



**Universidad del
Rosario**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

” Los mecanismos de afrontamiento ante la muerte de los pacientes, de los estudiantes de postgrado de pediatría y neonatología”

Autoras

Yoliset Romero Márquez

Jennifer Camargo González

Director

Francisco M Olmos -Vega

Título por el que opta

Magíster en educación para profesionales de la salud

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina

Maestría en educación para profesionales de la salud

Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá - Colombia

2023

Tabla de Contenido

| | Pág. |
|-------|---|
| 1 | Resumen 3 |
| 2 | Abstract..... 4 |
| 3 | Introducción..... 5 |
| 4 | Metodología..... 9 |
| 4.1 | Tipo de investigación 9 |
| 4.2 | Diseño general de la investigación 10 |
| 4.3 | Muestreo 13 |
| 4.4 | Recopilación y análisis de datos 13 |
| 5 | Consideraciones éticas:..... 15 |
| 6 | Resultados..... 17 |
| 6.1.1 | Sentimientos: (Reconociendo las emociones) 17 |
| 6.1.2 | Búsqueda de Apoyo: (Reconociendo redes) 20 |
| 6.1.3 | La Espiritualidad como Mecanismo 23 |
| 7 | Discusión 25 |
| 8. | Fortalezas, limitaciones y futuras investigaciones 27 |
| 8 | Implicaciones para la práctica 29 |
| 9 | Conclusiones..... 31 |
| 10 | Bibliografía..... 32 |

1 Resumen

Contexto: Con el aumento de enfermedades catastróficas sin cura, la limitación de esfuerzos terapéuticos, y la mayor complejidad de las enfermedades de la población pediátrica, los residentes están cada vez más expuestos a la muerte de sus pacientes y al dolor humano. Este estudio exploró la forma como los residentes de pediatría afrontan experiencias difíciles y la muerte de sus pacientes, describiendo los mecanismos de afrontamiento a los que recurren cuando se enfrentan a estos momentos.

Métodos: Según el enfoque metodológico de la Teoría Fundamentada Constructivista, tomamos una muestra intencionada, se reclutaron 11 estudiantes de postgrado de pediatría y 3 de Neonatología, quienes participaron inicialmente de grupos focales (n=4 por grupo) donde discutieron acerca de una de sus experiencias personales en un caso de exposición a la muerte de un paciente, y expresaron qué sentimientos se presentaron y cómo lo afrontaron. Posteriormente escribieron un diario de reflexión, y entrevistas individuales profundizando lo vivido. Estos se transcribieron, analizaron y codificaron.

Resultados: En este estudio se encontró que estrategias como el distanciamiento, la frustración, la aceptación de la situación sin el metabolismo del sentimiento, la búsqueda de apoyo social y la espiritualidad, son a las que más comúnmente recurren los residentes de pediatría y neonatología

Conclusión: Se encontraron las estrategias más frecuentemente utilizadas por los residentes de pediatría y neonatología, estos hallazgos llevarán a la búsqueda de estrategias adecuadas en la práctica diaria para disminuir el impacto negativo que les produce.

Palabras clave: Mecanismos de afrontamiento, muerte de pacientes, Residentes de Pediatría

2 Abstract

Context: With the increase in catastrophic diseases without cure, the limitation of therapeutic efforts, and the greater complexity of diseases in the pediatric population, residents are increasingly exposed to the death of their patients and to human grief. This study explored how pediatric residents cope with difficult experiences and the death of their patients, describing the coping mechanisms they resort to when faced with these moments.

Methods: According to the Constructivist Grounded Theory methodological approach, we took a purposive sample, 11 pediatric and 3 neonatology graduate students were recruited, who initially participated in focus groups (n=4 per group) where they discussed about one of their personal experiences in a case of exposure to the death of a patient, and expressed what feelings were presented and how they coped with it. Subsequently, they wrote a reflective diary, and individual interviews deepening their experiences. These were transcribed, analyzed and codified.

Results: In this study it was found that strategies such as distancing, frustration, acceptance of the situation without metabolism of the feeling, search for social support and spirituality, are the most commonly used by pediatric and neonatology residents.

Conclusion: The strategies most frequently used by pediatric and neonatology residents were found, these findings will lead to the search for appropriate strategies in daily practice to reduce the negative impact on them.

Key words: Coping mechanisms, patient death, pediatric residents.

3 Introducción

Con el aumento de enfermedades catastróficas sin cura, la sensibilización hacia la muerte, la limitación de esfuerzos terapéuticos, y la mayor complejidad de las enfermedades de la población pediátrica, los residentes de pediatría están cada vez más expuestos a la sensibilización y al dolor humano. La enfermedad y la muerte hacen parte de un proceso biológico y natural, el sentir desconsuelo y dolor frente al dolor del otro hace parte de la empatía y de los valores del profesionalismo del médico (Sahler,O.J.Z. et al., 2000). Sin embargo, por años ha habido un hábito de ocultamiento y evasión al tema, una tendencia a no expresar el sentimiento que produce estar al frente de situaciones difíciles como son la enfermedad o muerte de un niño por la alteración en el orden de la vida.

A lo largo de los años se ha creído que el médico ha sido entrenado para afrontar y controlar la muerte; sin embargo, para el médico o el profesional de la salud el tema de la muerte es un tabú que despliega una serie de sentimientos complejos ante el dolor, como por ejemplo de fracaso profesional, y que termina en represión de estos sentimientos como mecanismo de defensa (Burns et al., 2001). De tal manera, la evasión del abordaje de la muerte se ha convertido en una manifestación de miedo, relacionado con el fracaso en medio de la búsqueda de la felicidad y el éxito.

A medida que estos momentos se experimenten, traten y enfrenten, se da lugar a una respuesta de estrés del individuo. Esto puede llevar a conductas adaptativas o desadaptativas, causando agotamiento e insatisfacción personal, lo cual se refleja en el desempeño laboral y la salud mental, llevando incluso a presentarse el Síndrome de Burnout o casos de suicidios (Sepúlveda-Vildósola et al., 2012).

Los estudios centrados en la salud mental de los residentes del área de las ciencias de la salud han puesto en manifiesto que su abordaje favorece a los estudiantes con la generación de condiciones de vida y ambientes saludables, siendo importante que se promueva la adaptación y el mantenimiento de estrategias que le favorezcan (Vargas-Terrez et al., 2015).

Tradicionalmente la formación de los médicos ha estado centrada en el conocimiento de la enfermedad y sus tratamientos curativos, sin embargo, también es importante caracterizar los mecanismos de afrontamiento de los residentes para promover posteriormente el desarrollo de competencias y habilidades emocionales para el acompañamiento de los pacientes y sus familias, sobre todo al momento de afrontar procesos dolorosos como la muerte de una persona. En este sentido Trivate *et al* (2019), documentan que en la literatura se han identificado diversas estrategias de afrontamiento adoptadas por los estudiantes de medicina. Sin embargo, la evidencia en investigación en educación médica que explora el afrontamiento es limitada, siendo esto un factor relevante para su quehacer y para fortalecer su salud mental. Ya que, según algunos estudios publicados en el periódico de la Universidad Nacional de Colombia, en los últimos años se ha venido registrando un aumento de los casos de suicidio y Síndrome de burnout entre médicos de diferentes áreas. La situación actual en Colombia se ve reflejada en la Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud 2019 (ENSLPS), llevada a cabo por el Colegio Médico Colombiano, donde se observa un aumento de casos de desgaste profesional y suicidios (Torres-Tovar, M. & Corcho, C., 2019). Las estadísticas muestran que los profesionales de la salud tienen doble riesgo de suicidio respecto a la población general (Motoa-Solarte & Velásquez-Lasprilla, 2020).

Actualmente se sabe que, ante estas situaciones difíciles que experimentan las personas, existen diferentes respuestas de tipo conductual, cognitivo y emocional empleadas para el manejo y tolerancia de la muerte, permitiendo aminorar tensión y restablecer el equilibrio; a este conjunto se le denomina *mecanismos de afrontamiento* (Carver et al., 1989).

La teoría identifica el afrontamiento como mediadores críticos de las relaciones estresantes entre la persona, el entorno, así como entre sus resultados inmediatos y a largo plazo. De tal manera, el afrontamiento está definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar esas demandas (Folkman y Lazarus, 1980), pues trata de disminuir el impacto de las mismas (Valverde, C. V., et al. 2003).

La palabra “afrontar” se deriva de la palabra latina *colpus*, que significa “alterar”, y, tal como se define en el Diccionario Webster, se suele utilizar en el paradigma psicológico indicando

"tratar e intentar superar problemas y dificultades". (*Much of Current Theory and Research on Coping Stems from a Transactional Model*, 2021). El afrontamiento fue definido por Folkman y Lazarus en 1985 y luego fue ampliado por Carver *et al.* en 1989. La teoría identifica el afrontamiento como mediadores críticos de las relaciones estresantes entre la persona, el entorno, así como entre sus resultados inmediatos y a largo plazo. De tal manera, el afrontamiento está definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar esas demandas (Folkman y Lazarus 1980), pues trata de disminuir el impacto de las mismas (Valverde, C. V., et als. 2003) .

Lazarus y Folkman (1986) describen los siguientes tipos de estrategias de afrontamiento: el centrado en el problema y el centrado en la emoción. En el Afrontamiento centrado en el problema se hacen esfuerzos para cambiar las situaciones estresantes mediante la resolución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa, teniendo como objetivo resolver el problema o hacer algo para alterar el origen del estrés. En el afrontamiento centrado en la emoción el individuo intenta regular la emoción que genera angustia, a veces cambiando el significado de la situación estresante de forma cognitiva, sin cambiar realmente la situación, siendo su objetivo reducir o gestionar el malestar emocional asociado a la situación (Baqtayan, S. M.,2015). En la Tabla 1 se detallan las diferencias de estas dos estrategias.

Tabla 1. Mecanismos de Afrontamiento según Lazarus y Folkman - 1986

| Afrontamiento centrado en el problema | Afrontamiento centrado en la emoción |
|--|---|
| - Afrontamiento conflictivo | - Autocontrol |
| - Búsqueda de apoyo social | - Búsqueda de apoyo social |
| - Planificación completa de la solución del problema | - Distanciamiento |
| | - Valoración positiva |
| | - Aceptar la responsabilidad |
| | - Escapar/evitar |

Fuente: Adaptado de Lazarus y Folkman, 1986.

Posteriormente, Carver *et al* (1989) incluyeron otras estrategias o mecanismos. En primer lugar, en el afrontamiento centrado en el problema sumaron el afrontamiento activo y de restricción; en segundo lugar, en el afrontamiento centrado en la emoción sumaron la reinterpretación positiva y el crecimiento; finalmente, los autores concibieron un modelo más,

denominado afrontamiento disfuncional, cuyos contenidos se centran en el desahogo de las emociones (ver Tabla 2).

Tabla 2. Mecanismos de afrontamiento según Carver *et al*, 1989

| Afrontamiento centrado en el problema | Afrontamiento centrado en la emoción | Afrontamiento disfuncional |
|---|---|--------------------------------------|
| - Actividad de afrontamiento | - Buscar apoyo social por razones emocionales | - Centrar y desahogar las emociones. |
| - Planificación | - Refuerzo positivo y crecimiento | - Desenganche conductual |
| - Suspensión de las actividades competitivas | - Aceptación | - Desenganche mental |
| - Afrontamiento de restricciones | - Volver a la religión | - Consumo de alcohol y droga |
| - Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales | - Humor | - Negación |

Fuente: Adaptado de Carver *et al*, 1989.

Pessagno,R. et al., (2014) resaltan en su estudio de *“Dealing with death: medical students’ experiences with patient loss”*, la importancia del reconocimiento de la forma en la que los estudiantes se enfrentan a las situaciones de muerte de los pacientes, especialmente significativo es el hecho de que deben dominar la habilidad de enfrentarse a la pérdida de vidas que inevitablemente encuentran durante su carrera. Además, muchos de estos procesos tienen lugar dentro del currículo "informal" u "oculto" (Hafferty,F.W.,1998), mucho más allá de la instrucción formal. Las investigaciones sobre estas situaciones se centra en gran medida en los médicos y no en los estudiantes, aunque este último grupo, como novatos, podrían llegar a experimentar más angustia cuando sus pacientes mueren. Los pocos estudios que abordan las experiencias de los estudiantes tienen un alcance limitado (Ratanawongsa et al., 2005) o en profundidad (Sullivan et al.,2003). Ya que estos investigadores han señalado que si no se presta atención a los comportamientos que constituyen la cultura de la medicina, es poco probable que las reformas del currículo formal tengan éxito. Para que el cambio curricular se traduzca en una mejora de las habilidades, actitudes y prácticas en el cuidado de los pacientes que van a fallecer, es necesario comprender y abordar las influencias de los residentes, los modelos de conducta y prácticas relacionadas con los cuidados al final de la vida de los pacientes a su cuidado.

En resumen, queda mucho por descubrir sobre cómo los estudiantes de medicina experimentan la muerte de los pacientes. Por lo tanto, la búsqueda en la caracterización de estos mecanismos es de gran utilidad para que posteriormente se pueda explorar cómo los residentes aprenden de los mecanismos de afrontamiento y cómo aprenden a enfrentarse a encuentros clínicos difíciles como la muerte de un paciente.

Por lo tanto, con base en estos planteamientos y al identificar el vacío existente en la literatura, se generó la siguiente investigación: Las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de Pediatría y Neonatología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia.

En este sentido, el propósito del estudio se centró en caracterizar los mecanismos de afrontamiento de los estudiantes de pediatría y neonatología, cuando se enfrentan a situaciones difíciles de la salud de sus pacientes y a la muerte de sus pacientes, por medio de diferentes herramientas de exploración como los grupos focales, el diario de reflexión y la entrevista semiestructurada.

4 Metodología

Considerando el objetivo central de este trabajo de investigación, en el presente apartado se expone el marco metodológico a seguir para su desarrollo.

4.1 Tipo de investigación

El desarrollo de este estudio se enmarca bajo una investigación de tipo cualitativo. Gracias a su carácter humanista, es posible el estudio de lo que las personas sienten, viven, piensan, perciben y la búsqueda de significados a los fenómenos que experimenta el ser humano desde su experiencia y comprensión del mundo que le rodea (Figueredo ,2017). La utilidad de este diseño permite que los hallazgos investigativos se constituyan en nuevos aporte teóricos. Como la investigación es constructivista, realizamos el análisis y la interpretación de los datos basadas en el resultado de la experiencia compartida entre los investigadores y los participantes, realizamos análisis y

comparación constantes y esto nos llevó a la generación de explicaciones y teorías respecto a los fenómenos estudiados (Charmaz ,2014).

Sobre la aplicabilidad y utilidad de este tipo de investigación en el campo de la ciencias de la salud, Figueredo (2017) expone que este tipo de investigación resulta útil para comprender el significado que las personas o las comunidades confieren a los procesos de salud y enfermedad, lo cual permite aportar contribuciones a la mejora de la calidad de cuidado y a la relación que se establece entre los profesionales de la salud, sus pacientes y demás personas que demandan su atención.

Sumado a lo anterior es preciso resaltar que la investigación de tipo cualitativo permite la comprensión del fenómeno en estudio desde la experiencia subjetiva, es decir, desde la perspectiva de las personas que la viven. De tal modo, no se hace una predicción o control del fenómeno en estudio, sino que, por el contrario, se hace una descripción sistemática de la experiencia humana sobre el fenómeno u objeto de estudio (Streubert y Carpenter ,1995).

4.2 Diseño general de la investigación

En línea con lo anterior, y también bajo el marco de intereses de este trabajo, se acude al diseño de investigación denominado Teoría Fundamentada Constructivista (TFC). En primer lugar, es de aclarar que la Teoría Fundamentada (TF) es reconocida por su utilidad para el desarrollo de teorías sobre fenómenos de salud. Al respecto, se sustenta que: “La TF se sustenta en la teoría del interaccionismo simbólico para comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social” (Vivar, y otros 2010).

De tal manera, a través del diseño de la TF es posible el estudio de fenómenos sociales en sus contextos naturales, así como la generación de teorías para lograr explicar el fenómeno estudiado. En el campo de las ciencias de la salud este diseño ha sido útil para el desarrollo de teorías sobre procesos psicosociales tales como el sufrimiento en la enfermedad crónica, la experiencia del dolor, la experiencia del cuidado, y la explicación de conductas frente a problemas de salud (Vivar, y otros 2010).

Ahora bien, hablando específicamente de la TFC, se tiene que ésta se caracteriza por su enfoque inductivo, siendo abierta a los datos y dando lugar a emergencias y comparativas de datos. Además, a través de ella, la interpretación que se hace de la realidad y el conocimiento es a través del discurso y del lenguaje contruidos socialmente (Palacios, 2020).

Considérese además que: “La TFC estudia los fenómenos a partir de las experiencias compartidas entre el investigador, las personas participantes y los datos; en este sentido, quien investiga no puede mantenerse ajeno al proceso de construcción de la teoría” (Palacios 2020, p. 51). Entonces, en el proceso constructivo que se da en la investigación convergen elementos tanto del investigador como del contexto social, histórico y cultural, los cuales no pueden ser ocultados ni ignorados. Consecuencia de esto es que el elemento subjetivo es aplicado tanto en la recolección como en el análisis de datos, considerándose la reflexividad y la construcción analítica de datos (Palacios, 2020).

De tal manera, el acudir a este diseño metodológico permitirá el desarrollo de un aporte teórico orientado a explicar y permitir la comprensión de los procesos que enfrentan los profesionales de la medicina, en especial los del campo de la pediatría, frente al pronóstico de muerte de los pacientes, y la utilidad que puede representar el uso de diario de reflexión en la práctica profesional frente a este tipo de situaciones.

Finalmente, es de precisar que la TFC y TF como tal comparten los siguientes elementos distintivos, los cuales tendrán lugar en el desarrollo de esta investigación: (i) generación de teoría y enfoque inductivo; (ii) muestreo teórico y saturación teórica; (iii) método comparativo constante; y (iv) escritura de memos; (Vivar, y otros 2010).

En primer lugar, la generación de teoría y el enfoque inductivo se refiere a la utilidad del diseño para que los hallazgos investigativos se constituyan en nuevos aporte teóricos respecto al fenómeno en estudio, presentándose conceptos interrelacionados. Para esto se acude al razonamiento inductivo, recolección y análisis riguroso de datos o información y la generación de resultados.

En segundo lugar, el muestreo teórico y la saturación de datos se refiere a que la selección de los participantes de la investigación se hace de acuerdo a las necesidades de la misma y sus intereses, buscando favorecer la recolección y análisis de datos hasta el punto en el que la recogida de los mismos no generen aporte adicional o relevante para explicar el fenómeno en estudio o para

explicar las categorías de análisis estudiadas. De este modo, tal como se explica más adelante, la definición de la muestra participante será limitada.

En tercer lugar, el método comparativo constante hace referencia al proceso de recolección, codificación y análisis de datos de manera sistemática, buscando elementos similares y diferenciales, o también patrones de comportamiento. Para esto se precisa un trabajo de codificación o de categorización, buscando comparar los resultados entre categorías de análisis.

Ahora en cuanto a cómo aprovechar la reflexividad en la investigación la guía AMEE No. 149 enuncia dos estrategias: la primera es por medio de la escritura reflexiva documentando reflexiones que se dan en los diferentes momentos de la investigación que ayudan a evidenciar lagunas en el conocimiento y el pensamiento de los investigadores; y la segunda estrategia es la reflexividad colaborativa del equipo y los participantes, quienes deben construir relaciones de confianza y responsabilidad mutua para hacer una investigación ética y rigurosa, en donde se dé apoyo y se puedan cuestionar suposiciones y decisiones independientemente de las dinámicas de poder (Olmos, y otros 2022).

La utilidad de este diseño permite que los hallazgos investigativos se constituyan en nuevos aporte teóricos. Como la metodología se basa en el paradigma de la investigación constructivista, el análisis y la interpretación de los datos son el resultado de la experiencia compartida entre los investigadores y los participantes, donde se realizó análisis y comparación constantes y lleva a la generación de explicaciones y teorías respecto a los fenómenos estudiados (Charmaz, 2014).

Finalmente, los memos permiten el registro de impresiones, reflexiones, preguntas y cuestiones del investigador en el desarrollo de la teoría sobre el fenómeno que está investigando, que en este caso es ahondar en cuáles son los mecanismos de afrontamiento en residentes de pediatría.

4.3 Muestreo

Se acude a una muestra intencionada, del grupo general de los estudiantes de I, II, y III año del posgrado de pediatría, y segunda especialidad en Neonatología que enfrentaron recientemente a una experiencia de muerte de un paciente. De esta manera se aseguró una muestra representativa de los diferentes niveles de formación. Al tratarse de un estudio constructivista, el muestreo también se realizó por medio de la suficiencia teórica analizando la información recibida hasta considerar que cumplió con las necesidades del estudio. (Charmaz, 2014).

4.4 Recopilación y análisis de datos

Iniciamos con un ejercicio de reflexividad personal de los investigadores por medio de la escritura de un diario de reflexión y una entrevista semiestructurada. Se aclararon las expectativas, suposiciones y reacciones conscientes e inconscientes a los contextos, participantes y datos. Revisamos junto con psicóloga las preguntas orientadoras de los grupos focales y entrevistas además de las pautas de los diarios de reflexión.

Se compartieron los propósitos investigativos con los voluntarios a participar en el estudio, realizando una reunión de introducción acerca de las diferentes fases del estudio, y explicando qué es un diario de reflexión y las pautas para realizarlo. Inicialmente se invitó a grupos focales de 4 integrantes por nivel de formación bajo muestreo propositivo, estos grupos fueron moderados por una psicóloga clínica con experiencia en psicoanálisis, donde se realizaron las preguntas y la orientación del grupo para iniciar el debate y el intercambio de experiencias acerca de la muerte de pacientes. Los grupos estuvieron acompañados por dos observadoras del grupo de investigación, quienes tomaron notas y controlaron la grabación de la reunión.

Se continuó con la fase de implementación del diario de reflexión donde los estudiantes escribieron sus experiencias y reflexiones respecto a la experiencia de muerte de un paciente. Con el fin de facilitar la escritura del diario a los participantes para la realización del diario de reflexión, se entregó la plantilla de reflexión diseñada por Johns (1995) y un ejemplo de un diario ya escrito como ejemplo. Este diario fue entregado a las investigadoras para la codificación y análisis del escrito. A través de estos diarios de reflexión se buscó que cada participante

reconociera y reflexionara sobre sus sentimientos, actitudes, acciones, reacciones y búsqueda de apoyo en cada uno de dichos momentos. Posteriormente se codificó la información registrada por los participantes en el diario de reflexión, y se lograron definir categorías para el análisis de la información.

Basadas en las recomendaciones de Charmaz se consideraron las entrevistas de práctica con enfoque constructivista, fase del estudio en donde se atendió a la construcción de la historia a una observación más profunda de las actitudes, silencios y emociones de los participantes de la investigación, y la relación entrevistador-participante, así como el contenido explícito de la entrevista. (Charmaz,2014). Estas entrevistas semiestructuradas, fueron surtidas de cinco preguntas específicas guiadas, (Apéndice 1), basados en el análisis de los grupos focales y diarios de reflexión, con el objetivo de explorar más a profundidad acerca de la experiencia del residente con respecto a la muerte del paciente y también sobre los efectos que produjo el haberlo plasmado en el diario de reflexión. Esto nos permitió ampliar la investigación de las experiencias repetidas encontradas en los diarios de reflexión. Estas entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para sistematización.

Por último se invitó al member reflection para la reflexión de todo el equipo. Donde se compartieron los resultados del análisis realizado. Se dieron a conocer los resultados de las categorías emergentes, y la importancia de cada una. Los participantes resaltaron la importancia del estudio y de continuar con procesos de apoyo para ellos. Se generó un proceso de conocimiento constructivo y sensibilización a partir de los resultados y las experiencias obtenidas.

La información recolectada se analizó bajo la TFC, se buscó interpretar, comprender y reconocer los sentimientos, pensamientos, experiencias y hechos plasmados o expuestos por los participantes. Considerando los momentos y variables de análisis, la información fue clasificada para posteriormente evidenciar elementos comunes, no tan comunes o disruptivos entre los participantes. Logramos extraer expresiones o testimonios que representan sentimientos, acciones o actitudes comunes de los profesionales ante esta situación. El análisis de los datos se realizó por medio del software ATLAS.Ti v1.0.18 (ATLAS. Ti Scientific Software Development GmbH). Mediante los tipos de codificación abierta buscando analizar el texto y agrupar los códigos en las

categorías; la axial estableciendo las relaciones entre las categorías y subcategorías. La selectiva en un nivel más alto de abstracción que permitió generar las categorías centrales.

Utilizamos la escritura de memos, producto de las observaciones de las investigadoras y de las interpretaciones. Donde se establecimos una categoría emergente, además buscando con esto un acercamiento a nuevos aportes teóricos sobre el afrontamiento, aplicado a casos desde la práctica. Los memos nos permitieron el impulso para descubrir las ideas sobre lo que se ha visto, leído, percibido y codificado, y para expresarlas. Además, a formar las ideas de forma narrativa y completa en las primeras fases del proceso analítico. La redacción de los memos llevó a elaborar los procesos, los supuestos y las acciones que abarcan los códigos o las categorías. (Charmaz,2014).

5 Consideraciones éticas:

Iniciamos la investigación posterior a la aprobación del Comité de Investigaciones del Hospital Universitario San Ignacio y la Pontificia Universidad Javeriana. Además se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida, así como el anonimato de los participantes. La relación de poder entre el investigadoras y participantes tuvo como base el respeto por la opinión y experiencia del otro, no debiendo las investigadores ejercer sobre los participantes algún tipo exigencia respecto de los datos o información que aportaron.

Este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios.

- Principios éticos que justificaron la investigación de acuerdo a una normatividad a nivel internacional y a nivel nacional la Resolución 008430/93 del Ministerio de Salud.
- Contamos con consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación. Participación voluntaria sin efectos sobre calificaciones.
- Se expresaron claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes:

La investigadora principal (YR) declaró ocupar cargo de autoridad en calidad de tutora clínica, por lo que se han tomado medidas de seguridad, para proteger el derecho a la privacidad de los residentes. Como atenuante, se convocó a reunión informativa inicial de la investigación, donde fueron informados de su derecho como participantes a negarse a contestar cualquier pregunta, y a participar de la investigación. Esta reunión fue conducida por la psicóloga clínica e investigadora del proyecto. Esto ayudó a obtener el cuidado con respecto a la detección de Síntomas de depresión o Burnout, no se remitió ningún participante a la ruta de ayuda en salud mental.

Los participantes fueron informados de su participación y sus datos fueron confidenciales, se dio a conocer quiénes tuvieron acceso a la información. Es decir, se protegieron los datos de todo tipo de acceso no autorizado, incluso de la pérdida o robo. Se alcanzó por medio de medidas tecnológicas, con la creación de correo dirigido como repositorio del proyecto de investigación, con código de acceso para que solo fue habilitado el acceso a la información los investigadores del estudio. Como parte del proceso de anonimización, otorgamos un código a cada estudiante.

Salvaguardas en relación con conflicto de relación con los participantes:

- La Investigadora principal no analizó documentos de los casos en los que había tenido participación en la atención del paciente de la situación de muerte.

6 Resultados

Se contó con una muestra total de 15 participantes de diferentes niveles de formación del programa de Pediatría y segunda especialidad de Neonatología. Los hallazgos exponen los tipos de afrontamiento que utilizaban los estudiantes, además acerca de la experiencia del residente con respecto a la muerte del paciente. Se lograron reconocer y comprender los sentimientos, actitudes, y acciones que los residentes del área de pediatría experimentan ante situaciones de afrontamiento durante los momentos el diagnóstico, y muerte del paciente.

A continuación se plasma la agrupación de los mecanismos agrupando las diferentes estrategias utilizadas por los residentes ante la muerte de los pacientes:

6.1.1 Sentimientos: (Reconociendo las emociones)

Se identifica el estado de ánimo o disposición emocional que presenta el residente ante la situación de la muerte, revelando el nivel de afectación que le genera, y si ésta le afecta únicamente durante el proceso con el paciente y/o sus familiares, o si se extiende en la atención con otros pacientes, su vida laboral y/o familiar. Aquí se busca identificar emociones tales como miedo, ira, tristeza, sorpresa, frustración.

6.1.1.1 *Distanciamiento:*

Durante la descripción de los casos difíciles, los estudiantes que participaron en el estudio manifestaron que tendían a utilizar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, con distanciamiento de las emociones como mecanismos para hacer cara a las situaciones desbordantes que se les presentaban. Manifestando una serie de vivencias que influyen de manera negativa en su capacidad de regular las emociones.

“Yo ignoro mis sentimientos por completo, me enfoco en otra cosa, si tengo que estudiar me pongo hacerlo, lo que tenga que hacer lo hago, pero no exploro más allá.”(R2GF)

Incluso el desenganche total de la relación humana entre médico y paciente, se observa donde se manifiesta el desenganche emocional como mecanismo de afrontamiento con sentimientos no elaborados: *“No volví a establecer una relación tan estrecha con ningún familiar de ningún paciente.” (R3ET)*

Afirmaciones como *“no tuve tiempo de llorar de pensar de hablarlo con alguien fue algo que nos devastó a todos y simplemente me fui a la ciudad donde vivían mis padres a pasar con ellos creo que no tuve el tiempo de expresar lo que sentí en ese momento. que hasta hoy lo tuve que recordar ahora creo que he tratado de mantenerlo en el pasado como una experiencia más.” (R4ET)* son emitidas por los residentes donde se manifiesta claramente que por la falta de tiempo para elaborar el duelo de lo sucedido prefieren dejarlo atrás.

Llama la atención que las estrategias basadas en la evitación se producen cuando la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación. *“Pero decidí alejarme para bloquear el dolor que producía en mí.” (R3ET)*

Identificando el distanciamiento que da un límite emocional para no traspasar la situación vivida dolorosa a su entorno personal, evitando el dolor y sufrimiento de presenciar la muerte de su paciente. *“Lo que hicimos fue hacer borrón y cuenta nueva y no hablar más del tema, hasta ahora es que lo vengo hablar después de años.” R4GF*

Este conflicto emocional que lleva a evitar sentimientos claros, enlentece el proceso de un afrontamiento saludable, *“El tema de la proyección de las emociones , eh, no sé cómo manejarlo, no sé cómo le voy a manejar o como lo voy a superar sin confundir emociones” . (R1GF).*

6.1.1.2 Aceptación/Resignación

Bajo esta categoría se encontró además la aceptación, admitir los límites de la existencia humana, en donde están incluidas la resignación y la normalización de la muerte. La aceptación del acompañamiento de la muerte tiene como finalidad aliviar los sufrimientos al final de la vida. Se observa que algunos de los estudiantes comprenden y aceptan la muerte como un proceso inminente y natural, como la recuperación de la enfermedad. Los estudiantes expresan este aprendizaje como :

“Pero digamos que tardé un tiempo en entender que había sido la evolución natural, que no hubiera podido hacer nada, pero ésta es la hora y todavía pienso mucho en esa familia, porque bueno obviamente hay cosas que uno no puede controlar como médico y eso lo aprendí ,pero en su momento fue muy duro.” (R4GF).

Algunos estudiantes consideran que el aprendizaje de los mecanismos de afrontamiento, o la tranquilidad hace parte de un proceso y un tiempo de aprendizaje experiencial. *“Siento que lo bueno de esta experiencia, fue saber que habíamos hecho todo lo posible para que estuviera tranquilo y sin dolor, y que a pesar de las pérdidas que podamos presentar en la vida, siempre habrá una razón detrás.” (R2DdR)*

En las expresiones a continuación se encuentran la aceptación y resignación en el discomfort que produce la muerte. Este caso se presentó en alguno de los participantes donde se observa la aceptación con resignación: *“también el autoconvencimiento es importante, la mayoría de mortalidades que he visto han sido relacionada a pacientes con muy mal pronóstico tanto funcional como neurológico” (R3ET)*

Además de aceptar el dolor propio como sentimiento genuino, pues al tener un contacto constante, crear lazos con el paciente y su familia, es inevitable experimentar dolor *“En ese momento no pude evitar que se me aguaran los ojos, pues en el poco tiempo que llevaba viendo al niño como paciente, siempre experimenté un vínculo diferente, ya que era un paciente tierno que demostraba cierto cariño hacia los que lo trataban.” (R3GF)*

6.1.1.3 . Frustración:

Ligado a estos mecanismos, se encuentra la frustración. Un sentimiento muy común en los participantes, la sensación de injusticia ante la experiencia de los niños que fallecen, existe frustración en varios sentidos, uno ante la dificultad de definir cuando limitar el esfuerzo terapéutico de los niños, compitiendo con la creencia de que el médico debe sanar, salvar y evitar la muerte. *“mi percepción era, o no era mi percepción, era esa incapacidad de yo decir quítenle esa vaina al niño, ya déjenlo morir...”* (R3GF).

Y también la frustración ante la impotencia de no poder ayudar más a los padres de los pacientes, o de preguntarse por qué les suceden esas situaciones a esas familias. *“La mamá no la tuvo en sus brazos y cuando la recibí, porque yo fui la que la recibí, porque él (el ginecólogo) la sacó y me la pasó y pues yo la vi respirando a pesar de que sabía que se iba a morir”* (R3GF).

También frustración ante las decisiones que les imponen sus profesores y con las que no están de acuerdo, o no pueden cuestionar y esto demora el proceso de afrontamiento adecuado: *“Sentí impotencia y rabia, ya que no tenía la autoridad suficiente para “obligar” a que le hicieran la endoscopia, sentí que fueron poco éticos al rechazarle ese procedimiento.”* (R3ET).

6.1.2 Búsqueda de Apoyo: (Reconociendo redes)

En el análisis encontramos que la afectación emocional de los estudiantes, además de conocer si se recurre a algún tipo de apoyo, ya sea con pares o docentes, su entorno familiar o a través de profesionales en salud mental como psiquiatría o psicología. La búsqueda de este apoyo resalta la necesidad que este estudiante identifica para poder aliviar o superar ese dolor o esa situación de forma adecuada , y refleja la capacidad que tiene para reconocer que necesita ayuda. Se identifica ésta necesidad por medio de expresiones como:

- *“Cuando me ocurren este tipo de situaciones siempre puedo contar con el apoyo de mi madre y mi novio, con quienes puedo llorar y me alientan a seguir”* (R2DdR).

Aquí podemos observar que a través de este mecanismo se busca el soporte en personas cercanas, familia o pareja , en una red de apoyo cimentada a partir de la confianza de poder expresar sentimientos y esperar un consejo en búsqueda de superar al dolor. Sin embargo en estas expresiones se observa la búsqueda del apoyo para la validación del sentimiento , más no la retroalimentación con herramientas para superar la situación vivida. Aunque sigue siendo importante para ellos, sentirse escuchados, verbalizar los sentimientos es más sencillo que llegar a conclusiones objetivas para lidiar con la subjetividad emocional.

- *“uno llega a casa y les cuenta a sus papás, al novio, a la amiga, se murió tal paciente, tal cosa, terrible, pero nunca había entendido que era importante hablar de cómo me sentí.”* (R4ET).
- *“pues yo le conté a mi esposo lloré con él y me dijo tranquila que tu vas a poder , tú puedes”* (R1GF)

Al igual que la familia, se indagó en la búsqueda del apoyo por parte de compañeros de estudio, encontrar aliviarse los sentimientos entre ellos, pero entre pares no es tan frecuente ese tipo de charlas, ya que en algunos casos relatan que no quieren expresar debilidad ante sus pares, no tienen la confianza, en otras ocasiones las actividades diarias no lo permiten y tampoco están creados los espacios propicios para reunirse y desahogarse. Los estudiantes manifiestan el apoyo por sus docentes o su equipo de trabajo en algunos casos, un apoyo tácito... *“Durante esto me sentí completamente apoyada por mi docente quien estuvo ahí en compañía de la madre apoyándola y conmigo pendiente de lo que yo pensara y resolviendo dudas.”* (R3GF).

Expresiones a continuación reflejan la importancia que tiene para ellos tener un equipo de trabajo con adecuadas relaciones: *“se sentó conmigo y me dijo, ven hablemos, y habló conmigo, es la única vez, habló conmigo y me dijo: esta perfecto que llores, llora todo lo que quieras , siéntelo, vívelo.”* (R1GF)

Los estudiantes ~~lo~~ expresan en frases, la importancia de ser escuchados, y verbalizar los sentimientos, es más sencillo llegar a conclusiones que lidiar con la subjetividad emocional, con esto buscan tolerar o minimizar toda situación que sobrepase sus capacidades, independientemente al nivel de formación en el que se encuentren:

- *Entonces, 100% que buscaré que en los momentos en donde me sienta triste o ansiosa frente a un caso particular que este viviendo sobre la muerte de un paciente, buscaré una persona que me entienda con la que pueda hablar, y que le pueda decir que me sentí de cierta forma porque uno ahí ya saca esos sentimientos y ya no se quedan contigo o escribirlo también sería positivo. (R1ET)*

Se observa que el recurso psicosocial que utilizan al expresarlo verbalmente con sus compañeros de equipo de trabajo es nuevamente, como con la familia, la expresión del sentimiento, en búsqueda del apoyo emocional. Sin embargo, se espera que al buscar un soporte encuentren no solo la amortiguación del sentimiento negativo y la disminución de la tensión, sino que también encuentren la herramienta positiva y adaptativa del manejo directo de lo que se está sintiendo a través de la orientación que otros puedan proveer, sirviéndoles esa recomendación personal como amortiguador sobre los efectos negativos del sentimiento.

En esta misma línea , algunos participantes reconocen la necesidad del entrenamiento o falta de apoyo psicológico, sienten la necesidad de buscar estas herramientas adecuadas y terapia emocional.

- *“porque en este caso pues pasó aquí (en el hospital) y tampoco yo sentí que la persona que estaba conmigo, a mi mando, me ayudara o sea que no estaba ahí, él me dijo como tranquila, no pasó nada , no, o sea nada, nada , resuélvelo.” (R1GF):*

Un llamado a la acción es implementar el acompañamiento por parte de salud mental, o entregar herramientas a los estudiantes, que permitan el fortalecimiento y el encontrar mecanismos positivos, dado que en los hallazgos la gran mayoría de los participantes mencionan la ausencia de esta herramienta en su proceso de formación. Siendo este un aspecto de gran importancia, pues intenta disminuir pensamientos negativos y de tristeza debido a su gran impacto en la salud emocional y su impacto en su desempeño profesional. Al situar estas emociones en un punto más objetivo se podrá sobrellevar mejor la experiencia del duelo, tener mejor aceptación y mayor conciencia de la emoción. *“Tenemos que aprender más sobre cuidado paliativo para poder tomar mejores decisiones ante este tipo de paciente y no llevar a un sufrimiento prolongado tanto para el paciente como para sus familiares.”* (R3DdR).

Hacen falta redes de apoyo en las instituciones para el momento inmediato del fallecimiento de un paciente *“También lo malo de la experiencia es que no tenía los conocimientos suficientes, ni el apoyo de un profesional especializado para determinar si estaba incurriendo en una distanasia con mi actuar médico.”* (R3DdR)

- R2ET: *“yo creo que esto debe ser obligatorio, me di cuenta ese día que nos pusimos hablar que me preguntaron de una experiencia que yo tenía en mi cabeza pero que en ningún momento sentí que había tenido un impacto tan fuerte en mí y ver mi reacción fue como “oiga” uno debería tener estos espacios a lo largo de su carrera para uno hablar y manifestar lo que ha sentido mientras se forma como médico.”* (R2ET)
- *“eso no se lo enseñan en la Universidad, o una materia en la que te digan vamos a enseñarte en cómo vas a afrontar la muerte eso es algo que uno va viviendo.”* (R3ET)

6.1.3 La Espiritualidad como Mecanismo

Manifiestan los residentes que como parte de sus mecanismos para afrontar tienen como fortaleza la espiritualidad, oración y religión. Acuden a estas estrategias para sentir alivio ante el

dolor, *“pues siempre somos como bien católicos muy pegados a Dios, pues esa parte también me ayudó mucho. “ (R2ET).*

El acompañamiento de la oración durante los últimos segundos de vida, *“entonces fui, la abrigué , me puse a orar por ella y una enfermera ~~y~~ me ayudó y oramos por ella y esperamos a que se muriera” (R3GF).*

Los distintos credos entre los estudiantes, le proporcionan al sufrimiento un significado y una orientación a la enfermedad, la vida y la muerte. La creencia religiosa o espiritual les provee a Dios como el dueño de las situaciones y promueve el modo de comprender la situación vivida, dándoles consuelo, resignación y paz.

“Y, pues como que todo el día no había pensado en eso, pero ya después cuando iba de camino para mi casa. Empecé también a reflexionar en lo afortunada que soy , agradecerle cómo a agradecer por todo lo que yo tengo. “ (R3GF)

En expresiones como *“ella me dijo que pidiera por el niño, agradeciera y permitiera que este hecho me llenara de enseñanzas lo cual hice y me dio más tranquilidad.” (R3GF)* se entiende la tranquilidad que les produce durante el proceso. Refieren volver a recurrir a esta herramienta *“Continuaré acudiendo a mi familia y a Dios cada vez que estas situaciones ocurran.” (R2DdR).*

7 Discusión

Este estudio pretendió identificar y describir las estrategias y los mecanismos de afrontamiento, que emplean los residentes de pediatría y de neonatología ante la muerte de sus pacientes. Se enmarcó en la Teoría Fundamentada Constructivista para responder la pregunta de investigación, por lo que se pueden descubrir varios ejemplos de cómo perciben los estudiantes la muerte y de qué manera sobrellevan estos sentimientos durante su desarrollo como profesionales.

Sin duda, la muerte de los pacientes produce ciertos sentimientos y perturbación sentimental de gran impacto en la salud mental de los estudiantes. En esta investigación se encontró que los estudiantes intentan regular estos sentimientos que les generan angustia con el uso de distintas herramientas. Se halló que las estrategias más utilizadas por los estudiantes son los mecanismos centrados en la emoción, identificando el estado de ánimo o disposición emocional que presenta el residente ante la situación de la muerte, se encontraron mecanismos como distanciamiento, frustración, aceptación de la situación sin el metabolismo del sentimiento, con esto se reveló el nivel de afectación que le generan estas situaciones.

Los estudiantes usan diversas estrategias al momento de enfrentarse a experiencias difíciles de la salud de sus pacientes y al evidenciar que no pueden cambiar las condiciones amenazantes de la situación, por lo que utilizan un conjunto de procesos cognitivos para reducir esta perturbación emocional y así creen estar reduciendo el malestar. Probablemente, esto se deba a lo que menciona Baqutayan ,S.M.,(2015), en su revisión *Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview*, donde se destaca que los individuos con un estilo de afrontamiento centrado en la emoción tienden a sentirse mejor ante una situación problemática sin cambiar el problema en sí o la percepción del mismo. Sin embargo el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción sirve para evitar enfrentarse realmente al problema, y se ha informado que muestra una asociación positiva con la depresión (Gass, K. A., & Chang, A. S.,1989).

Por otra parte, se encontraron mecanismos enfocados en situaciones en donde acudían a búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, en mecanismos de afrontamiento centrados en el problema, la familia(parejas o padres) desempeña un papel modulador, ya que este mecanismo buscan centrar la solución del conflicto, e intentan disminuir la sensación de

discomfort. Hablar con alguien resultó ser un método común como mecanismo de afrontamiento tras la muerte del paciente, lo que coincide con los resultados de Rhodes-Kropf et al. (2012). De la misma manera, nuestros resultados demostraron que verbalizar los sentimientos proporciona consuelo emocional. En el estudio de Trivate y Wilkinson se ilustra que la interacción entre la reflexión personal y la grupal apoya el aprendizaje para aplicar y equilibrar su relación con las experiencias de los pacientes (Trivate et al., 2019).

Después de experimentar la muerte de un paciente, los estudiantes valoraron las oportunidades de contar con docentes experimentados en esas situaciones, lo que coincide con otras publicaciones, como se muestra en el estudio de Jones & Finlay (2014), que sugiere que las discusiones formalizadas después de la muerte del paciente podrían mejorar las oportunidades para que los estudiantes hablen y compartan sus experiencias.

Dentro de los principales aspectos que se generaron en nuestro estudio, se pone de manifiesto, la importancia que toma la reflexión de los estudiantes sobre los diferentes aspectos profesionales, personales y emocionales relacionados con la muerte de un paciente. Así mismo, es importante que los estudiantes cuenten con apoyo tras la muerte de un paciente, para ello, es importante traer a colación el trabajo de Learning and coping through reflection: Exploring patient death experiences of medical students. (Trivate et al., 2019), con base en dicho trabajo, se logra evidenciar que existe una falta de herramientas y de espacios para que los estudiantes puedan desahogarse o contar con redes de apoyo para sortear este tipo de situaciones, lo anterior fue manifestado por todos los estudiantes.

También identificamos que gran parte de los estudiantes necesitaban recurrir a la espiritualidad (pudiendo o no surgir de la religión), en sus momentos estresantes acudieron a la oración en soledad y también con sus grupos de apoyo, ayudándoles a disminuir el dolor y a darle un sentido más trascendental a aquellas preguntas que no tienen respuesta, como las que se generan al enfrentar la muerte en niños, ayudándoles a conservar la esperanza y a entender que no hay control completo de las situaciones. La conexión con la espiritualidad en algunos estudios ha demostrado que disminuye el burnout y el estrés en estudiantes de medicina, y enfermería (Rezapour-Mirsaleh & Aghabagheri, 2020).

8. Fortalezas, limitaciones y futuras investigaciones

Se reconoce como fortaleza de la investigación que estudia un gran vacío identificado en educación, es un tema de alta relevancia por tratarse de la salud mental de los estudiantes, ya que no hay un conocimiento amplio de como metabolizan los estudiantes la muerte de sus pacientes.

El diseño metodológico dentro del cual se desarrolla la investigación, tiene su pilar en el riguroso proceso de recolección de información, el uso del muestreo teórico, estas actividades conllevan al análisis de los datos recolectados de forma comparativa constante y se realizaron memos reflexivos, con base en lo anteriormente expuesto, entendemos que la TFC sea la metodología adecuada para este estudio.

Los grupos focales hicieron parte fundamental del estudio, pues permitieron a los estudiantes tener la oportunidad de la reflexión, brindaron el espacio para sentirse a gusto con la investigación y reconocer la importancia de la misma. Los diarios de reflexión fueron una herramienta nueva para ellos, la cual, les permitió expresar sus sentimientos y hacer un análisis introspectivo más profundo acerca de las experiencias vividas y de su forma de afrontarlas, manifestaron que la elaboración de los diarios le dejó un gran aprendizaje . Las entrevistas fueron de gran acierto ya que enriquecieron la investigación y confirmaron los datos de la evidencia emergente.

El aprendizaje colaborativo estuvo plasmado en el member reflection, donde tuvimos la oportunidad de intercambiar ideas con los participantes y hacer una retroalimentación de sus experiencias durante el estudio.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos que sólo se estudió la población de residentes de pediatría, por lo que desconocemos si los mecanismos cambian ,o se identifican estrategias diferentes al enfrentar la muerte de pacientes de otro grupo poblacional en especialidades diferentes. Sin embargo, su criterio de transferabilidad lo favorece, ya que se puede aplicar a residentes de otras especialidades clínicas que tengan contacto con pacientes durante su proceso de muerte.

Se hace evidente que, al tratarse de un tema muy personal, algunos residentes podrían sentirse cohibidos al expresar sus sentimientos y pensamientos más íntimos, para minimizar esta situación, el grupo focal fue liderado por psicología, igualmente, otra limitación que se presentó en este estudio, fue la poca disponibilidad de los estudiantes debido a las múltiples ocupaciones asistenciales y académicas que deben cumplir.

Para las futuras investigaciones, vemos la oportunidad de explorar la influencia de cada una de las estrategias actuales sobre sus mecanismos de afrontamiento para la expresión de las vivencias en situaciones de muerte y momentos difíciles relacionadas con la práctica asistencial, además de buscar relaciones entre los tipos de afrontamiento y el riesgo de depresión y burnout, y cómo influye la exposición a las experiencias de muerte en su desempeño asistencial y académico.

Además, proponer la creación de grupos de retroalimentación y de apoyo como espacios para la intervención de crisis inmediata, que sean centros de ayuda y también aporten material para futuras investigaciones acerca de la salud mental del personal de salud.

8 Implicaciones para la práctica

A partir de las experiencias relatadas por los estudiantes, se resalta la frecuencia con la que los estudiantes están expuestos y enfrentados a momentos difíciles de sus pacientes los cuáles tienen un impacto en la salud mental. Sin embargo, no hay un entrenamiento en herramientas para adquirir habilidades para afrontar estas situaciones de manera adecuada.

Por lo tanto, se aprecia la oportunidad de crear programas de educación emocional, que se pueden implementar desde el pregrado, en donde se busque repensar el estudiante como un ser integral y donde su realidad sea transformada en procesos de reflexión que puedan adaptar al momento de la práctica.

Por otro lado, lograr una mayor interacción entre los actores que se encuentran viviendo las situaciones difíciles, para que se logre de manera casi inmediata al evento un momento de reflexión y acompañamiento, con asistencia de los programas de salud mental por medio de grupos debriefing o Ballint. Tal como se describe en el trabajo de Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006), donde describen el uso de la respuesta al estrés en las evaluaciones clínicas tras una situación catastrófica, evaluando la respuesta humana al estrés y los mecanismos de afrontamiento utilizados tras una catástrofe u otra situación de crisis. La comprensión del complejo proceso de la respuesta al estrés humano permite al clínico apreciar la naturaleza del estrés y sus efectos fisiológicos y psicológicos además, de verlo de forma más holística como una interacción de la mente y el cuerpo.

Después de estar enfrentados a la muerte, las estrategias de afrontamiento, las habilidades y los repertorios utilizados para disminuir la angustia brindan herramientas para la evaluación e intervención clínica posterior, así como al diseño de programas de prevención e intervención en crisis para los compañeros del equipo de trabajo.

Al combinar un conocimiento profundo de la investigación y las teorías con el conocimiento práctico sobre los estudiantes, los profesionales de la salud mental pueden crear y movilizar eficazmente programas que apoyen al personal asistencial en la adversidad. Al centrarse en los resultados y en cómo hacer que los individuos pasen de los estados negativos de angustia a

los estados ingeniosos de afrontamiento, los estudiantes pueden establecer modelos de apoyo a su equipo y a las familias de los pacientes. Estar enfrentados a la muerte es inevitable, pero aprender a disminuir sus efectos negativos tendrá implicaciones de gran alcance para un futuro colectivo del personal de salud más sano, más fuerte y más productivo.

9 Conclusiones

Son amplias las estrategias que utilizan en la práctica diaria los estudiantes para afrontar la muerte de sus pacientes. Toma valor conocer cuáles son los mecanismos de afrontamiento que han utilizado los estudiantes ante la muerte de sus pacientes.

Adicionalmente, después de experimentar la muerte de un paciente, los estudiantes valoraron la oportunidad de contar con docentes más experimentados, con quienes pudieron seguir protocolos de fin de vida y ver la forma como afrontaron las experiencias de muerte de sus pacientes y cómo se relacionaban con los padres de los pacientes.

La ausencia de programas de apoyo emocional a los residentes , fue un tema que se mencionó en todos los grupos focales, diarios de reflexión y entrevistas ,no existen redes que puedan rodear a los estudiantes en estos casos, ni tampoco claridad de cómo se debe orientar a los residentes. Los estudiantes realmente desean más apoyo en esos momentos críticos del que parecen recibir. Se debe prestar más atención a la necesidad de reconocer y apoyar esas emociones y a proporcionar a los estudiantes estrategias para tratar con las familias de los pacientes fallecidos o en protocolo de fin de vida.

Se aprecia también la necesidad y oportunidad de crear programas de educación emocional, que se pueden implementar desde el pregrado. Estos programas también deberían incluir a los docentes y personal asistencial relacionado con la atención , para incitarlos a crear y fortalecer mecanismos de afrontamiento positivos para sortear situaciones de muerte de pacientes y experiencias difíciles en la práctica diaria. Adicionalmente, pueden ayudar a generar las redes de apoyo que tanto hacen falta, y generar ambientes más seguros para que los residentes puedan expresar sus sentimientos.

10 Bibliografía

1. Black, D., Hardoff, D., & Nelki, J. (1989). Educating medical students about death and dying. *Archives of Disease in Childhood*, 64(5), 750–753. <https://doi.org/10.1136/adc.64.5.750>
2. Burns, J. P., Mitchell, C., Griffith, J. L., & Truog, R. D. (2001). *End-of-life care in the pediatric intensive care unit: Attitudes and practices of pediatric critical care physicians and nurses*.
3. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 56, Issue 2).
4. Charmaz, K. *Constructing Grounded Theory*. 2da. London: SAGE, (2014).
5. Comité de ética para la investigación científica, Facultad de Salud UIS. (2019). "Guía para la elaboración de las consideraciones éticas en la investigación con seres humanos/no humanos"
<https://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/Ciul/documentos/COMITE/ModConsEticas.pdf>.
6. De Almería España Castaño, U., Felipe, E., & del Barco, L. (2010). International Journal of Psychology and Psychological Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245–257. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
7. Figueredo, Natalie.(2017) "La investigación cualitativa en Ciencias de la Salud: contribuciones desde la Etnografía." <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6nspe/2393-6606-ech-6-spe-00014.pdf>.
8. French-O'Carroll, R., Feeley, T., Crowe, S., & Doherty, E. M. (2019). Grief reactions and coping strategies of trainee doctors working in paediatric intensive care. *British Journal of Anaesthesia*, 123(1), 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.01.034>
9. Gass, K. A., & Chang, A. S. (1989). Appraisals of bereavement, coping, resources, and psychosocial health dysfunction in widows and widowers. *Nursing Research*.

10. Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403-407.
11. Sahler, O. J. Z., Frager, G., Levetown, M., Cohn, F. G., & Lipson, M. A. (2000). Medical education about end-of-life care in the pediatric setting: principles, challenges, and opportunities. *Pediatrics*, 105(3), 575-584
12. *Unique aspects of death in the pediatric setting. Epidemiology of Death in Childhood.*
<http://pediatrics.aappublications.org/>
13. Jones, R., & Finlay, F. (2014). Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1060), 69–74. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131474>
14. Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595–621. <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2>
15. Torres-Tovar, M., Corcho, C., (2019). Burnout y suicidios, consecuencias del acoso a profesionales de la salud. *Periódico UNAL. Edición Septiembre (Universidad Nacional de Colombia)*.
16. Motoa-Solarte, M. C., & Velásquez-Lasprilla, M. L. (2020). Depresión y suicidio. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(3), 341–343. <https://doi.org/10.30944/20117582.779>.
17. Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006). Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: Assessments of coping strategies after disasters. *Brief treatment and crisis intervention*, 6(4), 337-348.
18. *Much of current theory and research on coping stems from a transactional model.* (2021).
19. Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2022). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 1-11.
20. Palacios Rodríguez, O. A. (2021). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios sociales*, (22), 47-70.
21. Pessagno, R., Foote, C. E., & Aponte, R. (2014). Dealing with death: medical students' experiences with patient loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 68(3), 207-228.

22. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Physician grief with patient death. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(4), 22-26.
23. Ratanawongsa, N., Teherani, A., & Hauer, K. E. (2005). Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Academic Medicine*, 80(7), 641-647.
21. Rezapour-Mirsaleh, Y., & Aghabagheri, M. (2020). The relationship between personality dimensions, spirituality, coping strategies and clinical clerkship satisfaction among intern nursing students: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00469-z>
22. Baqutayan, S. M. (2015). Stress and coping mechanisms: A historical overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2S1), 479-488. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
23. Sánchez-Sánchez, L. M., López-Córdova, E. D., & Siller-Gómez, P. (2018). Actitud del personal médico de un servicio de pediatría ante la muerte de los pacientes. *Gaceta Médica de México*, 154(2), 152-160. <https://doi.org/10.24875/GMM.18002358>
24. Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685-695. <https://doi.org/10.1080/01421590903050374>
25. Sepúlveda-Vildósola, A. C., Romero-Guerra, A. L., & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 347-354.
26. Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
27. Streubert, H, y D Carpenter. *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Company, 1995.
28. Sullivan, A. M., Lakoma, M. D., & Block, S. D. (2003). The status of medical education in end-of-life care. *Journal of general internal medicine*, 18(9), 685-695.
29. Kaufman, D. M. (2018). Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. *Understanding medical education: evidence, theory, and practice*, 37-69 *Teaching and* <https://doi.org/10.1002/9781119373780.ch4>

30. Trivate, T., Dennis, A. A., Sholl, S., & Wilkinson, T. (2019). Learning and coping through reflection: Exploring patient death experiences of medical students. *BMC Medical Education, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1871-9>
31. Uygur, J., Stuart, E., de Paor, M., Wallace, E., Duffy, S., O'Shea, M., Smith, S., & Pawlikowska, T. (2019). A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop reflection in medical students: BEME Guide No. 51. In *Medical Teacher* (Vol. 41, Issue 1, pp. 3–16). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1505037>
32. Vargas-Terrez, B. E., Moheno-Klee, V., Cortés-Sotres, J. F., & Heinze-Martin, G. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación En Educación Médica, 4*(16), 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.08.001>.
33. Valverde, C. V., López, M. C., & Ring, J. M. (2003). *Estrategias de afrontamiento. Medicina Clínica en Psiquiatría y Psicología*.
34. Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo Luis, C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería, 19*(4), 283-288.

