



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" AFECTOS ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE
INFANTIL EN MEDICOS ESTUDIANTES DE
PEDIATRIA "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
VERONICA ESPINOSA BRAVO

ASESOR Y DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, CD, UNIVERSITARIA

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres por que gracias a ellos tengo la mejor de las herencias: Mi profesión. Gracias por toda su ayuda, confianza y por que sé que siempre están conmigo. Los amo.

A mi hermana Ale por la ayuda y fortaleza que me has brindado, pero sobre todo por darme - esas dos pequeñas que son mi razón de existir. Las adoro mis "niñas". Karen y Arely.

A ti Ed por el orgullo que siento al tener un hermano como tu y hacerme tan feliz. Tu bien sabes cuánto te quiero.

A mi abuelo por que siempre vivirás en mi recuerdo y se que estarías feliz y festejaríamos juntos.

A mis amigos por que siempre han estado cerca de mí con su apoyo y muchos de ellos con su colaboración en el desarrollo de mi tesis. Gracias por ser como son y ser parte de mí. Dora, Clau, Hilda, Guille, Cris, Gabi, Manuel Enrique, Carlos, Alex, Guillermo y mi querido Rafa.

A ti que siempre creíste en mí.

GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

Con mi más profundo y sincero agradecimiento pero sobre todo con mucho cariño al Dr. José de Jesús González Núñez; por ser mi director de tesis, mi maestro, mi apoyo y mi guía para continuar en el camino del desarrollo profesional.

Gracias Leticia Escamilla por tu desinteresada contribución y ayuda en la realización de este trabajo.

Al Instituto Nacional de Pediatría por permitirme realizar mi investigación y sobre todo a los médicos que tan amablemente participaron en la elaboración de la misma. Muchas Gracias.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I VIDA AFECTIVA

1.1	Perspectiva general del desarrollo de la afectividad ...	1
1.2	Emoción	3
1.3	Sentimiento.....	5
1.4	Clasificación de los sentimientos.....	6
1.5	Pasión.....	9
1.6	Estados de ánimo.....	9
1.7	Afecto.....	9
1.8	Dimensiones afectivas.....	11
1.9	Psicopatología de los afectos.....	14
1.10	La perdida afectiva.....	19

CAPITULO II ACTITUD ANTE LA MUERTE

2.1	Concepto de muerte.....	24
2.2	Sigmund Freud y el concepto de muerte.....	29
2.3	Vivencia de muerte.....	34
2.4	Trayectorias del morir.....	38
2.5	Actitud ante la muerte en diversas etapas de la vida...	41
2.6	Enfrentamiento con la muerte.....	47

CAPITULO III ANTECEDENTES DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

3.1	La relación médico-paciente.....	53
3.2	Investigaciones anteriores.....	59

CAPITULO IV METODO

4.1	Justificación.....	63
4.2	Diseño de la investigación.....	64
4.3	Objetivo.....	64
4.4	Hipótesis.....	64
4.5	Variables.....	65
4.6	Definiciones conceptuales.....	65
4.7	Definiciones operacionales.....	66
4.8	Muestra.....	66

4.9 Instrumentos..... 67
4.10 Procedimiento..... 70

CAPITULO V RESULTADOS

5.1 Estudio piloto..... 71
5.2 Instrumento final..... 79
5.3 Análisis de Varianza..... 85
5.4 Resultados de los perfiles..... 93

CAPITULO VI DISCUSION DE RESULTADOS.....103

CAPITULO VII CONCLUSIONES, LIMITACIONES y SUGERENCIAS.....108

BIBLIOGRAFIA..... 114

APENDICES..... 118

GLOSARIO.....121

RESUMEN

Esta investigación se abocó al estudio de los afectos que siente el médico Pediatra, cuando mueren sus pacientes. El objetivo fue conocer el perfil de afectos que predominaba. Se compararon los grupos de médicos de los años en curso (RI, RII, RIII), además de evaluar el factor Neuroticidad y Sinceridad. La muestra fue de tipo accidental, con un total de 40 sujetos de ambos sexos, con edades entre los 25 y 35 años. Los instrumentos utilizados fueron: 1) Cuestionario de Afectos ante la Muerte, y 2) Cuestionario SN 59 de Cerdá. El escenario fue en los distintos servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Pediatría. Se realizó el análisis estadístico para la validación y confiabilidad del instrumento (Cuestionario de afectos ante la Muerte). Se hizo un análisis de varianza para comparar los grupos, en donde no se encontraron diferencias. Finalmente se elaboraron los perfiles y se redactaron las conclusiones.

INTRODUCCION

El temor a la muerte es universal y perfectamente natural, - es frecuente que se presenten sentimientos de impotencia frente - a los que mueren y que se expresen en diversas formas dependiendo de la personalidad de cada individuo.

Si bien es cierto que la muerte es segura e irrevocable; en tonces, ¿Por qué nadie nos prepara para morir y ver morir?, Esta pregunta me la hice hace mucho tiempo y es la que me ha motivado para incursionar en el controvertido y evasivo tema de la muerte.

Al realizar mi servicio social en el Instituto Nacional de - Pediatría, decidí enlazar mi tema de interés "La muerte" y los - Médicos; específicamente médicos residentes de Pediatría, por -- ser los que están más en contacto con la muerte de sus pacientes.

La muerte de un niño es de las que menos se acepta a nivel - general. En la familia produce un caos total que la desorganiza - psicológicamente. Uno de los objetivos del Pediatra más que de -- cualquier otra especialidad, es promover el crecimiento y desarro - llo normales, la niñez como etapa formativa de la vida cobra ma-- yor importancia.

En un Instituto de tercer nivel como el mencionado anterior- mente, la lucha en contra de la muerte y el trabajo en las alter- nativas de tratamiento a través del avance en el desarrollo de la biotecnología se dan a diario.

La relación que el Pediatra tiene con sus pacientes es en un nivel cognoscitivo, para poder ser objetiva y empática para poder brindar una atención afectiva. Sin embargo, el contacto que tiene con los niños, sus pacientes es necesariamente una relación huma- na.

La objetividad y la toma de distancia para no involucrarse emocionalmente con los pacientes puede desequilibrarse en un acto tan emotivo, como lo es, la muerte, en donde se operativizó todo el esfuerzo científico sin que diera resultado.

Ante esto me pregunté ¿Que siente el médico Pediatra -- cuando mueren sus pacientes?, ¿Cuales son los afectos que predominan?, ¿Se ven afectados por estos acontecimientos?.

Para contestar a mis preguntas, decidí tomar como población estudio a los médicos residentes que actualmente se encuentran en el Instituto Nacional de Pediatría.

Esta investigación pretende conocer el perfil de afectos que predomina en el médico residente, cuando mueren sus pacientes y saber si existen diferencias en los tres años de residencia. Esto a través de una investigación expost facto y de forma descriptiva puesto que los hechos sucedieron antes de que se llevará a cabo la misma.

Se empleo el "Cuestionario de Afectos ante la muerte" para conocer el perfil de los mismos. Este instrumento fue construido para esta investigación. El cual fue sometido a un estudio piloto para comprobar la confiabilidad y validez del mismo, mediante la prueba de Alpha de Cronbach y un análisis factorial. Así mismo, el cuestionario SN 59 de Cerdá para diagnosticar neurosis y evaluar el factor sinceridad. Se realizó la aplicación, se hizo el levantamiento de datos, se empleo la prueba de Alpha de Cronbach y el análisis de varianza para comparar los grupos de médicos. Y finalmente realizar el perfil de afectos ante la muerte.

Siempre con la firme idea de indagar en un tema evadido por nosotros pero ineluctable en nuestro existir.

CAPITULO I

"VIDA AFECTIVA"

CAPITULO I

"VIDA AFECTIVA"

"El sentimiento está en el origen de todo.
El hombre empieza a crearse una hipótesis
que no es más que la expresión de un sen-
timiento, puesto que razona sobre él."

Claude Bernard.

"El sentir es lo que nos diferencia de
otras especies y lo que nos complica
nuestra existencia."

Verónica Espinosa Bravo.

1.1 PERSPECTIVA GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AFECTIVIDAD

Desde que nace, el niño se convierte en un ser social; llega al mundo con varios sistemas fisiológicos que le ayudan a sobrevivir, pero que no le permiten ser independiente, ya que necesita de otras personas; es decir, en esa interacción desarrolla sus capacidades psicológicas superiores que le permiten adaptarse a un mundo físico y social.

El niño se halla desde un principio inmerso en una sociedad; sin lo demás no tiene posibilidad alguna de existir. Se convierte en un ser social al integrarse a un grupo organizado que comparte un mismo estilo de vida. De este grupo, el niño asimilará no sólo hábitos y costumbres, sino además un sistema lingüístico actitudes, formas de adaptarse al medio y transformarlo; así como, la información acumulada de la historia social de la humanidad.

La acumulación de este tipo de experiencias, propiciadas por la vida en común y la asistencia de los adultos, posibilita en el hombre el desarrollo de su potencial afectivo, cognoscitivo y social. (Quiróz, 1989).

El desarrollo de este potencial específicamente humano sólo puede surgir del contacto social que emerge, no sólo en un proceso formal de enseñanza, sino de la relación interpersonal.

Llegar a ser una persona socialmente competente es, en muchos aspectos, un proceso que dura toda la vida pero es en los primeros años de la infancia cuando tienen lugar los desarrollos más cruciales; cobran gran importancia el cuidado y atención que los padres o los sustitutos brinden al niño.

Bowlby 1969, en su "Teoría del Apego", se dirige por igual al niño y a la madre, concibiendo a ambos como una unidad que se ha desarrollado conjuntamente y en la que ambos se ha--

llan en una relación recíproca continua a lo largo de todas las etapas del desarrollo del niño.

Hinde 1982 , dice que es útil distinguir entre el sistema de apego que designa una organización interna al individuo, y el apego, que sirve como designación de un lazo afectivo y se refiere, por tanto, a una relación entre individuos; sin embargo, basta señalar que el hincapié de Bowlby en la adaptación mutua de la madre y del hijo ha puesto de relieve la necesidad de examinar el desarrollo social en términos de lo que pasa entre las personas, y no simplemente considerados como unidades aisladas.

Los apegos son relaciones, y las relaciones son lazos duraderos que surgen de episodios interactivos específicos. La relación es, pues, la historia de interacciones diarias, hasta que llegan a centrarse.

Así mismo, la influencia social especialmente la familiar va conformando el concepto de sí mismo, aspecto fundamental de la expresión de la afectividad.

Piaget señala que el móvil de toda conducta inteligente y por tanto humana radica en la afectividad.

Para Wallon y Merani, la vida afectiva, se identifica con la acción sobre el mundo exterior, con el pasaje del estímulo al conocimiento, permite la transición del animal al hombre y es la primera acción de significación social para la especie humana. (Papalia, 1985).

La afectividad se exterioriza a través de la emoción, su manifestación está regulada por todo un sistema de centros cerebrales y de procesos nerviosos que se revelan como reacciones orgánicas a estímulos agradables y desagradables y pertenece a los circuitos sensitivomotores de la vida afectiva de la relación. (Quiroz, 1989).

Cuando se habla de afectividad, de afectos, emociones o sentimientos, tal parece que todos sabemos a que se refieren, pero cuando tratamos de definirlos nos encontramos con ciertas dificultades.

Esto ha sucedido con varios autores desde hace muchos años, entre el arte, la filosofía y la biología se han dado matices y orientaciones diferentes. No existe un consenso acerca de lo que es la afectividad; son varias las orientaciones que manejan distintos conceptos ni siquiera los diccionarios pueden dar una definición precisa.

Vamos a partir de un concepto de afectividad, donde se intercrustan los sentimientos, emociones y pasiones que corresponden al tema de los afectos.

González Núñez (1990), refiere que la afectividad, desde el punto de vista de la psicología y la psiquiatría general, abarca todos aquellos estados de ánimo y todas las reacciones que tienen su origen en el impulso instintual.

Es conveniente dar un panorama más amplio de lo que significan los diversos estados afectivos; a continuación se presentan:

1.2 EMOCION

Según el diccionario de Murray (1898), la palabra emoción se deriva del latín "e" (fuera) y "movere" (mover). Originalmente la palabra significó salir de un lugar a otro en el sentido de migración. La palabra pasó luego a significar mover, revolver o agitar en un sentido estrictamente físico. Este significado se transfirió poco a poco a las agitaciones políticas y sociales; la palabra llegó a significar tumulto, disturbio popular.

Finalmente, la palabra se llegó a utilizar para designar cualquier estado mental agitado, vehemente o excitado del individuo. (Young, 1979).

La palabra moderna emoción se utiliza algunas veces en el sentido Aristotélico para incluir la gama de procesos afectivos, y algunas veces en sentido más restringido, para designar procesos afectivos intensos, destructivos, desorganizados y violentos.

La emoción es (Wurkir, 1967) una experiencia o un estado psíquico, acompañado de sentimiento; actividad inspirada por las situaciones sociales, predisposiciones sensorio-motrices innatas.

Las emociones (Merani, 1978) se producen como resultado del intercambio entre los objetos y las personas y varían de acuerdo a las diferentes situaciones, actitudes y disposiciones de cada individuo provocando determinados tipos de comportamiento.

Las emociones surgen tempestuosamente, de un modo brusco e intenso, tan intenso que puede considerarse como perturbación transitoria.

Al tiempo que en nuestro organismo tiene lugar una verdadera tempestad visceral; fuertes palpitations cardiacas, taquicardia, sudoración, temblor generalizado, despeño diarreico, etc. La voluntad y la razón no pueden ejercer un freno de la expresión emocional como ocurre en el sentimiento.

De ahí que, frente a la acción reguladora del sentimiento, la emoción sea todo lo contrario; (Gutiérrez, 1974), una desorganización y una dificultad o imposibilidad para la regulación de nuestra conducta.

En 1957 Pierón, dice que la "Emoción es una reacción afectiva de intensidad grande, dependiente de los centros diencefálicos y que engloba normalmente unas manifestaciones de orden vegetativo. Las emociones fundamentales, fuera de las emociones de Shock, comprenden la alegría y la pena (dolor), el miedo y la ira el amor y el disgusto".

Otra definición de emoción es la de Young (1979) dice que son procesos y estados afectivos complejos que tienen su origen en las situaciones que una persona afronta en la vida. Se manifiestan en sentimientos subjetivos: tristeza, alegría, temor. - Las emociones pueden ser causadas por estimulaciones dolorosas, frustraciones, conflictos o por la desaparición de la tensión.

González Núñez (1990) dice que la emoción puede conceptualizarse como un estado en el que existe un estado de ánimo brusco, más o menos súbito y pasajero.

1.3 SENTIMIENTO

Jasper 1955, dice que llamamos sentimiento a todo aquello que no sabemos denominar de otro modo; sentimiento será todo aquello que no es instinto, que no es sensación, que no es pensamiento, etc. Sin embargo, la afectividad esta montada sobre los instintos y en el hombre muchas veces no sabemos distinguir lo que es, de lo que no es, un sentimiento. Pero frente al instinto el sentimiento es más diferenciado en la vida instintiva, el que introduce la diferenciación y favorece la elección.

Por otra parte, (Young, 1979) el instinto se nutre del objeto buscado y sólo encuentra satisfacción en la consecución de ese objeto, el sentimiento, por el contrario, se nutre a sí mismo, por eso se puede amar a una persona no estando esta presente y aún después de haber muerto.

El sentimiento se caracteriza por su lento fluir y su prolongación, (Gutiérrez, 1974) el sentimiento nos invade suavemente y se prolonga durante mucho tiempo. Por otra parte, el sentimiento tiene una finalidad: regular nuestra adaptación al mundo

a la convivencia sólo porque sentimos, sin que nuestros sentimientos nos obcequen, como capaces no sólo de comprender a los demás, sino de adaptarnos a cada situación. La voluntad puede influir en la expresión de sentimiento, refrenándola y modificándola.

Por su parte Young (1979), define los sentimientos afectivos basados en experiencias pasadas: el recuerdo de lugares, situaciones, personas, etc. Las sensaciones sentimentales las provocan las palabras, los aromas, las fotografías y otras claves sensoriales que reviven sentimientos latentes.

El sentimiento es el estado de ánimo más elaborado en la conciencia (González Núñez, 1990) pues, mediante el aporte del juicio y del razonamiento, adquiere una cierta estabilidad y especificidad individual. El grado de conciencia, pues, mediante el aporte del juicio y del razonamiento, adquiere una cierta estabilidad y especificidad individual. El grado de pureza de los sentimientos depende de la subjetividad y de la capacidad comprensiva de cada intelecto, y a la propia tonalidad depende de las propias inclinaciones naturales subjetivas de la personalidad.

1.4 CLASIFICACION DE LOS SENTIMIENTOS

Existen algunas clasificaciones en relación a los sentimientos, En 1972 Max Sheler, hace una clasificación cualitativa de los sentimientos, según su origen, que es el estrato medio del hombre, lo que llamamos alma. Los sentimientos se clasificarían:

ESPIRITU

ALMA

- SENTIMIENTOS ESPIRITUALES
- SENTIMIENTOS ANIMICOS O DEL YO
- SENTIMIENTOS VITALES
- SENTIMIENTOS SENSORIALES

CUERPO

SENTIMIENTOS SENSORIALES

Se trata de sentimientos que participan en parte de la sensación o, más exactamente, se trata de sentimientos que van acompañados de un fenómeno sensorial. Estos sentimientos son más recortados en el tiempo.

SENTIMIENTOS VITALES

Los sentimientos vitales surgen "de dentro" de nuestro organismo, sin motivo alguno exterior que los desencadene; se originan en nuestra vitalidad.

Los sentimientos vitales anuncian algo; una modificación de los demás; no son motivados por nada exterior, sino emanados desde dentro, desde la vitalidad.

SENTIMIENTOS ANIMICOS DEL YO

Se trata ahora sí, de sentimientos experimentados ante algo motivados, como reacción a un acontecimiento, (una noticia, un triunfo, un fracaso, la muerte de una persona, etc.). No emanan de la vitalidad, ni tienen aquel carácter invasor de los -- sentimientos vitales.

Los sentimientos del Yo no es que procedan de él; sino que lo afectan fundamentalmente a él.

SENTIMIENTOS ESPIRITUALES

Este tipo de sentimientos se refieren a aquellos que ya no son estados del Yo, sino sentimientos superiores que bañan la - totalidad de la vida psíquica; serían algunos ejemplos: el sentimiento estético, el sentimiento de dicha, etc.

Existen algunas conjeturas en relación a esté tipo de sentimientos, ya que en clínica psiquiátrica, lo único que interesa es saber si la tristeza o angustia que padece el enfermo son motivados (sentimientos del Yo) o son no motivados (sentimientos vitales). En psicología algunos autores dicen que no tiene sentido hacer distinción entre sentimientos del Yo y sentimientos espirituales.

El reaccionar ante ciertas circunstancias conlleva a desplegar distintos sentimientos en innumerables ocasiones, claro está que muchos de estos sentimientos están regulados tanto -- por el carácter emocional, como por la personalidad emocional.

Si reaccionamos con sentimientos o acontecimientos semejantes, llegamos a habituarnos a estos tipos de reacción; (Agnes, 1989), o si nuestros tipos de reacción sentimental en general han adquirido una forma rígida generalizada, típica, en otras palabras, si tiene sentido la predicción en relación a nuestro comportamiento emocional, entonces estamos ante sentimientos de carácter o personalidad.

1.5 PASION

La pasión es un estado de ánimo que a su vez posee varias -- conceptualizaciones; (González Núñez, 1990) se le visualiza como perturbación o afecto desordenado; o bien, como la inclinación -- fuerte de una persona hacia otra; también se le percibe como de-- seño vehemente, y finalmente como el objeto del deseo. La pasión - es, pues, un estado de ánimo intenso con afluencia del intelecto-- de gran persistencia y que en ocasiones puede tornarse permanente. Las pasiones poseen una gran impregnación sentimental, lo cual -- condiciona intensamente la vida del individuo.

1.6 ESTADOS DE ANIMO

González Núñez 1990, ha denominado estados de ánimo a los afectos que son típicamente menos intensos, menos perturbadores y-- de duración más prolongada que las emociones. Un estado de ánimo-- puede convertirse en emoción, o bien una emoción puede suavizarse hasta convertirse en un estado de ánimo, aunque no siempre se pue-- de establecer una línea divisoria entre las emociones y los esta-- dos afectivos crónicos y persistentes, y los arranques emociona-- les son agudos perturbadores.

1.7 AFECTO

La palabra afecto la vemos con mucha frecuencia en un contex-- to que trata de emociones y sentimientos; e incluso en diversas - situaciones se manejan como sinónimos, sobre todo en relación a - los sentimientos. Sin embargo, debemos tener en cuenta que en psi-- quiatría el término también se usa para designar los estados pato-- lógicos muy intensos.

En esta ocasión se emplea la palabra afecto para "Designar - la capacidad que tiene todo ser humano de manifestar sus senti--

mientos y emociones en tanto modo de funcionamiento biológico, cognoscitivo y social."

Todos los afectos poseen un concomitante fisiológico, esto es, existe una especie de perturbación orgánica que se despierta en todo el organismo, desde los receptores, músculos, glándulas, sistema nervioso y química sanguínea. (Haller, 1992).

El hombre percibe su vida íntima; su vida emocional, a través de las expresiones que ascienden o descienden de su propio cuerpo. Por las modificaciones que sufre su propia imagen corporal, no siempre se establece una relación directa de causa y efectos entre la situación cenestésica y su captación. (González Núñez, 1990). Es decir todos tenemos cierta reacción corporal o visceral de nuestro organismo al atravesar por diversos estados de ánimo o sentimientos, no es de sorprenderse que muchas veces se presente taquicardia, sudoración, movimientos peristálticos, entre otros, ante situaciones que describimos como agradables y desagradables.

Existen emociones finas sin modificación corporal evidente pero si producen reacciones corporales. Este proceso inconsciente es la causa de muchas enfermedades psicosomáticas cuyo origen es un estado afectivo crónico desagradable, penoso o doloroso. (González Núñez, 1990).

Hay quien sostiene que existen afectos heredados: el miedo la ira y el amor (Watson, 1965); no obstante, por lo general se parte de que los afectos son fundamentalmente aprendidos, se combinan y se sienten emocional y cognoscitivamente nuevos afectos durante la vida.

Los afectos son procesos, no sucesos. Son procesos conscientes, preconscientes e inconscientes, que se perciben en el Yo, se sienten en el Yo y se recuerdan en el Yo. Y son procesos que obedecen a un plan epigenético, o sea se halla aunados al desarrollo psicológico en general. (González Núñez, 1990).

1.8 DIMENSIONES AFECTIVAS

La perturbación emocional es parte de la vida. Pero vemos que tales perturbaciones pueden ser saludables. Con frecuencia conducen a una organización e integración de nuestra conducta.

La desorganización emocional en realidad da origen a la formación de motivos y actitudes; así como, al desarrollo de rasgos de personalidad.

Existen algunas dimensiones hipotéticas según las cuales varían las emociones, como son:

a) LA DIMENSION ACTIVIDAD

Lindsley 1951, concibió la emoción como un estado de elevada excitación del organismo. Formuló una teoría fisiológica sobre la emoción y motivación excitadas.

En esta teoría Lindsley representó los diferentes niveles de actividad en un continuo lineal; este continuo de niveles de activación corresponde muy de cerca al continuo de actividad en la esfera del comportamiento. Existen estados de profunda excitación y estados de calma y tranquilidad. La norma no emocional probablemente se encuentra en algún punto cerca del centro de este continuo. El continuo que demuestra los niveles de activación es el siguiente:

-ACTIVIDAD MAXIMA POSIBLE

-EMOCION EXCITANTE

-ATENCIÓN ALERTA

-VIGILIA RELAJADA

-SOMNOLENCIA

- SUEÑO LIGERO
- SUEÑO PROFUNDO
- COMA
- MUERTE

Al estudiar las emociones normales, lo que nos interesa es el conocimiento y comportamiento conscientes, más que los niveles interiores de actividad inconsciente.

b) LA DIMENSION PLACER

Con referencia al continuo lineal de activación se pueden ver las limitaciones evidentes, ya que no distingue las formas específicas de la excitación emocional. No toma en cuenta los estados emocionales deprimentes de tristeza, aflicción y desaliento. Tampoco distingue entre los estados afectivos positivos (de agrado) y negativos (de desagrado).

Por esta razón tiene que añadirse una segunda dimensión de brote emocional: la dimensión hedonística. El continuo hedonista se extiende desde la aflicción máxima en el polo negativo hasta el placer máximo en el polo positivo, pasando por una extensa gama de experiencias indiferentes. Los brotes afectivos, negativos y positivos son efectos de muchas condiciones diversas.

el continuo hedonista muestra una gama muy amplia de brotes indiferentes entre los polos positivo y negativo. Esta gama representa experiencias y reacciones que son sólo ligeramente positivas o por el nivel de actividad y excitación que se siente y se demuestra en la conducta.

c) LA DIMENSION INTEGRACION

Esta dimensión supone un completo control mental del comportamiento por un lado, y por el otro una desorganización del comportamiento planeado y propositivo, con el debilitamiento o pérdida del control mental.

Argumenta que no basta la dimensión actividad ni la dimensión placer del brote emocional para describir todos los diversos grados de expresión emocional.

Las reacciones emocionales afectivas, difieren entre sí por el grado de control cerebral que esta de por medio; Algunas experiencias altamente motivadas pueden estar muy bien integradas, - ser positivas y estar controladas.

Cualquier análisis de la emoción tiene que tener en cuenta estos estados persistentes de desorganización afectiva.

d) LA DIMENSION TENSION (ESTRÉS)

Se han propuesto otras dimensiones del brote emocional. En la teoría clásica tridimensional de Wunt sobre el sentimiento - habla de tres partes principales: 1.- Excitación-Calma, 2.- A-- grado-Desagrado, y 3.- Tensión-Relajación. Wunt consideraba los sentimientos simples al proponer su teoría, no los brotes emocionales complejos. La tensión, decía él, se experimenta cuando esperamos o anticipamos algún acontecimiento. (Young, 1979).

El concepto angustia, tensión o ansiedad, según lo propone Selye 1956, es mucho más amplio que el concepto de Wunt de tensión. La teoría de Selye sostiene que tales cosas como una situación persistente de frío, hambre, fatiga, insomnio, enfermedad, amenaza, etc., producen tensión. Estas mismas condiciones - predisponen a la persona para arranques emocionales. Las perturbaciones emocionales son acontecimientos ocasionales.

De ahí que cuando se considera la emoción como una condición que persiste a lo largo del tiempo, el nivel de tensión es una variable muy importante.

e) LA DIMENSION ORIENTACION SOCIAL

Cuando estamos socialmente orientados tenemos la tendencia a compartir nuestros sentimientos con los demás. No puede haber duda de que existen las actitudes sociales y antisociales. Queda como objeto de discusión el que esta dimensión actitudinal deba considerarse como principal o no en el área del brote emocional.

1.9 PSICOPATOLOGIA DE LOS AFECTOS

Las circunstancias que determinan o influyen en los afectos están polarizados y varían entre las formas agradables y desagradables.

Dentro de los afectos, existen algunas manifestaciones que pueden considerarse como patológicas, ya que la influencia de lo afectivo sobre el comportamiento humano es aquí superlativa, anormal, hasta el punto que se adueña en muchos casos de la totalidad de la persona y la domina. Wolff (1979), hace el siguiente cuadro de los estados afectivos normales y anormales.

ESTADOS AFECTIVOS NORMALES

Simpatía, amor, antipatía, aversión, miedo, felicidad, júbilo, infelicidad, cólera, sorpresa, actividad, agresividad, calma, sumisión, impulso, inhibición, duda, suspicacia, autocrítica modestia, confianza en sí mismo, autoprotección.

ESTADOS AFECTIVOS NORMALES

Fijación, fascinación, fobia, horror, angustia, manía, agitación, melancolía, rabia, espanto, sadismo, apatía, masoquismo, compulsión, parálisis, preocupación, ideas de persecución, con conciencia esquizoide de sí mismo, complejo de inferioridad (micro-manía), megalomanía.

Cabe resaltar que el tratar de hacer una clasificación de los afectos, en muchas de las ocasiones debe ser arbitraria, pues depende de los acontecimientos y la persona que se vea afectada; pues un mismo afecto puede ser normal en una persona y anormal en otra.

Desde el punto de vista psiquiátrico (Corona, 1980), los trastornos de la afectividad se dividen en:

1.- Alteraciones patológicas de orden cuantitativo:

a) HIPERTIMIA: Exaltación de la afectividad placentera o displacentera. Hay una forma mixta.

Hipertimia placentera: Euforia simple, moria; hipomanía y manía.

Hipertimia Displacentera: Depresión simple.

Hipertimia Mixta: Melancolía agitada, melancolía con fuga de ideas, furor maniaco, beatitud, éxtasis.

b) HIPOTIMIA: Disminución del potencial afectivo. Hay escasez de reacciones afectivas. o éstas son poco marcadas.

c) ATIMIA. Aplanamiento del afecto.

2.- Alteraciones Cualitativas:

a) Tenacidad.- Persistencia y fijación patológicas de determinados estados afectivos.

b) Labilidad.- Cambios bruscos y repentinos en el humor sin causa justificada.

c) Incontinencia.- Incapacidad de contener las reacciones emocionales, aún las desencadenadas por estímulos pequeños.

d) Ambivalencia Patológica. Sentimientos opuestos que coexisten en la misma persona. (esquizofrénicos)

e) Perplejidad.- Sentimiento complejo en el que intervienen: la extrañeza, el desconcierto, el asombro y la desconfianza.

f) Neotimias.- Sentimientos nuevos, extraños, y fuera de lo común. (cambio y transformación de la personalidad); se da en esquizofrénicos y melancólicos.

g) Catatimia. Estado intenso colorido afectivo que embarga la psique provocando la interferencia de los juicios.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el afecto se conceptúa como la expresión cualitativa del impulso (Rapaport, - 1962).

González Núñez (1990), esquematiza los siguientes afectos:

1.- El psicoanálisis parte de que existen impulsos. Estos impulsos son cargas de energía procedentes inicialmente del organismo en sí.

2.- Ya nacemos con un monto impulsivo que busca su descarga desde el principio del desarrollo, en los primeros años de vida, si existe un objeto en el cual descargar, el organismo lo hace automáticamente. A este proceso se le denomina proceso primario; del pensamiento; si es en la acción, proceso primario de conación, y si es en los afectos, proceso primario del afecto.

3.- Asimismo, se nace con ciertos canales de descarga, que también son innatos e indiferenciados al principio y que po-

seen un determinado umbral que permite o no la descarga en diferencia de intensidad.

4.- Ese monto impulso y estos canales innatos de descarga matizan la cualidad del impulso. Pero estos impulsos, a través de esos canales, buscan objetos (desde el punto de vista psicológico, un objeto es todo ser animado o inanimado que posea importancia psicológica para el sujeto, o sea, que esté catectizado) en los cuales operará la descarga.

5.- Cuando la descarga de los impulsos se ve frustrada, ya sea en su medio o en su fin, el yo busca su descarga a través de la acción, el pensamiento y los afectos.

6.- Así la vida afectiva queda bajo el control del Yo, que es el que percibe los afectos.

7.- Los afectos controlados, reprimidos, derivados, hechos motivaciones o cualquier otra vicisitud, están bajo un control yoico que debe asegurar que la descarga se producirá.

8.- De ahí que el control adecuado de afectos nos ayuda a predecir nuestra conducta y a predecir, antes de efectuar la - descarga si el objeto en el cual se va a hacer es el adecuado o no.

9.- Ante la ausencia del objeto en el cual descargar el - impulso, el afecto concomitante suele descargarse sobre el propio cuerpo; por eso es que los afectos siempre tienen componentes orgánicos, ya sea que éstos sean obseables y/o medibles, - o simplemente percibidos y sentidos en el Yo. También puede -- desplazarse la descarga en otro objeto.

10.- El yo siente los afectos. Los canales y los umbrales de descarga de los afectos son subjetivos, individuales y personales. Modelados de acuerdo con la cultura en la que se vive no pierden aún así su característica personal.

11.- La normalidad y la patología de los afectos, desde el punto de vista psicoanalítico, también la podemos visualizar como alternativas tanto de cantidad como de calidad.

Alteraciones de cantidad en el impulso y en los canales de descarga, y de calidad a la modulación y el control yoico.

Desde un punto de vista epigenético los afectos se dan en una interacción necesaria entre las tareas internas a realizar y las tareas o influencias externas o ambientales que provienen de la cultura del sujeto que se encuentren en desarrollo.

Los afectos, nacidos de los impulsos con canales innatos - de descarga, ya sean conscientes, preconscientes o inconscientes bajo un control yoico, sufren un procesos epigenético, o sea se ven sometidos a un desarrollo a lo largo de la vida.

1.10 LA PERDIDA AFECTIVA

En el contexto del tema de la afectividad, se mencionan - afectos de tipo agradable y aquellos de tipo desagradable; cotidianamente pueden manifestarse varias combinaciones de este tipo de sentimientos, pero generalmente son de llamar la atención a aquellos afectos que nos desubican, que en ocasiones perdemos el control y nos llevan a consecuencias fatales.

El énfasis e interés en estos afectos, es por que todos los que nos dedicamos a la salud pública, tenemos una doble tarea: tratar de que el paciente, adopte una actitud positiva o menos difícil ante lo desagradable y doloroso; y yugular el sufrimiento, que cuando por su intensidad, impida la adaptación a la vida y el desarrollo de su personalidad.

Parece que hay en la vida más motivos para sufrir que para sentirse alegres; sin embargo, debemos estar preparados para enfrentarlos y superarlos.

Dentro de los acontecimientos que desencadenan una serie de afectos, desagradables, se encuentran las pérdidas; cabe resaltar aquellas en las que se ausenta definitivamente el ser querido.

Enfocaremos nuestra atención a los afectos que se manifiestan, cuando existe una pérdida humana, ya sean negativos o positivos, así como, aquellos que se presentan en el proceso de duelo. Es importante mencionar que no hay una clasificación o categorización precisa de este tipo de afectos, ya que depende de cada caso y de la personalidad de cada individuo. No obstante, por las manifestaciones de los mismos y por el proceso de cada uno, se pueden inferir muchos de estos; además de las investigaciones realizadas al respecto, que sustentan la aparición repetida de afectos, ante el enfrentamiento de la única seguridad que tiene el ser humano: "su propia muerte".

Uno de los sentimientos que nos hace padecer y descontrolarnos es el sufrimiento; cuando el hombre sufre, se repliega y se retrae sobre sí mismo. De este modo se recorta y distancia el resto del mundo objetivo.

Nada retrocede hacia sí mismo, nada personaliza e individualiza tanto al hombre como la vivencia del sufrimiento.

Dice Max Sheler, que todo sufrimiento conlleva a la vivencia de sacrificio de la parte por el todo, de lo menos valioso por lo más valioso.

Pero no todo sufrimiento es sacrificio. El sacrificio supone una aceptación del sufrimiento, se acepta o se busca como paso necesario para buscar el bien. Es la muerte del padre cuando con ella consigue la salvación del hijo, es la muerte de Cristo, que muere sacrificialmente para quitar los pecados del mundo.

El sacrificio no es sólo sufrimiento, sino que presenta dos caras un sufrimiento de renunciar y una alegría de conseguir.

¿Entonces que sentido tiene el sufrimiento? quizá dependa de las circunstancias en las que se encuentre cada persona; en el peor de los casos podría pensarse que uno está aquí esperando la muerte, esperando sin esperanza, en un camino que conduce a la nada y por lo que pronto a una muerte inevitable y cierta, (tira por tierra todo sentido del acto humano, y, por tanto del sufrimiento). Quizá se llegue a preguntar ¿Que importa todo, si al fin morire?, ¿Acaso nada?, pues bien, aún en este caso, el hombre -- puede descubrir un sentido a su acción y a su sufrimiento; pues existe la duda de lo que ha realizado y de las posibilidades de lo que vendrá después, ¿Quién es capaz de asegurar que estamos aquí para la nada?

Esta duda nos permite ver la posibilidad de que nuestra vida es para algo y en la medida en que hacemos una introspección de nuestras actividades, actitudes y acciones, damos la posibilidad

dad de actuar y de pensar en el dolor.

El morir ya no parece lo más importante, sino el como vivir a pesar de pensar que no tiene sentido, es preciso vivirla por el simple hecho de que se nos ha dado y cuánto más provechosa, - será mientras se tenga sentido para realizarse al máximo, encaminándola hacia un fin, a pesar del placer y sufrimiento que con-- lleva.

El hombre se enriquece con el sufrimiento, crece y se magnifica con el dolor, muchas experiencias dan muchas veces, más que los grandes éxitos; el fracaso de una vida en cuánto a realizaciones externas puede ir unido a una inmensa riqueza en cuánto a realizaciones interiores.

En ocasiones se dice que resulta inútil y absurdo el llorar pues no se consigue nada, ya no tiene remedio. Pero el que realmente está sufriendo, le ve gran sentido, ya que seha perdido a algún ser querido, se mantendrá vivo en el terreno interior del hombre. El dolor, se encargará de mantenerlo presente y vivo. La consecuencia es que el sufrimiento ahonda, personaliza y enri-- quece espiritualmente al hombre.

El sufrimiento mantiene viva el alma, la salvaguarda de -- caer en la apatía y la rigidez mortal. Hay quien quiere el dolor porque solo así se siente vivir. Da gracias al sufrimiento por que a través de él ha llegado a centrarse a sí mismo.

El sufrimiento conduce al suicidio, o a la afirmación y - profundización de la existencia personal. La dirección que la persona adopte puede depender de nuestra oportuna o inoportuna influencia.

Si bien es cierto que el sufrimiento nos permite hacer una introspección de lo que somos y lo que hacemos, nos refiere al pasado en la "penitencia" y al futuro en la "ansiedad".

La tristeza nos invade por apoderarse de la imaginación y - la razón, dándonos la posibilidad en ocasiones de estar alertas sobre lo que es contrario a la vida. Es relativa a su mayor mal, más amargo que la muerte.

La causa de la tristeza reside en la "conjunción", con el - presente (la antipatía) más que con el bien perdido. La tristeza es repulsión y odio en cuánto al efecto de un influjo más fuerte que la consistencia interior del sujeto en sus relaciones con el deseo, la tendencia a la integridad y el apetito de unidad. (Jacques, 1982).

La tristeza es un obstáculo para el conocimiento, provoca - cierta pesadez que llega a la inhibición; esto es, entorpece toda actividad.

En muchas de las ocasiones y en presencia de los anteriores afectos, se acompañan de lágrimas; el llanto permite el alivio a la tristeza, porque todo cuanto hace daño, si se guarda para sí, aflige más.

El llanto ocurre en situaciones complejas, no solamente una gran pérdida o una aflicción son lo que producen las lágrimas, - ya que a menudo es un mitigador o un compensante en una situación por otra parte inquietante, es la ocasión inmediata de las lágrimas.

En un funeral las lágrimas corren cuando algún orador elogia al difunto, menciona que fue una buena persona, el lugar que ocupaba y la importancia que tenía en nuestras vidas. El énfasis que se le da a la bondad y al valor personal del ser querido -- muerto, es lo que ocasiona el llanto; pues, se acentúa un con -- flicto ante la realidad de la muerte y el valor del muerto. Las lágrimas y gemidos son la liberación emocional del presente conflicto.

✽

El comprender la respuesta de un individuo a una pérdida -

es necesario tener en cuenta no sólo la estructura de la personalidad de ese individuo sino los tipos de interacción, el contexto en que se desenvuelve y la importancia de la misma.

No cabe duda que una pérdida representa un cambio que empeora su situación en mayor o menor medida; aunque en algunos casos la pérdida implica una mejoría. Es por ello que difícilmente se puede tener una correlación simple entre la estructura de la personalidad y la forma de respuesta que se le da a la pérdida.

Para concluir, mencionaré que una pérdida siempre acarrea un proceso afectivo; la dimensión y la variedad de sentimientos son las constantes variantes que determinarán el transcurso de la elaboración de la misma.

Las circunstancias que implican una pérdida, son las que más trabajo nos cuesta afrontar y asimilar, y en las que poco encaminamos nuestro interés como profesionistas.

Es necesario que amplíemos nuestros conocimientos y nos entrenemos para dar nuevas posibilidades de ayuda a todos aquellos que sufren por la ausencia de nuestros seres queridos.

"Cuando abrigamos un sentimiento nos damos
la oportunidad de reconocernos o de perder
nuestra identidad".

Verónica Espinosa Bravo.

CAPITULO II

"ACTITUD ANTE LA MUERTE"

CAPITULO II

"ACTITUD ANTE LA MUERTE"

"Todo lo que principia termina; lo que nace muere; Todo lo que asciende, desciende, y con la misma intensidad y vigor con que se efectuó el ascenso en la primera mitad de la vida, se produce luego el descenso, pues la meta no se halla en la cima, sino en el valle donde se inicio' la ascención".

.

"La vida es como la parábola de una bala impulsada desde su inicial posición de descanso; la bala - sube, retornando luego al reposo".

.

"Se que voy a morir, es la única seguridad en vida se que el tiempo cura las heridas y nubla el recuerdo. Se que ahora debo establecer la diferencia entre seguir la vida o dejar huellas al vivir intensamente".

Verónica Espinosa Bravo.

2.1 CONCEPTO DE MUERTE

El destino de cualquier ser viviente es la muerte, es una verdad absoluta que no podemos negar; sin embargo, siempre es nueva para alguien.

Desde el inicio de nuestra educación, sabemos que el proceso de la vida consiste en nacer, crecer, reproducirse y morir, ¿pero por que no estamos preparados para la muerte? ¿Que sentimientos nos impiden hablar de nuestro propio deceso?.

Para tratar de entender el controvertido tema de la muerte debemos partir de su conceptualización; desde diversos enfoques.

En términos médicos la muerte es la suspensión de toda actividad eléctrica del cerebro y un cierto período de tiempo indicado por la falta de respuesta en el electroencefalograma. -- (Aiken, 1978).

Según Chauchard (1968), la muerte usualmente es la desaparición del individuo, consiste en forma fundamental, en la pérdida definitiva de la actividad protoplásmica de las células -- que lo constituyen.

La muerte es un largo proceso dado en forma gradual; Chauchard (1977), distingue tres etapas fundamentales:

1.- MUERTE APARENTE: Disminución a veces renovable, hasta el extremo de manifestaciones vitales; es la etapa de las terapéuticas casuales de reanimación. La forman un síncope prolongado, un coma como pérdida de conocimiento, resolución muscular, detención de la respiración; actividades cardíacas y circulatorias débiles y a veces difíciles de evidenciar.

2.- MUERTE CLINICA: Se presenta suspensión completa y prolongada de la circulación; ningún despertar espontáneo es posible.

3.- MUERTE TOTAL: Descomposición del cadáver, lo importante es la muerte de las neuronas de la corteza cerebral, que manifiesta la destrucción permanente de la conciencia.

Para Oriol Anguera (1975), la muerte es la compañera de la vida y lo expresa: "El equilibrio de la vida total implica la muerte para sostener la vida de la totalidad: la muerte es la compañera inseparable de la vida".

Desde el inicio de la humanidad sobre la tierra, ha encarado la muerte; han nacido religiones y filosofías. Desde entonces dos pensamientos se han opuesto. Uno cree que para el hombre y los seres inferiores todo termina al desaparecer el cuerpo, otro afirma que con la muerte corporal principia una vida espiritual, indestructible y eterna.

La Biblia considera la muerte en general, como un castigo infligido por Dios a causa de un pecado y la desobediencia; cometido por la primera pareja humana. Sin el pecado, el paso del tiempo a la eternidad se hubiera realizado suavemente, sin angustia y sin agonía, según la teología.

Hablar de muerte necesariamente nos lleva a la consideración de la separación, Caruso (1968), tiene muy clara la dinámica de ésta, según este autor, la "Separación es el problema de la muerte entre los vivos", es la irrupción de la muerte en la conciencia humana y no de forma figurada sino de manera concreta y literal.

En torno a la muerte existe un silencio público; sobre todo en términos psicológicos, quizá por que es más fácil superar el hecho de la muerte como factor social, que como factor individual y personal.

Se niega esta existencia, se evaden los temas que mencionan la desaparición de nuestros seres queridos, se nos tacha --

de "perversos" si planeamos y preparamos nuestro último reposo - en la tierra; no podemos conversar con los niños de lo que implica la muerte; nisiquiera queremos creer que los niños también mueren.

Cuando la muerte está presente y perdemos a un ser querido evitamos mencionar el suceso, nos sucumbimos en nuestro dolor y adoptamos el papel impuesto por nosotros mismos; por nuestra sociedad, que priva frecuentemente al hombre, de sensibilizarse al hecho inescapable de su muerte.

En el siglo XX, la muerte ha tomado el lugar del sexo como tabú principal, en tanto que el sexo se ha vuelto cada vez más nombrado, la muerte seha vuelto un tema poco mencionado como -- proceso natural.

Actualmente es más fácil explicar y comentar a un niño el proceso de su nacimiento, el desarrollo de su sexualidad y la fisiología del amor, que la muerte de un ser querido; pues ocultamos la verdad, decimos que han ido a un largo viaje, que están en el cielo y en ocasiones insistimos en que aún siquen presentes, ya que mencionamos que nos observan constantemente en cada una de nuestras actividades.

Resulta aquí que tomamos actitudes de indiferencia y represión de nuestros sentimientos para mostrar ante la sociedad nuestro "autocontrol" para conducirnos.

Parecería importante no mostrar ningún signo de emoción; la sociedad en general se comporta como el personal de algunos hospitales. El que muere, o el que está muriendo, debe ooperar con los doctores y las enfermeras, igualmente, deben esc^onder su dolor los supervivientes; algunos de los cuales re^ochazan el período de reclusión tradicional, puesto que esto demostraría sus sentimientos, llevando a cabos sus actividades formales sin perderse de nada, de lo contrario, algunos de ellos se sentirían rechazados por la sociedad. (Lichtsztjan, 1979).

El período de duelo se vería enormemente beneficiado si la sociedad colaborará en este proceso; sobretodo a no seguir evadiendo; y enfrentar el que todos vamos a morir y que duele enormemente la separación del ser querido, que necesitamos llorarle y asimilar que nunca más estará presente; unicamente en nuestro recuerdo, y que en la medida en que se deje de ver como tabú, - será más fácil el superar y aceptar el final de nuestras vidas.

La supresión de la realidad de la muerte, es parte de la estructura de la civilización contemporánea, dentro del aspecto del consumismo del negocio de la muerte, proliferan varias Instituciones como lo son: las agencias funerarias ya sea que tienen cávida en un hospital como en el hogar; especializadas en dar la bienvenida a los muertos. El tiempo que se pasa ahí es un acuerdo entre los trámites apresurados y sin ritualizaciones de la burocracia, y las ceremonias arcaicas del duelo tradicional, es llegar a un buen término y un aparente justo medio, entre el deseo de observar un período de solemnidad después de la muerte, y la aceptación de los tabús generales de la sociedad. (Lichtzsjan, 1979).

Uno de los problemas principales en nuestra sociedad y que se relaciona con otros factores que van aumentando y complicando este suceso; es el hecho de que, tenemos pocas convenciones acerca de cómo deben actuar quienes están a su alrededor y cómo deben comportarse los sobrevivientes después de la muerte de un ser querido.

En muchas de las ocasiones usamos el convencionalismo de mandar el enfermo al hospital; lo alejamos de nosotros, como si tuvieramos ese temor de enfrentar la realidad, de sentir su sufrimiento y de presenciar su muerte. Quizá sea un medio de empezar a distanciarnos de él.

Los aspectos psicológicos de la muerte involucran la forma en que sentimos, o sea, nuestros sentimientos en relación con la inminencia de nuestra propia muerte y en relación con la muerte de quienes están cerca de nosotros. Es la separación de enormes vínculos, de afectos, de ganancias, de reconocimiento y hasta de estímulo principal de conducir nuestra vida.

La mayoría de la gente; sin considerar nivel socio-cultural económico, religioso y profesional; esto incluyendo a los médicos, tenemos grandes problemas para poder aceptar la presencia de la muerte.

2.2 SIGMUND FREUD Y EL CONCEPTO DE MUERTE

Freud desarrollo el tema de la muerte en varias de sus -- obras; que fueron escritas entre 1898 y 1920.

En la "interpretación de los sueños" (1898) Freud afirma; por primera vez, que existe la "ambivalencia afectiva", es decir, que es posible sentir hacia una persona simultaneamente amor y odio; no sólo dice que es posible, sino que es frecuente que exista ambivalencia afectiva.

La razón de la existencia de estos sentimientos opuestos, experimentados hacia otras personas, es por que se viven como una-competencia.

Estos sentimientos se presentan desde la niñez y regularmente hacia los hermanos. Ahora bien, para el niño no hay diferencia entre "irse y morir", no puede distinguir entre una situación y otra, por lo tanto, el niño casi invariablemente, tiene fantasías de muerte de sus hermanos. Estas fantasías no siempre son conscientes, pero cuando el niño llega a comprender el significado de "morirse", reprime sus fantasías conscientes, y éstas no se vuelven a manifestar más que en la forma de sueños, que son acompañados de tristeza.

Las fantasías de muerte en el niño, que experimenta hacia el padre del mismo sexo, Freud las explica mediante el complejo de "Edipo", en el que el niño desea eliminar a su rival (el padre del mismo sexo), y conquistar al padre del sexo opuesto.

Así pues, según Freud, el sueño de personas queridas, acompañado de emociones de tristeza, no es sino la expresión crítica del deseo de que muera la persona soñada, y pueda representar un deseo infantil reprimido muchos años antes.

Cuando habla del suicidio en 1910, declaró abiertamente -- que no podía dar conclusiones definitivas; Hasta después de cin

co años, (1915), que, al hablar de la melancolía, estableció que ésta, está provocada por el hecho de que las catexias negativas que habían sido depositadas en el objeto perdido, han sido vuel - tas contra el propio yo del sujeto, y por lo tanto, todo el odio experimentado hacia la persona perdida, es volcado sobre la misma persona; pudiendo ésto provocar el suicidio.

En su obra "Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte" (1915), Freud, muestra su gran decepción por el comportamiento de los hombres en la guerra, y su actitud ante la -- muerte. Hace notar que la actitud ante la muerte, de racional adaptación como algo natural y lógico, es falsa, que nadie acepta su propia muerte, ya que inconscientemente, todos estamos conven - cidos de nuestra inmortalidad.

La angustia que causa la muerte generalmente puede manejarse mejor en nuestra sociedad a través de la literatura y el chiste, donde se juega insensiblemente con ella y las personas, iden - tificándose con los personajes, pudiendo enfrentar una y otra a la vez a la muerte, sin angustia.

Freud afirma: "Nuestro inconsciente no cree en la propia - muerte... es procedente casi siempre del sentimiento de culpabi - lidad", (por abrigar fantasías de muerte hacia las personas ama - das y odiadas simultáneamente); sin embargo, nuestro inconscien - te no lleva al asesinato, se limita a pensarlo y desearlo (1915). A pesar de eso, nuestro inconsciente es tan inaccesible a la i - dea de muerte propia, tan sanguinario contra los extraños, y tan ambivalente en cuanto a las personas queridas, como lo fue en - el hombre primitivo. (1915)

En 1920, Freud postula algunas teorías que podrían parecer un tanto opuestas a lo dicho anteriormente, al describir la ob - sesión a la repeticón de sucesos pasados en el tratamiento psí - coanalítico, llega a afirmar que, si sus observaciones son co -- rrectas, "un instinto sería una tendencia propia de lo orgánico vivo, a la reconstrucción de un estado anterior" (1919-1920)

"Si por tanto, todos los instintos orgánicos son conservadores e históricamente adquiridos y tienden a una regresión, o a una reconstrucción de lo pasado, debemos atribuir todos los éxitos de la evolución orgánica a influencias exteriores perturbadoras y desviantes.

Los instintos orgánicos conservadores han recibido cada una de estas forzadas transformaciones del curso vital, conservándolos para la repetición, y tienden hacia la transformación y el progreso, siendo así que no se proponen más que alcanzar un antiguo fin, por caminos tanto antiguos como nuevos" (1920). De lo anterior concluyó: "La meta de la vida es la muerte".

Por otra parte, dice que los impulsos de conservación por medio de los cuales cada organismo tiende a defender su propia vida no son más que "Instintos parciales" destinados a asegurar el organismo su peculiar camino hacia lo anorgánico... el organismo no quiere morir sino a su manera" (1920)

Acercas de los instintos sexuales, dice que estos también son conservadores ya que "reproducen estados de sustancia, pero son en mayor grado, pues se muestran en su más amplio sentido-- pues conservan la vida misma para más largo tiempo. Son los verdaderos instintos de vida. (1920)

Además de esto, Freud menciona, basándose en el principio del placer, (que es el principio de reducción de tensión) que existe la tendencia hacia la muerte, pues esto es el estado de equilibrio perfecto.

INSTINTO DE VIDA E INSTINTO DE MUERTE

En la medida en que todo ser humano tiene y actúa los tres roles, materno, paterno y filial, puede anhelar la muerte. Eso correspondería a ese impulso designado por Freud como instinto de muerte (thanatos).

Ese impulso tanático sería, la expresión de la necesidad de reproducirse, a lo largo de toda la vida. Pauta grabada o inscrita en el registro del acontecer biográfico del sujeto y derivada de las experiencias de la pareja madre-hijo durante la relación-simbiótica se transfiere o desplaza en la fantasía a la relación entre el cuerpo (que simboliza la envoltura materna) y la mente (que simboliza a la criatura contenida y retenida) el deseo de muerte (vale decir el deseo del desprendimiento del alma y cuerpo), aparece como la expresión de ese pronto anhelo del nacer que carga a la criatura fetal de un impulso a desprenderse del cuerpo de la madre y a poner a término a esa forma de vida, anterior a su individuación. (Abadi, 1960)

Del mismo modo, el impulso paralelo a la conservación de la vida (instinto de vida) sería la contraparte simétrica; así como, la madre en una de sus múltiples fantasías inconscientes aparece como el continente retentivo que se resiste a soltar su contenido (el feto), el cuerpo (que asume, en cuanto a prolongación y símbolo de ese continente, ese mismo rol materno) se aferra a la vida y se niega a soltarla (instinto de conservación o instinto de vida), en un intento de reproducir, a través de esa relación-sin término de la vida. Instinto de vida e instinto de muerte como impulsos contrastantes, serían entonces, la expresión de las tendencias inherentes a los roles materno y filial del ser humano y que tienen su origen en las expresiones vitales de esos dos en uno, durante la relación simbiótica del embarazo, retener y a desprenderse del cuerpo a retener la vida (como la madre trata de retener al feto) y la vida a desprenderse de la madre). En este sentido, podemos adoptar la existencia de una agresión tanática, que el sujeto tiene tendencia a orientar contra su propio cuerpo. (Abadi, 1960)

Pero no en función de un deseo de muerte como fin y disolución en el no ser (que no es concebible por la mente), ni como un retorno al vientre materno o como una regresión de la materia viva a su primitivo estado inorgánico sino en función de un deseo de vida, de otra vida libre del encierro y de la cautividad del cuerpo. En otros términos, la tendencia a la muerte (thanatos).

sería, para la fantasía optativa del sujeto una forma de tenden
cía a la vida.

2.3 VIVENCIA DE MUERTE

La aceptación de la muerte, presenta en nosotros, la conciencia del carácter ineluctable de su trabajo de zapa, la aceptación de la temporalidad irreversible que no podemos sino suscribir y nos impide creernos inmortales, parecidos a los dioses o empeñarnos en la búsqueda de la inmortalidad de los héroes, - hace de cada uno un individuo empujado a ser inventivo y a dejar su huella, por pequeña y furtiva que sea, en el mundo. (Kaes, - Bleger, Fornari, 1989).

Constantemente queremos dejar huella de lo que fuimos en vida, de alguna manera ser trascendentes, quizá buscamos a nuestra inmortalidad.

Parecerá contradictorio pensar que al tener presente la posibilidad de la muerte, dejemos de vivir; sin embargo, no lo creo así ya que al tener la idea consciente de que vamos a morir, nos esmeramos y le damos sentido a nuestra vida, nos forjamos metas, ponemos todo nuestro empeño por salir adelante y dejar huella; vivimos cada instante plenamente, por que no sabemos si podremos disfrutar la siguiente hora. En este sentido el reconocer y aceptar que vamos a morir, implicaría el darle sentido al vivir.

Vivir con todas nuestras posibilidades y reconociendo nuestras limitaciones, siendo en ocasiones inestables, incoherentes, admirados, detestados, queridos, rechazados, etc., pero al final una figura única.

En resumen la meditación y aceptación de la muerte, puede acceder al orden de lo viviente, ser creador, sin ser paranoico trasgresor, sin ser perverso, apasionado, sin llegar a la histeria, tener metas fijas, sin ser obsesivo, tener un ideal, sin necesidad de seguir un ídolo, ser a toda costa ... auténticos.

El problema de la muerte va más allá, está constituido por

la vivencia de la muerte en una situación vital; es decir, es la vivencia de la muerte en mi conciencia ocasionada por la separación.

En la separación se produce una muerte en la conciencia, - de tal muerte surge la desesperación, la pérdida del objeto con el que se tenía quizá alguna identificación, por lo que viene una catástrofe del Yo por la pérdida de la identidad y por lo tanto una regresión que puede ser amenazante. (Caruso, 1968)

En estas circunstancias la muerte se vuelve amenazadora de - la conciencia y hasta de la extensión física, ya sea una muerte - psicósomática o incluso el suicidio. Afortunadamente la concien-- cia se protege y echa a andar mecanismos de defensa; algunos de - ellos son:

LA AGRESIVIDAD: La aflicción que se produce cuando muere - una persona, contiene una gran dosis de agresividad y esconde -- cierto reproche por el abandono. La agresividad origina la desva - lorización del ausente, permite una desidentificación con el ob - jeto.

El culto de introducir el cadáver a un panteón, constituye - una de las formas más primitivas de introducir furtivamente la - agresividad y al mismo tiempo declarar como definitiva, la muer - te del ausente en la conciencia.

LA INDIFERENCIA: Este mecanismo existe incondicionalmente en la situación de separación, incluso cuando es incompatible con otros estratos de la personalidad, provoca su represión y su re - chazo de la conciencia. Los factores del "me importa un bledo" - ante todo son una disminución del ideal del Yo, debilitamiento - del Yo por la desidentificación correlativa del narcisismo. (Caruso, 1968)

HUIDA HACIA ADELANTE: La huida hacia adelante está determi - nada, ante todo, por el Super Yo, tiende a conservar al ideal --

del Yo, que se manifiesta como un escape constante, especialmente en las personas conformistas y obsesionadas por el deber. Una alternativa es la búsqueda de placeres, regidos por el Ello, en algunos casos se piensa que debe buscarse un sustituto y es aquí -- cuando el Desplazamiento se presenta, buscando el placer que obtenía del objeto perdido, aunque en general se equivoca.

IDEOLOGIZACION: Son múltiples las máscaras de la ideología que legitiman la muerte porque la vida utiliza los más diversos materiales para su progreso. Sin embargo, es poco probable conseguir este enriquecimiento de la vida por una ideología mistificante o por una falsa conciencia; es más probable que la ideologización sea, en última instancia, la afirmación de cierta rebelión y en esta forma constituya una victoria parcial sobre la -- muerte padecida. Por tanto, es probable que ella sea más bien un "NO" que un "SI", frente a la separación. (Caruso, 1968)

Los mecanismos de defensa antes mencionados no se presentan siempre en orden cronológico o aislados; generalmente se manifiestan entrelazados y se conflictúan entre sí. La mayoría permanecen más en el inconsciente.

La angustia existencial ante la idea de muerte, resulta sumamente significativa; además de los mecanismos de defensa antes mencionados, se acentúan actividades de tipo místico y religioso. Las actividades religiosas tienen como fundamento el deseo de no morir del todo, es la esperanza de seguir viviendo -- aún después de muerto, es el anhelo de inmortalidad inherente a todo ser humano.

La religión, es en sí misma, una negación de la muerte, al oponerse a desaparecer para siempre, y es la fe lo que aminora esa angustia de ser efímeros y perecederos, prometiéndose la dicha posterior y fortaleciendo nuestros mecanismos de defensa. (Silva y Kamino, 1985)

La muerte es significativa en cada sociedad, la muerte ocu

rre en cada momento, pero la vida continúa; nos relacionamos con la muerte de cada individuo, lo vivimos como una tragedia, en el área emocional e intelectual, Máxime de aquellos que trabajan -- con pacientes moribundos que se encuentran en una posición crucial entre la vida y la muerte. De aquí la importancia del en -- frentamiento y la actitud ante la muerte de sus pacientes , en los médicos y de la muerte en general, factor que determinaría la manera de conducirse en circunstancias posteriores.

2.4 TRAYECTORIAS DEL MORIR

Pattison 1977, define su trayectoria de vida como el -- transcurso anticipado de nuestra vida y los planes que hacemos en relación con la forma en que hemos de vivirla. Cuando una enfermedad o una lesión nos obliga a enfrentar el hecho de que mo riremos más pronto de lo esperado, esto nos hace cambiar la tra yectoria. Debemos cambiar nuestra forma de pensar y nuestros -- planes para hacer frente al presente y a nuestro abreviado futu ro. Entre el momento en que nos enteramos por primera vez de la inminencia de nuestra muerte- lo que Pattison llama "la crisis- del conocimiento de la muerte" - y el momento real de ésta, es- tamos en lo que llama el intervalo vida-muerte.

EL INTERVALO VIDA-MUERTE

Este intervalo se compone de tres estadios: la fase de -- crisis aguda, la fase crónica vida-muerte y la fase terminal.

LA FASE AGUDA.- Durante esta etapa las personas se enfrentan con lo que probablemente constituye la crisis más dura de - su vida: La declaración de su sentencia de muerte, darse cuenta de que su vida pronto terminará, la necesidad de enfrentar el - hecho de que nunca tendrá la oportunidad de hacer todo lo que- esperaba. Los diversos mecanismos de defensa aparecen, con la - finalidad de disminuir la ansiedad que provoca la crisis. En la primera fase las personas sienten que eso no puede sucederles,- enseguida pueden llegar a sentir sentimientos de perplejidad,- de confusión.

Es evidente que en este período las personas necesitan de a yuda y apoyo emocional para entender la realidad de su situación y el futuro que le deviene.

LA FASE CRONICA VIDA- MUERTE.- Durante este período la per sona moribunda debe afrontar diversos temores. La principal -- preocupación la constituyen el temor a lo desconocido, el temor

a la soledad, el temor a perder a familiares y amigos, el temor a la pérdida de autocontrol, al sufrimiento, al dolor.

Los profesionales, familiares y amigos, pueden ayudar a la persona enferma a separar cada uno de los aspectos implicados y a enfrentarse con ellos.

Las personas moribundas pueden sobreponerse a estos temores lamentando sus pérdidas; ejerciendo sobre su vida tanto control - como sea posible y colocándolo en perspectiva dentro de su propia historia personal, familiar y de tradiciones humanas.

LA FASE TERMINAL.- Este estadio empieza cuando las personas moribundas comienzan a retirarse, centrandose en ellas mismas.

Durante esta fase de esperanza de recuperación de los pacientes cambia, de confiar en que sus expectativas se cumplan, a reconocer que su esperanza representa lo que ellos desearían que sucediera, pero que no es probable que ocurra. Es al llegar a este -- punto que las personas aceptan la realidad de su muerte inminente.

DIFERENTES TRAYECTORIAS DEL MORIR

Se dice que la trayectoria del morir de cada persona es diferente; depende de las circunstancias de vida y de su personalidad. Además de que pueden existir diversas trayectorias posibles- dependiendo de la naturaleza de las condiciones que amenacen la - vida.:

MUERTE CIERTA EN UN MOMENTO CONOCIDO: En una leucemia aguda o en un accidente masivo, por ejemplo, el proceso de morir es tan rápido que permanece entre la fase aguda y el intervalo vida-muerte.

MUERTE CIERTA EN UN MOMENTO DESCONOCIDO: Esta trayectoria, - característica de enfermedades mortales crónicas plantea el desafío de vivir eficazmente en un periodo de incertidumbre.

MUERTE INCIERTA EN UN MOMENTO CONOCIDO: Durante el cual se resolverá la duda. En cirugías radicales a menudo el resultado es inmediatamente claro después de la operación: si la cirugía no tuvo éxito y el paciente ha muerto o morirá pronto, o fue exitosa y el paciente tiene buenas probabilidades de vivir un largo tiempo.

MUERTE INCIERTA Y DESCONOCIMIENTO DEL TIEMPO: Las víctimas de enfermedades tales como esclerosis múltiple, viven durante años sin saber cuál será el curso de la enfermedad, que tan grave llegará a ser cuando llegue el final.

2.5 ACTITUD ANTE LA MUERTE EN DIVERSAS ETAPAS DE LA VIDA

Actualmente la Tanatología "Ciencia que se encarga del estudio de la muerte", ha puesto de relieve, como afecta la presencia de la muerte a lo largo del desarrollo del ser humano y que repercusiones tiene en nuestra forma de conducirnos, dependiendo en gran medida de la etapa en que estamos ubicados.

NINEZ

Los niños varían considerablemente respecto a la edad en que comienzan a entender la muerte y las reacciones hacia la misma.

La pionera en explorar la comprensión de la muerte por parte de los niños fue María Nagy en 1968, menciona que la comprensión de la muerte por parte de los niños pasa por tres estadios relacionados con la edad. El primero, cuando los niños son menores de cinco años, consideran la muerte como; continuación de la vida, y piensan que es temporal y reversible. Por consiguiente, un niño considera la muerte como una separación, pero piensa que la persona muerta puede regresar nuevamente, así como, creen que la persona muerta puede comer, oír, ver y pensar.

En el segundo estadio que se extiende de los cinco a los nueve años, más o menos, los niños ya se dan cuenta de que la muerte es definitiva y permanente, pero no son capaces de relacionarla con ellos mismos ni que es inevitable.

En el tercer estadio entre los nueve y los diez años, los niños se dan cuenta de que la muerte es para todos y de que ellos también morirán.

Estos estadios no se aplican en forma definitiva en todos los niños; ya que se ha observado que existen algunos casos que no se clasifican en el estadio correspondiente.

Existen factores de tipo social, económico y cultural que influyen en el concepto de muerte en el niño; además del desarrollo cognoscitivo.

Muchos de los niños tienen la creencia de la sobrevivencia y la reencarnación influenciada por los dibujos animados, los cuentos y las películas que constantemente reflejan la muerte a parente de un ser; así como, el volver a vivir después de haber tenido un accidente o suceso desastroso.

En los casos de los niños que sufren alguna enfermedad advierte a la muerte como parte de un proceso psicológico y experiencial, no tanto como parte de su etapa de desarrollo.

Los niños con enfermedades mortales advierten que van a morir, según Bluebond-Langer en 1975, en un estudio con 40 niños entre los tres y los nueve años que tenían leucemia y eran pacientes en un hospital donde los cuidaban en la misma forma que a niños sin enfermedad mortal. Encontró que los niños pasa a través de cinco estadios en los cuales aprende acerca de su propia realidad.

Primero, estos niños aprenden que su "problema" es una enfermedad grave y tienen un cambio radical en el concepto de sí mismos; tras considerarse niños normales y saludables, al igual que otros, ahora se consideran personas gravemente enfermas.

Segundo, aprenden los nombres de las drogas con las que están tratando y los efectos colaterales de la quimioterapia y se consideran personas gravemente enfermas, pero creen mejorar.

Tercero, aprenden los propósitos de los procedimientos empleados para tratarlos y se consideran a sí mismos enfermos permanentes, pero todavía pueden mejorar.

El cuarto estadio, perciben su enfermedad como un ciclo de remisiones en las que se sienten enfermos; Aunque todavía no

piensan en la muerte, dicen: "Siempre estoy enfermo y no mejoro".

Finalmente se dan cuenta de que para ellos la leucemia será una enfermedad mortal, y que van a morir. A menudo llegan a este quinto estadio después de saber de la muerte de otro niño que -- también tenía leucemia. (Papalia, 1985)

El paso de una a otra depende de las circunstancias específicas de la experiencia de cada niño en cuanto a su estancia en el hospital, su relación con otros niños, el número de recaídas y -- el enterarse de la muerte de otros.

ADOLESCENCIA

Cuando los adolescentes están mortalmente enfermos, tienden a sentir interés por la religión, por el misticismo. Al mismo -- tiempo tienden con frecuencia a negar su condición real y a hablar como si fueran a mejorar.

Los adoslescentes tienden a negar su condición real y a hablar como si fueran a mejorar.

Los adolescentes tienden a negar y a reprimir sus afectos -- ya que les parece demasiado cruel y duro aceptar la realidad.

Generalmente manifiestan constante enojo por su situación, -- viendose reflejada en el trato con sus padres hacia los médicos que los atienden incluso con los amigos.

Constantemente manejan el humor negro, como escape para de -- sahogar su tensión. Obviamente no hay "una forma" en la cual -- actúen los adolescentes. La manera como responden a la inminencia de su propia muerte generalmente refleja el tipo básico de -- personalidad que tenían antes de estar enfermos.

JUVENTUD

La juventud no difiere mucho de la actitud de los adolescentes, frente a la muerte. En general, han finalizado su preparación para la vida; educación, entrenamiento, noviazgo y ahora están viviendo su vida como adultos. Tienen un compromiso con su carrera, en un matrimonio, en la ilusión de ser padres, están ansiosos de vivir la vida que han estado preparando durante varios años.

En consecuencia, cuando inesperadamente los adultos jóvenes se enferman o tienen un padecimiento de gravedad, se siente emocionalmente más golpeados por la inminencia de la muerte que las personas en cualquier otro estadio de la vida. En general se sienten frustrados ante la incapacidad de realizar sus sueños, ante todo el esfuerzo que han hecho por vivir la vida que han preparado durante varios años. Esa frustración se convierte en ira, la cual hace a menudo que los adultos jóvenes sean pacientes difíciles. Muchas de las veces, estas circunstancias son debidas, a que el personal de los hospitales es gente joven que encuentran así mismo difícil enfrentar la idea de la muerte de una persona de edad similar a la suya y la identificación que hace el paciente con la misma, produciéndose sentimientos que van desde una melancolía hasta rabia por no tener la posibilidad de continuar con vida.

MITAD DE LA VIDA

En esta etapa es cuando la mayor parte de las personas realmente se dan cuenta de que van a morir. Pasada la muerte de sus progenitores ellos constituyen ahora la generación mayor.

Se dan cuenta de que algunos conocidos ya han muerto; empiezan a tener enfermedades, ya no son tan jóvenes, ágiles y vigorosos, como en su juventud.

Con este conocimiento interno acerca de su propia muerte,

se da un cambio en la percepción del tiempo por parte de las personas de mediana edad. Anteriormente, habían pensado en su vida en términos de la cantidad de años vividos desde el nacimiento. Ahora reflexionan sobre ella con base en los años que les queda por vivir hasta que mueran.

En esta etapa de la vida, se hace un análisis de lo que se ha logrado y de aquello que aún no se ha conseguido, senten que la vida ya es corta y que son responsables de lo que han hecho en la mayor parte de los años que han pasado, pueden llegar a -hacer cambios de importancia en cualquiera de las áreas que conforman la vida, o pueden percibir las en forma distinta y concentrarse en los aspectos positivos.

Parece ser que a medida que avanza la edad, las personas --tienden a apreciar o valorar algunas cosas elementales, como: (Papalia, 1985) el amor, la familia, la comprensión, la capacidad de ayuda, etc. Quizá como respuesta a ese afán de hacer un cambio, de enmendar y reparar sus fallas de reformular concep--tos sobre el tiempo sobre sí mismos y sobre la muerte.

EDAD ADULTA TARDIA

En general, las personas mayores tienen menos ansiedad respecto a la muerte que los de mediana edad Bengston, Cuellar, Ra gan, en 1975 refieren que la mayoría de las personas ván perdiendo amistades, los familiares se alejan un poco, en ocasio--nes se ha perdido a la pareja, etc. Estas condiciones propi --cian que se acepte la muerte.

Muchas veces las personas mayores se sienten extrañas, en un mundo cuyos valores no comparten. Su condición física; en ocasiones, enfermedades y dificultades propias de la vejez, disminuyen en gran medida el placer por la vida. Ven la muerte como el lugar de reposo, como la tranquilidad y paz absoluta.

Parece que quienes han dado un significado favorable a su vida, son más capaces de aceptar su muerte con resignación.

La actitud hacia la muerte, presenta un problema para las personas en general, (Silva y Kamino, 1985) los sentimientos de temor y de impotencia frente a la muerte pueden presentarse de muchas formas, dependiendo de la fuerza y personalidad del individuo.

2.6 ENFRENTAMIENTO CON LA MUERTE

La incertidumbre humana frente a la muerte, nos lleva a preocuparnos y angustiarnos por que ignoramos cual será nuestro destino. Tenemos quizá el conocimiento de la muerte de un ser querido pero no tenemos la experiencia de nuestra propia muerte; y quizá esté es un tipo de conocimiento de lo que podrá significar mi -- muerte en otros.

Tenemos una representación de muertes parciales que ocurren en mí ya sea una vivencia consciente o inconsciente, pero no en su totalidad.

Se tienen referencias y estudios en relación a la vivencia de la proximidad de la muerte en personas desahuciadas y moribundas.

Una de las pioneras en estas investigaciones es Elizabeth Kübler Ross, (1979), a su vez, señala que lo que más asusta, acerca del morir, a la mayor parte de la gente, es el hecho de estar -- solos, sin ninguna de las ayudas familiares que sirven de apoyo -- en tiempos difíciles; como lo es morir en el hospital que nos despoja de todo lo que es definición personal y significativa.

Morir es difícil bajo cualquier circunstancia, pero morir en los ambientes familiares, el hogar de uno, con aquellos a quien -- quiere, y que quieren a uno, puede quitar mucho el temor a la -- muerte.

Kübler-Ross (1979), propuso la existencia de cinco estadios en la aceptación de la muerte, así como, las percepciones y actitudes en cada uno de ellos.

La percepción inicial generalmente se da cuando el paciente se da cuenta de lo grave de su condición, rara vez sucede porque se le haya dicho directamente que su enfermedad es fatal; más -- bien es el resultado de su labor "detectivesca" de su parte. In-

terpreta lo que capta de las miradas o en la conducta de los que lo atienden.

Esta labor detectivesca, (Boulden y Burstein, 1990) el difícil análisis de lo que se dice, es una característica casi universal de los pacientes y es un reflejo de los sentimientos de aislamiento y soledad, sin conocimientos o poder para controlar la situación. Muy a menudo, los sentimientos de impotencia y aislamiento en el paciente son alimentados por el personal del hospital o por la tendencia de la familia a recurrir a afirmaciones vacías y triviales al hablar con el paciente.

El proceso de asimilación de la muerte evoluciona por etapas, existe cierto riesgo en pensar que las etapas están bien separadas y que el paso a través de ellas es irreversible; es útil conceptualizar el proceso mediante el cual el paciente se enfrenta a su muerte inminente. Los estadios por los que atraviesa son:

1) NEGACION

En esta etapa inicial, el paciente en forma automática e inconsciente trata de reducir el impacto de la información excluyéndola de su conciencia. Puede olvidar lo que se le ha dicho directamente o lo que él mismo ha dicho, o puede dejar de sacar conclusiones "obvias". La negación parece actuar como una válvula de seguridad psicológica que limita la cantidad de información impactante que necesita ser procesada. El mecanismo de defensa "negación" es automático e inconsciente y a la vez, autolimitante.

La mayoría de las personas responde con un desconcierto, sufre un choque inicial, ante la noticia de que pronto morirán. Generalmente su primer pensamiento es "OH no, esto no me puede suceder a mí". Las personas que se encuentran alrededor, constantemente niegan la posibilidad de la realidad, provocando que el enfermo se sienta abandonado y solo.

No es necesario, ni útil, el tratar la negación mediante una confrontación brusca; será el paciente quien indique que está

preparado para un esfuerzo psicológico adicional haciendo una pregunta que antes era tabú o "recordando" algo antes olvidado. Debe comprender que la negación no es irreversible, tiene altibajos; cuando se da alguna esperanza junto con el primer anuncio y también la seguridad de que no se le abandonará, independientemente de lo que suceda la persona enferma puede pasar del choque inicial a la negación en forma bastante rápida.

2) IRA

El estado que sigue a la negación es la etapa de liberación emocional, colérica; en ella, el paciente hace contactos con los sentimientos injustos, amargos de derrota que genera la enfermedad fatal. Las personas se preguntan ¿Por que yo?, llegan a sentir envidia de quienes alrededor de ellas están jóvenes y saludables.

Los blancos de esta ira varían de un paciente en otro: la religión, la familia, el médico, todos pueden ser víctimas de un ataque mordaz y crítico.

En esta fase puede ser la más difícil de manejar sobre todo cuando como es frecuentemente el caso - toma la forma de plañideras e incesantes quejas dirigidas contra las enfermeras. Uno de los aspectos, más perniciosos de este tipo de conducta es que aleja al personal, motivándolos a evitar al paciente. Por consiguiente aumenta la sensación de aislamiento del paciente quien siente que está siendo tratado en forma injusta, lo que disminuye su capacidad para completar el proceso de avenirse a su muerte inminente.

(Bowden y Burstein, 1990), Cuando un paciente pasa por esta etapa, el equipo médico deber ser alentado a resistir la tendencia a evitarlo. Los médicos pueden hacerlo comunicándoles al personal, el significado y la función de la conducta del paciente, y valorando sus sentimientos en respuesta a los ataques injustificados. La aceptación con empatía y la aclaración en forma re-

flexiva de las reacciones del paciente y el acercamiento interpersonal proporcionarán al paciente los medios para proseguir con el proceso de asimilación.

3) NEGOCIACION

Es la tercera etapa del proceso y en ella el paciente manifiesta una aceptación simbólica de su situación, pero impone ciertas condiciones. El pensamiento común es "Si esto me está pasando a mi, pero ..." El pero constituye un intento de negociar por un tiempo, ya sea para despedirse de todos sus seres queridos, o para realizar algo, a cambio de ser una persona más buena, o no pedir nada más, etc.

El problema en tales solicitudes es que frecuentemente implican omnipotencia divina por parte del médico o del hospital y representan psicológicamente un esfuerzo del paciente para congraciarse con estas figuras poderosas. Si el médico trata de aliviar al paciente con promesas, puede suscitar ira con sus esfuerzos o amargura por su falta de comprensión si, por otro lado, rechaza las solicitudes y carece de afectos se le puede ver como perverso. Se presenta aquí un problema para el personal médico, la manera de resolverlo radica en atender a los sentimientos del paciente no al contenido de la petición.

Si por ejemplo, el paciente expresa que acepta su muerte inminente a condición de que el fin sea rápido y sin dolor, en lugar de confirmarlo en este punto, una exploración compasiva de sus pensamientos en torno al dolor y a la muerte y de sus experiencias con otros que murieron facilitará la continuación del esfuerzo para ajustarse a su condición. (Bowlden y Burstein, 1990)

4) DEPRESION

En esta etapa se caracteriza por la expresión abierta de los sentimientos de dolor correspondientes a la pérdida de contacto anticipado con la propia vida, con los seres queridos y consigo mismo.

En este estadio las personas necesitan llorar, lamentarse - por la pérdida de su propia vida; aunque los episodios de llanto y los sentimientos claramente identificados de dolor y tristeza, - pueden ser difíciles de manejar; ya que el personal o la familia puede adoptar el evitar al paciente o distraerlo de esas sensa-- ciones o pensamientos dolorosos recordándole lo importante que - ha sido su vida, todo lo que ha realizado, lo que significa para los demás, etc. Desgraciadamente estos comentarios harán que el paciente se sienta más enajenado y sus palabras son poco compasi-- vas que el reconocimiento de pesar y el consuelo de una mano a-- miga.

El paciente expresa la profundidad de su angustia, puede su-- perar la depresión mucho más rápidamente que cuando se sientan - presionados a ocultar su dolor.

El paciente hospitalizado puede sentirse débil y "neurótico" cuando su aplomo profesional se ve amenazado por sus reacciones - emocionales al dolor del paciente. La expresión honesta de sus -- sentimientos entre ellos y hacia el paciente es mutuamente tera-- péutica.

5) ACEPTACION

Finalmente la última etapa del enfrentamiento con la muerte inminente se alcanza después de pasar por varias etapas previas. Pueden admitir: "Mi momento está muy cerca y está bien que sea - así". Implicando el abandono de los sujetos y actividades que de-- berán ser dejados atrás. No necesariamente es un momento de feli-- cidad, el paciente puede sentir poco dolor psicológico y se mos-- trará tranquilo y calmado. Puede pedir un poco de soledad o la - oportunidad de estar acostado calmadamente con alguien presente-- pero sin conversar; finalizan con un sentimiento de paz con e.-- llos mismos y el mundo. Desde el punto de vista psicológico es-- tán listos para morir.

En relación a la teoría de Kübler- Ross, se ha mencionado --

algunas limitaciones, (Kohut, 1971), como son :

En primer lugar, la teoría es de orden general e ignora las diferencias entre los pacientes. No todos reaccionan ante la -- muerte inminente precisamente en el mismo orden o con el mismo - tipo de reacciones emocionales.

En segundo lugar, las etapas no son obstáculos discontinuos que el paciente debe saltar para llegar a la muerte con dignidad. Se les considera más bien aspectos fundamentalmente fenomenol^ogicos o subjetivos de los mecanismos psicológicos que intervienen en la asimilación de información referente a sí mismo.

Otra limitación importante, es que se centra en la muerte. Desde el punto de vista histórico los procesos que en ella notó-- fuerón observados antes en casos de ceguera traumática y otras - desgracias físicas repentinas y drásticas.

La tercera limitación importante, es que toma prestada una perspectiva psicoanalítica que se centra en la pérdida del obje to. Adelantos recientes en la teoría psicoanalítica, se concen-- tran en la importancia de la autoafirmación y de las transforma ciones a través de las cuales las visiones infantiles y primiti vas de sí mismo y de los padres se transforman en autoestima -- ción adulta por las demás tolerancias hacia las limitaciones hu manas, etc.

Las reacciones en la enfermedad grave y la muerte inminen-- te pueden ser entendidas con mayor utilidad desde el punto de - vista de una teoría de la personalidad que tome en cuenta tales puntos. (Mohly Burstein. 1982)

No cabe duda que la aportación de Kúbler-Ross, en el conoci miento de las etapas del morir en pacientes terminales, sigue - siendo un importante marco de referencia para conocer y ayudar-- al paciente terminal.

CAPITULO III

"ANTECEDENTES DE LA RELACION
MEDICO - PACIENTE"

CAPITULO III

"ANTECEDENTES DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE"

"La vida tiene sentido si se llena plenamente
y en la realización de sí mismo al máximo, si
la vida se dirige a un fin que; al mismo tiempo
colme de sentido nuestra acción y nuestro dolor".

"Clínica auténtica es la que ejercita un hombre
frente a otro hombre".

José Cueli.

3.1 LA RELACION MEDICO - PACIENTE

Es del conocimiento general (Cantú, 1973) que el correcto y satisfactorio ejercicio de la medicina exige una entrega completa del médico a su profesión, lo que implica la necesidad de conocer muy profundamente la naturaleza humana, y aunque sea redundante decirlo, la propia y la de los demás.

Ahora bien, el ejercicio de la medicina requiere fundamentalmente de elementos que interactúan en la relación médico-paciente (Martínez, 1990) como son:

- a) sus objetivos
- b) Su estructura y dinámica internas
- c) Sus aspectos especiales según ciertas características de los participantes: personalidad, edad, sexo, etc.
- d) Sus peculiaridades, dependientes del tipo de problema de salud, motivo de consulta: enfermedades agudas, enfermedades crónicas, enfermedades de manejo médico, padecimientos de manejo quirúrgico, etc.
- e) Los caracteres que se relacionan más directamente con el medio cultural, social y económico en que dicha relación tiene lugar.

Las raíces esenciales de esta relación son

- 1.- El paciente.- Necesidad de ayuda sobre un problema de salud.
- 2.- El médico.- Disposición afectiva para satisfacer la necesidad del paciente y capacidad científica y técnica para hacerlo.

En su estructura y dinámicas internas de la relación médico-paciente debemos distinguir dos acciones: La cognoscitiva, eminentemente objetiva y analítica, y la identificación médica, - proceso afectivo dirigido a la comprensión del paciente.

Los objetivos de la relación médico-paciente, tienen que dividirse en los que persigue cada uno de los participantes en esta relación, (Martínez, 1990), por lo que toca al médico estos objetivos son:

- a) Obtener información sobre el problema de salud motivo de la consulta, sobre la persona que lo vive, sobre su medio familiar social, cultural y económico.
- b) Comprender al paciente
- c) Proporcionarle la información pertinente sobre su problema de salud.
- d) Motivarlo para que participe en forma positiva en la mejor solución de su problema.

La relación médico-paciente, constituye un ejemplo particular de la relación interpersonal, en el sentido de que en ella se persiguen unos objetivos y una eficacia, más allá de los factores propiamente interpersonales. Su principal componente es la comunicación, y la eficacia de esta se mide por efectos. La relación médico-paciente persigue unos resultados y será eficaz y, por tanto, satisfactoria en la medida en que los consigue. (Penzo, 1990).

Podemos aceptar también que la interacción en la situación médica se presenta a niveles consciente e inconsciente. Y así pensamientos, sentimientos y sensaciones, se van produciendo en ambos coparticipes de la relación.

El médico en su desempeño, constantemente se identifica, con gente que sufre o que está fatigada. La fatiga puede deberse a la serie de actividades y responsabilidades que adopta el médico, aunque también pueden deberse por identificación, que es ponerse en el lugar de pacientes enfermos que a menudo están en una posición depresiva.

De alguna manera, el médico siempre está "arriba" y el enfermo "abajo". Este solicita y aquél da. El enfermo coloca en el médico toda una serie de esperanzas, la mayoría inconscientes, aceptadas y reconocidas por otra parte por nuestra cultura y por

el propio mundo del médico. De esto resulta que el médico se convierte en un personaje muy particular. (Schneider, 1985).

No es solo imposible, sino indeseable hacer abstracción de la persona del médico en la relación médico-paciente. Hacerlo implicaría por un lado ignorar la herramienta principal, la persona del médico y por otro volver a creer (o seguir creyendo quizás) - que la enfermedad y el proceso terapéutico se dan al margen y en forma independiente de la relación que se establece entre ambos.

Por un lado podemos sostener (Leda, 1981) que en cada caso - tratado participa en menor o mayor grado y aunque el médico no lo sepa algo de sí mismo, en otras palabras, existen siempre coincidencias personales que intervienen en cualquier caso que trata; - entonces, el médico se reconoce en esa otra existencia, sea cual fuera ésta.

Cueli (1990), refiere que una verdadera función del médico - sólo puede realizarse cuando se establece una relación íntima con el paciente, que permita conocerlo a fondo. Y tal relación requiere de un contacto horizontal de igual a igual, que está fincado - en el afecto, en la solidaridad individual y social, en la responsabilidad, en el amor.

Una de las relaciones médico-paciente, en las que intervienen otros mediadores es la Pediatría. Frecuentemente está mediada por el padre, la madre, familiares y otras personas que están al cuidado y atención del pequeño.

Ramos (1990), menciona que curar a los niños o tratar de curarlos es ciertamente una parte de acción; difícil y dolorosa, pero más extensa debe ser la de prevenir en ellos enfermedades, y - más aún la promoción del crecimiento y desarrollo normales.

Cabe resaltar que es importante que el médico pediatra conozca y sepa que su forma de reaccionar frente a los niños, contiene todo su bagaje caracterológico y toda su dinámica personal.

le interesa saber que al igual que el niño, el adulto tiene necesidades básicas en el campo de lo afectivo, de acuerdo con su carácter y con las circunstancias que concurren en una situación determinada.

A diferencia de lo que ocurre con otras especialidades, la relación del pediatra con su paciente es cada vez más estrecha, más íntima, más personalizada como consecuencia de la necesidad de considerarlo efectivamente como un ser bio-psico-social y, por lo tanto, de conocerlo mejor.

En buena parte ello se debe a que el niño no puede esperar, pues inicia su vida con máxima inseguridad, dependencia e invalidez, se debe también a que sus primeros años, por lo menos, es aún espontáneo, no ofrece trabas para una buena relación y a que conserva en parte un pensamiento mágico y animista de las cosas y de las personas, y permanentemente intenta, sin saberlo, dar un sentido al universo y ofrecerse respuesta acerca de sí mismo y de las leyes de la naturaleza. (Ramos, 1990).

En la pediatría Institucionalizada, conviene pensar en las fallas de personalidad misma del médico, más que en las de la Institución o del paciente, porque aún el niño hospitalizado es propicio y desea una buena relación.

La medicina organizada como medicina social en forma Institucional tiene que abocarse necesariamente a la acción curativa en la cual la relación médico-paciente, es muy importante. Pero puede además abarcar un planteamiento amplio, las acciones médicas que incluyen los otros aspectos mencionados: rehabilitación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Estos aspectos son básicos en el planteamiento integral de una medicina moderna. En la medicina preventiva, de la promoción de la salud, no es sujeto de fácil influencia. Para que la medicina Institucional influya positivamente en un grupo de población, es necesario que la Institución tenga las mismas capacidades que necesita el médico individual para tener una adecuada relación con

con su paciente, mantener la confianza del enfermo y hacerlo colaborar en la acción médica. (Rivero, 1990).

La figura del médico se presenta como guardián de la vida y como "agente de muerte".

El médico, finalmente, es un hombre que estableció un comercio con la muerte. El enfermo espera de él que lo siga hasta el final. Esto es una responsabilidad y el médico joven en particular, evita esta confrontación.

Desde el inicio de la profesión médica, el estudiante -- tiene contacto con un cadáver, vale decir, el contacto con la muerte; sin embargo, nunca aprendemos a acompañar a la muerte, cuando la relación médico-paciente, debería terminar con la muerte.

Blum, Gordillo, Langer, Robles, Eustace (1982) mencionan que las ideas de poder curar y dar vida que ha influido en muchos médicos para elegir esta profesión, reforzadas por la filosofía de la enseñanza actual, que no habla de la muerte como fenómeno relacionado indivisiblemente con la vida y con la enfermedad, han impreso en el médico un sentimiento de omnipotencia tal, que niega la -- muerte como la posibilidad de desenlace del proceso terapéutico -- sobre todo si esto conlleva al empleo de equipo tecnológico sofisticado.

Cuando los esfuerzos son en vano para mantener la vida del -- paciente; y la muerte hace acto de presencia, crea gran confusión y angustia que va desde la negación hasta la evasión.

La notificación de la muerte de un ser querido, a los familiares, ha sido siempre difícil y dolorosa, aunque depende de las circunstancias y de las condiciones del paciente.

El informar de la muerte de un niño, causa mayor angustia y tristeza que el de un adulto o un anciano. En el niño se depositan esperanzas, ilusiones y todo el esfuerzo por propiciar un buen desarrollo, a nivel intelectual, orgánico, como psicológico.

Nos "duele" ver como no tuvo la oportunidad de vivir ese futuro prometedor, en el que nosotros tuvieramos una importante participación.

Es sumamente doloroso comprobar la propia impotencia frente a un preescolar que muere ó frente a un adolescente cuyo desarrollo lo está llevando a la desesperanza y a la infelicidad, papel que constantemente le toca desempeñar al médico pediatra, en el sector Institucional.

La vida del médico transcurre a la sombra de la muerte. Sin embargo, el tema de la muerte ha sido, hasta épocas muy recientes eludido en la medicina.

Además de los conocimientos técnicos que le permiten anticipar y, diagnosticar la muerte, el médico deber reflexionar acerca de ella para observarla, como con otros problemas médicos, -- desde un punto de vista humano, reflexionar acerca de sus propias actitudes ante la muerte y comprender la experiencia de los enfermos en riesgo de morir.

3.2 INVESTIGACIONES ANTERIORES

Vachon (1978), describe como la relación con las necesidades de los pacientes que van a morir a menudo llevan a los miembros del personal a negar sus propias necesidades. El sugiere que es frecuente que el personal elija el trabajar con moribundos por una de las seis siguientes razones:

- a) Accidente o conveniencia
- b) Un deseo de aparecer como líder carismático
- c) Un deseo más de controlar el dolor y la muerte
- d) Una experiencia previa
- e) Una suspicacia o presentimiento de algún día desarrollar la enfermedad.

Sus investigaciones demuestran que los factores consciente e inconsciente que motivan a los individuos a trabajar con pacientes de alto riesgo de morir, pueden conducir a un estrés inesperado. Esta presión, puede significar problemas considerables para los pacientes y otros miembros del personal. La presión en el trabajo puede repercutir en la vida personal causando problemas individuales y probablemente familiares.

Otras observaciones, hacen referencia al trabajar y como puede derivarse en él, un cierto sentimiento de omnipotencia al transitar en la muerte, debiendo darse por hecho que, el que trabaja con pacientes de riesgo de morir puede a la larga llegar a sentirse rodeado por la muerte y sucumbir a la depresión y a la actitud de impotencia y desesperanza.

Otra respuesta a la presencia de la muerte es exagerar nuestra conducta con los miembros del personal, casi como una afirmación de la vida. (tomando excesivamente, conduciendo a alta velocidad, exagerando la conducta sexual, etc.) Entre las conclusiones aparece el hecho de que la exposición constante con la persona que esta muriendo de alguna manera afecta la vida propia, la relación con la familia y los amigos.

Por su parte Gross (1977) en sus propósitos de su investigación estaba el explorar los sentimientos de las enfermeras acerca de su trabajo con pacientes moribundos. El estudio que realizó incluía a 30 enfermeras que fueron encargadas de un paciente en fase terminal por 6 meses. en cuanto al método desarrollado se describe la autoselección. Los instrumentos utilizados fueron una entrevista y la aplicación de un cuestionario. El cuestionario se diseñó para especificar respuestas generales a las experiencias de los participantes alrededor de la muerte y el morir. La entrevista seguía a la administración del cuestionario y sugería a los participantes que describieran los sentimientos que habían experimentado cuando cuidaban a un paciente cuya muerte era inminente. Los datos obtenidos de las entrevistas se agruparon en estadios de sentimientos como: miedo, tristeza, necesidad de ayuda, enojo, aceptación, sentimiento de culpa. La revisión de los datos obtenidos de los cuestionarios revelaron que no había patrones entre la edad, religión, años de experiencia y los estadios de sentimientos que estas reportaban. El 74% de la población estudiada describió otro tipo de sentimientos contrarios a la aceptación de la muerte de sus pacientes.

González y Álvarez (1979) Reconocen que las actitudes hacia la muerte de los médicos, enfermeras y el personal del hospital, son el reflejo de condicionamientos culturales, religiosos, familiares, etc. Se plantea la pregunta: ¿Como reacciona el médico ante el morir de su enfermo? A lo que responde que podría ser entendida por cuatro fases: La primera la Negación, pues a pesar de su capacidad se resiste a reconocer la gravedad. La fase de trueque, estaría caracterizada por mantener cierta esperanza que aminore el impacto del morir en el enfermo. La Depresión, es otra fase que puede manifestarse por cierto abatimiento hacia el estado del enfermo. La última sería la Aceptación de la muerte.

Explica que aunque el médico este plenamente consciente del hecho, le sigue siendo difícil ver morir. Entonces la actitud hacia la muerte puede tomar tres caminos:

1.- Distanciamiento o Rechazo: Traduciéndolo a la frase: "Mándenlo a cuidados intensivos, puede significar "no quiero saber de su muerte".

2.- Ironía o Menosprecio: Se puede expresar a través de expresiones como: "el enfermo está calentando motores" o "No la -brinca". Deducen que esta actitud y otras permiten mantener la lejanía con el moribundo sin sentir que se falla.

3.- La científica, es la que se entiende friamente, que la muerte es la etapa final del crecimiento.

Reyes (1983), Refiere en su trabajo, "Ansiedad y Depresión frente a la muerte. Un estudio psicológico en el personal que labora con pacientes en riesgo de morir". Que la ansiedad rasgo aumenta en los servicios que presentan mayor riesgo de morir por parte de los pacientes. Así como, una depresión significativa en los médicos, viéndose mayor manifestación de ansiedad estado, en las mujeres del servicio de medicina interna y terapia intensiva. Con relación a la depresión se comprobó que el personal que labora con pacientes en riesgo de morir presenta un nivel más alto de depresión que aquel otro personal que maneja pacientes sin riesgo de morir.

Lorraine (1992), al recabar información para sus escritos esta de acuerdo con Parkes, quién encontró que la agonía y la muerte que enfrentaba el equipo de salud era uno de los principales factores de tensión; Sherr, Lazaruz y Menzís, corroboraron estos datos y detectaron que este problema puede tener origen en la falta de comprensión en relación a como ayudar mejor a los pacientes y a sus familias.

Blum, et al. (1982) al reconocer la angustia que generan los niños con uremia terminal, en el equipo de trabajo, que interfería con su capacidad terapéutica, llevo a organizar dentro del hospital, reuniones periódicas con técnica grupal operativa tipo Balint. El principal objetivo fue mejorar la relación equipo de salud--paciente--familia, mediante la concientización por

parte de dicho equipo de sus sentimientos y reacciones contra-transferenciales. El tiempo de intervención fue por un año, donde se registraron 35 sesiones con la participación de un promedio de 12 miembros y la coordinación de un psicoanalista grupal.

Se discutieron temas como la elección de la carrera, "caza del culpable", omnipotencia-impotencia, problemas de comunicación, organización hospitalaria, factores socioculturales, conflictos en la inclusión de sentimientos y muerte. El tema de muerte apareció asociado con la elección de carrera y en ocasión de la muerte de los pacientes, se analizó la fantasía subyacente de vencer a la muerte o de confrontarla depositándola en los pacientes graves, lo cual explicaría parcialmente la dificultad de acercarse al paciente moribundo.

A medida que transcurrió el proceso, se fueron reduciendo las intervenciones sobre la "caza del culpable" y eventualmente algunos participantes pudieron expresar sus propios conflictos en relación con los pacientes, se advirtió algún cambio en la red de comunicación siendo en ocasiones circular o en cadena. Se procuró modificar la verticalidad jerárquica por una relación asimétrica. En conclusión, se tienen pautas para aprender una nueva forma de relacionarse con el paciente y se ha incorporado la toma de decisiones, ahora se considera la opinión de la familia y la del propio niño, respetando sus deseos en cuanto a la calidad de vida e incluso a la de la propia muerte.

CAPITULO IV

M E T O D O

4.1 JUSTIFICACION

Ha sido poca la atención que se le ha dado a los médicos en formación, en relación a los constantes enfrentamientos de situaciones desagradables y desgastantes. NO obstante la vida del médico transcurre a la sombra de la muerte, su meta consiste en -- conservar la vida y evitar a toda costa la presencia de la muerte.

Se ha detectado que la muerte en los profesionistas de la salud produce frustración y esto a su vez agresión, pero realmente ¿Que sentimientos se generan en el médico pediatra cuando mueren sus pacientes?.

Al hacer la revisión bibliográfica en relación al tema, encontré muy pocas investigaciones al respecto, situación que me -- motivo aún más para conocer los afectos que predominan en el médico Pediatra cuando mueren sus pacientes; esto con el fin de -- contar con elementos que permitan ofrecer, en caso de ser necesario, un enriquecimiento en la formación de los médicos, desde un punto de vista psicológico. Es decir, ampliar la capacidad de -- introspección de angustias, frustraciones, culpas y obstáculos -- que pueden enfrentar, y evitar que esto influya en su desempeño profesional y en este sentido proveerlos de la habilidad para aprender de sus experiencias y ofrecer técnicas para resolver los problemas relativos a como hacerle frente a la muerte. A su vez, esto implica, ampliar la proyección profesional del psicólogo.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es de tipo Exposfacto (Cambell y Stanley, 1982) es decir, los hechos sucedieron antes de la investigación. Por lo tanto se pretende conocer el perfil de afectos en médicos residentes de Pediatría, ante la muerte de sus pacientes; así como, comparar las diferencias (en caso de que existan) en los tres grupos de residentes. Siendo esto una inferencia acerca de la relación entre variables, sin intervención directa y partiendo de una variación concomitante de variable independiente y dependiente. Por tal motivo sólo se expondran estas variables como referencia de la relación sin hacer ninguna manipulación de las mismas.

4.3 OBJETIVO

Identificar cuáles son los afectos que presentan los médicos residentes de Pediatría, ante la muerte de sus pacientes.

4.4 HIPOTESIS

- H₁: Existe un perfil de afectos en médicos residentes de Pediatría, ante la muerte de sus pacientes.
- H₂: Existe un perfil de afectos distinto entre médicos residentes de Pediatría, que puntuan normal en el SN 59 y médicos residentes de Pediatría que puntuan neuróticos en el SN 59.
- H₃: Existe un perfil de afectos distinto entre médicos residentes de Pediatría, que puntuan sinceros en el SN 59 y médicos residentes de Pediatría que puntuan insinceros en el SN 59.
- H₄: Existe un perfil de afectos distinto entre médicos residentes de primer año (RI), segundo año (RII) y tercer año (RIII).

4.5 VARIABLES

V.I Neuroticidad y Sinceridad en médicos residentes de Pediatría.

V.D Afectos ante la muerte de sus pacientes.

4.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES

NEUROTICIDAD: Factor caracterizado principalmente por falta de integración general de la personalidad, de adaptabilidad y esfuerzo general. (Rubio, 1993).

SINCERIDAD: Justificar la inculpabilidad de uno en el hecho o dicho que se le atribuye. (Raluy, 1982).

APECTO: Término genérico que se aplica a los sentimientos - emociones o disposiciones en tanto modo de funcionamiento mental. Es la expresión de un impulso libidinal o agresivo. Las expresiones cualitativas del impulso libidinal pueden dar por resultado afectos positivos y las expresiones cualitativas del impulso-agresivo pueden dar afectos negativos. (Rapaport, - 1962). Los afectos están bajo el control del Yo ya que es el que los percibe, estos afectos son conscientes por lo que cuando el Yo los percibe dependiendo del monto de carga impulsiva y de su procedencia (agresiva o libidinales) ayudan al Yo, lo incrementa, lo mantiene, lo disminuye en su relación con los objetos. (González, 1995). La clasificación que se ha realizado al respecto es: Afectos negativos ante la pérdida, Afectos positivos que implican fuerza yoica, Afectos elaborativos del duelo y Afectos que denotan debilidad Yoica.

MUERTE: Cesación definitiva de la coordinación de los organismos produciéndose la terminación de los procesos vitales. (Caruso, 1968)

4.7 DEFINICIONES OPERACIONALES

NEUROTICIDAD: Intensidad de perturbación neurótica, medida a través del cuestionario SN 59, donde las notas "T" iguales o superiores a 70, son un índice manifiesto de perturbación neurótica. (Cerdá - 1962).

SINCERIDAD: Cuando los resultados en esta escala están por encima de "T" igual a 70, son sospechosos de insinceridad conciente o inconsciente, según el SN 59. (Cerdá, 1962)

AFECTO: Cada ocasión que en frecuencia o intensidad, el sujeto conteste cada enunciado del cuestionario de afectos ante la muerte, según la escala que se presenta en el mismo.

MUERTE: Cuando el sujeto conteste el cuestionario de Afectos ante la Muerte, tomando como referencia las instrucciones en el mismo y la relación con cada uno de los afectos.

4.8 MUESTRA

Se eligió la población estudio perteneciente al Instituto Nacional de Pediatría, la población total actual asciende a 138 médicos residentes de Pediatría, constituida de la siguiente manera 54 residentes de primer año (RI), 47 residentes de segundo año -- (RII) y 37 residentes de tercer año (RIII). (No se consideraron los médicos estudiantes de subespecialidad).

La muestra considerada para esta investigación, está consti
tuída por 40 médicos, conformados de la siguiente manera:

12 médicos de primer año (RI), 16 médicos de segundo año --
(RII) y 12 médicos de tercer año (RIII).

Las edades flucturaron entre los 25 y 35 años, de ambos se-
xos.

4.9 INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE AFECTOS ANTE LA MUERTE

Se diseñó un cuestionario de "Afectos ante la muerte" (apén-
dice A) en médicos residentes de Pediatría, de la siguiente mane-
ra:

a) Se acudió al Instituto Nacional de Pediatría, donde se -
realizaron 15 entrevistas a diversos médicos, los cuales nombra-
ron algunos afectos que siente el médico cuando mueren sus pa --
cientes.

Estos datos fueron considerados para estructurar una lista-
de afectos que aparece en el cuestionario; además de complemen-
tarlos con la bibliografía que se ha consultado al respecto.

b) Se reunió un listado de afectos (40) mitad positivos y
mitad negativos, que formaron el listado final.

c) Se seleccionó aleatoriamente una lista de afectos positi
vos y negativos, que formaron el listado final.

d) Se realizó un primer piloteo, para depurar el instrumen-
to y obtener la versión para el estudio fina.

e) Se realizó una segunda aplicación para obtener los re-
sultados finales de la investigación, lo suales se mostraran el
el capítulo correspondiente.

CUESTIONARIO SN 59

El cuestionario Sn 59 (Cerdá, 1962) (apéndice B), es un instrumento rápido y eficaz para la determinación objetiva de los posibles trastornos emocionales existentes en cualquier población adulta en general, es decir, presuntamente compuesta por sujetos neuróticos y no neuróticos. (Escala N), al mismo tiempo, controlar la actitud del sujeto ante la prueba, es decir, poder tener una orientación objetiva sobre la sinceridad del examinado mientras pasó la prueba. (Escala S).

La escala "neuroticidad" está compuesta por 44 preguntas -- las 15 restantes son las que entremezcladas con las anteriores constituyen la escala de "sinceridad". La administración puede ser; en forma individual, autoadministrada, o en forma colectiva. El tiempo para resolver dicho cuestionario es de 10 a 15 min. aproximadamente.

Al contestar el cuestionario se puede optar por tres diferentes respuestas: "Verdad", "Falso" o "No lo sé".

El cuestionario SN 59, fue construido con base en el test - Cornell Index FN2 y el M.M.P.I

a) ESTANDARIZACION

Después de haber construido el test, éste se normalizó sobre la muestra escogida al azar y compuesta por 240 personas. La muestra se dividió en dos submuestras según los siguientes criterios: 1) Sexo 120 mujeres y 120 hombres, 2) nivel cultural inferior y superior, 3) Edades; cinco grupos: 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59.

b) CONFIABILIDAD

Se determinó por el método de "par-impar" utilizando como fórmula el coeficiente de correlación de Spearman. Se obtuvo -

coeficiente de confiabilidad, para la escala "N" de .74

c) VALIDEZ

La válidez quedó conformada por la experiencia de validación a la cual se sometió el SN 59 y que consistió en administrar lo a un grupo de 40 sujetos, todos ellos con previo diagnóstico clínico de neurosis. La muestra se compuso de 20 mujeres y 20 - hombres de ellos 10 de nivel superior y 10 de nivel inferior.

Los resultados de validación se dan en tablas que aparecen en la publicación del cuestionario.

4.10 PROCEDIMIENTO

Se realizó la investigación bibliográfica que sirve de base al marco teórico de la tesis.

Se elaboró el cuestionario de "Afectos ante la muerte", se piloteó, con la finalidad de obtener la confiabilidad y depuración del instrumento para el estudio final. Se validó por análisis factorial, y se confiabilizó por medio de la prueba de Alpha de Cronbach.

Se eligió la población de estudio perteneciente al Instituto Nacional de Pediatría, se presentó el proyecto; debido a algunos inconvenientes se decidió aplicar en forma individual, pidiendo la colaboración de cada uno de los médicos de manera verbal. Al obtener su aprobación se procedió a la aplicación.

La aplicación final se realizó a 40 médicos en forma individual, en los diversos servicios médicos dentro del área de hospitalización. Se aplicó el cuestionario de "Afectos ante la muerte" y el SN 59, ambos instrumentos conservaron el anonimato. Se les explicaron las instrucciones y se anexo un glosario de términos que correspondían a los afectos, con el fin de que las definiciones de cada afecto fueran homogéneas. Se mencionó que no se podrían dar resultados hasta concluida la investigación y estos serían de manera grupal.

Las aplicaciones se realizaron en dos meses y se obtuvieron las calificaciones a la par.

Se realizó el análisis estadístico, Alpha de Cronbach para la confiabilidad del instrumento, el análisis de varianza, para comparar a los grupos y un análisis descriptivo de frecuencias para determinar los perfiles.

Se obtuvieron los resultados, utilizando el programa de computación SSPS para Windows.

7

"La muerte significa la terminación de todo significado de la vida que uno empezó a asumir cuidadosamente mediante sus ideas. Llega y se cae en un vacío del cual nunca se puede retornar."

Estudiante desahuciado.

" La meta de la vida es la muerte ".

Freud.

"El miedo a la muerte es perfectamente natural deja de serlo, sin embargo, cuando en lugar de servir y proteger a la vida, impide vivir".

"La muerte es la compañera inseparable de la vida".

Abadi.

C A P I T U L O V

" R E S U L T A D O S "

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 ESTUDIO PILOTO

A continuación se describe la elaboración, origen y descripción del "Cuestionario de Afectos ante la muerte", así como, el -piloteo para obtener la versión final del mismo y su respectiva confiabilidad y validez.

La necesidad de elaborar este cuestionario surgió por la carencia de un instrumento que midiera los afectos que siente el médico cuando mueren sus pacientes, por lo que se decidió elaborar el "Cuestionario de Afectos ante la muerte".

Se entrevistaron a 15 médicos residentes del Instituto Nacional de Pediatría, donde nombraron algunos afectos que siente el -médico cuando mueren sus pacientes. Estos datos fueron considerados para estructurar una lista de afectos que fue complementada -con la bibliografía que se ha consultado al respecto.

Para que el número de afectos fuera equilibrado se seleccionaron 20 afectos positivos y 20 afectos negativos, partiendo de -la situación en la que el médico se enfrenta a la muerte.

Estos son los siguientes:

POSITIVOS ANTE LA MUERTE	NEGATIVOS ANTE LA MUERTE
1.- PESADUMBRE	1.- CORAJE
2.- TRISTEZA	2.- ALIVIO
3.- FRUSTRACION	3.- CULPA
4.- AFLICCION	4.- ALICIENTE MORAL
5.- DECEPCION	5.- ENOJO
6.- GANAS DE LLORAR	6.- MIEDO
7.- DEPRESION	7.- IMPOTENCIA
8.- ACEPTACION	8.- IRONIA

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| 9.- MELANCOLIA | 9.- DESESPERACION |
| 10.- COMPASION | 10.- DEBILIDAD |
| 11.- VALENTIA | 11.- COBARDIA |
| 12.- EMPATIA | 12.- PASIVIDAD |
| 13.- LASTIMA | 13.- INCERTIDUMBRE |
| 14.- PENA | 14.- REMORDIMIENTO |
| 15.- SUPRIMIENTO | 15.- AMARGURA |
| 16.- RESIGNACION | 16.- INCAPACIDAD ANTE
LA MUERTE |
| 17.- CONGOJA | 17.- APATIA |
| 18.- DOLOR | 18.- ANGUSTIA |
| 19.- SUPERACION | 19.- RECHAZO |
| 20.- LEALTAD | 20.- EVASION |

En el párrafo de afectos positivos, aparecen algunos afectos que pueden interpretarse como negativos, como es "Tristeza"; Sin embargo, es considerado como positivo por que es normal que aparezca en el proceso de duelo en los médicos y en las personas en general.

La escala para determinar la intensidad del afecto fue basada en el método de rangos sumariados de Likert, en el cual, el sujeto debe expresar su elección frente a un cierto número de opciones, elaboradas de modo que pueda apreciarse la fuerza de decisión. Incluye cinco niveles que son:

- 1.- Siempre lo siento, 2.- Casi siempre lo siento, 3.- Rara vez lo siento, 4.- Casi nunca lo siento, 5.- Nunca lo siento.

El cuestionario de "Afectos ante la muerte", fue aplicado a 20 médicos del Instituto Nacional de Pediatría, todos ellos es tudiantes de la especialidad y subespecialidad. La muestra fue de tipo accidental, ya que no se consideró la edad, el sexo y el año de especialización.

Con la finalidad de conocer el comportamiento de los reactivos y evaluar la confiabilidad y validez de constructo del ins--

trumento, se realizó el análisis factorial exploratorio con rotación varimax de cuatro factores; donde se hipotetizó que en cada factor se agruparían los reactivos correspondientes y se determinarían que era lo que evaluaba cada factor. De estos resultados es importante señalar que sólo se reportaron las cargas factoriales superiores a 0.30

Los criterios de eliminación empleados fueron: 1) Que no cargaran alto en el factor de pertenencia, 2) Que cargaran alto en más de un factor, 3) Eliminación de los reactivos que cargaran menos en el factor de pertenencia con respecto de los demás reactivos. Los reactivos eliminados fueron el No. 1, Pasividad, No.21 Empatía y No.31 Culpa.

En la tabla 1, encontramos los resultados de la correlación ítem total. En la tabla 2, se reportan los reactivos con cargas factoriales significativas. A partir de la clasificación de los reactivos en cada uno de los factores, se procedió a la categorización (Tabla 3), sometiendo a un juicio, determinándose lo que evaluaba cada factor. Las áreas son: 1.- Afectos negativos ante la pérdida, 2.- Afectos que implican fuerza yoica, 3.- Afectos elaborativos del duelo, 4.- Afectos que denotan debilidad Yoica. (Tabla 4, Resultados de la categorización de reactivos por área. Factor 1, 2, 3, 4, respectivamente.)

En cuanto a la confiabilidad, en la tabla 5, se reportan los índices de Alpha de Cronbach para cada factor, los cuales muestran un rango de confiabilidad altamente aceptable, siendo mayores de .73

El cuestionario de "Afectos ante la Muerte" quedó conformado por 37 afectos, los cuales fueron enlistados al azar, para su presentación final. (Apéndice A)

A partir de estos resultados, se concluyó que este instrumento se considera confiable para fines de esta investigación.

trumento, se realizó el análisis factorial exploratorio con rotación varimax de cuatro factores; donde se hipotetizó que en cada factor se agruparían los reactivos correspondientes y se determinarían que era lo que evaluaba cada factor. De estos resultados es importante señalar que sólo se reportaron las cargas factoriales superiores a 0.30

Los criterios de eliminación empleados fueron: 1) Que no -- cargaran alto en el factor de pertenencia, 2) Que cargaran alto - en más de un factor, 3) Eliminación de los reactivos que cargaran menos en el factor de pertenencia con respecto de los demás reactivos. Los reactivos eliminados fueron el No. 1, Pasividad, No.21 Empatía y No.31 Culpa.

En la tabla 1, encontramos los resultados de la correlación ítem total. En la tabla 2, se reportan los reactivos con cargas - factoriales significativas. A partir de la clasificación de los - reactivos en cada uno de los factores, se procedió a la categorización (Tabla 3), sometidos a un jueceo, determinándose lo que evaluaba cada factor. Las áreas son: 1.- Afectos negativos ante - la pérdida, 2.- Afectos que implican fuerza yoica, 3.- Afectos - elaborativos del duelo, 4.- Afectos que denotan debilidad Yoica. (Tabla 4, Resultados de la categorización de reactivos por área. Factor 1, 2, 3, 4, respectivamente.)

En cuanto a la confiabilidad, en la tabla 5, se reportan los índices de Alpha de Cronbach para cada factor, los cuales muestran un rango de confiabilidad altamente aceptable, siendo mayores de .73

El cuestionario de "Afectos ante la Muerte" quedó conformado por 37 afectos, los cuales fueron enlistados al azar, para su presentación final. (Apéndice A)

A partir de estos resultados, se concluyó que este instrumento se considera confiable para fines de esta investigación.

CORRELACION ITEM TOTAL

TABLA 1

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
1	0.32166		0.33971	0.34231 *
2	0.60188			
3	0.78220			0.68340
4			0.30443	0.50912
5			0.45415	
6			0.71073	
7	0.65164			0.41948
8			0.56030	0.71642
9	0.35408	0.52280		
10		0.78983		
11			0.84684	
12	0.71320			
13	0.56415			
14		0.55065		
15			0.37726	0.66695
16	0.74570			
17			0.48099	
18	0.62591			
19		0.42248		
20				0.82789
21				0.37737
22				
23	0.56250	0.49848		
24	0.65554			
25	0.79480			
26	0.80273			
27	0.45878			0.51817
28	0.46438		0.42041	
29	0.44700			
30	0.48587		0.47298	
31	0.30787	0.61778	0.38034	
32	0.30255			
33		0.82908		
34	0.54980			0.30016
35	0.63597		0.51428	
36	0.56002			
37			0.51770	
38			0.77770	
39		0.71904		
40		0.79532		

NOTA: LOS REACTIVOS CON ASTERISCO (*) FUERON ELIMINADOS

CARGAS FACTORIALES SIGNIFICATIVAS

TABLA 2

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
1				
2	0.60188			
3	0.78220			
4				0.50912
5			0.45415	
6			0.71073	
7	0.65164			
8				0.71642
9		0.52280		
10		0.78983		
11			0.84684	
12	0.71320			
13	0.56415			
14		0.55065		
15				0.56695
16	0.74570			
17			0.48099	
18	0.62591			
19		0.42248		
20				0.82789
21				
22				0.37737
23	0.56250			
24	0.65554			
25	0.79480			
26	0.80273			
27				0.51817
28	0.46438			
29	0.44700			
30	0.48587			
31				
32	0.30255			
33		0.82908		
34	0.54980			
35	0.63597			
36	0.56002			
37			0.51770	
38			0.77770	
39		0.71904		
40		0.79532		

CATEGORIZACION DE REACTIVOS

TABLA 3

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
1				
2	amargura			
3	decepción			
4				coraje
5			melancolía	
6			dolor	
7	rechazo			
8				debilidad
9		valentía		
10		aceptación		
11			tristeza	
12	desesperación			
13	congoja			
14		resignación		
15				enojo
16	apatía			
17			impotencia	
18	cobardía			
19		aliciente moral		
20				incertidumbre
21				
22				lástima
23	ironía			
24	pesadumbre			
25	evasión			
26	remordimiento			
27				ganas de llorar
28	sufrimiento			
29	miedo			
30	aflicción			
31				
32	incapacidad ante la muerte			
33		superación		
34	depresión			
35	compasión			
36	frustración			
37			angustia	
38			pena	
39		alivio		
40		lealtad		

CATEGORIZACION DE REACTIVOS POR AREA

TABLA 4

FACTOR 1: AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA

AMARGURA	EVASION
DECEPCION	REMORDIMIENTO
RECHAZO	SUFRIMIENTO
DESESPERACION	MIEDO
CONGOJA	AFLICCION
APATIA	INCAPACIDAD ANTE LA MUERTE
COBARDIA	DEPRESION
IRONIA	COMPASION
PESADUMBRE	FRUSTRACION

FACTOR 2: AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA.

VALENTIA
ACEPTACION
RESIGNACION
ALICIENTE MORAL
SUPERACION
ALIVIO
LEALTAD

FACTOR 3: AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO

MELANCOLIA	IMPOTENCIA
DOLOR	ANGUSTIA
TRISTEZA	PENA

FACTOR 4: AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA

CORAJE	INCERTIDUMBRE
DEBILIDAD	LASTIMA
ENOJO	GANAS DE LLOHAR

INDICES DE CONFIABILIDAD PARA CADA FACTOR

TABLA 5

FACTOR	ALPHA DE CRONBACH
1	0.8942
2	0.8085
3	0.7317
4	0.7864

5.2 INSTRUMENTO FINAL

Se utilizó la muestra compuesta por 40 sujetos, de ambos - sexos pertenecientes al Instituto Nacional de Pediatría, de eda des entre los 25 y 35 años.

Se procedió a repetir el proceso de análisis de datos em-- pleado en el estudio piloto, para comprobar la confiabilidad - del cuestionario de afectos ante la muerte. Se empleó de nuevo- la prueba de confiabilidad de Alpha de Cronbach, reportando que cada área tenía una confiabilidad mayor de .66 en todos los ca- sos. Esto significa que todos los reactivos que pertenecen a - la misma área se comportan homogéneamente y, además, lo ante -- rior se refleja en la confiabilidad de cada área.

INDICES DE CONFIABILIDAD PARA CADA AREA

TABLA 6

AREA	ALPHA DE CRONBACH
1) AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA	0.8806
2) AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA	0.6684
3) AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO	0.7888
4) AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA	0.6672

En los resultados de la escala de afectos negativos ante - la pérdida (Tabla 7) aparecen los reactivos No. 13 , Compasión- y No. 45, Apatía, que en la correlación ítem-total corregida -- presentan algunos problemas ya que son inferiores al valor de - la carga factorial aceptable (0.20).

En la tabla 8, se reportan los resultados de la escala de -
Afectos positivos que implican fuerza yoica, donde los reactivos
son mayores a el valor de 0.20, por lo que no hay inconvenientes
al respecto. (Ver tabla 8)

Los resultados de la escala de afectos elaborativos del due
lo (Tabla 9), son superiores al valor de 0.20 por lo que no e--
xisten dificultades en los reactivos. (Ver tabla 9)

De igual manera en la tabla 10 se reportan los resultados -
de la escala de afectos que Denotan debilidad Yoica, con valores
en la correlación ítem-total mayores a 0.20 (Ver tabla 10).

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA
 TABLA 7

REACTIVO	MEDIA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	VARIANZA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	CORRELACION ITEM TOTAL CORREGIDA	ALPHA AL OMITIR EL REACTIVO
11 DECEPCION	38.4750	122.3071	00.4709	00.8754
13 COMPASION	37.7750	127.4096	00.1752	00.8880
18 RECHAZO	39.9250	127.4558	00.3420	00.8794
19 SUFRIMIENTO	39.0600	117.6897	00.5687	00.8719
20 AMARGURA	39.6600	121.0538	00.5209	00.8739
22 MIEDO	39.6600	116.2333	00.6606	00.8684
23 DEPRESION	39.2600	116.9616	00.6717	00.8683
26 AFLICCION	39.8000	119.9590	00.5502	00.8727
28 FRUSTRACION	38.9750	118.4866	00.5913	00.8712
32 DESESPERACION	39.6250	125.1635	00.3903	00.8781
36 EVASION	39.6750	121.1994	00.4484	00.8766
37 INCAPACIDAD ANTE LA MUERTE	39.1750	117.6866	00.4730	00.8766
38 CONGOJA	39.0750	113.6609	00.7638	0.8642
39 PESADUMBRE	39.1000	112.4513	00.7832	00.8631
40 IRONIA	39.8000	122.4718	00.4647	00.8758
41 REMORDIMIENTO	39.4750	119.7942	00.5348	00.8733
43 COBARDIA	39.9250	118.6353	00.6540	00.8694
45 APATIA	40.2250	130.9994	00.0816	00.8887

ALPHA DE CRONBACH .8806

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA
 TABLA 8

REACTIVO	MEDIA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	VARIANZA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	CORRELACION ITEM TOTAL CORREGIDA	ALPHA AL OMITIR EL REACTIVO
09 VALENTIA	19.4500	18.4077	00.6846	00.5290
12 ACEPTACION	18.6500	24.0795	00.2743	00.6605
24 RESIGNACION	19.2250	24.8455	00.2301	00.6705
30 ALICENTE MORAL	19.8000	24.3179	00.2200	00.6709
33 SUPERACION	19.5750	21.3788	00.3226	00.6570
14 LEALTAD	18.8000	20.9333	00.5255	00.5894
15 ALIVIO	20.2500	23.4744	00.4483	00.6209

ALPHA DE CRONBACH .6684

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO
 TABLA 9

REACTIVO	MEDIA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	VARIANZA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	CORRELACION ITEM TOTAL CONREGIDA	ALPHA AL OMITIR EL REACTIVO
16 TRISTEZA	15.1750	18.6609	00.5104	00.7840
26 ANGUSTIA	14.1000	16.9641	00.5849	00.7445
31 MELANCOLIA	14.3000	18.0103	00.4982	00.7653
35 DOLOR	14.1500	17.0026	00.5540	00.7515
42 IMPOTENCIA	14.5200	16.2045	00.5683	00.7404
44 PENA	14.7500	16.2435	00.5329	00.7590

ALPHA DE CRONBACH .7888

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO
 TABLA 9

REACTIVO	MEDIA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	VARIANZA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	CORRELACION ITEM TOTAL CORREGIDA	ALPHA AL OMITIR EL REACTIVO
16 TRISTEZA	15.1750	18.6609	00.5104	00.7540
26 ANGUSTIA	14.1000	16.9641	00.5849	00.7445
31 MELANCOLIA	14.3000	18.0103	00.4962	00.7653
35 OOLOR	14.1500	17.0026	00.5548	00.7515
42 IMPOTENCIA	14.5200	16.2045	00.5683	00.7484
44 PENA	14.7500	16.2435	00.5329	00.7590

ALPHA DE CRONBACH .7888

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA
 TABLA 10

REACTIVO	MEDIA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	VARIANZA DE LA ESCALA AL OMITIR EL REACTIVO	CORRELACION ITEM TOTAL CORREGIDA	ALPHA AL OMITIR EL REACTIVO
10 GANAS DE LLORAR	17.1000	14.0923	00.4074	00.6242
17 INCERTIDUMBRE	16.7750	12.9481	00.5311	00.5821
21 ENOJO	16.3500	13.8231	00.3409	00.6445
27 LASTIMA	16.8250	11.5327	00.4420	00.6127
29 CORAJE	16.6000	14.7077	00.2463	00.6744
34 DEBILIDAD	15.9750	13.2045	00.4517	00.6067

ALPHA DE CRONBACH .6672

5.3 ANALISIS DE VARIANZA

Se aplicó el análisis de varianza debido a que se cuenta con tres grupos independientes (residentes de cada año) y se les evaluó con variables de tipo intervalar (afectos).

Debido a ello, se empleó el análisis de varianza para comparar los afectos entre grupos y comprobar si eran estadísticamente significativos.

A continuación se muestran las tablas de los resultados del análisis de varianza en cada uno de los factores: (Tabla 11 análisis de varianza. Afectos negativos ante la pérdida: Factor 1), - (Tabla 12, análisis de varianza. Afectos positivos que implican fuerza yoica: Factor: 2), (Tabla 13, análisis de varianza. Afectos elaborativos del duelo: Factor 3), (Tabla 14, análisis de varianza Afectos que denotan debilidad yoica: Factor 4)

En relación al factor 1 "Afectos negativos ante la pérdida" (Tabla 11), el valor de F es igual a .31 ($p=0.05$), lo que nos indica que en los tres grupos de médicos no existen diferencias significativas al respecto.

En el factor 2 "Afectos positivos que implican fuerza yoica" (Tabla 12) el valor de F es igual a .85 ($\bar{p}=0.05$); mostrándonos que no existen diferencias significativas en los tres grupos de médicos.

En el factor 3 "Afectos elaborativos del duelo" (Tabla 13) el valor de F es igual a .95 ($p=0.05$), lo que nos indica que no existen diferencias significativas en los tres grupos de médicos.

En lo que respecta al factor 4 "Afectos que denotan debilidad yoica" el valor de F corresponde a .70 ($p=0.05$), que nos in-

dica que al igual que los anteriores no existen diferencias significativas en los cuatro factores, con relación a los médicos de primer año (RI), segundo año (RII) y tercer año (RIII), se pueden observar las medias de cada uno de los factores y ubicar el predominio de afectos, correspondiente a cada factor.

Con relación al factor 1 (Afectos negativos ante la pérdida) la media total corresponde al valor de 41.62, por lo que se ubica por debajo del promedio; es decir, son sentimientos menos percibidos por los médicos residentes. (Tabla 11)

En el factor 2 (Afectos positivos que implican fuerza yoica), con una media total correspondiente a 22.62, se ubica por encima del promedio, por lo que son afectos que se perciben más en los médicos residentes. (Tabla 12)

En el factor 3 (Afectos elaborativos del duelo), tiene una media total igual a 17.40 que al compararla con el promedio, se encuentran con valores similares; es decir, no existe una diferenciación clara de este tipo de afectos (Tabla 13)

Y por último el factor 4 (Afectos que denotan debilidad Yoica) poseen una media total igual a 19.92, que se ubica por encima del promedio; por lo tanto, son afectos que se perciben más en los médicos residentes (tabla 14)

En cuanto al factor evaluado neuroticidad se encontró que únicamente un caso fue reportado como neurótico y los 39 restantes en el rango de sanos. (Tabla 15)

En lo que respecta a el factor sinceridad, 36 casos fueron reportados sinceros y los 4 restantes como insinceros. (Tabla 16).

Por lo anterior se puede apreciar que según los datos reportados en el SN 59, los médicos se encuentran en los parámetros de sanos y sinceros.

ANALISIS DE VARIANZA
 AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA: FACTOR 1
 TABLA 11

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	RAZON DE LA VARIANZA (F)
GRUPO 1 (Ri)	12	37.33	09.32	00.3116
GRUPO 2 (Rii)	17	43.76	13.40	
GRUPO 3 (Riii)	11	43.00	10.40	
TOTAL	40	41.62	11.58	

ANALISIS DE VARIANZA
 AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA: FACTOR 2
 TABLA 12

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	RAZON DE LA VARIANZA (F)
GRUPO 1 (RI)	12	23.16	04.80	00.8505
GRUPO 2 (RII)	17	22.05	04.61	
GRUPO 3 (RIII)	11	22.90	07.25	
TOTAL	40	22.62	05.38	

ANALISIS DE VARIANZA
 AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO : FACTOR 3
 TABLA 13

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	RAZON DE LA VARIANZA (F)
GRUPO 1 (RI)	12	17.75	03.49	00.9572
GRUPO 2 (RII)	17	17.29	05.99	
GRUPO 3 (RIII)	11	17.18	04.62	
TOTAL	40	17.40	04.87	

ANALISIS DE VARIANZA
 AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA: FACTOR 4
 TABLA 14

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	RAZON DE LA VARIANZA (F)
GRUPO 1 (RI)	12	19.83	03.78	00.7019
GRUPO 2 (RII)	17	19.41	05.02	
GRUPO 3 (RIII)	11	20.81	03.60	
TOTAL	40	19.92	04.25	

FACTOR NEUROTICIDAD
TABLA 15

GRUFOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANOS	39	97.5
NEUROTICOS	1	2.5
TOTAL	40	100

FACTOR SINCERIDAD
TABLA 16

GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SINCEROS	36	90
INSINCEROS	4	10
TOTAL	40	100

5.4 RESULTADOS DE LOS PERFILES

A continuación se muestran las tablas que describen los perfiles correspondientes a la investigación.

De acuerdo a estas tablas se pueden observar los perfiles en relación al grado académico (Estudiantes de primer año de Pediatría RI, estudiantes de segundo año de Pediatría RII, estudiantes de tercer año de Pediatría RIII.) y los respectivos afectos con los valores que corresponden a la intensidad de la escala en que fueron evaluados.

Es importante diferenciar dentro del perfil las puntuaciones más altas en los parámetros de ausencia o presencia de los afectos, según la escala empleada en el instrumento. Ya que estas dos características intervienen para distinguir las diferencias específicas de cada grupo y obtener el perfil correspondiente.

PERFIL DE AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA: FACTOR 1

En la tabla 17 se muestran los resultados del perfil de afectos negativos ante la pérdida: factor 1, que puntúan alto en los rangos de la escala en que fueron evaluados; así como, en los grupos de médicos, los cuales se presentan a continuación.

MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (RI)

Se puede observar que los afectos con mayor puntuación en los rangos de la escala: "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: MIEDO, EVASION, REMORDIMIENTO y COBARDIA.

Los afectos con mayor puntuación en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: DECEPCION, COMPASION, AFLICCION y APATIA.

MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (RII)

Los afectos que puntúan altos en los rangos de la escala - "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: RECHAZO, -- AMARGURA E IRONIA.

Los afectos que puntúan altos en los rangos de la escala - "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: DECEPCION, COMPASION Y APATIA.

MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (RIII)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala - "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: RECHAZO, -- EVASION y COBARDIA.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala - "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: COMPASION y -- APATIA.

PERFIL DE AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA: FACTOR 1

TABLA 17

REACTIVO	GRADO ACADÉMICO					
	R1		R2		R3	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
11 DECEPCION						
Nunca lo siento	0	0.00	2	11.76	0	0.00
Casi nunca lo siento	5	41.67	7	41.18	3	27.27
Rara vez lo siento	7	58.33	4	23.53	2	18.18
Casi siempre lo siento	0	0.00	2	11.76	5	45.45
Siempre lo siento	0	0.00	2	11.76	1	9.09
13 COMPASION						
Nunca lo siento	6	50.00	7	41.18	4	36.36
Casi nunca lo siento	2	16.67	6	35.29	2	18.18
Rara vez lo siento	2	16.67	2	11.76	2	18.18
Casi siempre lo siento	0	0.00	2	11.76	2	18.18
Siempre lo siento	2	16.67	0	0.00	1	9.09
18 RECHAZO						
Rara vez lo siento	3	25.00	2	11.76	3	27.27
Casi siempre lo siento	3	25.00	6	35.29	3	27.27
Siempre lo siento	6	50.00	9	52.94	5	45.45
19 SUFRIMIENTO						
Nunca lo siento	1	8.33	2	11.76	1	9.09
Casi nunca lo siento	0	0.00	2	11.76	2	18.18
Rara vez lo siento	5	41.67	3	17.65	3	27.27
Casi siempre lo siento	4	33.33	5	29.41	4	36.36
Siempre lo siento	2	16.67	5	29.41	1	9.09
20 AMARGURA						
Nunca lo siento	0	0.00	0	0.00	1	9.09
Casi nunca lo siento	2	16.66	1	5.88	0	0.00
Rara vez lo siento	1	8.33	3	17.64	2	18.18
Casi siempre lo siento	4	33.32	5	29.40	5	45.45
Siempre lo siento	5	41.65	8	47.04	3	27.27
22 MIEDO						
Nunca lo siento	0	0.00	0	0.00	1	9.09
Casi nunca lo siento	1	8.33	2	11.76	1	9.09
Rara vez lo siento	0	0.00	6	35.28	2	18.18
Casi siempre lo siento	3	24.99	3	17.64	1	9.09
Siempre lo siento	8	66.64	6	35.28	6	54.54
23 DEPRESION						
Nunca lo siento	0	0.00	0	0.00	1	9.09
Casi nunca lo siento	2	16.66	2	11.76	3	27.27
Rara vez lo siento	2	16.66	3	17.64	2	18.18
Casi siempre lo siento	4	33.32	10	52.90	2	18.18
Siempre lo siento	4	33.32	2	11.76	3	27.27
25 AFLICCION						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	0	0.00
Casi nunca lo siento	5	41.65	3	17.64	4	36.36
Rara vez lo siento	2	16.66	6	35.28	3	27.27
Casi siempre lo siento	2	16.66	5	29.40	4	36.36
Siempre lo siento	3	24.99	2	11.76	0	0.00
28 FRUSTRACION						
Nunca lo siento	1	8.33	0	0.00	0	0.00
Casi nunca lo siento	1	8.33	6	35.28	2	18.18
Rara vez lo siento	4	33.32	4	23.52	5	45.45
Casi siempre lo siento	3	24.99	4	23.52	2	18.18
Siempre lo siento	3	24.99	3	17.64	2	18.18

PERFIL DE AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA: FACTOR 1

TABLA 17

REACTIVO	GRADO ACADEMICO					
	R1		R2		R3	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
32 DESESPERACION						
Casi nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	2	18.18
Rara vez lo siento	2	16.66	4	23.52	2	18.18
Casi siempre lo siento	4	33.32	7	41.16	4	36.36
Siempre lo siento	6	49.98	5	29.40	3	27.27
36 EVASION						
Nunca lo siento	0	0.00	0	0.00	2	18.18
Casi nunca lo siento	0	0.00	2	11.76	0	0.00
Rara vez lo siento	0	0.00	6	35.28	2	18.18
Casi siempre lo siento	5	41.65	3	17.64	0	0.00
Siempre lo siento	7	58.31	6	35.28	7	63.63
37 INCAPACIDAD ANTE LA MUERTE						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	2	18.18
Casi nunca lo siento	2	16.66	6	35.28	1	9.09
Rara vez lo siento	2	16.66	3	17.64	2	18.18
Casi siempre lo siento	1	8.33	1	5.88	3	27.27
Siempre lo siento	7	58.31	6	35.28	3	27.27
38 CONGOJA						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	0	0.00
Casi nunca lo siento	1	8.33	6	35.28	3	27.27
Rara vez lo siento	3	24.99	2	11.76	3	27.27
Casi siempre lo siento	5	41.65	4	23.52	3	27.27
Siempre lo siento	3	24.99	4	23.52	2	18.18
39 PESADUMBRE						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	1	9.09
Casi nunca lo siento	0	0.00	6	35.28	1	9.09
Rara vez lo siento	4	33.32	3	17.64	5	45.45
Casi siempre lo siento	4	33.32	3	17.64	1	9.09
Siempre lo siento	4	33.32	4	23.52	3	27.27
40 IRONIA						
Casi nunca lo siento	0	0.00	3	17.64	1	9.09
Rara vez lo siento	3	24.99	3	17.64	0	0.00
Casi siempre lo siento	2	16.66	1	5.88	6	54.54
Siempre lo siento	7	58.31	10	58.80	4	36.36
41 REMORDIMIENTO						
Nunca lo siento	0	0.00	0	0.00	2	18.18
Casi nunca lo siento	0	0.00	3	17.64	0	0.00
Rara vez lo siento	0	0.00	5	29.40	2	18.18
Casi siempre lo siento	7	58.31	4	23.52	4	36.36
Siempre lo siento	5	41.65	5	29.40	3	27.27
43 COBARDIA						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	0	0.00
Casi nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	1	9.09
Rara vez lo siento	1	8.33	3	17.64	0	0.00
Casi siempre lo siento	3	24.99	4	23.52	3	27.27
Siempre lo siento	8	66.64	8	47.04	7	63.63
45 APATIA						
Nunca lo siento	11	91.63	13	76.44	9	81.81
Casi nunca lo siento	1	8.33	2	11.76	1	9.09
Siempre lo siento	0	0.00	2	11.76	1	9.09

PERFIL DE AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA VOLUNTARIA FACILITAD

En la tabla 18 se muestran los resultados del perfil de afectos que implican fuerza volitiva (factor 2), que puntúan alto en los rangos de la escala en que fueron evaluados; así como, en los grupos de médicos, los cuales son:

MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (M1)

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ALIENACIÓN

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: INTERÉS POR EL PACIENTE, RESPONSABILIDAD.

MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (M2)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ALIENACIÓN, INTERÉS POR EL PACIENTE, RESPONSABILIDAD.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: INTERÉS POR EL PACIENTE, RESPONSABILIDAD.

MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (M3)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ALIENACIÓN, INTERÉS POR EL PACIENTE, RESPONSABILIDAD.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: INTERÉS POR EL PACIENTE, RESPONSABILIDAD.

PERFIL DE AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA: FACTOR 2

En la tabla 18 se muestran los resultados del perfil de afectos que implican fuerza yoica: factor 2, que puntúan alto en los rangos de la escala en que fueron evaluados; así como, en los grupos de médicos, los cuales son:

MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (RI)

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" es: ALIVIO

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala -- "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: ACEPTACION y -- LEALTAD.

MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (RII)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala -- "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ALIVIO y -- ALICIENTE MORAL.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala -- "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: ACEPTACION y LEALTAD.

MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (RIII)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala -- "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ALICIENTE MORAL y SUPERACION.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala -- "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: ACEPTACION y LEALTAD

PERFIL DE AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA: FACTOR 2

TABLA 18

REACTIVO	GRADO ACADEMICO					
	R1		R2		R3	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
9 VALENTIA						
Nunca lo siento	2	16.66	1	5.88	4	36.36
Casi nunca lo siento	6	49.98	6	35.28	3	27.27
Rara vez lo siento	1	8.33	3	17.64	1	9.09
Casi siempre lo siento	1	8.33	3	17.64	0	0.00
Siempre lo siento	2	16.66	4	23.52	3	27.27
12 ACEPTACION						
Nunca lo siento	6	49.98	6	35.28	4	36.36
Casi nunca lo siento	4	33.32	7	41.16	6	54.54
Rara vez lo siento	0	0.00	1	5.88	0	0.00
Casi siempre lo siento	1	8.33	1	5.88	0	0.00
Siempre lo siento	1	8.33	2	11.76	1	9.09
14 LEALTAD						
Nunca lo siento	5	41.65	5	29.40	5	45.45
Casi nunca lo siento	5	41.65	6	35.28	3	27.27
Rara vez lo siento	0	0.00	4	23.52	1	9.09
Casi siempre lo siento	1	8.33	0	0.00	0	0.00
Siempre lo siento	1	8.33	2	11.76	2	18.18
15 ALIVIO						
Nunca lo siento	0	0.00	0	0.00	2	18.18
Casi nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	0	0.00
Rara vez lo siento	5	41.65	6	35.28	5	45.45
Casi siempre lo siento	1	8.33	8	47.04	3	27.27
Siempre lo siento	6	49.98	2	11.76	1	9.09
24 RESIGNACION						
Nunca lo siento	2	16.66	2	11.76	1	9.09
Casi nunca lo siento	8	66.64	5	29.40	6	54.54
Rara vez lo siento	1	8.33	6	35.28	1	9.09
Casi siempre lo siento	0	0.00	2	11.76	1	9.09
Siempre lo siento	1	8.33	2	11.76	2	18.18
30 ALICENTE MORAL						
Nunca lo siento	0	0.00	3	17.64	2	18.18
Casi nunca lo siento	4	33.32	3	17.64	1	9.09
Rara vez lo siento	5	41.65	2	11.76	4	36.36
Casi siempre lo siento	1	8.33	5	29.40	1	9.09
Siempre lo siento	2	16.66	4	23.52	3	27.27
33 SUPERACION						
Nunca lo siento	4	33.32	5	29.40	2	18.18
Casi nunca lo siento	2	16.66	5	29.40	2	18.18
Rara vez lo siento	0	0.00	3	17.64	0	0.00
Casi siempre lo siento	2	16.66	0	0.00	3	27.27
Siempre lo siento	4	33.32	4	23.52	4	36.36

PERFIL DE AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO: FACTOR 1

En la tabla 19 aparecen los resultados del perfil correspondiente a los afectos elaborativos del duelo y que pertenecen al factor 3. Los grupos de médicos con sus respectivas aficiones, son los siguientes:

MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (R1)

Los afectos con mayor puntuación en los rangos de la escala 'siempre lo siento' y 'casi siempre lo siento' son: *INDIGNIDAD* / 100.

Los afectos con mayor puntuación en los rangos de la escala 'nunca lo siento' y 'casi nunca lo siento' son: *RESIGNACION* / 100.

MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (R2)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala 'siempre lo siento' y 'casi siempre lo siento' son: *INDIGNIDAD* / 100.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala 'nunca lo siento' y 'casi nunca lo siento' son: *RESIGNACION* / 100.

MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (R3)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala 'siempre lo siento' y 'casi siempre lo siento' son: *INDIGNIDAD* / 100.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala 'nunca lo siento' y 'casi nunca lo siento' son: *RESIGNACION* / 100.

PERFIL DE AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO: FACTOR 3

En la tabla 19 aparecen los resultados del perfil correspondiente a los afectos elaborativos del duelo y que pertenecen al factor 3. Los grupos de médicos con sus respectivos afectos, son los siguientes:

MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (RI)

Los afectos con mayor puntuación en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ANGUSTIA y DOLOR.

Los afectos con mayor puntuación en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: TRISTEZA y PENA.

MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (RII)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: ANGUSTIA y DOLOR.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: TRISTEZA E IMPOTENCIA.

MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (RIII)

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" son: IMPOTENCIA y DOLOR.

Los afectos que puntúan alto en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" son: TRISTEZA y PENA.

PERFIL DE AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO: FACTOR 3

TABLA 19

REACTIVO	GRADO ACADEMICO					
	R1		R		R3	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
10 TRISTEZA						
Nunca lo siento	1	8.33	5	29.40	3	27.27
Casi nunca lo siento	7	58.31	5	29.40	6	54.54
Rara vez lo siento	4	33.32	4	23.52	0	0.00
Casi siempre lo siento	0	0.00	3	17.64	2	18.18
26 ANGUSTIA						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	2	18.18
Casi nunca lo siento	3	24.99	2	11.76	1	9.09
Rara vez lo siento	1	8.33	6	35.28	6	54.54
Casi siempre lo siento	5	41.65	6	35.28	1	9.09
Siempre lo siento	3	24.99	2	11.76	1	9.09
31 MELANCOLIA						
Nunca lo siento	0	0.00	2	11.76	1	9.09
Casi nunca lo siento	3	24.99	5	29.40	1	9.09
Rara vez lo siento	5	41.65	2	11.76	5	45.45
Casi siempre lo siento	4	33.32	6	35.28	3	27.27
Siempre lo siento	0	0.00	2	11.76	1	9.09
35 DOLOR						
Nunca lo siento	0	0.00	2	11.76	0	0.00
Casi nunca lo siento	2	16.66	4	23.52	3	27.27
Rara vez lo siento	6	49.98	4	23.52	4	36.36
Casi siempre lo siento	2	16.66	3	17.64	2	18.18
Siempre lo siento	2	16.66	4	23.52	2	18.18
42 IMPOTENCIA						
Nunca lo siento	2	16.66	2	11.76	1	9.09
Casi nunca lo siento	2	16.66	10	58.80	2	18.18
Rara vez lo siento	4	33.32	1	5.88	3	27.27
Casi siempre lo siento	3	24.99	1	5.88	3	27.27
Siempre lo siento	1	8.33	3	17.64	2	18.18
44 PENA						
Nunca lo siento	2	16.66	2	11.76	3	27.27
Casi nunca lo siento	5	41.65	8	47.04	4	36.36
Rara vez lo siento	2	16.66	2	11.76	1	9.09
Casi siempre lo siento	3	24.99	1	5.88	1	9.09
Siempre lo siento	0	0.00	4	23.52	2	18.18

PERFIL DE AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA: FACTOR 4

En la tabla 20 se muestran los resultados del perfil de afectos que denotan debilidad yoica: factor 4, en los respectivos grupos de médicos y son:

MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (RI)

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala -- "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" es: DEBILIDAD.

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala -- "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" es: LASTIMA.

MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (RII)

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala -- "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" es: DEBILIDAD.

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala -- "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento" es: GANAS DE LLORAR.

MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (RIII)

El afecto que puntúa alto en los rangos de la escala -- "Siempre lo siento" y "Casi siempre lo siento" es: ENOJO.

En relación a los afectos que puntúan altos en los rangos de la escala "Nunca lo siento" y "Casi nunca lo siento", no existe una diferenciación evidente de estos afectos.

PERFIL DE AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA: FACTOR 4

TABLA 20

REACTIVO	GRADO ACADEMICO					
	R1		R2		R3	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
10 GANAS DE LLORAR						
Nunca lo siento	0	0.00	3	17.64	1	9.09
Casi nunca lo siento	3	24.99	4	23.52	2	18.18
Rara vez lo siento	6	49.98	8	47.04	5	45.45
Casi siempre lo siento	2	16.66	2	11.76	2	18.18
Siempre lo siento	1	8.33	0	0.00	1	9.09
17 INCERTIDUMBRE						
Nunca lo siento	1	8.33	2	11.76	0	0.00
Casi nunca lo siento	2	16.66	2	11.76	3	27.27
Rara vez lo siento	4	33.32	5	29.40	5	45.45
Casi siempre lo siento	3	24.99	7	41.16	3	27.27
Siempre lo siento	2	16.66	1	5.88	0	0.00
21 ENDJD						
Nunca lo siento	0	0.00	1	5.88	0	0.00
Casi nunca lo siento	1	8.33	5	29.40	1	9.09
Rara vez lo siento	7	58.31	2	11.76	2	18.18
Casi siempre lo siento	2	16.66	6	35.28	2	18.18
Siempre lo siento	2	16.66	3	17.64	0	0.00
27 LASTIMA						
Nunca lo siento	2	16.66	3	17.64	1	9.09
Casi nunca lo siento	4	33.32	4	23.52	3	27.27
Rara vez lo siento	3	24.99	1	5.88	3	27.27
Casi siempre lo siento	1	8.33	3	17.64	1	9.09
Siempre lo siento	2	16.66	6	35.28	3	27.27
29 CORAJE						
Nunca lo siento	1	8.33	2	11.76	0	0.00
Casi nunca lo siento	1	8.33	3	17.64	0	0.00
Rara vez lo siento	5	41.65	5	29.40	7	63.63
Casi siempre lo siento	3	24.99	4	23.52	2	18.18
Siempre lo siento	2	16.66	3	17.64	2	18.18
34 DEBILIDAD						
Nunca lo siento	1	8.33	0	0.00	0	0.00
Casi nunca lo siento	1	8.33	1	5.88	2	18.18
Rara vez lo siento	1	8.33	5	29.40	1	9.09
Casi siempre lo siento	3	24.99	5	29.40	4	36.36
Siempre lo siento	6	49.98	6	35.28	4	36.36

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación dan la oportunidad de resaltar la importancia de contar con un instrumento válido y fiable que permita medir los afectos que sirven de soporte a la muerte de sus pacientes; estos validados por las áreas que integran el instrumento y que se pueden observar en la descripción de resultados. Las áreas son: Afectos negativos ante la muerte, Afectos que implican fuerza física, Afectos relacionados con el dolor y Afectos que afectan seguridad física.

Se pudo observar que la confiabilidad para cada una de las áreas es mayor a .70 y las relaciones que existen entre ellas se vinculan entre sí para alcanzar el factor correspondiente.

La investigación de afectos ante la muerte, ofrece una guía para comprender el dolor, dependencia de los cuidados de enfermería, el que se relaciona con las necesidades físicas, emocionales y sociales de cada individuo, y colectiva.

La investigación de instrumentos para los enfermeros por tener mayor información de cómo se debe manejar los problemas de los enfermos que están en riesgo, como parte de la preparación de los enfermeros de familia, los enfermos de larga duración y complejos, con el propósito de la salud física.

Al revisar los resultados obtenidos en los diferentes momentos de la investigación se puede observar que el instrumento validado tiene un alto nivel de confiabilidad, tanto a nivel de enfermeros como a nivel de familiares de enfermos de larga duración y complejos, con el propósito de la salud física. Los resultados de la investigación de afectos ante la muerte, ofrecen una guía para comprender el dolor, dependencia de los cuidados de enfermería, el que se relaciona con las necesidades físicas, emocionales y sociales de cada individuo, y colectiva.

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación dan la oportunidad de resaltar la importancia de contar con un instrumento válido y confiable que permite medir los afectos que siente el médico ante la muerte de sus pacientes; estos ubicados por las áreas que integran el instrumento y que se pueden observar en la descripción de resultados. Las áreas son: Afectos negativos ante la pérdida, Afectos que implican fuerza y oica, Afectos elaborativos del duelo y Afectos que denotan debilidad y oica.

Se pudo observar que la confiabilidad para cada una de las áreas es mayor a .66 y los reactivos que conforman cada área se agrupan entre sí para integrar el factor correspondiente.

El cuestionario de Afectos ante la muerte, ofrece una pauta para perfeccionar el mismo y recomendarlo en investigaciones posteriores, ya que su aplicación es muy sencilla, ahorra tiempo y puede hacerse de manera individual y colectiva.

La aplicación del instrumento puede ser efectuada por cualquier integrante del campo de salud mental, con información previa acerca del tema, sobre todo de conocimientos de las funciones y oicas, los afectos; ya sean positivos o negativos y como intervienen en la salud mental.

Al obtener los resultados y compararlos con las hipótesis de esta investigación se puede apreciar que en lo que respecta a la hipótesis número 1, efectivamente existe un perfil de afectos ante la muerte de sus pacientes en médicos pediatras; estos ubicados en los parámetros de "siempre" los siente y "Nunca" los sienten; que si bien, al hacer un análisis estadístico (análisis de varianza) no se encontraron diferencias significativas en los tres grupos de médicos, se puede hacer un análisis descriptivo de los mismos.

Este resultado permite dar respuesta a la hipótesis número 4 aunque no afirmativamente ya que no existe un perfil distinto entre residentes de primer año (RI), residentes de segundo año -- (RII) y residentes de tercer año (RIII). En la tabla 21 (Perfil-general de afectos ante la muerte), se presenta la descripción.

Con relación a la hipótesis número 2, la gran mayoría de los médicos (97%) fueron reportados según la escala "N" del SN 59 como "sanos", situación similar sucedió con la hipótesis número 3 - en donde la escala "S", reportó un total de 90% de médicos sinceros. Por tal motivo los resultados obtenidos en relación a estados hipótesis no permite contrastar los grupos de médicos neuróticos y sanos, sinceros e insinceros y sus respectivos afectos ante la muerte.

No obstante, nos arroja información bastante interesante y - con posibilidades de analizarla y relacionarla con otros aspectos

En lo que respecta al resultado de los perfiles, podemos observar que los "afectos negativos ante la pérdida" (Factor 1), -- son menos percibidos por los médicos, que al relacionarlos con -- los resultados del cuestionario SN 59, que reportó que casi no existen médicos neuróticos y la gran mayoría caen en los paráme -- tros de sinceridad; permite predecir que si no existen manifesta -- ciones de tipo neurótico, los médicos pueden tener un control yoico; que es el que rige nuestra vida afectiva y que permite discernir antes de efectuar la descarga de afectos si el objeto en el - cual se va a descargar es el adecuado o no. (González Núñez, 1990)

Ahora bien los afectos del factor 2 "Afectos que implican -- fuerza yoica", fueron reportados como los que más sienten los mé -- dicos; esto es, que al no existir indicadores de neurosis pueden -- tener un mejor control de impulsos, que en la psicodinamia del individuo, al expresar sus afectos lo puede hacer mediante impulsos ya sea libidinales o agresivos (Rapaport, 1962); cuando se trate de impulsos cualitativos libidinales, tendremos como resultado afectos positivos, cuando se trate de impulsos cualitativos agresivos tendremos afectos negativos.

PERFIL GENERAL DE AFECTOS ANTE LA MUERTE
TABLA 21

FACTOR 1: AFECTOS NEGATIVOS ANTE LA PERDIDA

GRADO	SIEMPRE LO SIENTO	NUNCA LO SIENTO
RI	MIEDO EVASION REMORDIMIENTO COBARDIA	DECEPCION COMPASION AFLICCIÓN APATIA
RII	RECHAZO AMARGURA IRONIA	DECEPCION COMPASION APATIA
RIII	RECHAZO EVASION COBARDIA	COMPASION APATIA

FACTOR 2: AFECTOS POSITIVOS QUE IMPLICAN FUERZA YOICA

GRADO	SIEMPRE LO SIENTO	NUNCA LO SIENTO
RI	ALIVIO	ACEPTACION LEALTAD
RII	ALIVIO ALICIENTE MORAL	ACEPTACION LEALTAD
RIII	ALICIENTE MORAL SUPERACION	ACEPTACION LEALTAD

FACTOR 3: AFECTOS ELABORATIVOS DEL DUELO

GRADO	SIEMPRE LO SIENTO	NUNCA LO SIENTO
RI	ANGUSTIA DOLOR	TRISTEZA PENA
RII	ANGUSTIA DOLOR	TRISTEZA IMPOTENCIA
RIII	IMPOTENCIA DOLOR	TRISTEZA PENA

FACTOR 4: AFECTOS QUE DENOTAN DEBILIDAD YOICA

GRADO	SIEMPRE LO SIENTO	NUNCA LO SIENTO
RI	DEBILIDAD	LASTIMA
RII	DEBILIDAD	GANAS DE LLORAR
RIII	ENOJO	NO HAY DIFERENCIACION

MANIFIESTOS

LATENTES

Los afectos positivos pueden favorecer el proceso de duelo - en los médicos pediatras, o bien, la constitución yoica del médico permite tener un control sobre sus afectos y un adecuado control de mecanismos de defensa.

Al analizar los afectos elaborativos del duelo (Factor 3), - no se encontró una diferenciación clara de los mismos; es decir, que algunas veces los sienten y otras no. Quizá esto se deba a el tipo de relación que tuvo el médico con su paciente, si llegó a - involucrarse afectivamente, o si únicamente fue uno más.

En lo que respecta el factor 4 "Afectos que denotan debilidad yoica", se encontró que son afectos que sienten más los médicos. Al compararlos con los otros dos factores (1. y 2) nos da la posibilidad de reconocer la ambivalencia afectiva; es decir, son afectos opuestos experimentados hacia otras personas, que se viven como una competencia.

El médico desarrolla su actividad teniendo de alguna manera una identificación con el paciente; proyecta en él, una serie de afectos que el experimentaría si estuviera en su lugar; lo que - deben y no deben soportar. Esto parece incluir dos momentos, el de escucha y observación que sólo permite recolectar los términos que le son dados en el nivel de lo manifiesto y la posibilidad de ir más allá en esta escucha, internándose en el nivel de lo latente.

Lo manifiesto serán afectos de tipo positivo, los que implican fuerza yoica, los cuales a pesar de que no se perciben igual que los que denotan debilidad yoica, pueden permanecer reprimidos, por la formación del médico, o bien, por mostrar su fortaleza y autocontrol delante de los médicos, de los familiares y --

del niño que muere.

La represión es un mecanismo de defensa que coloca las experiencias más allá de la conciencia del individuo para que no las pueda recordar voluntariamente. (Young, 1979). Los sentimientos de ansiedad, culpabilidad, hostilidad, etc., se pueden reprimir. El individuo pierde la conciencia de las motivaciones y de los conflictos emocionales básicos. Sin embargo, pueden aparecer síntomas raros mientras exista la motivación y el conflicto inconscientes.

La represión implica una disociación, una división o una desintegración funcional dentro de la personalidad (Young, 1979) Una persona que está disociada quizá no responda a los sonidos y a las vistas de su medio ambiente, al estar abstraído aparentemente en una vida mental interna.

En lo que respecta a los perfiles, podemos observar que -- los afectos que "siempre sienten" los médicos, pueden ser considerados como "Afectos positivos", ya que son capaces de expresarlo sin conflicto aparente. Y los "latentes" aquellos que nunca sienten los médicos, por que pueden permanecer reprimidos.

Se aprecia que en los tres grupos de médicos y los cuatro factores existe mayor similitud en los afectos que permanecen latentes. Con relación a los afectos que "siempre sienten" los médicos (manifiestos), existe un poco más de discrepancia y en lo que se refiere al factor 1 "Afectos negativos ante la pérdida", los afectos que más predominan son considerados como negativos, que de alguna manera quedan respaldados por ser afectos menos sentidos por los médicos y que pueden ser expresados sin que generen conflicto, favoreciendo el proceso de enfrentamiento y aceptación de la muerte, ya que para poder llegar a estas etapas es necesario reconocer, aceptar y expresar los afectos que se generan.

A pesar de no existir diferencias significativas en los tres grupos de médicos, se puede hacer una identificación de cuales afectos están sintiendo los médicos y conocer aquellos que pueden considerarse normales y en que momento es oportuno hacer una intervención.

En lo que respecta a los perfiles, se pudo observar que en los médicos residentes de tercer año, existen discrepancias más notables con relación a los otros grupos, ya que en los afectos e laborativos del duelo (Factor 3), aparecen los afectos de impotencia y dolor; pareciera que en el último año de especialidad se pueden percatar de que a pesar de los adelantos científicos técnicos y de los conocimientos adquiridos, los niños siguen muriendo y ahora son capaces de expresar la impotencia que sienten al respecto.

En este mismo grupo de médicos se observa que en los afectos que denotan debilidad yoica, los afectos que "nunca sienten" no están claramente diferenciados; es decir, que se mantienen en un término medio de expresión ya que quizá aquí la represión pueda pasar de un estado inconsciente a un momento catártico en el que el médico pueda expresar sus afectos.

La fuerza yoica expresada a lo largo de los tres años permite sentir afectos que denotan debilidad yoica, a su vez permite que los mecanismos de defensa como la represión funcionen en tal forma que los afectos negativos ante la pérdida no sean percibidos.

Con base a la concientización de la fuerza yoica se puede lograr la expresión de afectos que demuestran debilidad yoica y que pueden ser negativos, y con ayuda sistemática se puede lograr una mejor introspección de afectos que pueden colaborar en el reconocimiento, expresión y superación de los obstáculos que enfrenta el médico ante la muerte de sus pacientes.

Cualquiera que sea la actitud adoptada por el médico influi

rá permanente a su relación con el paciente en cuestión. El carácter de dicha influencia, y la posibilidad de que la misma -- promueva mejores o peores resultados terapéuticos, constituye -- un importante problema.

El lugar que ocupa el médico condensa una serie de posiciones surgidas de él y de sus pacientes, de la Institución y de la Sociedad.

La primera tarea del médico es, por tanto, determinar que -- aspecto del caso lo remité a él mismo. Ayudar a reconocer las -- fantasías que intervienen en cada caso, escuchar los afectos de otros médicos puede dar la posibilidad de recolectar informa -- ción en el nivel de lo manifiesto y la posibilidad de ir más -- allá en esta escucha, internándose en el nivel de lo latente.

Se puede lograr si desde la formación del médico se le pro -- vee de las herramientas necesarias para iniciar ese conocimiento y más aún el expresar sus sentimientos y como saber manejar -- los.

Saber que antes de ser médico es humano, que siente y debe sentir de alguna manera el sufrimiento de sus pacientes, pero -- que en lugar de entorpecer su desempeño, sirva como sustento pa -- ra reconocer, aceptar y poder manejar estos afectos; encaminán -- dolos a la lucha diaria, a la gama de situaciones agradables y -- desagradables que enfrentamos en cada evento; dando la posibili -- dad de continuar en vida. El temor a la muerte arroja como al -- ternativa el luchar, el forjarnos metas; en una palabra darle -- sentido a la vida.

7

CAPITULO VII

CONCLUSIONES, LIMITACIONES

Y

SUGERENCIAS

CAPITULO VII

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al término de esta investigación, para la cual se construyó el cuestionario de "Afectos ante la muerte", mismo que fue sometido a los procedimientos de validez y confiabilidad; mediante las pruebas Alpha de Cronbach, Análisis factorial y Análisis de varianza, que dieron como resultado que este instrumento cumple con los requisitos antes mencionados, se encontraron las siguientes conclusiones:

Existe un perfil de afectos que siempre sienten y nunca sienten los médicos estudiantes de Pediatría, ante la muerte de sus pacientes.

Se elaboraron los respectivos perfiles de los tres grupos de médicos residentes de Pediatría, en relación a la expresión de afectos ante la muerte de sus pacientes.

No se encontraron diferencias significativas en los perfiles de "Afectos ante la muerte", en los tres grupos de médicos.

En relación al factor neuroticidad y sinceridad, según el cuestionario SN 59, no se reportaron casos de neurosis y casi todos se encontraron en el rango de sinceridad.

Se pudo observar que los médicos residentes de Pediatría sienten menos los afectos "Negativos ante la Pérdida" y sienten más los afectos "Que implican fuerza yoica", por lo que el médico cuenta con la estructura yoica que le permite enfrentar la muerte de sus pacientes; no obstante, se hace notar la ambivalencia afectiva al puntuar como más sentidos los afectos que "Denotan debilidad yoica", sólo que el médico emplea la represión como mecanismo de defensa y quedan sus afectos como contenido latente, que al propiciar un momento catártico pueden pasar de la represión a lo manifiesto.

Con relación a los afectos elaborativos del duelo, se observó que algunas veces los médicos sienten estos afectos y otras no, es decir, que debido a la relación que se tuvo con el paciente, las condiciones en que se dió, el tiempo en que se tuvo contacto, entre otros, pueden ser factores que intervengan para que se den este tipo de afectos.

Si bien es cierto que todas las personas que participan de una experiencia de pérdida, necesitan la oportunidad para concluir (cerrar) la relación que se estableció con esa persona, - los médicos también deben dar por terminada esa interacción.

El cuerpo médico está involucrado a muchos niveles. Su principal reto y quizá el más obvio es tratar directamente con una persona que esta agonizando. Muchos miembros del cuerpo médico se "bloquean" mentalmente cuando se trata de una confrontación directa con alguien que agoniza. El cuerpo médico también tiene un papel que desempeñar con los dolientes: aquellos que enfrentan las consecuencias de la pérdida. (Lorraine, 1992)

La impotencia sentida por el médico, a veces sobre bases reales de un no haber nada más por hacer, en la lucha, contra el dolor y la muerte, a veces por la sensación de inutilidad de su tarea, van asociados con la culpa. Una vez construida la representación que alguien tiene de sí en la que aparece como productor de un daño, puede construirse tanto por la vía de la identificación o bien de la represión.

El médico por mostrar su entereza y profesionalismo frente a los otros médicos, a los familiares o a los pacientes, difícilmente dejará de reprimir sus sentimientos; no obstante buscará otras vías, el presenciar estados de ansiedad o de dolor mortal sin hacer nada parece cosa cruel, egoísta, inhumano y así en lugar de esperar el desarrollo de los síntomas; el médico, - deseoso de aliviar su propia conciencia, apela a la rutina, al poco confortamiento en forma masiva con otros médicos, o lo lleva a su vida familiar, donde puede sentir toda la confianza y libertad para mostrar sus sentimientos, o si no existe estas --

posibilidades, muchas veces redundante en mayor comentario, cuando en el peor de los casos se puede desplazar a victima.

El médico tiene una constitución y una que le permite enfrentar la muerte de sus pacientes, que es habitual y acostumbrada por el rol que desempeña, aunque muchos de los médicos no están mal preparados para ello. En mi estancia en el Instituto de la oportunidad de platicar con varios médicos que expresaban la necesidad de sentirse mejor preparados y tener la oportunidad de saber manejar cada caso ya que había los casos en el respecto.

El papel del psicólogo consistió en evaluar y ayudar a los médicos y hacer labor psicoprofiláctica para que los médicos del sujeto a su formación como especialistas, como los que le permitan desarrollar y sacar al máximo su grado de especialización, como también ayudarlos a desarrollar su personalidad.

Esta labor psicoprofiláctica consistió en evaluar a los médicos en sus aspectos de personalidad y de personalidad que les permita desarrollar su grado de especialización y sacar al máximo su grado de especialización, como también ayudarlos a desarrollar su personalidad.

El papel del psicólogo consistió en evaluar y ayudar a los médicos y hacer labor psicoprofiláctica para que los médicos del sujeto a su formación como especialistas, como los que le permitan desarrollar y sacar al máximo su grado de especialización, como también ayudarlos a desarrollar su personalidad.

posibilidades, muchas veces redundando en mayor consancio, sueño o en el peor de los casos se puede desplazar a vicios.

el médico tiene una constitución yoica que le permite enfrentar la muerte de sus pacientes, que es básica y necesaria - por el rol que desempeña, aunque muchas de las veces se sienten mal preparados para ello. En mi estancia en el Instituto tuve - la oportunidad de platicar con varios médicos que expresaban la necesidad de sentirse mejor preparados y tener la oportunidad - de como saber manejar cada caso ya que nadie los capacita al -- respecto.

El papel del psicólogo consistirá en reforzar y apoyar estas conductas y hacer labor psicoprofiláctica para que desde el ingreso del médico a su formación como especialista, cuente con más elementos que le permitan desarrollar y desempeñar su profesión satisfactoriamente, considerando aspectos psicológicos en los que se ve involucrada su personalidad.

Esta labor psicoprofiláctica podía empezar con programas - de capacitación que puede proveerlos de la habilidad para reconocer situaciones, aprender de sus experiencias, poder hacer una introspección de angustias, frustraciones y obstáculos, como prevenir estos momentos, como reaccionar ante los mismos, considerando su sentido común, el medio ambiente en el que se desenvuelven, los detalles que prevalecen, tener la oportunidad de - saber lo que el paciente les quiere y decir y como codificar esa información.

Conforme a su estancia en el hospital, no únicamente ver - al profesional como un proveedor de "salud" y servicios; sino - considerar que su papel va más allá pues están frente a un niño con necesidades y carencias afectivas, que en cierta forma se - asemeja a la del médico, ya que difícilmente se les pregunta lo que sienten y que hacen para superar los momentos dolorosos, el médico puede jugar un papel más activo al hacer uso de sus experiencias, la escucha de sentimientos de otros médicos puede dar

la posibilidad de identificar la diferencia que existe en la manera de manejar situaciones, identificar cuales son las semejanzas en las mismas y conforme se profundice en esta temática ir descubriendo o reconociendo lo que de verdad siente, lo que puede superar, lo que más le duele, cuales son sus limitantes y sus posibilidades para enfrentar las muertes de sus pacientes.

Todas estas actividades pueden operar un cambio en forma intrapersonal que les permita abrirse mejor al sufrimiento y a la sin razón. Tendrá que remitirse a la posibilidades de su propia muerte y a encontrar, responder y dar sentido a su propia vida.

Es necesario considerar algunas limitaciones que se presentaron en el desarrollo de esta investigación, como lo fue la aplicación, ya que al hacerlo en forma individual duplicó el tiempo de la misma, situación que limitó el que la muestra fuera mayor.

Es recomendable que se considere la posibilidad de evaluar el factor neuroticidad con otro instrumento para contrastar y comparar los resultados, ya que es una variable que causó cierto asombro, por el número de casos que fueron reportados como sincero y sanos.

Se sugiere que en investigaciones posteriores se puede ampliar la muestra y se consideren otros factores como el número de muertes que han presenciado y el tiempo que permaneció con el paciente.

Además de perfeccionar el instrumento y tener la oportunidad de conjuntarlo con otro examen que evalúe algún factor de personalidad.

B I B L I O G R A F I A

VIII BIBLIOGRAFIA

- Abadi, M. (1960) Renacimiento de Edipo. La vida del hombre en la dialéctica adentro y afuera. Ed. Prentice Hall. Buenos Aires.
- Agnes, H. (1989) Teoría de los sentimientos. (2a.Ed.) Ed. Fontana. México.
- Aiken, L. (1978) Later Life. Filadelfia, W.B. Saunders Company
- Anquera, O. (1975) Como envejecemos y por que morimos. Ed. Diana, México.
- Blum de Gordillo, B. Gordillo P.G., Langer M.; Robles F.T.; Eustace, R. (1982) La relación médico paciente en un servicio de niños urémicos socialmente marginados. Su análisis mediante técnica grupal operativa tipo Balint. Bol. Med. Hosp. Infantil. Méx. supl. 2; 14-100
- Bowulden, L. y Burstein, C. Alvin, G. (1990) Bases psicosociales de la atención médica. Ed. Limusa. México.
- Campell, D. y Stanles, J. (1982) Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.
- Cantú, T. Garza, F. (1973) Psicología de la relación médico-paciente. Secretaría de Marina. Ed. Contralmirante. S.M.C. México.
- Caruso, I. (1968) La separación de los amantes. Una fenomenología de Muerte. Ed. Siglo XXI. México.
- Cerdá, E. (1962) Cuestionario SN 59. Ed. Herder. Barcelona.
- Chauchard, F. (1977) La muerte. Ed. Paidós. Buenos Aires.

- Corona, V.G. (1940) Sinopsis de Psicología, Psicopatología y Psiquiatría general. Ed. Privada. México.
- Cueli, J. (1990) Aspectos Psicológicos de la relación médico-paciente. Syntex. México.
- Haller, G. (1992) Psicología General. Ed. Harla. México.
- Jacques, C. (1982) La melancolía. Ed. Paidós.
- Kaes, R.; Bleger, J.; Fornari, E. (1989) La Institución y las Instituciones. Estudios psicoanalíticos. Ed. Paidós. México.
- Kohut, H. (1971) The analysis of self. International Universities Press. Nueva York.
- Kubler Ross, E. (1979) On death and dying. Ed. Mc Millan. Nueva York.
- Leda, I. (1981) La relación médico-paciente. Un estudio Psicoanalítico. Tesis maestría. U.N.A.M.
- Lichtszjan, J.L. (1979) Correlatos clínicos y socioculturales de la actitud hacia la muerte, en un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis doctorado. U.N.A.M.
- Freud, S. (1915) Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. Obras Completas. (3a. Ed.) Ed. Biblioteca Nueva. Madrid España.
- Freud, S. (1898-9) La interpretación de los sueños. Obras completas. (3a. Ed.) Ed. Barcelona. Madrid España.
- González, M. y Alvarez, R. (1978) Actitudes frente a la muerte - en el médico, la muerte y el morir. Tesis Licenciatura. U.N.A.M México.

- González Núñez, J.J. y col. (1990) Los afectos su expresión masculina. Ed. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. A.C. México.
- González, P. (1995) La expresión de los afectos en adolescentes. Tesis Licenciatura. U.I.A. México.
- Gross, A. (1977) Nurses. Feelings about working, with dying patients. abstract, Hosp manage, stud; 14: 2-64
- Lorraine, S. (1992) Agonía, muerte y duelo. Ed. Manual Moderno.- México.
- Martínez, F. (1990) La relación médico-paciente. Syntex. México.
- Merani, A. (1978) Estructura y Dialéctica de la personalidad. Ed. Grijalbo. España
- Mohl, P. y Burstein, A. (1982) The applitation of Kohuation, - self Psychology to consultation lialison psychiatry. Gen. Hosp. Psychiatry. 4; 113-119
- Murray (1898 citado por Young 1979) en Temas de psicología Médica. Ed. Fondo de cultura económica. México.
- Papalia, D. (1985) Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw-Hill. México.
- Penzo, W. (1990) Licenciatura. Psicología Médica. Ed. Salvat. -- México.
- Quiroz, P. (1989) Una aproximación al desarrollo afectivo. Tesis Licenciatura. U.N.A.M.
- Raluy, A. (1982) Diccionario porrúa de la lengua Española. Ed Porrúa. México.
- Ramos, R. (1990) Relación Médico-paciente en Pediatría. Syntex. México.

- Rapaport, D. (1962) Nuevas aportaciones a la teoría y técnica - Psicoanalítica. Ed. Pax. México.
- Reyes, N. (1983) Ansidad y Depresión frente a la muerte. Un estudio psicológico en el personal que labora con pacientes en riesgo de morir. Tesis Maestría. U.N.A.M.
- Rivero, O. (1990) La relación médico paciente en la medicina Institucional. Syntex. México.
- Rubio, J. (1993) Narciso, la máscara y el espejo. Estudio del carácter. Ed. Edamex. México.
- Scheider, B. (1985) Psicología aplicada a la práctica médica. -- (2a.Ed.) Ed. Paidós. México.
- Silva, M. y Yosiko O. (1985) Religión y actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos. Tesis Licenciatura. U.N.A.M.
- Vachon, s. (1978) Motivation and stress experienced by staff working with terminal III death.
- Watson, J.B; Jersid, A.T; Aderson, J.E. (1965) Las emociones del niño pequeño. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Wolff, W. (1979) Introducción a la psicopatología. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Wukmir, V. (1967) Emoción y sufrimiento. Ed. Labor. México.
- Young T. (1979) Temas de psicología médica. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

A P E N D I C E S

QUESTIONARIO SN 59

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. civil: _____

Especialidad y año en curso: _____ No. de hijos y edades: _____

Instrucciones: Usted encontrará a continuación preguntas a las cuales deberá responder rodeando una de las posibles respuestas: «VERDAD», «?», «FALSO». Lea cada pregunta con atención. Pléase cuáles es su opinión o su comportamiento habitual ea lo tocante a ella y rodee con un círculo aquella respuesta que mejor cuadre con su respectiva opinión o comportamiento. Evite, tanto como le sea posible, responder «?». Utilice solamente esta forma de responder cuando usted verdaderamente no pueda decidirse por la respuesta «VERDAD» o por la respuesta «FALSO». Responda a todas las preguntas sin olvidarse de ninguna. No hay malas respuestas a estas cuestiones. Todas sus respuestas son buenas si expresan lo que de verdad usted piensa o siente en cada uno de los casos. Ya puede empezar. Tiene todo el tiempo que usted necesite, pero procure no hacerlo con demasiada lentitud.

- | | |
|--|------------------|
| 1. Yo siento a veces oleadas de calor o de frío..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 2. Me he desmayado más de dos veces en mi vida..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 3. Yo tengo frecuentemente vértigos..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 4. Hay veces en que al oír un chiiste rojo no puedo por menos de reírme..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 5. Tiendo a ponerme nervioso o azorado cuando se me acerca un superior..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 6. Tengo propensión a desmayarme ante la presencia de sangre..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 7. Me siento intranquilo e inseguro cuando me encuentro solo, sin ningún amigo cerca de mí..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 8. Me siento nervioso precisamente en este momento..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 9. Me equivoco con cierta frecuencia cuando me dan órdenes e instrucciones..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 10. Me armo un barullo de ideas cuando tengo que hacer alguna cosa rápidamente..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 11. Yo me enfado a veces..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 12. Yo he padecido o padecido de dificultades al hablar, tales y como por ejemplo, balbuceo o tartamudez..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 13. Si yo pudiera entrar en un espectáculo sin pagar y estuviera completamente seguro de que nadie me iba a ver, quizás lo haría..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 14. Me siento contento y feliz la mayor parte del tiempo..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 15. Algunas veces he llegado tarde a una cita o al trabajo..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 16. Me siento como fastidiado la mayor parte del tiempo, haga lo que haga..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 17. Creo que mi futuro es muy poco esperanzador..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 18. Me resulta difícil emocionarme ante situaciones conmovedoras..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 19. Algunas veces me vienen ganas de «soltar tacos» (o sea, ganas de decir alguna palabra «fuerte»)..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 20. Suele ser frecuente que esté más bien callado y esté como en segundo término, mientras se celebra una reunión en la que se encuentran mis amistades..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 21. La gente suele decir de mí que soy una persona nerviosa..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 22. Tengo temores y aprensiones..... | Verdad ¿ ? Falso |
| 23. Me cuesta frecuentemente conciliar el sueño..... | Verdad ¿ ? Falso |

- 7
- | | |
|--|------------------|
| 24. A veces murmuro o critico. | Verdad ¿ ? Falso |
| 25. Cuando como en familia no siempre como con la misma corrección y esmero que cuando estoy invitado. | Verdad ¿ ? Falso |
| 26. Tengo temporadas en las que me despierto varias veces durante la noche. | Verdad ¿ ? Falso |
| 27. Los pequeños disgustos me ponen nervioso y me producen abatimiento. | Verdad ¿ ? Falso |
| 28. Me desanimo cuando se me juntan varias preocupaciones. | Verdad ¿ ? Falso |
| 29. Algunas veces doy mi opinión sobre cosas que en realidad no conozco bien. | Verdad ¿ ? Falso |
| 30. Algunas veces me siento abatido y triste. | Verdad ¿ ? Falso |
| 31. Siento molestias en la región del corazón. | Verdad ¿ ? Falso |
| 32. Mi corazón empieza de repente a ir de prisa sin que haya ninguna razón que lo justifique. | Verdad ¿ ? Falso |
| 33. Tengo frecuentemente palpitaciones cardiacas. | Verdad ¿ ? Falso |
| 34. Frecuentemente, cuando estoy pensando en alguna cosa me asalta de repente una especie de sobresalto o angustia. | Verdad ¿ ? Falso |
| 35. Algunas veces he dejado para mañana lo que debería haber hecho hoy. | Verdad ¿ ? Falso |
| 36. Me estremezco o tiemblo a menudo. | Verdad ¿ ? Falso |
| 37. Me despierto frecuentemente por la noche con pesadillas o sobresaltos. | Verdad ¿ ? Falso |
| 38. Cuando no me encuentro bien, a veces me pongo de mal humor. | Verdad ¿ ? Falso |
| 39. Me encuentro a menudo con tensión o excitación nerviosa. | Verdad ¿ ? Falso |
| 40. Alguna que otra vez tengo pensamientos que preferiría no tenerlos que contar a nadie. | Verdad ¿ ? Falso |
| 41. He tenido a veces tics (es decir, sacudidas o contracciones nerviosas continuas e involuntarias) de la cara, de la cabeza o de los hombros. | Verdad ¿ ? Falso |
| 42. Tengo las manos o los pies fríos incluso cuando hace calor. | Verdad ¿ ? Falso |
| 43. Tengo temporadas de agotamiento o de fatiga. | Verdad ¿ ? Falso |
| 44. A veces no digo exactamente la verdad. | Verdad ¿ ? Falso |
| 45. A menudo me levanto como causado por la mañana. | Verdad ¿ ? Falso |
| 46. Tengo una sensación de opresión o un dolor en la cabeza que me dificulta hacer lo que tengo que hacer. | Verdad ¿ ? Falso |
| 47. Me encuentro frecuentemente tan fatigado o agotado, que incluso no me siento ni con deseos de comer. | Verdad ¿ ? Falso |
| 48. A veces me he bajado sin pagar yendo en el autobús o en el tranvía. | Verdad ¿ ? Falso |
| 49. Tengo buen apetito. | Verdad ¿ ? Falso |
| 50. Padezco frecuentemente de estreñimiento. | Verdad ¿ ? Falso |
| 51. Tengo frecuentemente ganas de vomitar. | Verdad ¿ ? Falso |
| 52. Me gusta conocer a algunas personas importantes, entre otras razones, porque entonces tengo la sensación de que yo también soy alguien más importante. | Verdad ¿ ? Falso |
| 53. Yo he tenido alguna vez un ataque de nervios con sacudidas o convulsiones. | Verdad ¿ ? Falso |
| 54. Me considero una persona más bien tímida. | Verdad ¿ ? Falso |
| 55. Me considero una persona más bien sensible. | Verdad ¿ ? Falso |
| 56. Alguna vez me he hecho el distraído y he procurado saltarme el turno de una cola. | Verdad ¿ ? Falso |
| 57. Me pongo nervioso con facilidad. | Verdad ¿ ? Falso |
| 58. Me pongo colérico si no puedo obtener las cosas que deseo en seguida. | Verdad ¿ ? Falso |
| 59. Tengo algunas veces explosiones de mal genio. | Verdad ¿ ? Falso |
-
-
-

GLOSARIO

GLOSARIO

- CULPA.- Falta más o menos grave, cometida voluntariamente o por descuido que ocasiona pesar.
- AMARGURA.- Aflicción del ánimo que ocasiona un suceso y que es difícil de olvidar y superar.
- DECEPCION.- Medio por el cual los individuos transforman las cosas tal como ellos quisieran que fueran, y tienen con ello la manera de solucionar de un modo menos directo, menos difícil los problemas de la vida.
- CORAJE.- Impetuosa decisión y esfuerzo del ánimo con irritación o con ira.
- MELANCOLIA.- Tristeza profunda, persistente de causa imprecisa.
- DOLOR.- Sentimiento de pena producido por ciertas vivencias (muerte de un ser querido, etc.)
- RECHAZO.- Vuelta o retroceso que hace un cuerpo por encontrarse con una resistencia.
- DEBILIDAD.- Deficiencia de fuerza o vigor en las acciones físicas o morales.
- VALENTIA.- Expresión arrogante de esfuerzo o hazaña heroica ejecutados con valor.
- ACEPTACION.- Recibir voluntariamente o admitir las circunstancias o hechos tal como se presentan.
- TRISTEZA.- Actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable y se expresa en suspiros, lágrimas y por la pasividad y disminución tónica de los musculos voluntarios.
- DESESPERACION.- Actitud emotiva dirigida hacia el futuro, caracterizada por abatimiento o aflicción y la aceptación de la idea de algo desfavorable con un tono afectivo de intenso desagrado.
- CONGOJA.- Angustia y tristeza que se expresa en el momento que se suscita un acontecimiento desagradable.
- RESIGNACION.- En ella hay siempre renuncia. Esta característica - la diferencia del quietismo, el fatalismo y el pasivismo - que pueden presentarse sin previa renuncia.
- ENOJO.- Movimiento que suscita ira, molestia, desagrado, que no es necesariamente en contra de alguien.
- APATIA.- Imposibilidad de ánimo. Falta de vigor o energía.
- IMPOTENCIA.- Debilidad de ánimo o incapacidad para ciertas acciones.
- COBARDIA.- Miedo inconfesado o inconfesable a resolver un problema.
- ALICIENTE MORAL.- Incentivo o estímulo correspondiente al fuero interno, a lo espiritual.
- INCERTIDUMBRE.- Falta de veracidad, donde cabe la duda la perplejidad.
- PASIVIDAD.- Estado inactivo y sumisión a una fuerza externa o interna del sujeto.
- LASTIMA.- Enternecimiento y compasión que excita el objeto u organismo.
- IRONIA.- Uso del lenguaje con un sentimiento aparentemente contrario a la intención que lleva; o afirmación o ignorancia -- con alusión encubierta a un acontecimiento superior.
- PESADUMBRE.- Sentimientos de tristeza o pesar hacia algo.
- EVASION.- Medio para eludir una dificultad o un acto desagradable.
- REMORDIMIENTO.- Sentimiento doloroso de haber procedido mal; es decir, contra la conciencia moral. Se asocia a un sincero sentimiento de pesar por lo ocurrido y un propósito de enmienda.

- CANAS DE LLORAR.- Sentir vivamente una cosa donde se llega a derramar lágrimas.
- SUFRIMIENTO. Padecer y sentir un daño moral, sentir agravios.
- MIEDO.- Comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo simpático con varios tipos de reacciones motoras, con temblor, encogimiento, huida; entre otros.
- AFLICCION.- Sentimientos producidos por un hecho desagradable que produce pesar.
- EMPATIA.- Proyección imaginaria o mental de sí mismo, en los elementos de una obra de arte, objeto natural u organismo.
- INCAPACIDAD ANTE LA MUERTE. Falta de capacidad para recibir y reaccionar prudentemente ante la muerte de un individuo.
- SUPERACION.- Vencer cualquier adversidad ante un conflicto o hecho desagradable.
- DEPRESION.- Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que lo explican.
- COMPASION.- Actitud emotiva en que la desgracia o males del otro individuo suscitan un sentimiento de tristeza o tiene solicitud de simpatía.
- FRUSTRACION.- Vivencia de fracaso, de no consecución de lo que se esperaba de perjuicio, de injusticia. (reales o sentidos como tales por el sujeto).
- ANGUSTIA.- Combinación de apresiones, incertidumbre y miedo, con especial referencia a manifestaciones corporales.
- PENA.- Infligir un sentimiento de tristeza o aflicción.
- ALIVIO.- Aligerar o disminuir las fatigas o aflicciones.
- LEALTAD.- Cumplimiento de lo que exigen las leyes de la fidelidad, del honor y la honrría del bien. A través de la sinceridad.