

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL



“ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE EL DUELO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTAN:

M.P.S.S KARLA ELIZABETH BLANCO VIDES

M.P.S.S JOSUE MORALES CORONEL

DIRECTORES DE TESIS:

Ph. D. JAVIER JAIMES GARCIA

M.A.M. RICARDO PAULINO GALLARDO DIAZ

REVISORES DE TESIS

E. en GAS CAMPUZANO LOZA DAVID

E en C.G. MONDRAGON CHIMAL MARCO ANTONIO

E en Anest. MARIOL PALACIOS LARA

E. en Anest. MARIO ANGEL ROSAS SÁNCHEZ

TOLUCA, MEXICO; MARZO DE 2013

“ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE EL DUELO”

A Dios por ponernos en el camino de la Medicina.

A nuestra familia por habernos brindado la oportunidad de estudiar esta carrera, por su esfuerzo, dedicación y entera confianza.

A nuestros Directores por su comprensión y empatía.

A quien me enseñó que la vida es una constante lucha y rendirse nunca es una opción, Catalina Bello siempre serás mi ejemplo de vida.

A quién ha sabido impulsar mi fe, paciencia y alegría, por nunca dejarme en el camino y alentarme a culminar este ciclo, gracias J.A.C.V.

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”.

Mahatma Gandhi.

RESUMEN

Objetivo: determinar, en los estudiantes de la Licenciatura de Medicina, cuál es la actitud ante el duelo.

Metodología: se aplicó un cuestionario a los estudiantes de la Licenciatura de Medicina, se seleccionaron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se estudiaron las variables: edad, género, procedencia, estado civil, escolaridad, duelo, negación, ira, pacto, depresión, aceptación.

Resultados: se analizaron 200 cuestionarios aplicados a los estudiantes de la Licenciatura de Medicina, de los cuales 164 cumplieron con los criterios de inclusión. El promedio de edad fue de 20.3 ± 1.44 , predominó el sexo femenino con un 58%, el 54% son procedentes de la ciudad de Toluca, el 98% son solteros, el 50% se encuentran cursando el tercer año de la carrera promedio de 3.01 ± 1.17 , el 92.7% conoce el significado de duelo, el 66.5% pasó por alguna pérdida el último año, el 34.8% refirieron algún robo o extravío de objeto o persona en el último año, el 33.5% perdieron algún familiar por fallecimiento el último año, el 10.4% experimentaron una separación o divorcio de sus padres.

El 7.8% de los alumnos pasaron por todas las fases del duelo siempre, en cuanto a las fases del duelo la ira tuvo un porcentaje de el 54.20% pasó en alguna ocasión por esta fase, depresión un 52.7% cursaron alguna vez, negación un 36%, negociación 49.8%, aceptación 66.2% llegaron a esta etapa de resolución.

PALABRAS CLAVE: duelo, estudiantes de medicina, fases de duelo, Kubler Ross.

ABSTRACT

Objective: To determine, in the undergraduate students of medicine, which is the attitude to match.

Methodology: A questionnaire was administered to students in the bachelor of medicine, we selected those that met the inclusion criteria. Variables were studied: age, gender, national origin, marital status, education, grief, denial, anger, covenant, depression, acceptance.

Results: We analyzed 200 questionnaires to students in the Bachelor of Medicine, of which 164 met the inclusion criteria. The mean age was 20.3 ± 1.44 , females predominated with 58%, 54% are from the city of Toluca, 98% are single, 50% are enrolled in the third year of the average career 03.01 ± 1.17 , 92.7 know the meaning of mourning, the 66.5% pace for any loss the last year, 34.8% reported lost or stolen any object or person in the last year, 33.5 lost a family member due to death the last year , 10.4% experienced a separation or divorce of their parents.

The 7.8% of students passed through all the stages of grief always about the stages of grief anger had a 54.20% share of the occasionally passing through this phase, 52.7% were enrolled depression ever denial 36 %, trading 49.8%, 66.2% acceptance reached this stage of resolution.

KEYWORDS: bereavement, medical students, stages of grief, Kubler Ross.

INDICE

I.- MARCO TEORICO.....	1
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
III.-JUSTIFICACIÓN.....	27
IV.-HIPÓTESIS.....	29
V.-OBJETIVOS.....	30
VI.-MÉTODO.....	31
1.-Diseño del estudio	31
2.-Operacionalizacion de variables.....	32
3.-Universo de trabajo.....	33
4.-Criterios de inclusión.....	33
5.-Criterios de exclusión	33
6.-Criterios de eliminación	33
7.-Instrumento de investigación.....	33
8.-Desarrollo de proyecto.....	33
9.-Límite de espacio y tiempo.....	34
10.-Diseño del análisis.....	34
VII.- IMPLICACIONES ETICAS.....	35
VIII.- RESULTADOS EN CUADROS Y GRAFICAS.....	36
IX.-RESULTADOS.....	51
X.- DISCUSION.....	54
XI.-CONCLUSIONES.....	57
XII.- RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXO.....	61

I.- MARCO TEORICO

1.-DEFINICIÓN DE ACTITUD

Uno de los mayores atractivos del tema de la actitud es conocer que son, como se forman, como cambian y como se relacionan con el comportamiento y la posibilidad de influencia sobre el control de las conductas individuales y colectivas.

El término actitud hoy en día es muy utilizado, y en un lenguaje usual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo.

La actitud es un concepto básico de la Psicología Social, considerada por la mayoría de los autores como una tendencia evaluativa hacia un objeto socialmente relevante. ⁽¹⁾

La actitud es social porque se aprende o adquiere en el proceso de socialización (relación entre las personas); es decir se suele compartir con otras personas y se refiere a objetos de naturaleza y significado social.

Como resultado del proceso de socialización las actitudes pueden modificarse y ser el resultado de un cambio social, desempeñando un papel importante en el funcionamiento psicológico de las personas, de manera que tienen la capacidad de insertar al individuo en su medio social.

Dentro del campo de la Psicología el autor más conocido e influyente ha sido Allport que define a la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con las que se relaciona. ⁽²⁾

Esta definición resalta que la actitud no es un comportamiento actual, es una disposición previa, es preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales.

Diferentes autores han tratado de darle significado al término actitud, formulando conceptos y teorías. Las cuales agruparemos en tres bloques:

1.1.-Definiciones de Carácter Social: considerando los autores más característicos a Thomas y Znaniecki que definen a la actitud como un reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo. Las actitudes se reflejarían en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos.

1.2.-Definiciones Conductuales: Para los autores conductistas la actitud es la predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal, dentro de los más destacados encontramos a Bem el cual define la actitud como “estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado interno, sino su respuesta pública habitual, accesible a observadores externos”.⁽³⁾

1.3.-Definiciones Cognitivas: Dentro de éste, los autores definen a la actitud como un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valoraciones, modos de percepción, etc.) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación.⁽⁴⁾

De todo este conjunto de definiciones podemos extraer algunos rasgos comunes:

- La actitud se entiende como una predisposición existente en el sujeto y adquirida por el aprendizaje, que impulsa a éste para comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones.
- La infraestructura de esta predisposición es algún estado mental.
- Este estado mental se haya integrado por tres elementos: comportamental, afectivo y cognitivo.

2.-MEDICIÓN DE ACTITUDES

La complejidad del tema de las actitudes ha hecho que varias disciplinas se hayan ocupado de su estudio desde sus distintos puntos de vista

Los cuestionarios, escalas de actitudes y pruebas, son instrumentos para la recolección estructural de información acerca de las personas. Los cuestionarios utilizados en las encuestas suelen construirse para el tema específico de la investigación y tienden a poner a prueba una opinión actual o patrones de conducta.

Medir una actitud es hacer un ordenamiento de todos los individuos según sean más o menos favorables a un cierto objeto, o más generalmente, que presenten en mayor o menor grado una cierta tendencia.

Este principio de medición tiene un supuesto teórico ligado a el ¿Cómo sabemos que todos los individuos son ordenables en función de la favorabilidad-desfavorabilidad que expresan a cierto objeto? Y ¿Bajo qué postulados se asienta el hecho de que sean ordenables de esa determinable manera?

Una escala de actitudes es algo hipotético, que por el tratamiento de conductas verbales nos permite formular una posición o dirección de los individuos sobre una línea que tiene un principio y un fin, excluyendo el análisis de la intensidad que reflejan esas conductas. ⁽⁵⁾

2.1.- Escala Tipo Thurstone

No podemos acceder directamente a la observación de la actitud, pero la opinión verbal expresada de los objetos puede servir como indicador de la actitud, por lo tanto Thurstone consideraba la opinión como la expresión verbal de la actitud.

El método de Thurston de comparación por pares consiste en presentar a una muestra representativa de la población una lista previa de enunciados que, se piensa, pueden ser pertinentes para medir el grado de favorabilidad-desfavorabilidad de los sujetos hacia cierto objeto. No expresan su opinión sobre la afirmación que se les presenta, lo que se les pide es que manifiesten cual es el

grado de favorabilidad que expresan los enunciados con respecto al objeto de que trata.⁽⁵⁾

2.2.- Escala tipo Likert

Es una de las más utilizadas en la medición de las actitudes y surge como una alternativa que facilitara el procedimiento de elaboración desarrollado por Thurstone.

Se trata de un conjunto de afirmaciones o proposiciones ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir, se presenta cada afirmación y se inquiriere al entrevistado que externalice su reacción, eligiendo uno de los puntos de la escala. La escala de Likert es desde un punto de vista aritmético, una escala sumatoria ya que el valor que tiene cada persona en la actitud medida se obtiene mediante la suma de sus respuestas a diversas preguntas o proposiciones que actúan como estímulos. La actitud de una persona puede ser determinada por la suma de sus respuestas a todas las declaraciones de la escala.⁽⁵⁾

2.3.- Diferencial semántico

Se trata de calificar el objeto de actitud mediante una serie de adjetivos extremos. Es decir, el entrevistado tiene que calificar “el objeto de actitud” en un conjunto de adjetivos extremos o polares. Entre cada par de adjetivos polares se presentan varias opciones y el entrevistado selecciona aquella que refleje su actitud en mayor medida.

Este permite medir la significación que tienen ciertos objetos o situaciones para las personas a las cuales se aplica.

La significación se determina mediante la ubicación del objeto elegido en un “espacio semántico” definido por una gran cantidad de adjetivos extremos.

Generalmente se le pide al entrevistado que marque una determinada posición relativa, de tal modo que cada persona puede darle a tal objeto significados muy diferentes.⁽⁶⁾

3.-TANATOLOGIA Y DUELO

El vocablo tanatos deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte.

Logos deriva del griego logos, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el transcurso del tiempo.

Para efectos de esta investigación, retomaremos para el vocablo logos el significado de sentido.

De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (dar razón a la esencia del fenómeno).⁽⁷⁾

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

Sin embargo, a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra El Psiquiatra y el paciente moribundo), y Elisabeth Kübler-Ross (en su libro Sobre la muerte y los moribundos) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo

que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia.

La nueva Tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”, mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad. ⁽⁸⁾

3.1.- Campos de aplicación

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que se deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado. Es decir, deben de propiciar una "Muerte Adecuada" misma que se puede definir como aquella en la que hay:

- Ausencia de sufrimiento
- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo
- Intervalo permisible y aceptable para el dolor
- Alivio de los conflictos
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo
- Creencia del enfermo en la oportunidad
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y de los Instintivos del enfermo.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre⁽⁹⁾

De esta manera se entiende que el deber de la tanatología como rama de la medicina consiste, en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte. ⁽⁹⁾

4.- DUELO Y FACTORES QUE LO PRODUCEN

4.1.- Definición

El duelo (del latín dolium, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto, evento significativo; o, también, cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución. ⁽¹⁰⁾

El duelo sucede posterior a una pérdida, ya sea por el fallecimiento de un ser querido, el rompimiento de una relación, el diagnóstico de una enfermedad, el cambio de trabajo o de domicilio, etc. En cualquiera de estas situaciones hubo una crisis o un cambio que desequilibró emocional y físicamente a la persona. En todo tipo de situaciones vitales existe un grado de aflicción y duelo. ⁽¹¹⁾

Para Freud el duelo es el resultado de la pérdida del objeto amoroso, elegido a partir de la identificación y desde una base narcisista. En su obra titulada “Duelo y Melancolía” intenta comparar sin llegar a una definición concreta, considerando al duelo como la patología de éste. Freud dice: “el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado”. ⁽¹²⁾

Es también muy notable, que jamás se considere el duelo como un estado patológico y ni se someta al sujeto afligido a un tratamiento médico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Se confía, efectivamente, en que al cabo de algún tiempo, desaparecerá por sí solo, y es juzgado como inadecuado e incluso perjudicial, perturbarlo. ⁽¹³⁾

4.2.- Clasificación

Desde el punto de vista nosológico, el duelo, se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas, dentro del episodio de trastornos adaptativos como sigue:

1.-En la DSM IV (1994): se diagnostica en el código V, no atribuible a trastorno mental.

2.-En la CIE 10 (1992): se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico.

4.3.-Epidemiología

Entre 5 a 9% de la población general sufre la pérdida de un familiar cercano cada año y cerca de un 20 a 25% de las consultas de Medicina General son personas que ha sufrido una pérdida. Un 85% de personas mayores de 60 años sufren episodios depresivos desencadenados por acontecimientos vitales.

4.4.-Factores que propician el duelo

Los factores que influyen en la elaboración del duelo son: familia, dinero, madurez emocional, edad, relación (cercana, lejana) que hubo con la persona que murió, sexo, religión, cultura, rol familiar, personalidad del doliente etc.

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.

Por ello el duelo de cada persona es único e irrepetible, porque cada persona es única. Y el duelo por pérdida de un miembro familiar lo va a vivir cada uno de los familiares de distinta manera. ⁽¹⁴⁾

5.-TIPOS DE DUELO

5.1.- Duelo normal

El duelo (del latín dolium, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y

duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución.

Este término abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. La mayoría de los autores e investigadores piensa que el duelo ante la muerte de un ser querido es una reacción humana normal, por extrañas que sean sus manifestaciones.

La derivación hacia el duelo patológico se plantea cuando esas anomalías se extienden en el tiempo o derivan a otro tipo de problema psiquiátrico.⁽¹⁵⁾

5.2.- Duelo patológico:

El duelo no normal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resultado, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”.⁽¹⁶⁾

Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.⁽¹⁷⁾

5.3.-Duelo anticipado

El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que

se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que ha llamada el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida. ⁽¹⁷⁾

5.4.- Preduelo

Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”, el que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.

5.5.- Duelo inhibido o negado

Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción. ⁽¹⁸⁾

5.6.- Duelo crónico

Es el que tiene duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. ⁽¹⁵⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO	
<p><u>DUELO NORMAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de aparición: a los pocos días del fallecimiento. • Intensidad: Incapacitante durante días. • Características: Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización). <p>Identificarse con el fallecido</p>	<p><u>DUELO PATOLÓGICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Semanas o meses después (duelo retrasado). • No aparición del duelo (negación del duelo). • Incapacitante durante semanas. • Negar la muerte del fallecido, creer que vive. <p>Creer que es el fallecido.</p>

(imitando rasgos, atesorando pertenencias).	Alucinaciones complejas y estructuradas.
Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real.	Creer que se va a morir de la misma enfermedad.
Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación).	Acudir cotidianamente al médico por eso causa.
Desarrollar conductas en relación al muerte culturalmente aceptables (luto temporal, etc.).	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente).

García-Campayo J. Manejo del Duelo en Atención Primaria. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Sociedad Española de Medicina y Psicoterapia. 2012 2(2).

6.-KÜBLER-ROSS Y EL DUELO

Elisabeth Kübler Ross, escribió su libro “sobre la muerte y los moribundos”, en base a una serie de investigaciones que llevó a cabo en hospitales con pacientes que se encontraban en fases terminales de la enfermedad.

Al darse cuenta que no había suficientes documentos que hablaran de la muerte y del sentir de los pacientes que se encontraban en agonía es que decide iniciar una serie de investigaciones en base a pláticas y entrevistas con estos pacientes.

La doctora poco a poco fue integrando su programa en el hospital hasta que se convirtió en un una escala obligatoria en el proceso médico.

En base a todas estas entrevistas es que Kübler-Ross identifica las diferentes etapas por las que pasan los pacientes moribundos. Las clasifica en cinco etapas como se mencionan a continuación:

6.1.-Negación y aislamiento

“no, yo no, no puede ser verdad”

Durante la primera etapa del duelo, ésta negación es la habitual del paciente, cuando este es informado de una situación trágica, en el caso de la investigación de la Dra. Kübler-Ross, un diagnóstico de muerte o enfermedad grave.

La negación funciona como un amortiguador después de la noticia inesperada.

La necesidad de negación ocurre en todos los pacientes alguna vez, frecuentemente al principio de una enfermedad grave, y la necesidad de negar va y viene en el transcurso de la enfermedad.

En resumen la primera reacción del paciente será un estado de conmoción temporal del que se recuperara gradualmente.⁽⁸⁾

6.2.-Ira.

“¡oh, sí soy yo, no ha sido un error!”

Esta es la segunda etapa del duelo, sucede cuando ya no se puede seguir manteniendo la negación y es sustituida por los sentimientos de rabia, coraje, envidia y resentimiento; la pregunta inicial es ¿por qué?.

En esta fase es muy difícil enfrentar al paciente, los familiares y el personal médico no puede lidiar con la ira, ya que esta se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que les rodea. El paciente encontrará motivos de queja en cualquier lugar.⁽⁸⁾

6.3.-Pacto

Es probablemente la fase menos conocida pero de igual importancia para el paciente, aunque sólo durante periodos breves de tiempo.

Si el paciente ha pasado por las dos etapas anteriores en esta etapa se puede llegar a una especie de acuerdo, este acuerdo generalmente se hace con Dios y de forma secreta.

Este pacto es influenciado por la creencia de una recompensa si se es “bueno”, el paciente desea la prolongación de la vida o por lo menos pasar unos días sin dolor o molestias físicas.

Esto es un intento de posponer los hechos, incluye un “premio a la buena conducta” , fija un plazo de “vencimiento” impuesto por el mismo paciente y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.⁽⁸⁾

6.4.-Depresión

En esta etapa y después de haber pasado por ira, enojo, rabia etc. El paciente se sumerge en una gran sensación de pérdida. La depresión es de dos tipos reactiva y preparatoria.

Esta etapa de depresión es cuando el paciente empieza a ocuparse más de lo que le espera y menos de lo que deja atrás.

Esta etapa es necesaria y beneficiosa si el paciente ha de morir en una fase de aceptación y paz.⁽⁸⁾

6.5.-Aceptación

Solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase.

Si un paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las etapas anteriores llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni enojará. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del “descanso final”.

El paciente llega a un punto en que la muerte le parece un gran alivio y que los pacientes mueren con gran facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida.⁽⁸⁾

Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito arriba, ni todas estas son experimentadas por todos los pacientes, aunque afirmó que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas. A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar.

Las personas que estén atravesando estas etapas no deben forzar el proceso. El proceso de duelo es altamente personal y no debe ser acelerado, ni alargado, por motivos de opinión de un individuo. Uno debe ser meramente consciente de que las etapas van a ser dejadas atrás y que el estado final de aceptación va a llegar.⁽⁸⁾

7.-DIAGNÓSTICO DE DUELO

Dada la complejidad que conlleva el fenómeno del duelo, es de esperar que su evaluación no constituya una tarea sencilla. Con la evaluación del duelo se pretende recopilar toda aquella información que resulta relevante, para lograr una adecuada adaptación del paciente a la realidad de la pérdida.

Es necesario valorar si el duelo sigue un curso normal, con toda la variedad de manifestaciones posibles descritas, si estas son adecuadas en duración e intensidad, así como tener en cuenta que no todas las personas viven el proceso de duelo de la misma forma. Podemos considerar que las manifestaciones normales del duelo son las siguientes:

1.-Sentimientos: tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia, extrañeza contra sí mismo o ante el mundo habitual.

2.-Cogniciones: Incredulidad, preocupación, pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, dificultades de atención, concentración y memoria, distracciones cognitivas.

3.-Sensaciones físicas: vacío en el estomago y/o boca seca, opresión en el tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, falta de energía/debilidad.

4.-Conductas: Alteraciones del sueño y/o alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y/o suspirar, llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y/o hablar del difunto y/o con él, hiper-hipoactividad, evitar recordatorios del fallecido.⁽¹⁹⁾

7.1.- Diagnóstico del duelo patológico

En algunos casos, el proceso de duelo puede no seguir un curso normal, complicándose y produciéndose alteraciones importantes en la vida de las personas que lo experimentan, lo cual se conoce como duelo complicado, patológico, anormal, traumático.

En la actualidad no hay consenso diagnóstico en lo que se refiere a duelo complicado y como consecuencia no está incluida en la clasificación DSM IV-TR. No obstante, en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica se señala la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal y que pueden ser útiles para realizar un diagnóstico diferencial de duelo patológico y estado depresivo mayor.⁽¹⁸⁾

Entre estos síntomas se incluyen:

1.-La culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.

2.-Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debió haber muerto con la persona fallecido.

3.-Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.

4.-Enlentecimiento psicomotor acusado.

5.-Deterioro funcional acusado y prolongado.

6.-Experiencias alucinatorias distintas de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Al no haber parámetros o clasificación unánimes que ayuden al diagnóstico de duelo complicado, Prigerson, Shear, Jacobs en 1999 elaboraron unos criterios para tal fin, que posteriormente fueron traducidos al español y modificados:

Criterio A: estrés por la separación afectiva que conlleva a la muerte.

Presentar cada día o en grado acusado tres de los cuatro síntomas siguientes:

- 1.-pensamientos intrusivos: que entran a la mente sin control.
- 2.-Añoranza :Recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza.
- 3.-Búsqueda: aún sabiendo que está muerto.
- 4.-Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.

Criterio B: Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.

Presentar cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, cuatro de los ocho síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.

7. Excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento.
8. Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

Criterio C: Cronología.

La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

Criterio D: Deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo. ⁽²⁰⁾

7.2.- El duelo como diagnostico fronterizo

El duelo es un diagnóstico psiquiátrico que puede ser considerado como “fronterizo”, entendiéndose como tal aquella situación clínica que se encuentra en el límite entre lo normal y lo patológico. Los diagnósticos fronterizos presentan una especial dificultad para el médico por las siguientes razones:

- 1.- La sintomatología es imprecisa.
- 2.- El diagnóstico no se encuentra bien definido.
- 3.- Se solapa con otros diagnósticos psiquiátricos pero, sobre todo, con los criterios de normalidad psíquica.
- 4.- Presentan escasa validez y fiabilidad, porque la subjetividad del médico constituye un factor importante en el diagnóstico.
- 5.- No hay acuerdo sobre si debe haber o no una intervención médica, ni cuál es el tratamiento de elección, porque no está claro que nada de esto mejore el pronóstico.

Por todas estas razones, resulta bastante complejo el diagnóstico diferencial del duelo. ⁽¹⁹⁾

8.-TRATAMIENTO DEL DUELO

Hoy en día se sabe que la duración del duelo no es igual en todos los casos y que este dependerá del apego que se haya tenido con la pérdida y de la forma de afrontarlo de cada persona.

En el DSM-IV se reconoce el duelo como problema que puede ser objeto de atención clínica; indica que durante los dos primeros meses pueden presentarse síntomas depresivos característicos de un episodio depresivo mayor que pueden considerarse normales si no se prolongan más de este tiempo ni presentan peculiaridades que pueden hacer sospechar la presencia de un duelo patológico. Por otra parte, la pérdida de seres queridos está entre los principales problemas psicosociales relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social, clasificables en el eje IV de la clasificación multiaxial. ⁽¹⁶⁾

Dentro del tratamiento para el duelo podemos mencionar dos tipos; el asesoramiento y la terapia.

En el caso del asesoramiento la meta es facilitar las tareas del duelo a la persona que está elaborando uno reciente para que el proceso del mismo termine con éxito.

En la terapia del duelo la meta es identificar y resolver los conflictos de separación que imposibilitan la elaboración de las tareas correspondientes en personas cuyo duelo no aparece, se retrasa, es excesivo o prolongado.

La terapia del duelo es lo más apropiado en situaciones que están dentro de estas tres categorías:

- 1) duelo complicado que se manifiesta como duelo prolongado
- 2) el duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado.
- 3) el duelo se manifiesta con una reacción exagerada.

Entre las estrategias más empleadas y efectivas para la resolución del duelo patológico se encuentran las psicoterapias grupales, así como las tendencias interpretativas y de apoyo.⁽¹⁷⁾

8.1.- Procedimientos terapéuticos en procesos de duelo

No existen recetas para hacer una buena terapia, sin embargo, hacer una lista de procedimientos terapéuticos puede ayudar a recordarlas.⁽²¹⁾

1.-Descartar enfermedades físicas: si el paciente se presenta con un síntoma físico es importante descartar la existencia de enfermedades físicas. Aunque algunos síntomas aparecen como equivalentes del duelo no ocurre con todos ellos y no se debería empezar nunca con una terapia en un duelo en el que el síntoma físico sea el factor más destacado a no ser que se pueda excluir plenamente que hay una enfermedad física detrás del síntoma.

2.- Establecer el contrato y la alianza terapéutica. Aquí el paciente está de acuerdo con volver a explorar su relación con la persona o personas implicadas en la pérdida previa. El terapeuta refuerza la creencia del paciente de que esto será beneficioso y coincide con él en que esta es un área que vale la pena explorar.

3.- Revivir recuerdos del fallecido. Hablar de la persona que ha muerto: quien era, como era, que recuerda el paciente de él/ella, de que cosas disfrutaban juntos, etc. Es importante empezar a construir un entramado preliminar de recuerdos positivos que ayuden al paciente, más adelante, si se resiste a experimentar algunas de las emociones más negativas. Esto proporcionará un equilibrio y permitirá al paciente conectar con algunas de esas áreas negativas.

4.-Evaluar cuales de las cuatro tareas no se han completado. Si no se ha completado la tarea hacer mayor énfasis en la tarea detectada como no cumplida.

5.- Afrontar el afecto o la ausencia del mismo que provocan los recuerdos.

Cuando un paciente está haciendo una terapia por un duelo y empieza a hablar de la persona que ha muerto, a veces la descripción del fallecido es superlativa (por ejemplo), <<el mejor marido del mundo>> y es importante que el terapeuta permita al paciente describir al fallecido de esta manera al principio de la terapia sin embargo cuando se da este tipo de descripción suele haber un considerado enfado no expresado, se puede trabajar gradualmente y finalmente ayudando al paciente a estar con sus sentimientos de enfado.

6.- Explorar y desactivar objetos de vinculación. En la terapia del duelo se pueden encontrar casos en los que los objetos de vinculación juegan un papel en la irresolución del duelo la mayoría de las personas en duelo son consientes de que han otorgado un simbolismo al objeto y también de algunos aspectos del mismo sin comprender quizá todo lo que simboliza; generalmente los objetos de vinculación se eligen de una de las cuatro áreas siguientes.

- a) alguna pertenencia del fallecido, algo que llevaba puesto (reloj, pesa de joyería)
- b) algo con lo que la persona fallecida amplió sus sentidos.
- c) una representación del fallecido como una fotografía.
- d) algo que estaba a mano cuando se recibió la noticia de la muerte.

7.- Reconocer la finalidad de la pedida. Aunque la mayoría de la gente lo logra dentro de los primeros meses después de la pérdida, hay quien mantiene mucho tiempo después que no es un final, que la persona volverá en una forma u otra.

8. Tratar la fantasía de acabar el duelo. Un procedimiento útil es hacer que los pacientes exploren sus fantasías sobre cómo sería acabar el duelo o que implicaría para ellos.

9.- Ayudar al paciente a decir un adiós final: decir adiós a un ser querido que ha fallecido puede ser algo confuso para algunas personas. Suponen que decir adiós significa olvidar a la persona que se ha ido.

La terapia como parte del tratamiento del duelo ha sido empleada sobre todo en duelos patológicos encontramos algunos criterios que se deben tomar en cuenta antes de iniciar el tratamiento.⁽²¹⁾

Criterios de selección

- Depresión leve/moderada
- Manejo ambulatorio/hospitalario
- Transición de rol
- Experimentar un conflicto reciente
- Reacción adversa al duelo
- Aislamiento social con o sin deficiencias en las habilidades sociales

Criterios de exclusión

- Psicosis
- Depresión
- Múltiples episodios depresivos previos
- Períodos intercríticos cortos

8.2.- Evaluación de resultados

Normalmente hay tres tipos de cambio que nos ayudan a evaluar los resultados de la terapia.⁽²¹⁾

Son cambios en:

1) Experiencia subjetiva:

Las personas que completan una terapia a causa de un duelo informan que subjetivamente están diferentes. Hablan de un aumento de sentimientos, de autoestima y de reducción de la culpa. Hacen comentarios como << el dolor, que me ha destrozado ahora se ha ido >>.

2) Cambios conductuales:

Cuando se detiene la conducta de búsqueda, empiezan a volver a socializarse, a formar nuevas relaciones.

3) Alivio de síntomas.

También hay signos medibles de alivio de síntomas cuando alguien ha completado una secuencia de terapia de un duelo. Los pacientes presentan menos dolores corporales y reducción del síntoma que les hizo buscar tratamiento.⁽¹⁷⁾

9.-DUELO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

La muerte es un proceso natural y uno de los rasgos culturales, junto con el de la construcción de la vida, más importantes del hombre. La forma como se ha percibido el sentido de la vida y el fenómeno de la muerte influyen también en cómo se vive esta experiencia. La actitud que se adopta ante el hecho, que toda persona ha de morir determina en parte cómo se vive.⁽²²⁾

Las transformaciones que a través de los años se han presentado en las sociedades hasta la modernidad, han influido en las relaciones humanas, las cuales tienden a hacerse cada vez más impersonales. No escapa a esta realidad la asistencia médica y el entorno hospitalario donde se forma el estudiante de medicina. Sin embargo, al médico se le prepara para considerar mucho más los aspectos biológicos, que el hecho psicológico o lo espiritual de las personas.⁽²³⁾

El estudiante de medicina se encuentra en una etapa crítica de su ciclo de vida la adolescencia y adolescencia tardía. Por lo cual es importante hacer una breve revisión sobre lo que se considera adolescencia. La adolescencia se puede definir como “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales–parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la

estabilidad de la personalidad, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil. ⁽²⁴⁾

En la adolescencia y edades limítrofes con ésta, como la pre-adolescencia y la primera juventud, el duelo tiene unas características determinadas porque esta etapa supone una crisis madurativa, quizás la más decisiva en cuanto a la configuración definitiva de la personalidad. La adolescencia es el período de la vida en que se plantea el alejamiento de los padres y la propia independencia.

En general, la elaboración de las pérdidas se ve favorecida por una estabilidad del marco biográfico, en estos momentos hay una situación de transición, las pérdidas suponen una crisis sobre otras.

El duelo en estas edades determina, a veces, el paso de una etapa a otra de forma repentina o forzada lo que origina cambios psíquicos diversos. También puede dar lugar a cierto detenimiento de la evolución o tendencias regresivas

Una de las tareas primordiales y que marcan el fin del proceso de la adolescencia es el establecimiento de la individuación que permite finalmente lograr una identidad adulta.

Es importante señalar que la identidad no surge en el proceso adolescente ya que se ha ido construyendo a lo largo de la vida pero si se establece al final de este periodo. Y para lograr esta identidad es fundamental el proceso de duelo que habrá de vivir el adolescente respecto a las distintas pérdidas y separaciones que se presentan durante esta etapa. “En la medida que haya elaborado los duelos, que son en última instancia los que llevan a la identificación, el adolescente verá su mundo interno mejor fortificado.”⁽²⁴⁾

En la adolescencia como se ha dicho, como en cualquier otro periodo de un sujeto, se experimenta una serie de pérdidas articuladas unas con otras, y

remitiendo en ocasiones a orígenes comunes. Esto debido a los importantes cambios tanto de origen interno como externo que se producen en esta época de la vida. Sin que se olvide que a lo largo de nuestra existencia nos enfrentamos en realidad a una cadena interminable de duelos.⁽²⁵⁾

Por otra parte el estudiante de medicina se enfrenta al duelo de forma cotidiana desde el inicio de la carrera y la actitud que este tenga ante la muerte o el duelo cambiará a lo largo de su formación académica.

El estudiante de medicina no solo se enfrenta a la muerte como una pérdida, la más importante, sino a otras tal vez no tan graves pero si significativas como divorcio de los padres, pérdida de tiempo libre, horas de sueño, relaciones (amorosas y amistosas) etc.; y en cada una de estas presentara un duelo diferente.⁽²⁶⁾

II- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La actitud es un concepto básico de la Psicología Social, considerado por la mayoría de los autores como una tendencia evaluativa hacia un objeto socialmente relevante.

Las actitudes pueden modificarse en el proceso de socialización y resultar como un cambio social, así mismo desempeñar un papel importante en el funcionamiento psicológico de las personas.

La actitud es social porque se aprende o adquiere en el proceso de socialización (relación entre las personas); es decir se suele compartir con otras personas y se refiere a objetos de naturaleza y significado social.

Medir una actitud es hacer un ordenamiento de todos los individuos según sean más o menos favorables a un cierto objeto, o más generalmente, que presenten en mayor o menor grado una cierta tendencia.

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe.

Es considerado como una etapa fundamental en la vida del ser humano y decisiva en etapas limítrofes donde la actitud es modificable.

Integrar el duelo es todo un proceso que tiene como intención reconocer el dolor que produce la pérdida.

No toda pérdida entraña, un duelo; para ello es preciso que la persona objeto de la pérdida tenga importancia y significado para el o los que le pierden, y que unos y otros tengan lazos de unión estrechos.

La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye.

Algunos estudios refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad.

Las transformaciones que a través de los años se han presentado en las sociedades hasta la modernidad, han influido en las relaciones humanas, las cuales tienden a hacerse cada vez más impersonales.

Ante el hecho común en las relaciones interpersonales de la práctica médica, de estar frente al sufrimiento y la muerte, hay muchos imperativos éticos, aspectos psicológicos y socioculturales en juego.

Los estudiantes de medicina se encuentran en la etapa de la adolescencia tardía, Y es justamente allí, cuando se delimitan las actitudes y el proceder futuro. Por otra parte debido al estrés al que se encuentran sometidos el proceso de duelo normal puede prolongarse o tomar un camino que lo lleve a un estado patológico o bien, a algún problema de salud mental, como los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad.

El duelo es un proceso al que los estudiantes de medicina se encuentran sometidos directa e indirectamente, influenciados por diversos factores personales, profesionales, académicos y que determinaran en algún punto la actitud que tomaran frente a una pérdida.

En relación con lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud de los estudiantes de medicina ante el duelo?

III- JUSTIFICACIÓN

El duelo sucede posterior a una pérdida, ya sea por el fallecimiento de un ser querido, el rompimiento de una relación, el diagnóstico de una enfermedad, el cambio de trabajo o de domicilio, etc. En cualquiera de estas situaciones hubo una crisis o un cambio que desequilibró emocional y físicamente a la persona. En todo tipo de situaciones vitales existe un grado de aflicción y duelo.

Entre 5 a 9% de la población general sufre la pérdida de un familiar cercano cada año y cerca de un 20 a 25% de las consultas de Medicina General son personas que ha sufrido una pérdida. Un 85% de personas mayores de 60 años sufren episodios depresivos desencadenados por acontecimientos vitales.

Dada la complejidad que conlleva el fenómeno del duelo, es de esperar que su evaluación no constituya una tarea sencilla. Es necesario valorar si el duelo sigue un curso normal, con toda la variedad de manifestaciones posibles descritas, si estas son adecuadas en duración e intensidad, así como tener en cuenta que no todas las personas viven el proceso de duelo de la misma forma.

En algunos casos, el proceso de duelo puede no seguir un curso normal, complicándose y produciéndose alteraciones importantes en la vida de las personas que lo experimentan.

En el DSM-IV se reconoce el duelo como problema que puede ser objeto de atención clínica; indica que durante los dos primeros meses pueden presentarse síntomas depresivos característicos de un episodio depresivo mayor que pueden considerarse normales si no se prolongan más de este tiempo ni presentan peculiaridades que pueden hacer sospechar la presencia de un duelo patológico.

Por otra parte, la pérdida de seres queridos está entre los principales problemas psicosociales relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social, clasificables en el eje IV de la clasificación multiaxial.

Diversos autores se han encargado del estudio del duelo su comportamiento, evaluación, tratamiento y clasificación.

Los estudiantes de la carrera de medicina se enfrentan cotidianamente a múltiples pérdidas, dentro de las que se encuentran, pérdida de familiares, amigos, parejas, tiempo, etc. Que generan estrés en ellos y que pueden llegar a complicar la evolución del duelo; propiciando un duelo patológico o bien un episodio depresivo.

Es importante considerar que la etapa de formación universitaria implica por sí misma un periodo de crisis, un cambio de la adolescencia a la adultez, y que las actitudes del estudiante cambiaran o se definirán al final de este periodo.

IV- HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional y descriptivo no se plantea hipótesis.

V- OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer cuál es la actitud de los estudiantes de medicina ante el duelo

Objetivos específicos

Conocer la frecuencia de casos de duelo en los estudiantes de medicina

Conocer qué actitud tienen los estudiantes de medicina frente al duelo

Identificar si los estudiantes de medicina conocen el significado del duelo

Conocer si los estudiantes de medicina han tenido alguna pérdida reciente

Identificar si los estudiantes de medicina han pasado por las etapas del duelo

VI- MÈTODO

1.-Diseño del estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

2.-Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO VARIABLE DE	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	2
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal	3
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Otro	Cualitativa	Nominal	4
Escolaridad	Grado escolar que una persona alcanza a estudiar.	Ultimo año cursado	Cualitativa	Ordinal	5
Duelo	Reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo	Si No	Cualitativa	Nominal	6
Negación	Rechazo de aspectos de la realidad que se consideran desagradables	Siempre=5 Casi siempre=4 A veces=3 Casi nunca=2 Nunca=1	Cualitativa	Ordinal	7
Ira	emoción que se expresa con el resentimiento, furia o irritabilidad	Siempre=5 Casi siempre=4 A veces=3 Casi nunca=2 Nunca=1	Cualitativa	Ordinal.	8
Pacto	Convenio entre dos partes	Siempre=5 Casi siempre=4 A veces=3 Casi nunca=2 Nunca=1	Cualitativa	Ordinal	9
Depresión	estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente	Siempre=5 Casi siempre=4 A veces=3 Casi nunca=2 Nunca=1	Cualitativa	Ordinal	10
Aceptación	Sentimiento por el cual una persona admite que la situación en que se encuentra no se puede cambiar	Siempre=5 Casi siempre=4 A veces=3 Casi nunca=2 Nunca=1	Cualitativa	Ordinal	11

3.-Universo de trabajo

Lo conformaron los alumnos de la Facultad de Medicina que se encontraban cursando algún grado de la carrera de médico cirujano

4.-Criterios de inclusión

Estudiantes de la carrera de médico cirujano de la Facultad de Medicina

Que se encontraron cursando algún grado en el momento de aplicación de la encuesta

Que pasaron por alguna pérdida en el último año

Que aceptaron contestar la encuesta.

5.-Criterios de exclusión

Alumnos de la facultad de medicina de otras carreras (nutrición, terapia física, terapia ocupacional).

6.-Criterios de eliminación

Mal llenado del cuestionario

Llenado incompleto del cuestionario

7.- Instrumento de investigación

Cuestionario (anexo 1), que contiene dos secciones: una ficha de identificación y una segunda parte para valoración del duelo y sus posibles complicaciones.

8.-- Desarrollo de proyecto

Previa autorización de las autoridades de la Facultad de Medicina se procedió a realizar el trabajo de investigación, para lo cual en una primera etapa se a recabò

la información en las aulas de la Facultad de Medicina, una vez iniciado el ciclo escolar febrero-julio 2013.

Posteriormente se analizó mediante estadística descriptiva la información obtenida se procesó, graficó, tabuló y analizó, para obtener las conclusiones de la investigación.

9- Límite de espacio y tiempo

El límite de espacio lo constituyó la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, en donde se recabó la información y el procesamiento estadístico se llevó a cabo en la biblioteca de la Facultad de Medicina.

De tiempo: ocho semanas a partir de la aprobación del protocolo de investigación.

10- Diseño del análisis

El análisis estadístico incluyó medidas de resumen para las variables cuantitativas: media aritmética, desviación estándar, valor mínimo, valor máximo y rango , para ello se utilizó el programa estadístico STATS^{MT}.

Las variables cualitativas son presentadas en números absolutos y porcentajes.

Los resultados se presentan en gráficos de tipo círculo-grama, diagrama de barras e histograma.

VII-IMPLICACIONES ETICAS

Para la realización del presente trabajo de investigación se contó con la autorización de la Facultad de Medicina.

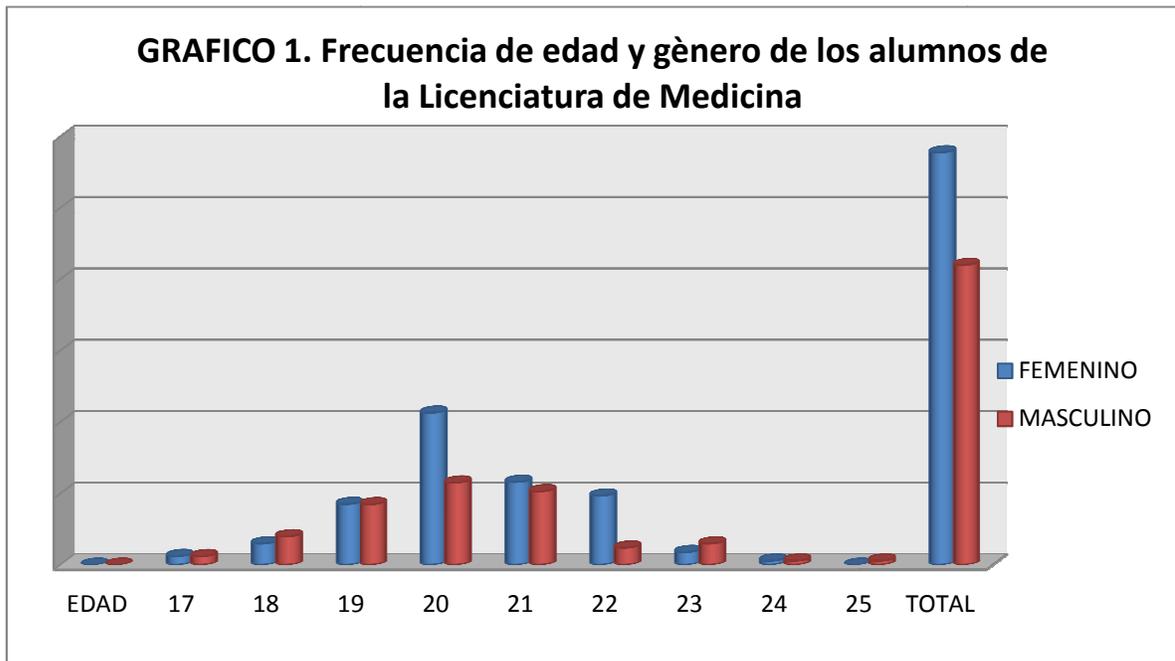
En el marco de la revisión de Helsinki en su última revisión en 1989, en el que se basa, para llevar a cabo esta investigación con fines médicos y científicos, que respeta los principios éticos básicos que estipula dicha declaración. Debido a que de esta investigación no se pone en riesgo la integridad ni la salud de los pacientes. Así mismo se siguieron los lineamientos de acuerdo a la Ley General en Salud para nuestro país. La información obtenida fue empleada únicamente con fines estadísticos.

VIII.- RESULTADOS EN CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO 1. Frecuencia de edad y género de los alumnos de la Licenciatura de Medicina

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	NUMERO	%	NUMERO	%	
17	2	1.22%	2	1.20%	4
18	5	3%	6	4.00%	11
19	14	8.54%	14	8.50%	28
20	35	21.30%	19	11.50%	54
21	19	11.60%	17	10.30%	36
22	16	9.70%	4	2.40%	20
23	3	1.80%	5	3.00%	8
24	1	0.60%	1	0.60%	2
25	0	0.00%	1	0.60%	1
TOTAL	95	58%	69	42.00%	164

Fuente: Anexo 1

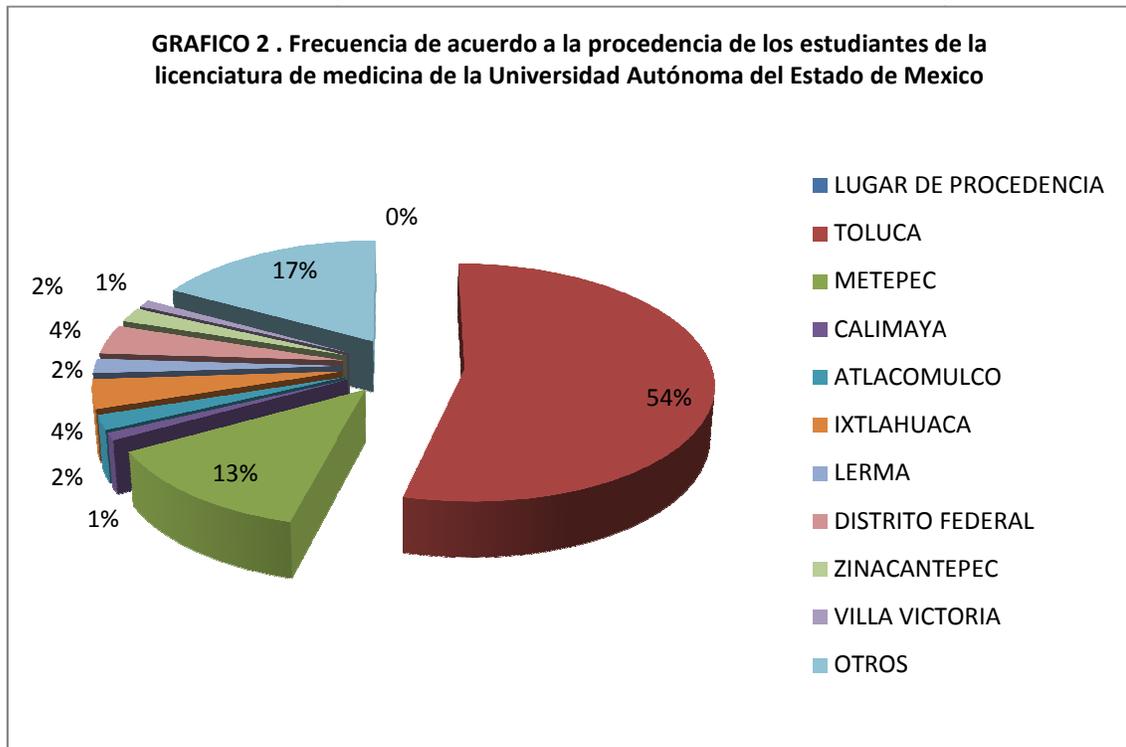


Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2. Frecuencia de acuerdo a la procedencia de los estudiantes de la licenciatura de medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México

LUGAR DE PROCEDENCIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	%
	NUMERO	%	NUMERO	%		
TOLUCA	58	35%	32	19%	90	54%
METEPEC	8	5%	13	8%	21	13%
CALIMAYA	1	1.00%	0	0%	1	1%
ATLACOMULCO	1	1.00%	2	1%	3	2%
IXTLAHUACA	3	2%	3	2%	6	4%
LERMA	2	1%	1	1%	3	2%
DISTRITO FEDERAL	5	3%	2	1%	7	4%
ZINACANTEPEC	2	1%	2	1%	4	2%
VILLA VICTORIA	0	0%	1	1%	1	1%
OTROS	15	9%	13	8%	28	17%
TOTAL	95	58%	69	42%	164	100%

Fuente: Anexo 1

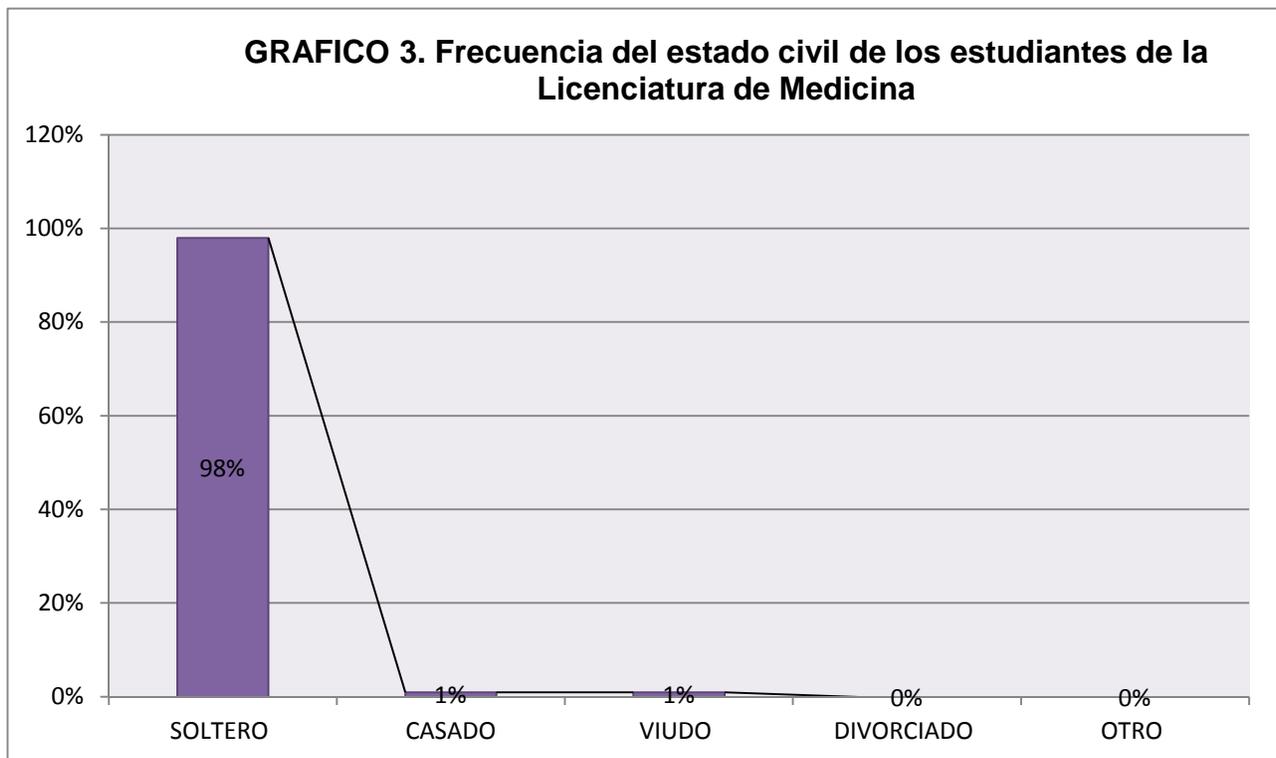


Fuente: Cuadro 2

**CUADRO 3. Frecuencia del estado civil de los estudiantes de la
Licenciatura de Medicina**

ESTADO CIVIL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
SOLTERO	94	67	161	98%
CASADO	0	2	2	1%
VIUDO	1	0	1	1%
DIVORCIADO	0	0	0	0%
OTRO	0	0	0	0%
	95	69	164	100%

Fuente: Anexo 1

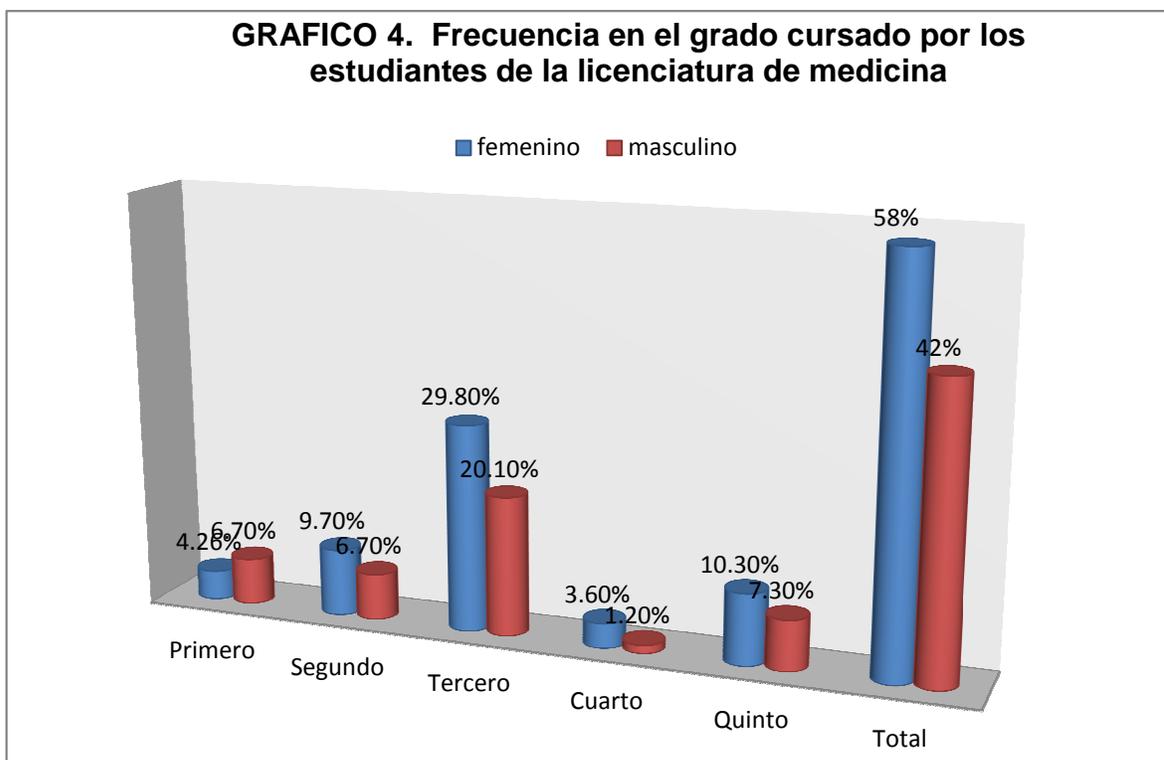


Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4. Frecuencia en el grado cursado por los estudiantes de la Licenciatura de Medicina

	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	
PRIMERO	7	4.26	11	6.7	18	10.9
SEGUNDO	16	9.7	11	6.7	27	16.5
TERCERO	49	29.8	33	20.1	82	50
CUARTO	6	3.6	2	1.2	8	4.9
QUINTO	17	10.3	12	7.3	29	17.7
	95	58	69	42	164	

Fuente: Anexo 1

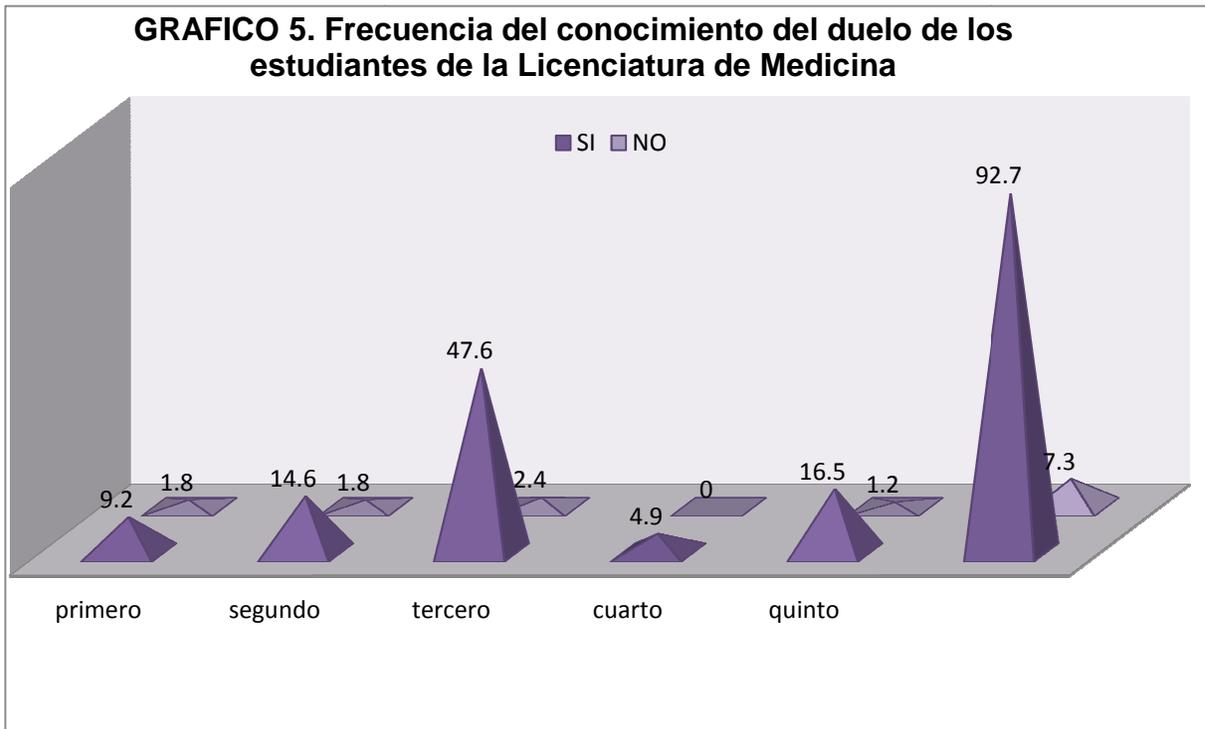


Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5. Frecuencia del conocimiento del duelo de los estudiantes de la Licenciatura de Medicina

	SI	%	NO	%	TOTAL	
PRIMERO	15	9.2	3	1.8	18	10.9
SEGUNDO	24	14.6	3	1.8	27	16.5
TERCERO	78	47.6	4	2.4	82	50
CUARTO	8	4.9	0	0	8	4.9
QUINTO	27	16.5	2	1.2	29	17.7
	152	92.7	12	7.3	164	100

Fuente: Anexo 1

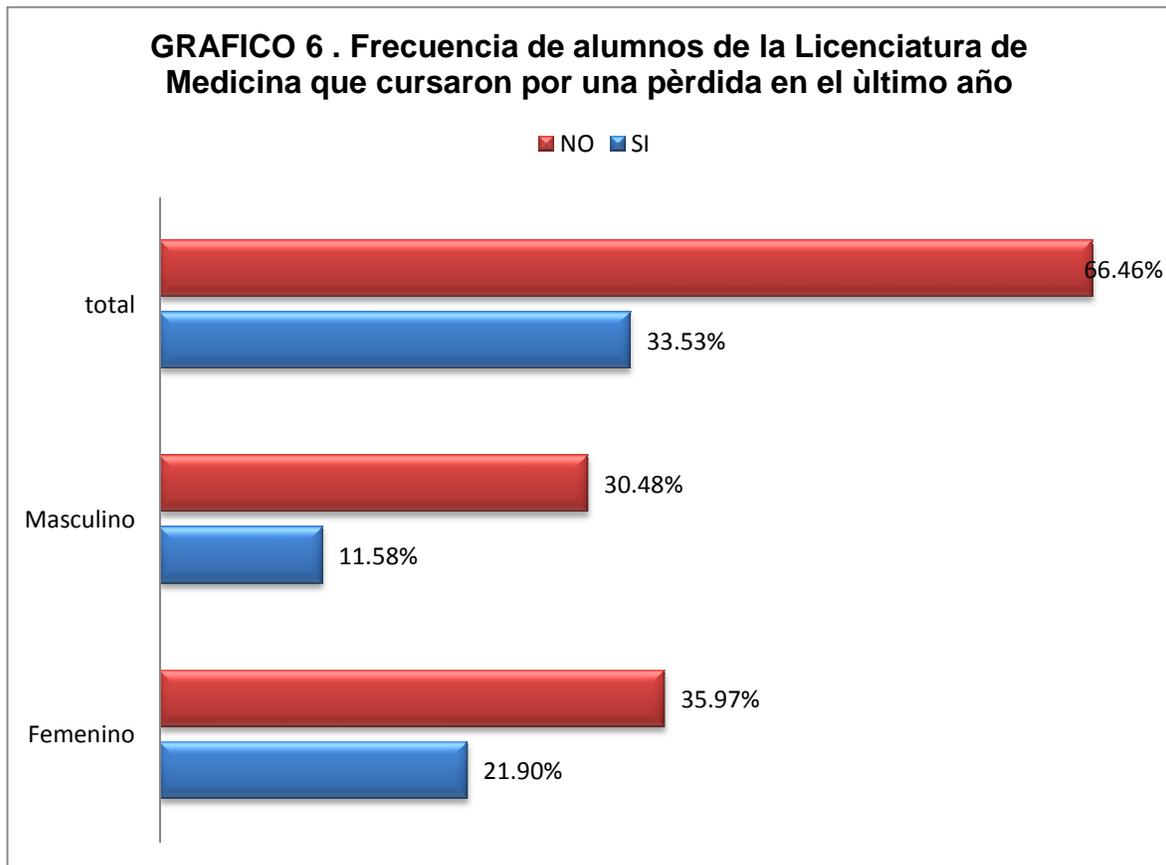


Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6. Frecuencia de los alumnos de la Licenciatura de Medicina que cursaron por una pérdida en el último año

	SI	%	NO	%	TOTAL
FEMENINO	36	21.9	59	35.97	57.9
MASCULINO	19	11.58	50	30.48	42.1
TOTAL	55	33.53	109	66.46	100

Fuente: Anexo 1

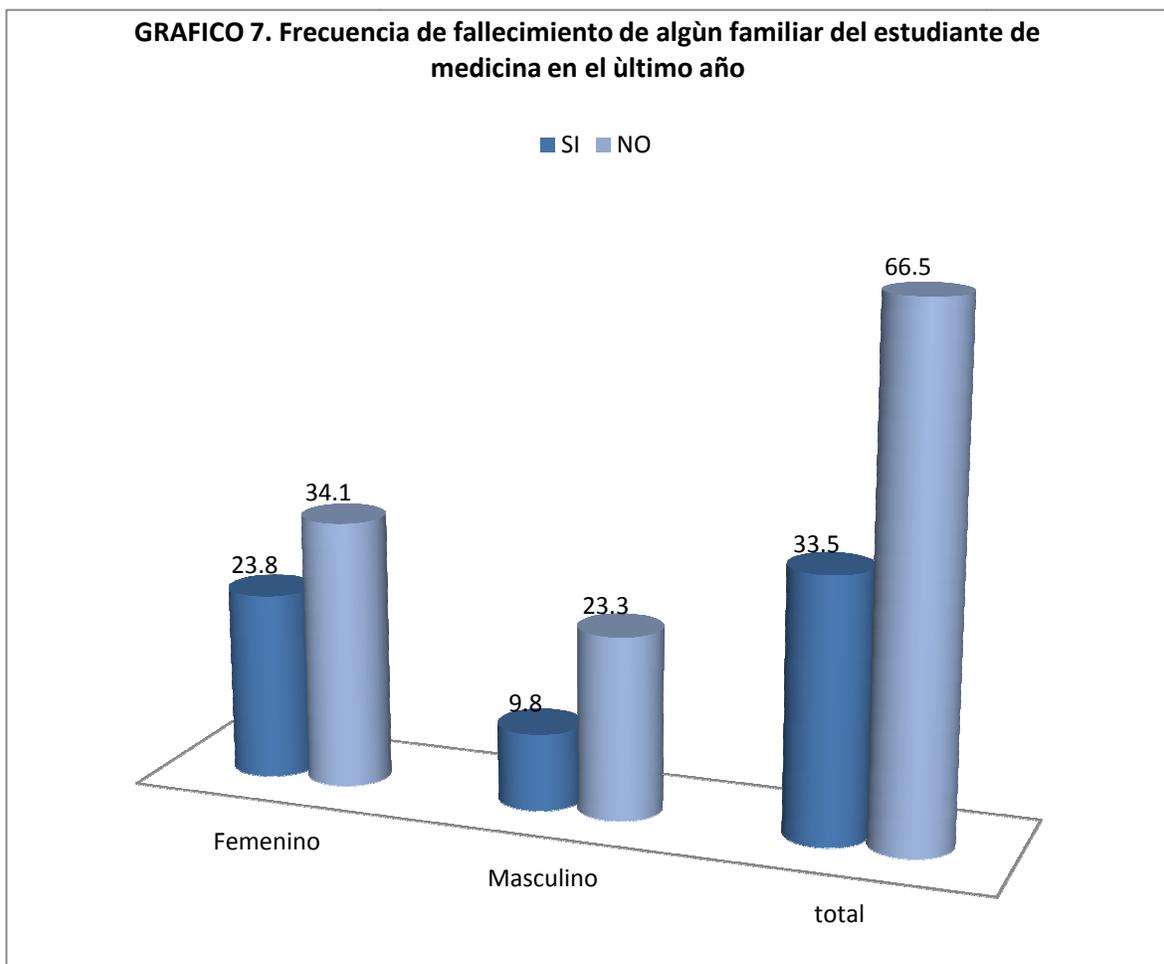


Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7. Frecuencia de fallecimiento de algún familiar del estudiante de medicina en el último año

	SI	%	NO	%	TOTAL
FEMENINO	39	23.8	56	34.1	58
MASCULINO	16	9.8	53	23.3	42
TOTAL	55	33.5	109	66.5	100

Fuente: Anexo 1

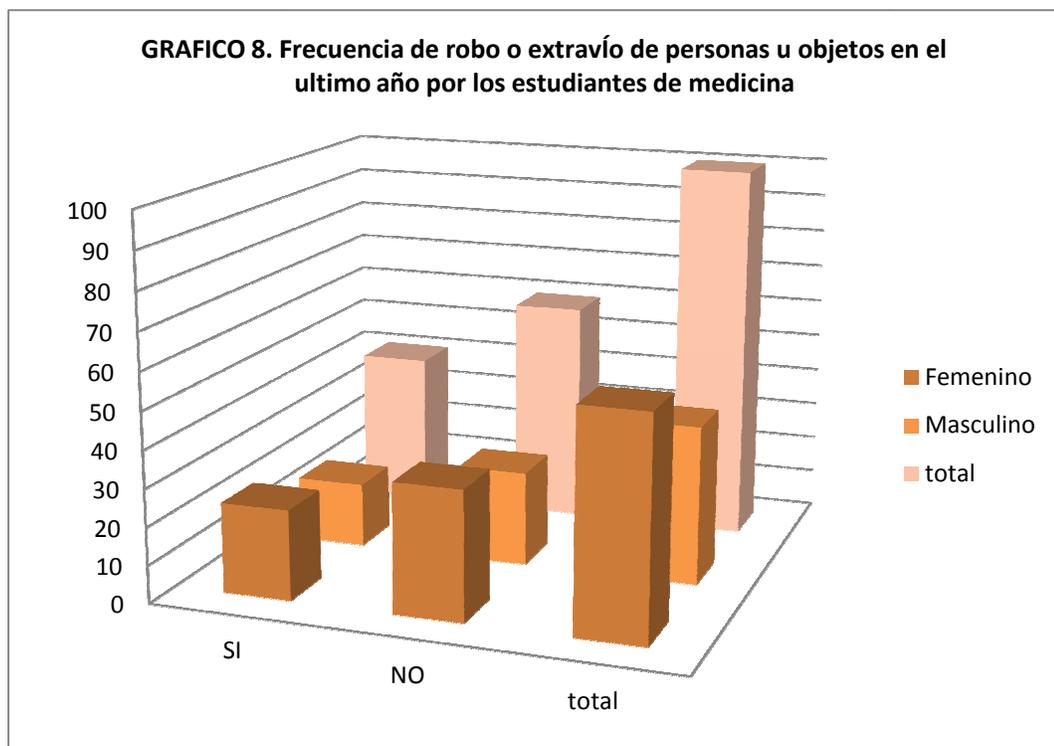


Fuente: Cuadro 7

CUADRO 8. Frecuencia de robo o extravío de personas u objetos en el último año por los estudiantes de medicina

	SI	%	NO	%	TOTAL
FEMENINO	39	23.8	56	34.2	58
MASCULINO	28	17	41	25	42
TOTAL	67	34.8	97	59.2	100

Fuente: Anexo 1

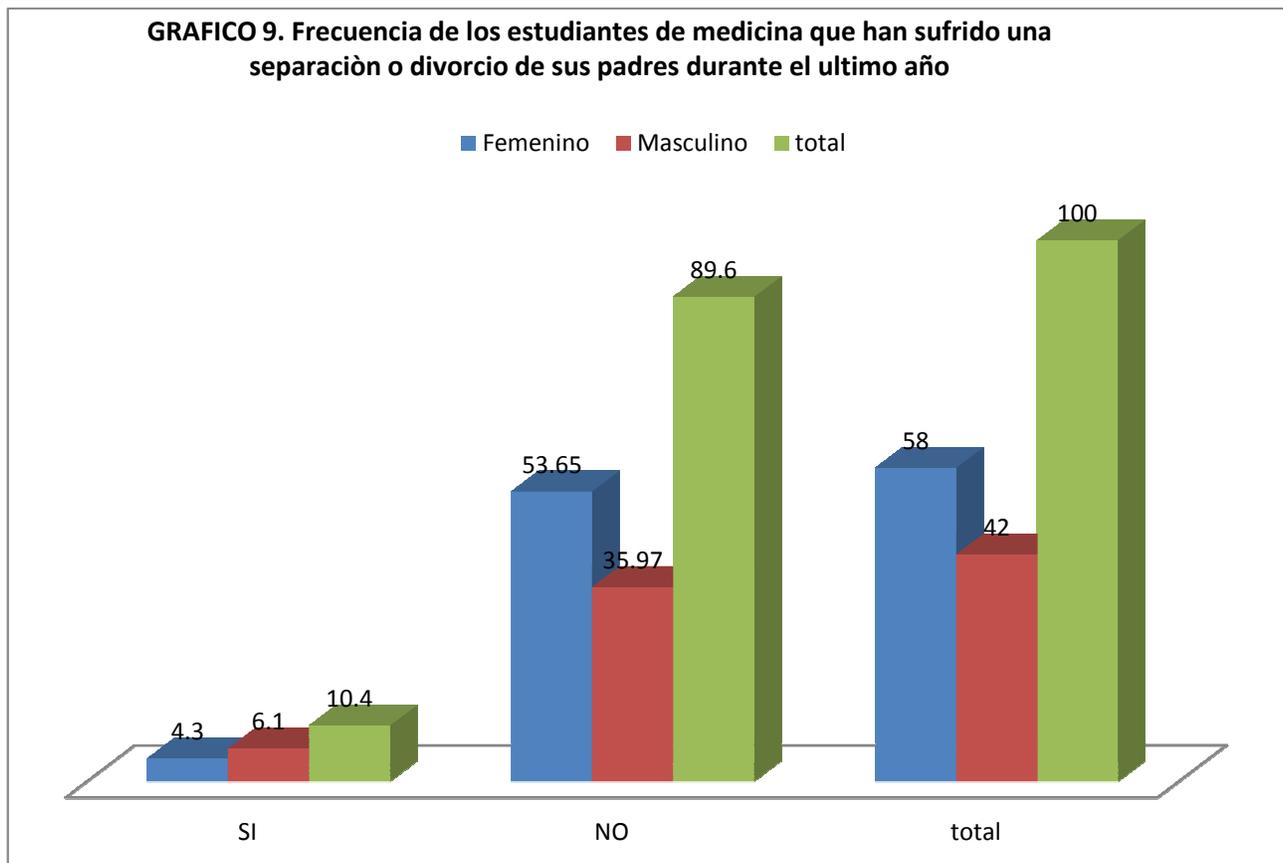


Fuente: Cuadro 8

CUADRO 9. Frecuencia de los estudiantes de medicina que han sufrido una separación o divorcio de sus padres durante el último año

	SI	%	NO	%	TOTAL
FEMENINO	7	4.3	88	53.65	58
MASCULINO	10	6.1	59	35.97	42
TOTAL	17	10.4	147	89.6	100

Fuente: Anexo 1



Fuente: Cuadro 9

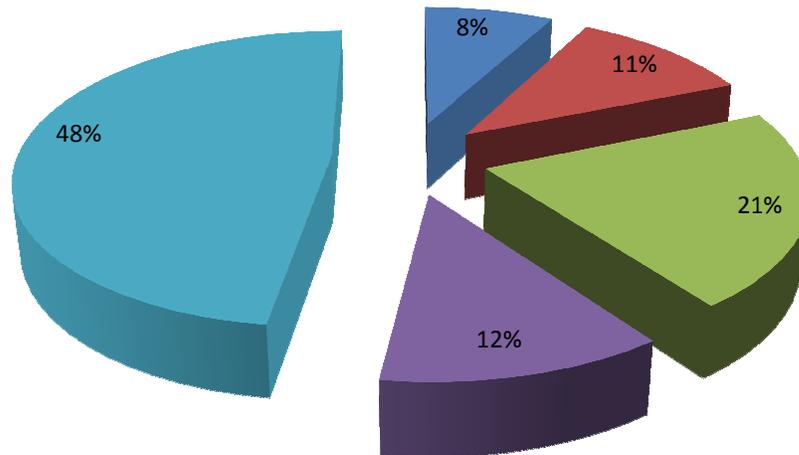
CUADRO 10. Frecuencia en que los estudiantes de medicina pasaron por las fases del duelo

SIEMPRE	7.8
CASI SIEMPRE	11
A VECES	21.2
CASI NUNCA	12.2
NUNCA	47.8
TOTAL	100

Fuente: Anexo 1

GRAFICO 10. Frecuencia en que los estudiantes de medicina pasaron por las fases del duelo

■ Siempre ■ Casi siempre ■ A veces ■ Casi nunca ■ nunca



Fuente: Cuadro 10

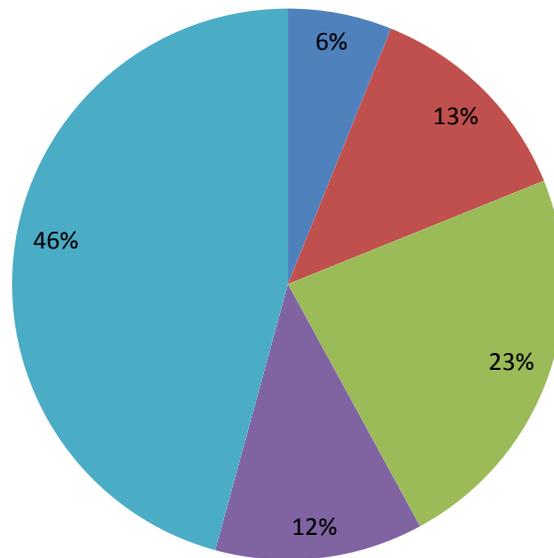
CUADRO 11. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de ira en el proceso de duelo

	No	%
SIEMPRE	10	6.1
CASI SIEMPRE	21	12.8
A VECES	38	23.2
CASI NUNCA	20	12.2
NUNCA	75	45.8
TOTAL	164	100

Fuente: Anexo 1

GRAFICO 11. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de ira en el proceso de duelo

■ Siempre ■ Casi siempre ■ A veces ■ Casi nunca ■ nunca

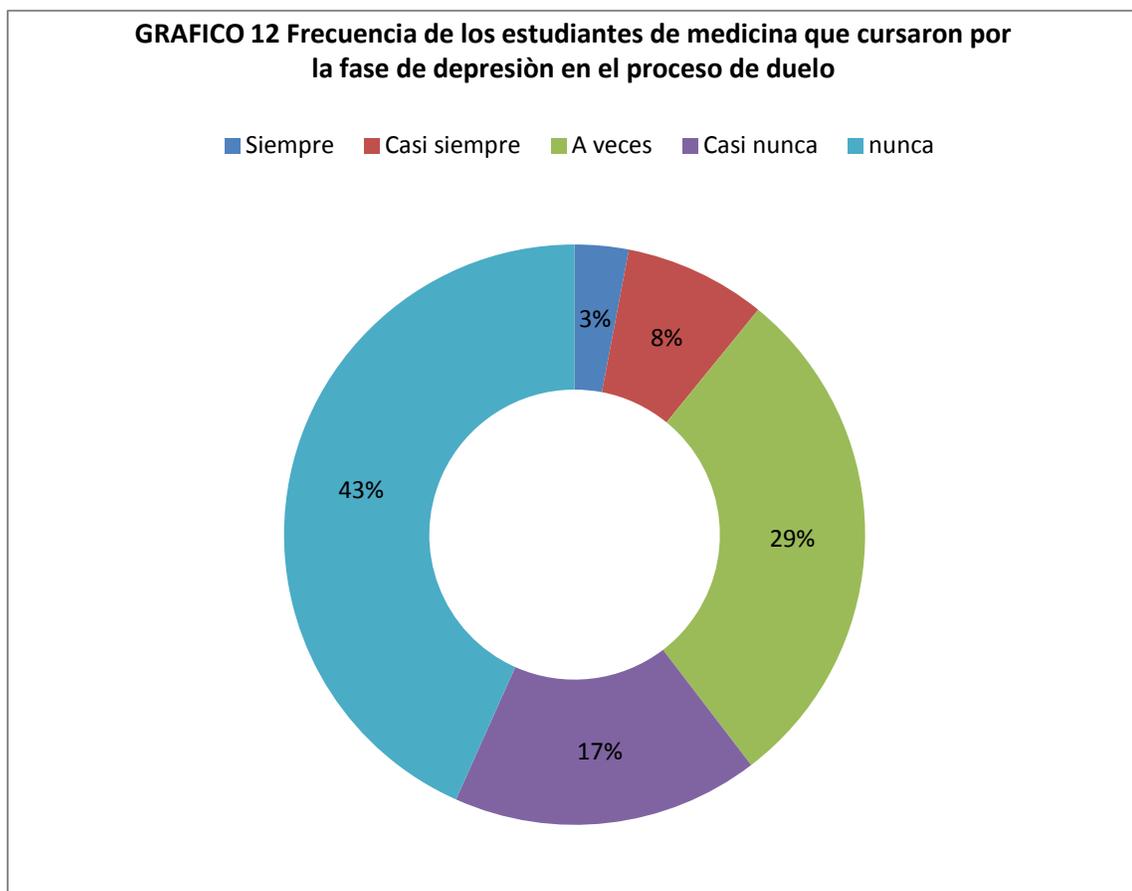


Fuente: Cuadro 11

CUADRO 12. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de depresión en el proceso de duelo

	No	%
SIEMPRE	5	3
CASI SIEMPRE	13	7.9
A VECES	47	28.7
CASI NUNCA	28	17.1
NUNCA	71	43.3
TOTAL	164	100

Fuente: Anexo 1



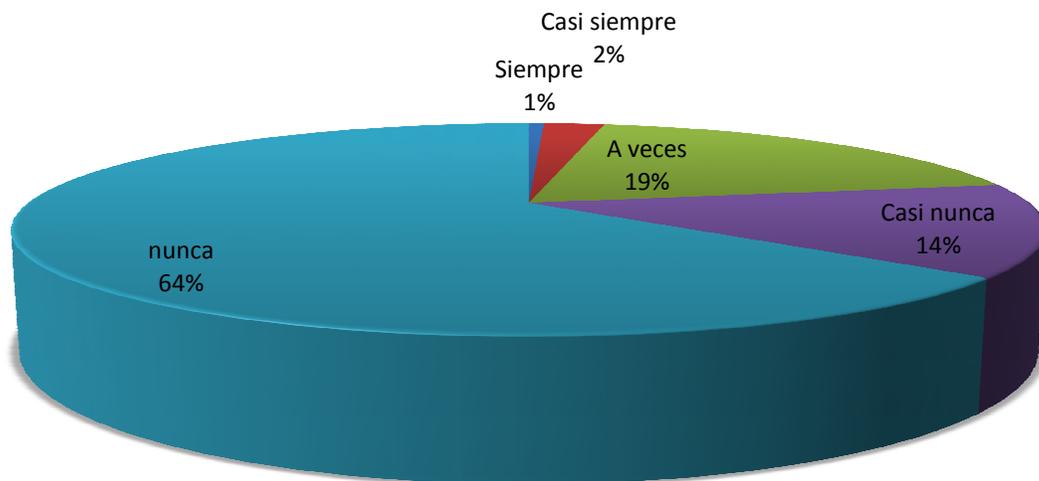
Fuente: Cuadro 12

CUADRO 13. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de negación en el proceso de duelo

	No	%
SIEMPRE	1	.6
CASI SIEMPRE	4	2.4
A VECES	31	19
CASI NUNCA	23	14
NUNCA	105	64
TOTAL	164	100

Fuente: Anexo 1

GRAFICO 13. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de negacion en el proceso de duelo



Fuente: Cuadro 13

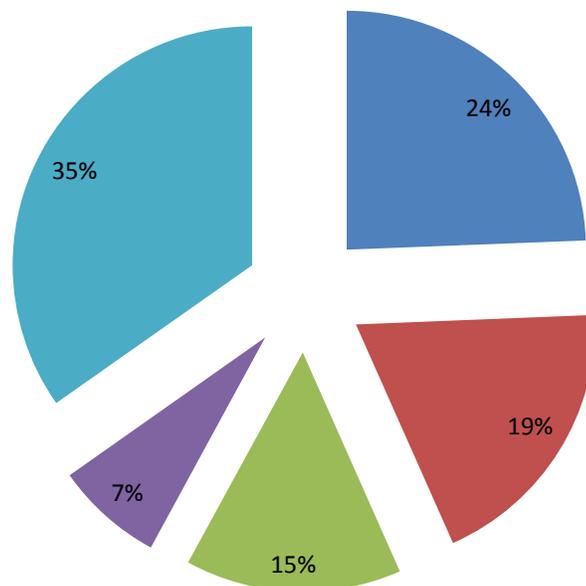
CUADRO 14. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de aceptación en el proceso de duelo

	No	%
SIEMPRE	40	24.4
CASI SIEMPRE	31	19
A VECES	24	14.6
CASI NUNCA	12	7.3
NUNCA	57	34.8
TOTAL	164	100

Fuente: Anexo 1

GRAFICO 14. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de aceptación en el proceso de duelo

■ Siempre ■ Casi siempre ■ A veces ■ Casi nunca ■ nunca



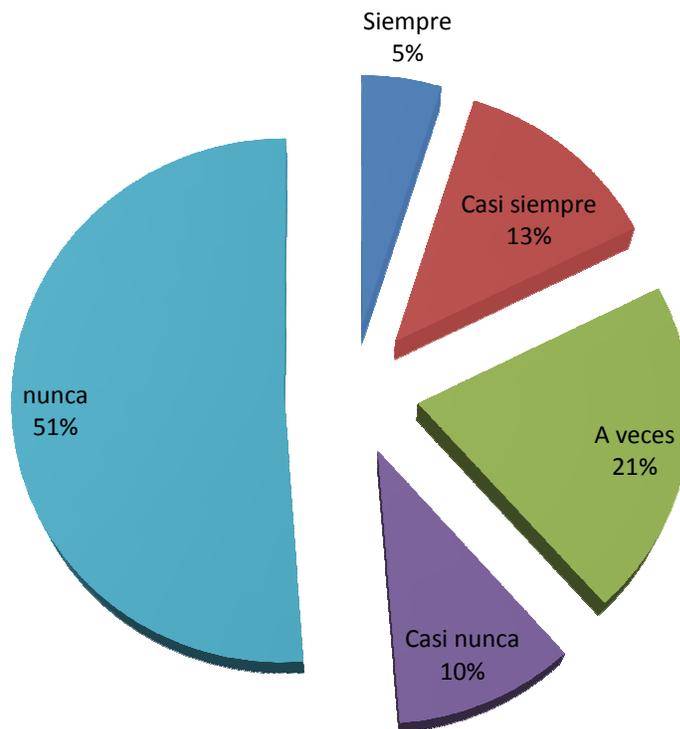
Fuente: Cuadro 14

CUADRO 15. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de negociación en el proceso de duelo

	No	%
SIEMPRE	8	4.9
CASI SIEMPRE	21	12.8
A VECES	34	20.7
CASI NUNCA	17	10.4
NUNCA	84	51.2
TOTAL	164	100

Fuente: Anexo 1

GRAFICO 15. Frecuencia de los estudiantes de medicina que cursaron por la fase de negociación en el proceso de duelo



Fuente: Cuadro 15

IX.-RESULTADOS

Se estudiaron 164 alumnos de la carrera de Médico Cirujano inscritos en el periodo febrero julio 2013 que aceptaron contestar el cuestionario (anexo 1) para valorar la actitud que tienen ante el duelo.

En el cuadro y grafico 1 apreciamos el grupo de edad de los alumnos que participaron en el estudio, encontrando que los estudiantes del sexo femenino de 20 años son los de mayor participación con 35 (21.30%) y los del sexo masculino con 19 (11.50%), en los grupos de edad de 17 y 25 años fueron los de menor participación con 2 personas tanto hombres como mujeres y en el de 25 años 1 estudiante; se encontró una media aritmética de 20.3 ± 1.44 , valor mínimo de 17, valor máximo de 25, rango de 7.

De acuerdo a la procedencia de los estudiantes se aprecia en Cuadro y Grafico 2 que la mayoría provienen de la ciudad de Toluca: 58 mujeres (35%) y 32 hombres (19%) – subtotal 90(54%)-. En segundo lugar de procedencia se aprecia Metepec con 8 personas del género femenino (5%) y 13 del género masculino (8%), en tanto que del distrito federal 5 mujeres (3%) y 2 hombres (1%) del total de 164 alumnos.

En el Cuadro y grafico 3 se presentan los datos correspondientes al estado civil de los estudiantes que participaron en el estudio y destacan que del total de alumnos a los que se les aplicó el cuestionario : 94 mujeres son solteras y 67 hombres se encuentran en el mismo estado civil, constituyendo un subtotal de 161 alumnos.

En cuanto al grado de estudios por los estudiantes participantes observamos en el Cuadro y Grafico 4 que los estudiantes del tercer año con un subtotal de 82 estudiantes, de los cuales 29 (29.8%) son mujeres y 33 (20.1 %) son hombres, representan el mayor porcentaje, en el mismo orden de ideas, 29 alumnos para el quinto año (17 mujeres y 12 hombres), mientras que para los de segundo año un total de 27 personas (16 mujeres, 11 hombre) decidieron cooperar en el proyecto.

A partir del Cuadro y Gráfico 5 se analiza el duelo de acuerdo al problema de investigación y se aprecian en tales figuras. De los alumnos del PRIMER año 15 SI saben que es el duelo y 3 contestaron que NO, de los del SEGUNDO año 24 respondieron que SI y 3 NO de los alumnos de TERCER año 78 mujeres SI saben que es el duelo, en tanto que 4 contestaron NO, para el total de CUARTO año todos (8) contestaron que SI sabían que es el duelo y para los de QUINTO año 27 respondieron que SI y solo 2 que NO. Observando que del total de los 164 participantes 152 estudiantes afirman saber que es el duelo y solo 12 NO saben lo referente al tema.

El Cuadro y Gráfico 6 muestra la frecuencia de los alumnos que cursaron con una pérdida en el último año, el total de la muestra (164) 55 afirmaron haber tenido una pérdida en el último año, de ellos 36 (21.9%) mujeres respondieron SI a la pregunta, en tanto que el género masculino 19 (11.58%) afirmaron haber sufrido tal experiencia.

El Cuadro y Gráfico 7. Corresponde a la pregunta si el último año ha fallecido algún familiar. Las personas del género femenino que afirmaron tal pérdida fueron del orden de 39 (23.8%) del total de la muestra, en tanto que sólo 16 (9.8%) del género masculino contestaron afirmativamente.

En el Cuadro y Gráfico 8, la respuesta a la pregunta, si había vivido un robo o extravío de personas u objetos en el último año, quienes respondieron afirmativamente fueron 39 (23.8%) mujeres y 28 (17%) hombres, con un subtotal de 67 personas.

Del Cuadro y Gráfico 9 que se refiere a que si los participantes habían sufrido un divorcio o una separación de los padres, sólo 17 personas contestaron afirmativamente, de los cuales 7 (4.3%) pertenecen al género femenino y 10 (6.1%) al masculino.

En el Cuadro y Gráfico 10 se analizan las 5 fases del duelo, donde se observa la experiencia que tuvieron los estudiantes de medicina con las fases del duelo, 47.8% expresó NO haber pasado por estas fases mientras 7.8% respondieron que SI.

Para el Cuadro y Gráfico 11, se reportan los datos de aquellos que vivieron la fase de IRA durante el duelo, contabilizando los siguientes resultados: SIEMPRE 10 casos (6.1%), CASI SIEMPRE 21 casos (12.8%), A VECES 38 casos (23.2%), CASI NUNCA 20 casos (12.2%) y 75 (45.8%) respondieron NUNCA.

En el Cuadro y Gráfico 12 que corresponde a la fase de Depresión en el Duelo, del total de la población estudiada 164 (100%), respondieron negativamente: NUNCA 71 (43.3%), CASI NUNCA 28 (17.1%), A VECES 47 (28.7%), CASI SIEMPRE 13 (7.9%), SIEMPRE 5 (3%).

Cuadro y Gráfico 13, que se refieren a la fase de Negación en el Duelo, del Total de la población que respondieron a la pregunta tenemos los siguientes resultados: SIEMPRE 1 caso (0.6%), CASI SIEMPRE 4 casos (2.4%), A VECES 31 casos (19%), CASI NUNCA 23 casos (14%), NUNCA 105 casos (64%), corresponde a la mayoría de los participantes.

Los resultado para el Cuadro y Gráfico 14, referente a los estudiantes de Medicina que cursaron por la fase de aceptación, arroja los siguientes datos: SIEMPRE 40 casos (24.4%), CASI SIEMPRE 31 casos (19%), A VECES 24 casos (14.6%), CASI NUNCA 12 casos (7.3%) y NUNCA 57 casos (34.8%).

En el Cuadro y Gráfico 15, se acotan datos que corresponden a la fase de Negociación del Duelo con los resultados siguiente: SIEMPRE 8 casos (4.9%), CASI SIEMPRE 21 casos (12.8%), A VECES 34 casos (20.7%), CASI NUNCA 17 casos (10.4%) y NUNCA 84 casos (51.2%).

X.-DISCUSIÓN

De los 164 cuestionarios aplicados destaca el grupo de edad de 20 años para las personas del género femenino cuya participación es del orden de 35 casos y para los hombres de 19 casos, la distribución de las demás edades no trasciende para el estudio. De la misma manera para la procedencia destacan los de la Cd de Toluca con 58 mujeres (35%) y 32 hombres (19%); y los de Metepec con 8 personas del género femenino (5%) y 13 del género masculino (8%), mientras que la procedencia de los demás participantes es de municipios cercanos a la ubicación de la Facultad de Medicina de la UAEMex.

En cuanto al estado civil la mayoría son solteros (94 mujeres y 67 hombres) y solo tres casos fuera de este, que no trascienden en el estudio.

El nivel de avance académico de los participantes, la mayoría corresponde a los alumnos del tercer año con un total de 62 alumnos de los cuales 29 son mujeres y 33 hombres, enseguida destacan los estudiantes del quinto año con 29 casos (17 mujeres y 11 hombres). En el conteo final destaca la participación de las mujeres como corresponde a la población estudiantil de nuestra facultad.

De los 164 cuestionarios aplicados, a partir de la pregunta numero 5 se inicia la investigación y es importante destacar que de la población estudiada 152 afirmaron saber que es el duelo y solo 12 ignoran a que se refiere. Por obvias razones la población femenina es la de mayor participación con 95 estudiantes que contestaron SI al documento. En el cuadro y grafico 6 se muestra el dato de los alumnos que cursaron con una perdida en el ultimo año y 55 alumnos repondieron afirmativamente al cuestionamiento, al inter-relacionar con los datos del cuadro y grafico numero 7 que corresponde al fallecimiento de algun familiar y la cifra obtenida (39 mujeres y 16 hombres), la pregunta que corresponde al cuadro numero 8- si había vivido algún robo o extravío de personas u objetos en el ultimo año- se aprecia que el subtotal de personas que habían vivido tal

experiencia fue del orden de 67 estudiantes, de los cuales 39 son mujeres y 28 hombres, al finalizar los datos anotados es fácil coludir que no hay una coincidencia entre los 152 que afirman saber que es el duelo y las circunstancias que conducen a padecerlo, por lo que podemos suponer que a pesar de que contestaron de manera afirmativa la gran diferencia de subtotales ante la experiencia que conduce a vivir la ausencia del otro o del objeto y el tener el conocimiento intelectual del significado vivencial del significado del duelo, no equivale a SABER que es vivir en toda su intensidad la sensación de pérdida o ausencia.

A partir del cuadro y grafico 10 se revisan las fases del duelo y se consideran los que reportaron NO a los cuestionamientos.

En el mismo orden de ideas, tenemos que los que niegan haber pasado la Fase de Ira y que son en número de 75 para los dos géneros, los menos con 10 casos son los que SI vivieron tal emoción ante el duelo.

Para el Cuadro 12 la depresión fue la representada por 71 personas que NO vivieron una baja en su estado emocional y en contraste los que lo vivieron (SIEMPRE Y CASI SIEMPRE) fueron 18 personas, que en conclusión son más los que dicen NO haberla vivido que los que SI comentan haberla experimentado.

De manera semejante para el análisis del Cuadro 13 que corresponde a la fase de negación 105 señalaron NO haber presentado tal fase, y los menos (SIEMPRE Y CASI SIEMPRE) con 5 casos respondieron SI haber vivido la negación ante la pérdida o ausencia. Para el Cuadro No 14 que se refiere a la Fase de Aceptación consideramos 57 personas respondieron que NO habían vivido tal experiencia y sólo 71 casos (SIEMPRE Y CASI SIEMPRE) argumentaron que aceptaron la pérdida. En el Cuadro 15 que se relaciona con la Fase de Negociación, observamos que la respuesta más frecuente fue NUNCA con 84 casos, consideramos que tal número de estudiantes no ingresó en tal fase de resolución del Duelo y los menos son

(SIEMPRE Y CASI SIEMPRE) con 28 alumnos que dijeron SI haber vivido la emoción de negociar con una entidad superior su pérdida.

XI.- CONCLUSIONES

La edad de mayor prevalencia en nuestro estudio se encuentra entre los 19 y 22 años, etapa de adolescencia tardía donde se van formando las actitudes de una manera más consistente.

A pesar de que los estudiantes de Medicina dicen saber que es el Duelo, no están en la posibilidad de vivir la emoción como una pérdida, pues la respuesta “nunca” fue la más frecuente que nos lleva a considerar tales hechos, entendiendo que el conocimiento intelectual no significa el vivenciar ciertas emociones.

Respecto a las fases del duelo como ira, negación, depresión, negociación, esta última es la que se ve con menos prevalencia, los alumnos de medicina se enfocan cada vez menos en aspectos religiosos y más en bases científicas.

Podemos observar que los alumnos de la Licenciatura de Medicina si pasaron las fases de duelo al menos en una ocasión, siendo predominante la resolución del duelo ya que la mayoría llegó a la fase de aceptación.

Si aceptamos que los alumnos que han vivido pérdidas (Cuadro 6 al 9) son en número de 67, ello no coincide con los cuadros del 11 al 15 donde se analizan las fases del Duelo y en donde se obtuvo que “nunca”, como respuesta más frecuente han enfrentado alguna fase ante las pérdidas, por lo que podemos concluir que no están viviendo sus emociones como descarga emocional y que tal represión podría conducir al desarrollo de trastornos psicosomáticos y en otro momento a vivir estado de neurosis o depresión que amerite atención médica.

XII.- RECOMENDACIONES

Nuestra investigación demuestra que si bien el duelo es un concepto conocido por la mayoría de los estudiantes de Medicina se debe hacer un mayor énfasis en que se conozca todo lo que engloba el término de duelo, ya que lo enfocan a la muerte solamente en la mayoría de los casos.

El duelo es un proceso por el que directa e indirectamente el estudiante de Medicina se enfrenta en su vida diaria y que será una constante en su práctica clínica, por lo que es de vital importancia que este proceso sea dominado, esto con la finalidad de poder dar al paciente una atención completa y que este llegue al estado de salud como lo define la OMS “estado de completo bienestar biopsicosocial y no solamente la ausencia de enfermedad”.

El médico tiene en sus manos la capacidad de hacer que un duelo cumpla su curso habitual y no llegue a complicarse con alguna otra patología, conocer a fondo el tema y ponerlo en práctica hará que los pacientes y sus familiares cursen de la mejor manera con su duelo.

Se sugiere dar seguimiento a este estudio realizando preguntas abiertas que nos permitan corroborar las preguntas plasmadas en el instrumento de investigación, enfocándose en aquellos que no hubo una resolución de su duelo y esto llevo a alguna patología o trastorno mental.

BIBLIOGRAFIA

1. Morales P. Medición de Actitudes en Psicología y Educación: Construcción de Escalas y Problemas Metodológicos. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas, 2000.
2. Allport G.W. Attitude- Behavior Relationships: A Reexamination of the Postulate of Contingent Consistency, A Handbook of Social Psychology. Worcester, Mass.: Clark University Press, 1935.
3. Bem, D J. Self/Perception: An Alternative Interpretation of Cognitive Dissonance Phenomena, Psychological Review 1967, 183-200
4. Rockeach, M. Actitudes, En la Enciclopedia Internacional de Ciencia Social, Madrid, España. Volumen I 1968
5. Murillo J. Cuestionarios y Escalas de Actitud. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid 2004
6. Coolican H. Métodos de Investigación y Estadística en Psicología. Tr. Mireya Garcia, Distrito Federal, México.; Editorial Manual Moderno 1997 P 115-130
7. Bravo M. Que es la Tanatología. Revista Digital Universitaria 2007, 7(8): 2-4
8. Kübler-Ross E. Sobre la Muerte y los Moribundos, Barcelona, España, Grijalbo, 1975
9. Rodríguez M G. La Tanatología y sus Campos de Aplicación. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2009 8(2)
10. Fleming-Holland, A. Reflexiones Sobre la Muerte: El Duelo Infantil y el Suicidio Juvenil. Psicología Iberoamericana, Universidad Iberoamericana, 2008; 6(1), 8-14 PP.
11. Gómez-Sancho M. La Perdida de un ser querido, El Duelo y el Luto. Madrid, España. Aran Ediciones, 2004
12. Elmiger, m. la subjetivación del duelo en Freud y lacan. Fortaleza, Brasil. Revista mal-estar e subjetividade, universidad fortaleza 10(1) 2010
13. Espinoza B T. Del Duelo, Un Viaje, Estudio de Caso. Tesina Diplomado de Tanatología. México. Asociación Mexicana de Tanatología. 2011 15pp

14. Bravo M. Como Afrontar La Perdida de Un Ser Querido. Revista Digital Universitaria 2007 8(1)
15. Meza E. El Proceso del Duelo: Un Mecanismo Humano para el Manejo de las Perdidas Emocionales. Revista de Especialidades Medico Quirúrgicas. 2008: 13(1) 28-31pp
16. asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado. DSM IV-TR. Barcelona, España. Masson. 2004
17. Millan-Gonzalez, R. Duelo, Duelo Patológico Y Terapia Interpersonal, Colombia, Cuadernos De Medicina Forence, 30, 2002
18. Pereira R. Evolución Y Diagnostico Del Duelo Normal Y Patológico. Vizcaya, España. Escuela Vasco-Navarra De Terapia Familiar 17(10) 2010
19. Garcia-Campayo J. Manejo del Duelo en Atención Primaria. Revista Digital de Medicina Psicosomática Y Psicoterapia. Sociedad Española De Medicina Psicosomática Y Psicoterapia. 2012. 2(2)
20. Gil-Juliá B. Duelo: Evaluación, Diagnostico y Tratamiento. Valencia, España. Psicooncologia. 2008 5(1) 113-116pp
21. Worden W. El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico Y Terapia. Barcelona, España. Paidós Ibérica. 1997 117-129 pp
22. Cardozo R. Apreciaciones Sobre La Muerte En Estudiantes Del Ultimo Año De Medicina. Venezuela. Universidad Central De Venezuela. 44 2010
23. Grau J Ansiedad Y Actitud Ante La Muerte Revisión Y Caracterización En Un Grupo Heterogéneo De Profesionales Que Se Capacita En Cuidados Paliativos. Cuba. Instituto Nacional De Oncología Y Radiología 2008
24. Aberstury A. La Adolescencia Normal. Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós. 1980.
25. Fernández M. El Trabajo de Duelo Durante la Adolescencia, En S.E. Quiroga, Adolescencia: De La Meta Psicológica A la Clínica. Buenos Aires. 1984 128pp
26. Hadad J. Problemas De Los Estudiantes De Medicina. Educación Medica Honduras. Revista Medica De Honduras 34, 2005

(anexo 1)

ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE EL DUELO

IDENTIFICACIÓN

1. Edad:_____
2. Sexo: **M** **F**
3. Procedencia:_____
4. Estado Civil: **Soltero** **Casado** **Divorciado** **Viudo** **Otro**_____
5. Escolaridad(año que se este cursando en la carrera):_____
6. ¿Sabes que es el duelo? **SI** **NO**
7. ¿En el último año has vivido alguna pérdida? **SI** **NO**
8. ¿En el último año ha fallecido algún familiar tuyo? **SI** **NO**
9. ¿En el último año has vivido algún robo o extravió de personas u objetos?
SI **NO**
10. ¿En el último año tus padres se han separado o divorciado? **SI** **NO**

Número	PREGUNTA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1.	En el último año, el duelo te ha provocado ira o enojo					
2.	En el último año, el duelo te ha provocado depresión					
3.	En el último año, has negado la pérdida					
4.	En el último año, el duelo te ha llevado a aceptar la pérdida					
5.	En el último año, el duelo te ha llevado a negociar con un Ser Superior tú pérdida					

!!!!!!GRACIAS!!!!!!

