado por la familia y la religión como idea núcleo en cuatro de ellos, uno de ellos su socialización es influenciado por el trabajo; entre las expresiones se citan respectivamente: *“En lo*

*religioso llevando flores, acompañamiento de los difuntos*".<sup>D</sup> ; *"En las familias de cierta manera se refugian en la concepción religiosa, es una forma de apoyarse"*.<sup>G</sup>; *"La muerte se procesa como lo peor, en algunos casos, otros dependiendo de la historia del paciente como un descanso a su sufrimiento"*.<sup>E</sup> ; *"La muerte se entiende como supresión de la vida"*.<sup>F</sup> ; el modo de predica es de Estado y con un alto grado de referencialidad, la ideología es , por tanto es una conducta cultural difusa.

**Tabla 7: GRUPO 3 EMERGENCIA**

	11	12	13	14	15
<b>1. Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	“Si, la muerte que más me marco fue la de una niña.”	“Si, vi morir algunos pacientes, pero me acuerdo de 2 particulares, uno por un posible hematoma epidural y otro por un taponamiento cardiaco.”	“Si, han muerto pacientes en la emergencia” <sup>A</sup>	“ Si, fallecieron varios por trauma craneal.”	“ Si, el que más me marco fue hace 5 años, por un proceso séptico gastrointestinal.”
<b>2. Respuestas frente a la muerte</b>	“Se reacciona si, con sentimiento de haber podido hacer algo más F, pero cuando realizas el trabajo de manera acuciosa no hay sentimiento de culpa. Si se puede continuar trabajando, sin problemas, para seguir ayudando al resto de pacientes.”	“ La que más me afecto fue una viejita que me recordó a mi abuelita, pero luego lo superé. Tal vez ahora puedo controlar mejor mis emociones G. No afecta mi trabajo.”	“No he sentido, que me afecte la muerte de un paciente” <sup>H</sup>	“ El que más me marco fue, una paciente mujer con insuficiencia renal. Reaccione indicando la verdad a familiares pero sin muestra de asombro I. Laboro sin problemas.”	“Reaccione ayudándolo de la mejor manera, corrigiendo los fallos. Durante el proceso extremadamente estresado y si puedo continuar trabajando sin problema J. Si hay un paciente cercano prefiero dejar su cuidado a un colega, si muere se actúa con tranquilidad en lo que se pueda.”
<b>3. Cultura de la muerte</b>	“Miedo a haber podido realizar algo más para evitarlo H. No ritos”	“Miedo a sentir dolor, sufrir una largo agonía I y a dejar desprotegida a mi familia. No ritos”	“Miedo a afrontar la muerte de un familiar cercano J. No ritos.”	“Dejar a mi hija sola, K es mi único miedo. No Ritos”	“Miedo a que mi familia no puede reponerse L de una buena manera a mi pérdida. No ritos.”
<b>4. Socialización de la muerte</b>	se entiende la muerte como un proceso natural, que ocurre al	“Con el duelo, con una misa al mes y una al año, visitas al	“En la familia se entiende la muerte, como el paso a la	la Muerte es un evento que todos lo tenemos programado	“En mi familia tenemos un intenso respeto a la muerte

	envejecer, el problema de aceptación cuando presenta manera traumática e inesperada, ahí no se puede procesar adecuadamente la muerte. “	cementerio de forma periódica”. Familia y Religión	vida eterna”. <sup>G</sup> Familia y Religión	tarde o temprano, sin importar quien se es o cuanto se tiene. <sup>H</sup>	basados en su ideología religiosa. Familia y Religión Mis compañeros al estar tan cerca, por la profesión que tenemos no es tan impactante.”
--	--	---	--	--	--

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

### ANÁLISIS GRUPO 3

1.- En este tercer grupo de Emergencia, todos los residentes han observado, participado o vivido la muerte de pacientes como única idea núcleo, sin sintagmas, lo expresan por medio de un lenguaje de acción tres de los participantes y dos con predica de estado, manifestado así: *“han muerto pacientes en la emergencia”*<sup>A</sup>, el origen del mensaje está claro, concediéndole un alto grado de referencialidad que significa que es una conducta cultural definitiva.

2.- Tres de los cinco posgradistas reaccionan emocionalmente y 2 intelectualmente, en ninguno de ellos se ve afectado su desempeño profesional, como paradigmas; los sintagmas emocionales son culpa y estrés, dichos así: *“Se reacciona sí, con sentimiento de haber podido hacer algo más”*<sup>F</sup>, *“Durante el proceso extremadamente estresado”*<sup>I</sup>; que son parte de la etapa de depresión según Kubler Ross y se habla de aceptación en este caso: *“Talvez ahora puedo controlar mejor mis emociones “*<sup>G</sup>. Las reacciones

intelectuales se exponen de la siguiente manera: *“No he sentido, que me afecte la muerte de un paciente”<sup>H</sup>, “Sin muestra de asombro”<sup>I</sup>*. En conjunto con predica de acción, a través de una fuente evidente, aportándole un grado de referencialidad alto, pero con pautas difusas.

3.- Como ideas núcleo no realizan ritos en la emergencia y todos tienen miedos, expresados en sintagmas diversos: *“Miedo a haber podido realizar algo más para evitarlo”<sup>H</sup>, “sentir dolor, sufrir una larga agonía”<sup>I</sup>, “afrontar la muerte de un familiar cercano”<sup>J</sup>, “Dejar a mi hija sola”<sup>K</sup>, “que mi familia no puede reponerse”<sup>L</sup>*, el lenguaje declarado es de acción, evocando un alto grado de referencialidad, atribuyéndole una conducta cultural firme.

4.- El agente que contribuye a la socialización de la muerte es la familia y religión, exteriorizado en los tres participantes, como ejemplo de esta respuesta: *“En la familia se entiende la muerte, como el paso a la vida eterna”<sup>G</sup>*, y en dos de ellos se ve afectado su comportamiento individual por el trabajo, reflejado en la siguiente frase: *“la Muerte es un evento que todos lo tenemos programado tarde o temprano, sin importar quien se es o cuanto se tiene”<sup>H</sup>*; el mensaje es difundido mediante acción, con referencialidad alta, infiriendo que se trata de una pauta cultural difusa

**Tabla 8: GRUPO 4 EMERGENCIA**

	16	17	18	19	20
<b>1. Experiencia frente a la muerte de pacientes</b>	“Sí, el primero hace más o menos 5 años llego en paro un paciente, falleció finalmente.”	“Sí, mi primer paciente fue hace 4 años, fue muerte súbita según la necropsia.”	“Sí, un paciente de trauma por accidente, por arma de fuego.”	“Sí, han fallecido mis pacientes”	“Sí, la muerte que me afecto fue en el posgrado cuando era r 1.”
<b>2. Respuestas frente a la muerte</b>	El que me impacto fue un paciente joven, poli traumatizado, reaccione con impotencia, tristeza. Si puedo trabajar sin problema, sí, porque hice todo lo adecuado. Si muere alguien cercano a mi voy actuar dependiendo de la causa.	La que más recuerdo es la de una paciente joven embarazada, que murió sin causa aparente, fue una situación traumante, al agotar todas las opciones sin obtener resultados. Puedo seguir trabajando sin problema. No podría predecir cómo se reacciona ante la muerte de personas cercanas, porque dependerá de varios factores y situaciones.	La muerte que más me marco fue la de mi abuelito, reaccione con resignación, malestar sí. Puedo trabajar sin problema.	El más impresionant e para mí fue un bebe de 6 meses que cuando entró a la emergencia ya estaba fallecido. Si hay que seguir trabajando, porque es la única manera de ayudar. Tienes que actuar con cautela para ser más efectiva en tus decisiones.	Cuando rote por pediatría me afectó el caso de un niño de 12 años con dolor abdominal que se complicó y falleció, me causo mucha tristeza, y también a mis compañeros porque era una muerte que no se esperaba, además de la desesperación de la mamá; pero por lo general no me afectan las muertes. Sigo trabajando. Se reflexiona a veces de lo que se pudo hacer, queda dudas, y no es culpa. El de haber hecho más como si hacer una gasometría impida esa muerte. Como grupo de trabajo estamos acostumbrados a ver muertes y no

					nos afecta, y si les afecta individualmente no lo hacen notar
<b>3. Cultura de la muerte</b>	Miedo a no determinar la causa de muerte, miedo a las denuncias M. No ritos.	Miedo a sufrir dolor prolongado N, a padecer por malas condiciones hasta llegar a la muerte y a mala calidad de vida. No ritos.	Miedos ninguno, pero si ante la muerte de mi familia o	Lo único que me aterraría es no poder ayudar o que por mi negligencia alguien fallece p. No ritos.	No realizo nada como grupo, solo respiro y se pasa. Tampoco les afecta a mis compañeros. Miedo: es una cosa desconocida, es más miedo a la forma de morir Q.
<b>4. Socialización de la muerte</b>	La muerte se entiende como el cese de los signos vitales de una persona.	La muerte es el final de un proceso, producto de la degradación del organismo afectado por diversas circunstancias. La muerte de causa violenta si son situaciones que probablemente podrían haber sido en parte modificadas.	En mi familia se hace velación, entierro y misas cada año I. Familia y Religión.	Entiendo la muerte como algo muy natural, nacemos y morimos es la ley de la vida, J	Familia y religión: no se ha hablado pero, pero si he vivido la muerte en la familia. No es importante hablar de la muerte en mi familia, no les gusta porque es como atraer a la muerte. Solo hacemos misas.

Fuente: P.U.C.E  
Elaborado por: Mds. Chafla y Coba

#### ANÁLISIS GRUPO 4

1.- Estos cinco posgradistas que corresponden al último de grupo de Emergencia entrevistado tienen experiencia de vida frente a la muerte de pacientes como paradigma,

sin sintagmas, con narración de acción, haciendo alusión a quien dice el mensaje de forma explícita entregándole una referencialidad alta y una pauta cultural firme.

2.- Los cinco médicos reaccionan emocionalmente sin que se vea afectado el desempeño profesional reflejado como idea núcleo, múltiples son los sintagmas enunciados: dentro de la fase de Negación: impotencia, trauma: *“fue una situación traumante”*<sub>K</sub>; como fase de Depresión: tristeza, malestar; resignación como parte de la Aceptación: *“reaccione con resignación, malestar sí”*<sub>L</sub>, con un discurso de acción, quien dice el mensaje es obvio dándole un alto grado de referencialidad, concediéndole una pauta cultural definitiva.

3.- Los paradigmas de este grupo son que no cuentan con ritos y que tienen miedos frente a la muerte, reflejado con los siguientes sintagmas: *“Miedo a no determinar la causa de muerte, miedo a las denuncias”*<sub>M</sub>, *“no poder ayudar o que por mi negligencia alguien fallece”*<sub>P</sub>, como parte de miedos dentro de la profesión, otros más humanos como: *“sufrir dolor prolongado”*<sub>N</sub>, *“muerte de mi familia”*<sub>O</sub>, *“forma de morir”*<sub>Q</sub>, mostrando un habla de acción, con un fundamento indudable del mensaje, disponiendo una conducta cultural firme.

4.- Se entiende la muerte a través de la familia y religión en dos personas, *“En mi familia se hace velación, entierro y misas cada año”*<sub>I</sub>, como sintagma; y tres se enfocan netamente a una definición biológica ligada a su trabajo, por ejemplo: *“Entiendo la muerte como algo muy natural, nacemos y morimos es la ley de la vida”*<sub>J</sub>, estos como

paradigmas, el estilo es de acción en 3 de los intervinientes y usan lenguaje de estado 2 de ellos, el grado de referencialidad es alto y las pautas son difusas.

## **RESULTADOS DEL ANALISIS DEL DISCURSO DE LOS POSGRADISTAS DE EMERGENCIAS DEL ÚLTIMO AÑO DE LA PUCE**

### **Herramienta World Café**

#### **1.- EXPERIENCIAS FRENTE A LA MUERTE DE PACIENTES**

Los 20 posgradistas de Emergencias del último año de la PUCE, han participado, observado o vivido la muerte de pacientes como única idea núcleo, sin sintagmas, con narración de Acción en 18 de los integrantes y 2 con predica de estado, manifestado así: *“han muerto pacientes en la emergencia”*<sup>A</sup> ; el origen del mensaje está claro entregándole una referencialidad Alta correspondiendo a una conducta cultural definitiva.

#### **2.- RESPUESTAS FRENTE A LA MUERTE**

De los cuatro grupos valorados 18 de los médicos reaccionan emocionalmente y dos intelectualmente, en ninguno de ellos se ve afectado su desempeño profesional como

paradigma, múltiples son los sintagmas enunciados: de la fase de negación: shock, llanto, impotencia, distracción, trauma entre las frases se cita: *“fue una situación traumante”<sub>K</sub>*; y frustración como parte de la segunda fase. Dentro de la fase de depresión se habla de pena, tristeza, fracaso, desesperación, nostalgia, culpa, stress, dicho así: *“me sentí muy triste e impotente ya que lo único que puede hacer en ese momento fue ver cómo iba muriendo.”<sub>D</sub>*; como parte de la etapa cuatro y cinco a través de las frases: *“me puse a llorar porque lo relacione con mi sobrino, me sentí muy triste, no realice nada pero en media hora tuve que continuar mi trabajo”<sub>A</sub>*; *“reaccione con resignación, malestar sí”<sub>L</sub>*. Las reacciones intelectuales se exponen de la siguiente manera: *“No he sentido, que me afecte la muerte de un paciente”<sub>H</sub>*, *“Sin muestra de asombro”<sub>I</sub>*.

En conjunto con lenguaje de Acción, a través de una fuente evidente aportándole un grado de referencialidad Alto que nos inclina en su mayoría (18 posgradistas) a una pauta cultural firme.

### **3.- CULTURA DE LA MUERTE**

El paradigma de 19 emergenciólogos es que no realizan ritos como parte de su cultura de la muerte en el área de emergencia, contrario a uno de ellos que tiene ritos de índole religioso se mencionan respectivamente lo siguiente: *“No hacemos nada especial, hacemos rápido la acta de defunción y limpian porque hay más pacientes”<sub>C</sub>*; *“Cuando se muere un paciente le pido a dios que le lleve al cielo, me da mucha pena pero luego pasa”<sub>B</sub>*.

Tienen miedos frente a la muerte los 19 entrevistados, como sintagmas se menciona: *“Miedo al dolor que sentiría y por la forma de morir”*.<sup>A</sup>; *“la familia. Afrontar toda la parte sentimental, al cambio de vida, haber compartido a diario con un ser querido”*.<sup>E</sup>; mientras que un participante no tiene miedos y lo expone a través de la siguiente frase: *“La verdad no tengo ningún miedo a la muerte, si la muerte tiene que llegar nada ni nadie lo puede evitar”*.<sup>G</sup>. El lenguaje declarado es de Acción con un fundamento indudable del mensaje atribuyéndole así una conducta cultural en su mayoría firme.

#### **4.- SOCIALIZACIÓN DE LA MUERTE**

En los posgradistas de emergencia se entiende la muerte a través de la familia y la religión según lo manifestado por 10 personas, reflejado así: *“En la familia se entiende la muerte, como el paso a la vida eterna”*.<sup>G</sup>; en 5 de los participantes el comportamiento individual se ve influenciado únicamente por la familia, alguien dice: *“En mi familia de forma emocional con llanto, ira en ocasiones, indignación al no aceptar la muerte”*.<sup>A</sup>; y 5 de ellos socializan la muerte fundamentados en el trabajo, como por ejemplo en estas respuestas: *“la Muerte es un evento que todos lo tenemos programado tarde o temprano, sin importar quien se es o cuanto se tiene”*.<sup>H</sup>; *“Entiendo la muerte como algo muy natural, nacemos y morimos es la ley de la vida”*.<sup>J</sup>; el mensaje es difundido mediante Acción con un Alto grado de referencialidad infiriendo que es una pauta cultural difusa.

Pauta cultural firme o definitiva: mensaje expresado con lenguaje de acción, con alto grado de referencialidad e ideología reiterativa.

Pauta difusa o líquida: carece de claridad y precisión, se adapta a las circunstancias.

## **RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y EMERGENCIA Y DESASTRES**

**1.- EXPERIENCIAS FRENTE A LA MUERTE DE PACIENTES:** tanto los médicos posgradistas de Medicina Familiar como de Emergencias del último año de la PUCE (34), tienen vivencias frente a la muerte, concluyendo que se trata de una reacentuación significativa.

**2.- RESPUESTAS FRENTE A LA MUERTE:** la mayoría de los médicos evaluados reaccionan emocionalmente ante la muerte de los paciente (29 de un total de 34), independientemente de su especialidad, a través de las diferentes etapas de krubler Ross. En tanto que cinco de los residentes responden de forma intelectual.

En 33 de los posgradistas no se ve afectado su desempeño profesional, la excepción corresponde a un participante con duelo no resuelto.

**3.- CULTURA DE LA MUERTE:** el 57% de los estudiantes de Medicina Familiar realizan ritos dentro de sus costumbres y tradiciones con la muerte de pacientes, en su mayoría religiosos (6 participantes); en contraste con los residentes de Emergencia, donde el 5% lo realiza (1). Pero al sumar las expresiones de los encuestados se revela que la mayoría no necesita verbalizar sus ritos como parte de su afrontamiento (25 individuos).

Dentro de las actitudes evaluadas se demuestra que gran parte de los médicos entrevistados expresan de diferentes formas sus miedos frente a la muerte indistintamente de la especialialidad.

**4.- SOCIALIZACIÓN DE LA MUERTE:** en los facultativos de las especialidades evaluadas, el entendimiento de la muerte se ve primordialmente acentuado a través de la familia seguida de la religión y el trabajo (familia: 29, religión: 24 y trabajo: 15).

## IX. DISCUSIÓN

Recordemos que el objetivo principal de la presente investigación es, valorar el afrontamiento de la muerte de pacientes en el área de emergencia y su relación con el desempeño profesional. Dentro del afrontamiento se valoró la comprensión de la muerte de pacientes en base a las experiencias, respuestas, cultura y socialización de esta, además determinamos y comparamos las fortalezas de los grupos de estudio.

Se contó con 2 grupos de residentes del último año de las especialidades de Medicina Familiar (14 participantes) y de Emergencias y Desastres (20 posgradistas) de la PUCE, los cuales fueron valorados en el mismo escenario sobre un evento en común “la muerte de pacientes”, por tanto fueron comparables.

Se demostró que 33 de los médicos entrevistados, pueden afrontar la muerte de sus pacientes, sin que se vea afectado su desempeño profesional independientemente de corresponder a las especialidades valoradas, con respuestas emocionales esperadas, reflejadas en su “aceptación neutral” y de “acercamiento”. Como parte de la “cultura de la muerte”, la mayoría no requieren verbalizar ritos para cerrar su ciclo, adicionalmente el 88% manifiestan diferentes formas de miedos, las comunes son al dolor, forma de morir y al sufrimiento de la familia que queda. La “socialización de la muerte” esta acentuada por la familia, seguida de la religión y el trabajo.

Las fortalezas encontradas fueron: la espiritualidad, inteligencia emocional, personal y social que consecuentemente llevan al autocontrol y autorregulación. Mientras que

el conocimiento expresado según el estudio como: experiencia previa, existencia o no de enfermedades crónicas de familiares o propias y las pérdidas de seres queridos, no fueron relevantes.

Para los estudiantes de medicina familiar es más importante el proceso de morir y la muerte, pero su contraparte al igual que ellos, la afrontan sin repercusión en su desempeño profesional.

Existe un médico con un duelo no resuelto, en el que se ve afectado su desempeño con grupo etario específico (adultos mayores), que le hacen recordar dicho evento angustiante.

Todo lo mencionado a través de un discurso con un alto grado de referencialidad, predica de acción, pautas culturales definitivas y difusas, según corresponda.

En el país existe poca investigación sobre el afrontamiento de la muerte de pacientes, una de ellas concluye que las emociones vividas por los profesionales ante el fallecimiento de un paciente son: impacto, frustración, pesar, dolor, vinculados con la experiencia previa en el hospital, edad, historia de vida y los lazos creados con el personal (3). Dentro de la literatura revisada en su mayoría de origen europeo y con énfasis en cuidados paliativos, se recalca que es fundamental contar con fortalezas para enfrentar la muerte con una actitud adecuada, se habla que las reacciones dependen del escenario, grupo etario, acompañamiento y respaldo del equipo de trabajo, todo esto congruente con lo revelado en esta investigación. (12, 31, 32)

Para futuros trabajos se debería, valorar el afrontamiento de la muerte en otras especialidades médicas y recordar que el fin es que, tanto el personal de salud como los pacientes y familiares puedan sobrellevar de forma adecuada este evento común, “la muerte”.

Dentro de las dificultades que enfrentamos fue la recolección de información, puesto que el tiempo de los médicos es muy limitado y poder concertar citas para armas grupos de dialogo necesario por el tipo de herramienta cualitativa utilizada, fue bastante complicado. Tres estudiantes de emergencias no aceptaron ser parte del estudio.

Creemos que la validez externa no está comprometida en esta investigación y la posible amenaza es el efecto Hawthorne, pero los sujetos evaluados no lo presentaron.

## X. CONCLUSIONES

- Los 34 participantes del estudio han experimentado la muerte de sus pacientes en diferentes escenarios en el área de emergencia, de los cuales en la mayoría de sus respuestas son manifiestamente emocionales (29 individuos), reflejados en las diversas etapas de duelo expuestas por los participantes, mientras que un grupo pequeño reaccionaron de manera menos emotivo y más intelectual (5 personas), en ninguno de ellos se ve afectado su desempeño profesional, teniendo así una “aceptación neutral” y en algunos casos de “acercamiento”, como parte de las actitudes frente a la muerte.
- Dentro de lo valorado en la “cultura de la muerte” de pacientes, es evidente que los posgradistas no requieren de ritos verbales como parte de su afrontamiento de la muerte, manifestado por el 74% y solo el 26% necesita de ritos verbales para cerrar su ciclo, generalmente religiosos como oraciones y rezos, y no afectar su desempeño profesional subsiguiente. En cuanto a los miedos ante la muerte el 88% manifiestan de diferentes formas sus miedos, mientras que el 12% no presenta dicho sentimiento.
- El comportamiento individual directa e indirectamente se ve influenciado por 3 factores, y el que predomina es la familia (29 de los posgradistas), seguido por la religión en 24 de los encuestados y finalmente el trabajo en 15 personas del grupo de estudio.

- La “espiritualidad” es una de las fortalezas plasmadas por los posgradistas, ya que el 94% de ellos posee creencias religiosas. Pese a que el conocimiento es una fortaleza cognitiva para sobrellevar la muerte, no se ve reflejado dicho supuesto según los datos obtenidos, ya que independiente de tener experiencia previa en el área de emergencia, los médicos en estudio pueden tolerar la muerte. Pero para los estudiantes de medicina familiar es más relevante el proceso de morir y la muerte.
- Tanto los médicos familiares y de emergencia en formación están en capacidad de seguir en el acompañamiento de sus pacientes en el proceso de morir.
- Además, la existencia o no de enfermedades crónicas de familiares o propias y las pérdidas de seres queridos, no influye en el mencionado acompañamiento.
- Como personas los dos grupos están preparados para afrontar la muerte de los pacientes, sin afectarse el desempeño profesional, siendo esto una fortaleza de templanza (autocontrol o regulación).
- El mensaje transmitido por los participantes se caracterizó por un alto grado de referencialidad, predica de acción más pautas culturales definitivas y difusas.
- La herramienta del Word café y el posterior análisis del mensaje de Daniel Prietos Castillo, fueron útiles para alcanzar los objetivos planteados.

Como complemento de la investigación se aplicó una encuesta modificada sobre el afrontamiento y actitudes de la muerte, cuantificada y analizada a través del box plot, pertinente para nuestro estudio.

- Dentro de las limitaciones del presente estudio cabe mencionar que tres estudiantes de emergencia no aceptaron formar parte de la investigación. Además de la falta de disponibilidad de tiempo de los participantes fue difícil armar los grupos para el Word café.

La información recolectada no se ve comprometida, según lo refleja la autenticidad de cada uno de los participantes.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Al finalizar el presente trabajo creemos necesario señalar algunas recomendaciones:

- ✓ Buscar y lograr mayor apoyo de la población en estudio, para futuras investigaciones.
- ✓ A las personas del sector salud a quienes les interese el tema y lean este trabajo, se les recomienda que repliquen y apliquen esta experiencia, debido a que en el presente trabajo de investigación, la muestra es un tanto reducida sin dejar de ser apta para nuestro medio de trabajo.
- ✓ Facilitar ayuda médica oportuna del personal de salud que presente dificultades en su proceso de adaptación ante la muerte.
- ✓ En la formación de pregrado se debería fortalecer: la relación médico – paciente, para afrontar estas situaciones terminales de la vida.
- ✓ En el área de emergencia en el caso de fallecimiento de los pacientes, para el adecuado abordaje familiar de las malas noticias, es necesario contar con un espacio acorde, así como un equipo de respaldo para el profesional implicado.
- ✓ Promulgar el manejo integral con las otras especialidades.
- ✓ Valorar el afrontamiento de la muerte en otras especialidades médicas.

## **XII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Elisabeth Kübler-Ross. La muerte: un amanecer. 1ra Edición Barcelona: Bolsillo, 2008.
2. Elisabeth Kubler-Ross. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo. 2003.
3. Bonilla Merizalde Jacqueline. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero – Diciembre, 2011. Universidad Libre Internacional De Las Américas.
4. Lorenzo Flores Olga. El Medico y la Muerte 2009-2010. Asociación Mexicana De Tanatología.
5. Gómez Sancho Marcos. El Hombre y el Médico ante la muerte. ARAN. España, 2006.
6. Hernández Cabrera, Gisela. Et al. “Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia”. Vol. 18. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002.
7. Usiña Jhon, Carrera Soledad. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013. INEC. [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)
8. Nacionalidades y Grupos Étnicos del Ecuador. Ecuador: abril de 2013. <http://nacionetnica1990.blogspot.com>.

9. Saraguro: tradición y nobleza se preservan en el tiempo. Ecuador: 06 de abril 2014.  
<http://www.andes.info.ec/es/noticias/saraguro-tradicion-nobleza-preservan-tiempo.html>
10. Bátiz Jacinto. El médico ante la muerte. Hospital San Juan de Dios. Santurce-Vizcaya 2013.
11. Pichardo García Luz María, Diner Kartar. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. Vol. 55, Núm. 3, ANALES MEDICOS Jul. - Sep. 2010. México, D.F.
12. Schmidt Rio-Valle, Jacqueline. Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. editorial de la Universidad de Granada; 2007.
13. Padrós J. El médico enfermo, aproximación a un problema. Barcelona. 2005; N° 41 pag. 7 - 10.
14. Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Quito 2014.  
<http://www.puce.edu.ec/documentos/oferta-postgrado/01-2014/especializacion-en-medicina-familiar-y-comunitaria.pdf>
15. Especialización en Medicina de Emergencias y Desastres. Quito 2014.  
<http://www.puce.edu.ec/documentos/oferta-postgrado/01-2014/especializacion-en-medicina-de-emergencias-y-desastres.pdf>
16. Freddy Trujillo. Utilizando mapas conceptuales para capturar el conocimiento colectivo en talleres de conversación World Café. Concept Maps: Theory,

- Methodology, Technology Proc. of the Fifth Int. Conference on Concept Mapping Valletta, Malta 2012. <http://cmc.ihmc.us/cmc2012papers/cmc2012-p161.pdf>
17. Fernando Savater. *Ética para Amador*. 35<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ariel, S.A; 2000.
  18. Redfuneraria.com. Estados Unidos 2013. Funeral Católico. Disponible en: <http://www.redfuneraria.com/funeral-catolico>
  19. Manual de Ética Médica. Características Principales de la Ética Médica. Asociación Médica Mundial, 2<sup>da</sup> Edición Ferney-Voltaire Cedex, Francia, 2009.
  20. *Ética y Muerte Digna*. Andalucía. Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria, 2008.
  21. Siracusa, Fabiana y cols. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria. *Psicología Conductual*. Report, Sep 1, 2011.
  22. Castillo Prieto Daniel. *Análisis del mensaje, introducción y metodología del análisis*. Ediciones Ciespal. 1986.
  23. Chocarro González Lourdes. *Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso*. Madrid, 2010.
  24. Abt C. Analía. Lic. en Antropología. Máster en Estudios Sociales Aplicados. *El hombre ante la Muerte: Una mirada antropológica*. XII Congreso Argentino de Cancerología. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. 2006.
  25. Cruz Quintana, F. Miedo a la muerte. En: MJ. Álava (Ed). *La psicología que nos ayuda a vivir*. (pp. 913-934). Madrid 2007.

26. Urra Javier. Estudio sobre fortalezas para afrontar las adversidades de la vida. España - Madrid; 2010.
27. Colell Brunet Ramón. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Barcelona, 2005.
28. Cuadrado David. Las cinco etapas del cambio. Capital Humano, nº 241, pág. 54. España; Marzo, 2010.
29. Barceló Tomeu. Las actitudes básicas Rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. Vol. 70 (2012), núm. 136. España; febrero de 2012.
30. González Iris y López Lisbeth. Proceso de duelo, estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos ante la muerte de un ser querido. Maracaibo, Diciembre 2013
31. O'Malley Patricia y colbs. Death of a Child in the Emergency Department. American Academy Of Pediatrics. Volume 134, Number 1, July 2014.
32. Pessagno Regina M. Dealing With Death: Medical Students' Experiences With Patient Loss. Indiana University, August 2010.
33. Ferreira Salazar Cynthia y colbs. Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III. Ecuador: Comisión de Transición hacia la Definición de la Institucionalidad Pública que garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres/ Instituto Nacional de Estadística y Censos/ ONU Mujeres. Editorial Ecuador; 2014.
34. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

### **XIII. ANEXOS:**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE  
INVESTIGACIÓN**

Este formulario se dirige a los médicos residentes de Medicina Familiar y de Emergencias del último año de la PUCE, el propósito es proporcionar información sobre el estudio a realizarse así como el rol de los participantes.

Nosotras, Pamela Coba Vinueza y Sandra Chafla Pinduisaca, posgradistas de tercer año de Medicina Familiar de la PUCE, estamos investigando sobre el afrontamiento de la muerte de pacientes en el área de emergencia y su relación con el desempeño profesional.

Si usted accede a participar, se le pedirá conteste un cuestionario y luego acorde a su tiempo ser parte de un diálogo colaborativo (World Café).

Su participación es totalmente voluntaria. La información que se recoja será confidencial sin ningún otro objetivo fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán anónimas. Puede negarse a participar del proyecto sin que esto le perjudique de alguna forma.

Si tiene alguna duda, puede contactarse con las investigadoras Coba y Chafla, vía correo electrónico: [pamecoba@gmail.com](mailto:pamecoba@gmail.com), [s.yaneli@hotmail.com](mailto:s.yaneli@hotmail.com), respectivamente, o con el

Dr. Ramón ([raramal@yahoo.com](mailto:raramal@yahoo.com)) y Dr. Sola ([josehsolav@gmail.com](mailto:josehsolav@gmail.com)), tutores del presente trabajo.

Agradecemos su colaboración.

---

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO – AUTORIZACIÓN

He sido invitado e informado que la presente investigación es conducida por las doctoras Pamela Coba Vinueza y Sandra Chafla Pinduisaca, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo de esta es analizar el afrontamiento de la muerte de pacientes en el área de emergencia y su relación con el desempeño profesional.

Declaro que me han indicado que participaré contestando un cuestionario y posterior seré parte de un diálogo colaborativo, la información recogida es confidencial y no se usará con ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo negarme a participar sin repercusión alguna. Además de tener alguna inquietud sobre el proyecto, puedo contactarme con las investigadoras, mediante los correos electrónicos: [pamecoba@gmail.com](mailto:pamecoba@gmail.com), [s.yaneli@hotmail.com](mailto:s.yaneli@hotmail.com), o con el Dr. Ramón ([raramal@yahoo.com](mailto:raramal@yahoo.com)) y Dr. Sola ([josehsolav@gmail.com](mailto:josehsolav@gmail.com)), tutores del presente trabajo.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del Participante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SI ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

Posgrado al que pertenece: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

**DATOS GENERALES, SOCIO ECONÓMICOS Y EXPERIENCIA PERSONAL:**

(Marque con una X, según corresponda)

Nombre: .....

Edad: .....

Género: .....

Tipo de especialidad: MF..... Emergencia.....

Religión: SI.... NO....

Nivel socio económico: Gasto promedio mensual dólares, INEC 2011 - 2012

Decil 1 (251\$) ....., Decil 2 (334 \$)....., Decil 3 (393 \$)....., Decil 4 (440 \$)....., Decil 5 (496 \$).....

Decil 6 (545 \$)....., Decil 7 (621 \$)....., Decil 8 (705 \$)....., Decil 9 (880 \$)....., Decil 10 (1440 \$).....

Ha laborado en el área de emergencia, previo al posgrado: SI..... NO.....

Existencia de familiares con enfermedades crónicas: SI..... NO.....

Enfermedades crónicas propias o pérdida de seres queridos: SI..... NO.....

**ENCUESTA** (marcar con el número según corresponda)

**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**                      **6**                      **7**

Totalmente en desacuerdo (1)

Neutro (4)

Totalmente de acuerdo (7)

1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo .....

2. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir .....
3. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual .....
4. Me importa más la calidad de vida que su duración .....
5. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras .....
6. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí .....
7. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir .....
8. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte .....

Tomado de: Schmidt Rio Valle Jacqueline. Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. España: Universidad de Granada. Departamento de Enfermería; 2007.

### **Preguntas abiertas: (world café)**

1. Algún paciente tuyo, se ha muerto?. Cuándo? Cómo? . Cuánto tiempo trabajaste en el área de emergencia previo al posgrado?
2. Cuál ha sido el que más te ha marcado?. Cómo reaccionaste?. Qué hiciste?. Qué sentiste? . Puedes seguir trabajando sin problema?  
Cómo voy actuar, cuándo se muera algún paciente o alguien cercano a ti?.
3. Cuáles son sus miedos frente a la muerte?
4. En su familia, escuela, trabajo, sus compañeros o según la información de sus medios de comunicación habitual cómo se entiende o cómo se procesa la muerte?