



Ciudad Obregón, Sonora, a 11 de Octubre de 2013.

Instituto Tecnológico de Sonora
P r e s e n t e.

El que suscribe Abigail Akiyama Gutiérrez, por medio del presente manifiesto bajo protesta de decir verdad, que soy autor y titular de los derechos de propiedad intelectual tanto morales como patrimoniales, sobre la obra titulada "Uso del grupo de reflexión como técnica de psicoterapia breve ante el tema de muerte en personal médico institucional", en lo sucesivo "LA OBRA", misma que constituye el trabajo de tesis que desarrolle para obtener el título de Licenciada en Psicología en ésta casa de estudios, y en tal carácter autorizo al Instituto Tecnológico de Sonora, en adelante "EL INSTITUTO", para que efectúe la divulgación, publicación, comunicación pública, distribución y reproducción, así como la digitalización de la misma, con fines académicos o propios del objeto del Instituto, es decir, sin fines de lucro, por lo que la presente autorización la extiendo de forma gratuita.

Para efectos de lo anterior, EL INSTITUTO deberá reconocer en todo momento mi autoría y otorgarme el crédito correspondiente en todas las actividades mencionadas anteriormente de LA OBRA.

De igual forma, libero de toda responsabilidad a EL INSTITUTO por cualquier demanda o reclamación que se llegase a formular por cualquier persona, física o moral, que se considere con derechos sobre los resultados derivados de la presente autorización, o por cualquier violación a los derechos de autor y propiedad intelectual que cometa el suscrito frente a terceros con motivo de la presente autorización y del contenido mismo de la obra.

Abigail Akiyama Gutiérrez



Ciudad Obregón, Sonora, a 11 de Octubre de 2013.

Instituto Tecnológico de Sonora
P r e s e n t e.

El que suscribe Cinthy María Gastelum Flores, por medio del presente manifiesto bajo protesta de decir verdad, que soy autor y titular de los derechos de propiedad intelectual tanto morales como patrimoniales, sobre la obra titulada "Uso del grupo de reflexión como técnica de psicoterapia breve ante el tema de muerte en personal médico institucional", en lo sucesivo "LA OBRA", misma que constituye el trabajo de tesis que desarrolle para obtener el título de Licenciada en Psicología en ésta casa de estudios, y en tal carácter autorizo al Instituto Tecnológico de Sonora, en adelante "EL INSTITUTO", para que efectúe la divulgación, publicación, comunicación pública, distribución y reproducción, así como la digitalización de la misma, con fines académicos o propios del objeto del Instituto, es decir, sin fines de lucro, por lo que la presente autorización la extiendo de forma gratuita.

Para efectos de lo anterior, EL INSTITUTO deberá reconocer en todo momento mi autoría y otorgarme el crédito correspondiente en todas las actividades mencionadas anteriormente de LA OBRA.

De igual forma, libero de toda responsabilidad a EL INSTITUTO por cualquier demanda o reclamación que se llegase a formular por cualquier persona, física o moral, que se considere con derechos sobre los resultados derivados de la presente autorización, o por cualquier violación a los derechos de autor y propiedad intelectual que cometa el suscrito frente a terceros con motivo de la presente autorización y del contenido mismo de la obra.

Cinthy María Gastelum Flores



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA
Educar para Trascender

“Uso del grupo de reflexión como técnica de psicoterapia breve ante el tema de muerte ante el personal médico institucional”

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en
Psicología

Presenta

Abigail Akiyama Gutiérrez

Cinthya María Gastelum Flores

Ciudad Obregón, Sonora;

Octubre de 2013

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
CAPITULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	2
1.2 Planteamiento del problema	5
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos	11
CAPITULO II	12
MARCO TEORICO.....	12
2.1 Concepto de emoción.....	12
2.2 Emociones generadas ante la muerte.....	13
2.2.1 Ansiedad.....	13
2.2.2 Depresión	13
2.3 Duelo y sus etapas.....	14
2.3.1 Concepto.....	14
2.3.2 Negación y aislamiento.....	14
2.3.3 Ira.....	15
2.3.4 Pacto.....	16
2.3.5 Depresión	16
2.3.6 Aceptación	17
2.4 Medicina.....	17
2.4.1 Medico ante la muerte.....	18
2.4.2 Enfermera ante la muerte.....	18
2.5 Muerte.....	18
2.5.1 El miedo hacia la muerte.....	19

2.6 Psicoterapia breve	19
2.6.1 Función del coordinador.	20
2.6.2 Proceso grupal.....	21
2.6.3 Grupos de reflexión.....	22
2.7 La transferencia	22
CAPITULO III	24
METODOLOGIA.....	24
3.1 Participantes.	25
3.2 Instrumento.	25
3.3 Procedimiento	25
CAPITULO IV	27
RESULTADOS.....	27
4.1 Análisis descriptivo.....	27
4.2 Análisis cualitativo.....	35
CAPITULO V	37
DISCUSIÓN	37
5.1 Conclusiones y recomendaciones.....	38
ANEXOS	45

Agradecimientos

A mi familia, por ser parte de la realización no solo de este trabajo, sino por acompañarme en el transcurso de la elaboración de uno de mis objetivos personales, sin importar opiniones, o deseos distintos que se interpusieran en la decisión de conocerme a través de estudiar la carrera de psicología. Por entender, apoyar, y acompañarme durante mis 23 años en cada cosa que desde pequeña decidí aprender, desaprender, dejar ir, cada proyecto en el que quise ser parte y en aquellos en los que decidí dejar, gracias por respaldar cada propósito en los que estaban de acuerdo, y también aquellos en los que no, pero en esta ocasión quiero agradecer por los últimos cuatro años de formación en los que obtuve más allá de calificaciones, la satisfacción de crecer como persona. A ustedes, tíos, tías, hermanos, sobrina, papá y mamá, les digo gracias.

Gracias a los maestros que despertaron en mí las dudas que aún vengo arrastrando, y que nunca contestaron, porque gracias a eso es que sigo buscando. Gracias maestra Luz Aydee Camacho y gracias maestro Miguel Angel Sitten por no solo ser asesor de este trabajo, gracias por impulsar lo que parecía ser un complejo proyecto y terminó siendo una gran satisfacción en el arte de escuchar.

A Alberto por estar presente en el desarrollo del trabajo, desde que era solo una idea, y por apoyar con fuerza cuando la carga parecía pesada, muchas gracias.

A mi compañera de tesis, por compartir resistencias, espejeos, y la decisión de aventurarnos en este trabajo, que es solo un bosquejo de aquello que sé que lograrás. Gracias abby.

A las personas que directa e indirectamente fueron parte de esta historia, por conocerme a través de ustedes y por compartir cuatro años de nuevas experiencias. Gracias Danna, Fer, Irma y Dora.

Cinthya Gastelum.

Agradezco a mis padres, Margarita y Miguel (mis mejores maestros) por enseñarme a ser lo que soy, y a mis hermanas por ser apoyo y confidentes de muchas maneras, gracias.

“El sueño es la realización de un deseo” dice Freud, y quiero agradecer a mi compañera Cinthya por soñar despierta junto conmigo y realizar este deseo de aprender a hacer psicología. Agradezco a Danae Chaidez por ser mi compañera durante toda la carrera, gracias por estar y compartir, en lo consciente e inconsciente, a Fernanda Velásquez, Alberto Ibarra, Irma Bidón y a Dora Martínez, gracias a todos por las aventuras y por hacer todo este recorrido más divertido.

Agradezco a mis maestros Luz Aydee Camacho y Miguel Ángel Sitten por todo el conocimiento que comparten, siento que fueron piezas muy importantes para mi formación como persona y profesionista, por darme una nueva visión de mí y de la psicología.

A todos los que formaron parte, les doy las gracias de todo corazón.

Abigail Akiyama.

¿No sería mejor confesar que en nuestra civilizada actitud ante la muerte una vez más vivimos psicológicamente mas allá de nuestros medios, y que debemos reformarnos y dar a la verdad lo que es debido? ¿No sería mejor darle a la muerte el lugar que en realidad y en nuestros pensamientos le corresponde, y darle un poco más de importancia a esta actitud inconsciente ante la muerte, que hasta hoy hemos reprimido con todo cuidado? Esto difícilmente parecerá un gran logro, sino más bien un retroceso... pero tiene el mérito de tomar más en cuenta el verdadero estado de las cosas.

SIGMUND FREUD

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La muerte es parte del proceso de vida que tienen todas las personas, pues se nace para morir, es parte del ciclo vital, sin embargo, es de naturaleza humana negar esta realidad inamovible. Es importante considerar que actualmente la muerte de las personas ya no sucede en los hogares como era antes, ahora se ha desplazado este acontecimiento a los hospitales. En este sentido se ha transferido al médico la responsabilidad de hacerse cargo de este acontecimiento único del ser humano que es la muerte. Si se toma en cuenta que el médico, es ante todo un ser humano, que como tal es miembro de la sociedad que rechaza la muerte, pero además como médico lucha contra ella, se puede deducir que se encuentra en una situación dual: como médico obligado a cumplir con su responsabilidad laboral, sin embargo, como hombre tiene además la necesidad de huir de esa realidad porque le es dolorosa. De tal manera que cuando se enfrenta a la muerte

de su paciente, con frecuencia, no sabe de qué manera actuar (Asociación mexicana de tanatología, 2010).

El psicólogo, como agente de salud, está en busca de la mejora del ser, Oblitas (2010), define la salud como un concepto positivo que va más allá de la ausencia de la enfermedad, es decir, implica diferentes grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo, por lo que ante esta premisa, en la presente investigación se pretende darle relevancia y un espacio abierto al cúmulo de emociones que el personal médico puede llegar a sentir ante las diferentes condiciones que conlleva el escenario hospitalario. El propósito del presente trabajo es trabajar con las emociones del personal médico de una Institución de salud del sur de Sonora, usando como herramienta de intervención el grupo de apoyo algunas premisas conceptuales psicodinámicas, como es el caso del concepto transferencia, es decir, que en el aquí y ahora de la situación se conjugan emociones asociadas del pasado que quedaron anudadas o fijadas a eventos que pudiesen significarse similares, ya sea por proximidad o parecido, motivo por el cual abrir el espacio a reflexionar sobre experiencias previas facilita identificar motivos del pasado que influyen en el aquí y el ahora.

1.1 Antecedentes

Las costumbres de la cultura contemporánea permiten mantener una actitud de “temor” hacia la muerte. En épocas anteriores solían hacerse rituales que eran visibles para todas las personas, la enfermedad y la muerte estaban presentes entre la gente; los leprosos proclamaban su enfermedad por las calles mientras se encontraban a las orillas de los caminos, los muertos eran velados por el pueblo entero, llevándolo juntos al cementerio, los cuales generalmente se ubicaban en el corazón del lugar, junto a la iglesia, en el centro, es decir, la enfermedad y la muerte eran presencias constantes. En la actualidad a los enfermos se les clausura de la vida pública, aislándolos en los hospitales o sanatorios y en caso de ser visitados no se suele hablar de muerte, a los moribundos se les aísla aún más, van muriendo lento, en secreto, donde los demás no los ven y si es posible se les

manda a sus hogares, en otras palabras, se destierra la muerte de los hospitales. Por otro lado, en cuanto a las actitudes evasivas del hombre hacia la muerte se encuentran en las nuevas prácticas médicas que el médico le suministra morfina al enfermo para no dejar así que la muerte llegue en un estado consciente (Gómez, 2006).

Se vive en una sociedad que siendo mortal no solo no acepta la muerte, sino que además la rechaza convirtiéndola de esta manera en un acompañante no deseado o incómodo que se olvida, se rechaza, y se trata de alejar. Este deseo puede ser efectivo para quien no trabaja junto con el "enfermo", en cambio para el médico oncológico, no se puede decir lo mismo pues se encuentra en contacto continuo con la muerte y con su propio miedo (Aguirre, 2010).

Aunado a eso, el médico, preparado para tratar de aliviar, y siempre presuponiendo que lograra salvar a sus pacientes, encara ahora el acontecimiento fatal que no puede impedir; además acostumbrado a usar su tiempo en quehaceres agradables y exitosos, ahora tiene que dedicarlo haciendo ya no un papel "técnico", y que no le da la oportunidad de obtener un éxito convencional. Peor aún, es aclamado para brindar explicaciones a familiares que hasta ese instante no había conocido; o para atender propuestas de "remedios" inservibles, y peticiones de seguridad cuando hay muy poco que prometer. Por todo esto no es un asombroso ver al médico desertando de esta escena, para ir y destinar su tiempo a los pacientes que sí se están recobrando, y con los quienes puede reconquistar su compostura y el sentido de estar desempeñando con su gestión (Solidro, 1999).

Hoy en día, hay un foco de atención hacia este tema, ya que a pesar del vasto conocimiento que se tiene sobre el paciente y su dolor, sobre los familiares acompañantes, existe una tercera variable importante en el proceso del paciente a través de su enfermedad y la suma de emociones que ocasiona tal situación: el médico, él se ve a si mismo lidiando con sus emociones: García-Caro *et al.* (2010)

señala que según la literatura revisada, hay una escasa cantidad de referencias para la gran carga emocional que sobrellevan los médicos ante un diagnóstico de muerte. En su investigación explica que profesionales de la salud de la provincia de Granada (España) que estaban en contacto constante con enfermos terminales, demostraban un "déficit o ausencia de criterios claros para determinar y aplicar el diagnóstico de enfermedad terminal", y propone que al médico le puede parecer difícil darle de alguna manera un diagnóstico de enfermo terminal al enfermo pues esto puede significar faltar a su deber de salvador y tomar la muerte como un fracaso de su oficio.

Otro estudio (Moreno, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2003) en Madrid dedicado al *burnout* (síndrome de agotamiento laboral o fatiga laboral crónica) en médicos del área de oncología sugiere que la intervención, específicamente en este grupo de profesionales, ha de ser en grupos de apoyo que no solamente atiendan este desgaste profesional, si no también el "aislamiento" y la "desmoralización". Asimismo hacen énfasis en una necesidad de mejorar las habilidades de comunicación entre ellos mismos y sus pacientes.

En un nivel latinoamericano, un estudio Venezolano que reconocía el afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores en la dualidad estrés-salud en médicos (Bethelmy y Guarino, 2008) reconoció un uso intermedio en cuanto al distanciamiento emocional y una alta frecuencia en el afrontamiento racional, una frecuencia media en el tipo de afrontamiento por desapego emocional y una tendencia creciente a utilizar el afrontamiento por evitación, lo cual pueden ser alarmante pues al correlacionar datos se descubrió que el uso de afrontamiento por evitación perjudica el estado de salud tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

Desde un punto de vista nacional, García *et al.* (2009), realizó una investigación sobre la inteligencia emocional de los médicos del Hospital General de México en donde se hacen observaciones sobre lo nuevo que es estudiar a los médicos en

relación a sus emociones, sugiriendo que es de gran relevancia el desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud. Ahí se define a la Inteligencia emocional como la “capacidad global del individuo para actuar racionalmente y con éxito” y en los resultados obtenidos al medir la Inteligencia emocional se encontró que entre más edad, había una menor elasticidad emocional.

No solo se han encontrado sugerencias al tema de desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud, sino también de buscar “humanizar” el trato entre médico y paciente (García y García, 2005) ya que un pensamiento racional no es el único requerimiento en esta área de la salud, también son necesarias la percepción de emociones, el interactuar con el entorno, las experiencias que se viven como ser humano, es decir, el tomar en cuenta la concepción de libertad del enfermo junto con una trinidad mental: pulsión, afectividad y razón.

Se han encontrado diversas investigaciones locales (Ciudad Obregón) por los mismos médicos en donde se discuten temas de tesis que involucran de alguna manera el lado afectivo de la medicina, como Flores (2011) que realizó una investigación de los estilos de afrontamiento al estrés en padres de niños con padecimientos crónicos, encontró que en cuanto a la comparación de las puntuaciones obtenidas por los estilos de afrontamiento por género de los familiares participantes, solo existieron diferencias mostradas en el estilo de búsqueda de apoyo social y evitación. Como se indicó anteriormente el estudio se realizó por un estudiante de medicina, lo cual muestra como el interés en el tema puede llegar a ser por el interés propio, por el estrés propio ante el trato con pacientes con padecimientos crónicos degenerativos.

1.2 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte

(los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés. Estos argumentos son el respaldo principal de la propuesta este trabajo y la importancia del tema.

Los pacientes en fase terminal representan para el médico un “fracaso”, y el resto del personal médico es percibido como un inútil y deprimente trabajo. El médico puede estar mal equipado emocionalmente para manejar a un paciente en fase terminal, si por un momento se permite pensar -de manera infantil omnipotente- que es un semi Dios, y facilita que se produzca una dependencia médico-paciente se adentrará a un contexto de represiones, ansiedades, y desilusiones de invulnerabilidad (Solidoro 1999).

Una investigación local que reconocía el *burnout* en médicos y enfermeras descubrió un grado “moderado alto” de incidencia del síndrome en la población de estudio, siendo el personal de enfermería el más afectado por el síndrome, en comparación con los médicos. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y *burnout*. Las variables sociodemográficas que tuvieron una correlación estadísticamente significativas fueron sexo, profesión, edad, nivel académico y tipo de contrato (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007), datos que puede llevar a reconocer la necesidad de intervención en este tipo de población.

En otro estudio realizado por Chávez (2010) se conocieron los factores de riesgo y grado de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades del Hospital General Regional de Ciudad Obregón: en base a la ponderación de depresión obtenida por el cuestionario de Beck se encontró un 11.2% con depresión leve, 0.5% de depresión severa y 88.3% sin presencia de depresión. Los factores asociados a depresión principales fueron soltería, sexo femenino, toxicomanía, episodios previos de depresión y tratamiento antidepressivo.

Actualmente los miembros del equipo de salud, entre ellos, enfermeras y médicos, son quienes permanecen en contacto con el paciente y su familia en los momentos más importantes; el nacimiento y la muerte, pues son los hospitales el escenario de estos acontecimientos, a diferencia de la antigüedad, donde la muerte y el nacimiento eran parte de la misma dinámica que se vivía en el hogar. El hecho de que estos eventos se desplacen a los centros hospitalarios hace que se generen relaciones estrechas entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan que el personal médico les brinde comprensión para afrontar las angustias y sentimientos relacionados con los confines de la vida (Carmona 2008).

Pero el médico con frecuencia no sabe qué hacer ante la muerte de sus pacientes, hoy en día la medicina se ha interesado por desarrollar una serie de técnicas para alargar la vida, sin embargo la muerte en la mayoría de los casos ya no es algo intrínseco al individuo, sino que es parte de un proceso en el que la enfermedad es el comienzo. En este proceso están involucradas una serie de personas y situaciones en las cuales el médico generalmente es caracterizado por actuar como uno de los últimos responsables (Lorenzo, 2010).

La muerte es lo inefable, lo que no se puede expresar con palabras. Freud (1915), plantea que el hombre muestra una inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida, considera que la muerte propia es inimaginable y en el fondo nadie cree en su propia muerte ya que en lo inconsciente se está convencido de la inmortalidad. El hombre va aceptando esta realidad a través de la muerte de los otros significativos para él o de las pérdidas que se van viviendo a lo largo de la vida (Gómez, 2000).

Se entiende que la muerte es un área difícil de tratar, sin embargo, Grau *et al.* (2008) señalan lo poco investigado que es el tema, específicamente haciendo una referencia al personal de salud, y la necesidad de intervención hacia las "tanatofobias", hacia la modificación de actitudes/comportamientos de temor,

evasivas o ambiguas que entorpezcan de alguna manera el tratamiento del paciente.

El trabajo grupal es benéfico para la labor terapéutica, ya que en estos grupos se da un espacio en el que se comparten las dificultades y preocupaciones, además de tener un sentimiento de aceptación por parte del grupo, se aumenta la seguridad del individuo al captar que otros integrantes también han pasado por situaciones similares y al darse cuenta que las han dominado se facilita enfrentar la situación por la que se está pasando, además de asumir la responsabilidad cada quien ante la confrontación del grupo que pone las dificultades ante diferentes panoramas gracias a las distintas experiencias y habilidades de los otros (Zastrow, 2008).

Torras (2010) explica que en el grupo se aprende a acoger el dolor, que al poder expresarlo en conjunto se transforma y que existen mejorías tanto físicas, como psicológicas en la persona. Con base a lo anterior, surge el interrogante acerca de si podrá un grupo de reflexión que facilita el externamiento de emociones modificar las diferentes emociones que le causa al médico el contacto constante con pacientes crónicos.

1.3 Justificación

La presente investigación propone mostrar a la muerte como parte de la vida misma, supone acoger la muerte por medio de grupos de reflexión que permitan reconocer la serie de emociones que acarrea el constante contacto con el sufrimiento del otro. La muerte no es un camino breve, sino más bien una sucesión de fases, además de biológicas, psicológicas, en las cuales hay muchas acciones fundamentales que se van perdiendo en un proceso paulatino y sosegado que pueden pasar desapercibido a simple vista. Los profesionales de la salud que atienden pacientes desahuciados pueden intervenir con mediaciones apropiadas en dos procesos: en el proceso de morir, y en el manejo del duelo de los familiares y el duelo propio (Hernández, González, Fernández e Infante, 2002).

El proceso de duelo es la opción que se plantea a beneficio del personal de salud y en consecuencia al ambiente en general, que incluye a los pacientes y familiares que los acompañan.

El personal médico correspondiente al área de pacientes crónicos del Instituto de Seguridad y Seguros Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, no cuenta con atención psicológica grupal o individual que le permita externalizar las emociones que la estancia en el sitio de trabajo le provocan. La necesidad de cumplir con el trabajo y luchar contra la muerte, los sentimientos de angustia, estrés, ansiedad, impotencia o incluso de fracaso correspondientes a la concepción personal que el médico tiene sobre la muerte, son factores que destacan la necesidad de crear un grupo de reflexión con la finalidad de crear un tiempo y un espacio necesarios para el personal médico. Los grupos de reflexión son espacios que facilitan a las personas trabajar aspectos psicológicos, físicos o existenciales en común.

Las causas del cambio individual en los grupos de autoayuda han sido desglosados, por Campuzano (1987), como emocionales, cognitivos y conductuales:

Emocionales

La experiencia de grupo proporciona calor, empatía, comprensión y estímulo. Como un subsistema que alimenta, de pares y amigos, brinda a sus miembros una atención incondicional e interés y da la oportunidad de ser libres, abiertos y espontáneos unos con otros. En el proceso de transición que va de la marginalidad social a roles sociales más convencionales, el grupo de autoayuda sirve como "objeto social transicional".

Cognitivos

La experiencia de grupo ayuda a mejorar la auto-estima individual al proveer la

oportunidad de percibirse uno mismo entre otros con similares condiciones. Por ende, provee a los miembros con una nueva referencia de grupo entre quienes la declaración abierta de "desviación" se vuelve una declaración de comunidad, reduciendo los sentimientos de devaluación, alienación y anomia.

Conductuales

Reforzados por estos cambios emocionales y cognitivos los miembros se sienten libres para proporcionarse ayuda mutua. Intercambian estrategias para lidiar con sus problemas comunes (conocimiento experiencial), se dan consejos, se sienten parte de un equipo, se enseñan destrezas unos a otros y hacen amistades. De esta manera, los grupos de autoayuda se vuelven un campo para la experimentación social y de relaciones humanas.

Es por ello que se considera importante la intervención por medio de un grupo de apoyo y reflexión, en el que los participantes hagan parte de su rutina laboral el espacio y el tiempo considerable para ser parte del presente proyecto, ante la necesidad latente del reconocimiento de emociones que se generan durante su estancia en dicha área de trabajo, siendo el grupo de reflexión un canal hacia la liberación de las emociones que como parte del personal médico de una institución de salud no les es posible.

La relevancia de la presente investigación no solo gira en torno a la demostración de las emociones que se generan en el personal médico, midiéndolas antes y después de la intervención, sino además valorar la importancia de la participación de la psicología en el ámbito de la salud, generando una perspectiva multidisciplinaria dentro de la misma.

Gestando de esta manera la iniciativa a un proyecto de apoyo, dándole lugar a la psicología dentro del ámbito de la salud, apuntalando de esta manera una dinámica distinta dentro de la institución por medio de un proyecto dirigido al personal médico, pues existen ya proyectos dirigidos a familiares y pacientes

crónicos, siendo la presente investigación un plan de intervención con intereses multidisciplinarios para la calidad y servicio de los colaboradores de la salud.

Creando de esta manera una alternativa de participación desde la perspectiva de la psicología y su ámbito laboral como aportación a la misma disciplina.

1.4 Objetivos

- Conocer el estado emocional del personal médico que labora con pacientes crónicos antes y después de una intervención psicológica.
- Conocer los efectos de un programa de intervención psicológica en personal médico que labora con pacientes crónicos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En el presente capítulo se hace una revisión teórica que dará al lector los conceptos básicos relacionados con el procesos de grupo de reflexión aplicado a personal médico, como también los conceptos de muerte y emoción, y otros concernientes al mismo tema.

2.1 Concepto de emoción.

La emoción se puede definir como sentimientos que tienen componentes fisiológicos y cognoscitivos que influyen en el comportamiento. Tres de sus principales funciones residen en 1) *disponer para la acción*, estas trabajan como conexión entre los acontecimientos que pasan a nuestro alrededor y nuestras respuestas; 2) *adaptar el comportamiento futuro*: las emociones impulsan el

aprendizaje en base a la experiencia para dar respuestas apropiadas en el futuro; por ultimo 3) *permiten mejorar las relaciones con los demás*, ya que al compartir de manera verbal y no verbal las emociones que se experimentan se dan señales a los observadores, permitiéndoles entender y predecir el comportamiento, a su vez esto fomenta la interacción social efectivo y oportuno (Feldman, 2006).

Se distinguen dos aspectos de la emoción: *la experiencia subjetiva*, el sentimiento o afecto, que puede ser estudiada mediante la introspección del sujeto, los afectos le dan un grado a la emoción como agradable o desagradable, no hay afectos imparciales, gracias a este grado el comportamiento se enjuicia hacia la aceptación o el rechazo y se manifiesta como acercamiento o evitación. Además está *la expresión emocional*, que es el compuesto de actividades que se pueden valorar de manera imparcial y que perjudican al sistema nervioso motor en formas de gestos y posturas, como al vegetativo y endocrino, y una serie de fenómenos cerebrales (Fernández y Laín, 1991).

2.2 Emociones generadas ante la muerte.

El reconocer la condición de seres humanos finitos suele ser una certeza dura y desagradable, ya que el individuo llega a tener la idea de una inmortalidad debido a la negación de esta mortalidad. El presente capítulo pone a disposición del lector conceptos acerca de la muerte y las emociones que esta genera.

2.2.1 Ansiedad

La ansiedad es una experiencia emocional que los seres humanos experimentan, y con la cual se está más relacionada en la actualidad. Es un fenómeno que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza, todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir (Reyes, 2006).

2.2.2 Depresión

Todas las personas cuentan con emociones que les permiten adaptarse al medio, mecanismos que no todo el tiempo llevan a cabo su meta, hay veces en las que se

encuentran con desproporciones en intensidad o que son inconvenientes en su aparición y se pueden convertir en origen y surtidor de dolor. Para poder definir depresión no se puede delimitar solamente como tristeza, a pesar de que esta se encuentre habitualmente en la sintomatología de la depresión, más bien se encuentra como un múltiple de experiencias que perjudican muchos ámbitos de la vida por sus diferentes tipos de manifestaciones (Jervis, 2005).

Se puede definir a la depresión como una alteración de los estados de ánimo que tiene como características sentimientos penetrantes y quejas constantes de estar deprimido, triste, abatido, temeroso, con síntomas fisiológicos como lo son la variación diurna, disminución del apetito, cambio de peso, disminución de la libido, estreñimiento, taquicardia y fatiga inexplicable, alteraciones psicomotoras como la agitación, alteraciones psicológicas que incluyen confusión, vaciedad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, reflexión suicida, etc. (Fredén, 1986).

2.3 Duelo y sus etapas

El duelo es una cuestión complicada y hay muchas maneras de experimentarla, Elizabeth Kubler-Ross (2002) describe el duelo en 5 etapas.

2.3.1 Concepto.

La palabra duelo proviene del latín *dolos* que significa dolor, y es una solución natural del ser humano ante la pérdida de algo o de alguien significativo. Esta no se describe en términos de una situación o circunstancia, sino más bien es un proceso de reorganización, donde hay reacciones conductuales, emocionales y cognitiva, y como todo desarrollo tiene un comienzo y un fin.

2.3.2 Negación y aislamiento

La actitud de negación ante la muerte, descarta completamente la existencia de la muerte, tratando de no verla, no asumirla y por supuesto no aceptarla.

Se considera a la muerte como la capacidad del ser humano, para defenderse así mismo, en la que utilizan todas las defensas posibles, negando incluso la evidencia medica.

Para Kubler- Ross (2002) la negación puede clasificarse en dos tipos:

- Negación parcial la cual es habitual en casi todos los pacientes y no solo en el momento del diagnostico, sino que constantemente en el desarrollo de la enfermedad y las etapas propias de la misma se requiere a la negación, pues funciona como amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, pues permite al paciente y a quienes estén viviendo el duelo de la enfermedad a recobrase y movilizar otras defensas menos radicales.
- La negación mantenida la cual se caracteriza intentar negar la proximidad de la muerte hasta el último momento. En este tipo de negación no aumenta el dolor aunque se posterga hasta el final. Generalmente la negación es una defensa provisional que pronto será sustituida por una aceptación parcial.

2.3.3 Ira

Así mismo la autora describe que cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento.

En contraste con la etapa de negación, esta fase es muy difícil de afrontar sobre todo para los familiares y el personal médico. Esto se debe a que la ira generada, se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que se rodea. En esta etapa los doctores son percibidos por los pacientes como ineficientes, las enfermeras se convierten en el blanco del disgusto.

Lo trágico de esta etapa, es que no se consideran las razones internas del enojo del paciente, sino que se asumen razones personales ante el personal médico o

familiares, cuando la ira que se presenta tiene muy poco que ver con las personas que se convierten en el blanco de esas emociones desfavorables.

2.3.4 Pacto

En esta fase según la autora antes mencionada describe que es menos conocida, pero igualmente importante, aunque solo durante breves espacios de tiempo.

Realmente el pacto consiste en un intento por posponer los hechos; es considerado como un “premio a la buena conducta”, que se obtiene después de haber ganado un permiso de postergar cualquier procedimiento clínico y hospitalario, en el que internamente está reflejado el miedo a la muerte.

Generalmente los pactos se realizan hacia un Dios y son guardados ocultamente, y solo son expuestos en contextos religiosos.

Sin embargo desde el punto de vista psicológico las promesas pueden relacionarse con sensaciones de culpa, estos sentimientos pueden estar dirigidos hacia la persona que está muriendo, los cuales pueden ser sentimientos hostiles inconscientes, que por ser considerados inapropiados son reprimidos, ocasionando un aumento de dicho sentimiento ante tales promesas o pactos incumplidos.

2.3.5 Depresión

De la misma manera, la autora describe la etapa de depresión ocurre cuando la negación no puede ser considerada como una opción ante la evasión de la situación actual. Cuando la insensibilidad o estoicismo, ira y rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida.

En muchas ocasiones la depresión es usada como preparación ante la pérdida inminente de todos los objetos de amor. Afirmar que no se experimenta la tristeza en alguno de los participantes de esta red de personas viviendo un duelo es

absurdo, ya que todo ser humano experimenta tristeza ante una pérdida de cualquier tipo, sobre todo si se habla de pérdidas humanas.

Es de suma importancia resaltar la relevancia de expresar el dolor ante una pérdida, pues exteriorizar el dolor permite llegar a la persona acceder a una aceptación de la situación crítica en la que se encuentra.

2.3.6 Aceptación

Asimismo dicha autora describe, que una vez vividas las etapas anteriores, la persona que experimenta una pérdida, lograra llegar a un destino que carece de depresión o enojo. Esto le permitirá expresar sentimientos que son necesarios para sobrellevar el duelo.

La aceptación es el final de la lucha por esquivar a la muerte inevitable, sin embargo el desapego de esta idea es un camino menos prolongado para llegar a la última fase.

2.4 Medicina

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS 2013).

El propósito fundamental de la medicina, el ayudar al paciente, supone el considerarlo como una persona en estado de necesidad de lo cual se derivan un conjunto de exigencias para el médico, quien puede cumplir más adecuadamente con su función si maneja correctamente el cuerpo de conocimientos, cada día mayor de la ética médica de la actualidad (Castillo, 1986).

2.4.1 Médico ante la muerte.

La idea que se conoce del médico es que este se limita a luchar contra la muerte, pero este hecho, aparte de ser erróneo, lo propone en un lugar incomodo de perdedor obligado ya que la muerte siempre saldrá ganando (Rivero y Tanimoto, 2007). Por lo que el médico, cuando se enfrenta a la muerte de un paciente al cual él personalmente trato, no solo trabaja con el duelo de esta persona que fallece, que pudo o no convertirse en un ser querido, sino también es elaborar el duelo de la derrota profesional (Pablo, 2003).

2.4.2 Enfermera ante la muerte.

Cuando las enfermeras temen a la muerte, e incluso no aceptan el hecho de ellas mismas morirán algún día, con frecuencia manifiestan como mecanismo de defensa la negación, no aceptan el hecho de que una persona este muriendo, y en algunas ocasiones simplemente evitan atenderla. Ocasionalmente cuando la enfermera experimenta temor hacia la muerte es posible que las reacciones que el paciente tenga con respecto al proceso médico que está experimentado le produzcan malestar y se genere un alejamiento entre enfermera y paciente. Existen enfermeras que permiten que su miedo a la muerte se haga parte del proceso de acompañamiento que realizan en su área de trabajo, y esto produzca una actitud dura y encasillada en el exterior, lo cual produce que la relación que esta tiene con el paciente se vuelva superficial (Beebe, 1984).

2.5 Muerte.

El concepto, visión, actitud, y reacción ante la muerte ha cambiado con los años, sin embargo, siempre ha sido un acontecimiento complejo, desde el inicio en las sociedades tradicionales se atendió y escucho al moribundo hasta el último momento. La problemática de la muerte en la Edad Media se convirtió en un asunto público y colectivo, se asume con naturalidad, como muestran algunas obras de la literatura que describen el correcto morir. En la actualidad es el medico

quien se encarga de asistir a las personas que se encuentran muy cerca de la muerte (Gómez 2011).

2.5.1 El miedo hacia la muerte.

La nueva civilización medica niega la necesidad de que el ser humano admita el dolor, la enfermedad y la muerte. La civilización médica está planeada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y combatir contra la muerte, objetivos que nunca antes habían sido líneas de dirección para la sociedad. La visión del conocimiento de la propia mortalidad forja el miedo ante la muerte, este miedo, es un miedo cultural, por lo tanto es asimilado socialmente.

Hay un fuerte instinto desarrollado en el hombre de manutención de la vida y , consiguientemente, de miedo a perderla. De este instinto arraigado de la vida procede el miedo y la angustia frente a su presencia y al momento, siempre incógnito, en que acontecerá su muerte o la de las personas próximas afectivamente. El miedo a la muerte es el miedo a algo más que jamás se conocerá, porque lo que se sabe de la muerte no resultara más alentador que lo que se desconoce.

No se puede procurar impedir a la muerte su misterio y su dolor, es mejor aceptar honrada y sencillamente el enigma y no degradarlo a problema, por lo que en justa lógica y en estricta honradez, solo corresponde la humildad intelectual y la sabiduría de reconocerse ignorante, para así disipar la angustia (Gómez 2006).

2.6 Psicoterapia breve

Bellak y Small (1980) proponen las siguientes concepciones de psicoterapia breve:

La psicoterapia es un proceso sencillo en donde se concibe el desconocimiento, el aprendizaje y el reaprendizaje, se mencionan dichos conceptos ya que las personas son el fruto de su propio bagaje histórico y tomando en cuenta que se

tiene también una predisposición biológica con la que se interactúa con el mundo, todo recae al resultado estructurado de la manera en la que las personas registran, guardan y rescatan sus experiencias.

La psicoterapia busca vislumbrar las consecuencias de experiencias concretas de la persona, trata de comprender lo percibido y de “desenmarañar” y modificar estas percepciones del pasado que pudieron haberse adaptado mal hoy en día y que afecten en sentimientos y comportamientos derivados de ellos.

Conociendo que es la psicoterapia, la psicoterapia breve, celosamente planeada, basada en propuestas claramente formuladas, puede conducir a resultados relativamente extensos y rápidos (o al menos señales de estas modificaciones) que bajo las situaciones correctas pueden continuar autónomamente una vez comenzados.

2.6.1 Función del coordinador.

Dentro del proceso grupal el terapeuta se encuentra al margen de diferentes estímulos que le disminuyen la capacidad para estar observando a los participantes de manera individual, a las reacciones de transferencia y las reacciones de contratransferencia, etc. Hay una gran cantidad de estímulos a los cuales se enfrenta, por los cuales activa su capacidad para registrar y actuar de forma terapéutica.

Para todas las diferentes dinámicas que se llevan a cabo dentro del grupo es necesario que el terapeuta este abierto a la tolerancia de los “intensos intercambios” emocionales que se dan en el aquí y en el ahora del grupo, estos incluyen los sentimientos que hay de cada miembro hacia él y hacia los demás, así como también los sentimientos que en contratransferencia da a los miembros del grupo, y al grupo como totalidad (Díaz, 2000).

El terapeuta debe estar dispuesto a la “escucha analítica”, en donde conjetura el discurso y la acción manifiestos de los participantes como parte de una forma de

hablar y a la vez esconder su discurso latente. En otras palabras, se trata de expresar que la función principal del terapeuta consiste en eliminar los bloqueos de comunicación existentes en el grupo (Grotjahn, 1979).

2.6.2 Proceso grupal

Díaz (2000) habla del proceso grupal y lo que se lleva a cabo dentro de él.

Dirigir a un grupo terapéutico es un arte del mismo modo que lo es coordinar una orquesta armoniosa que pueda marchar como un equipo, es decir, al crear un grupo se puede pensar como engendrar una familia grupal. Para el individuo aparece el grupo como la matriz del mismo y reactiva la relación dual con la madre, el conflicto defensivo, la estructuración del yo y de la personalidad, de las relaciones de objeto y las identificaciones.

Se conoce que la terapia en grupo es tan efectiva como lo es la individual ya que dentro de este proceso se llevan a cabo una serie de fenómenos beneficiosos para el participante; las conductas y creencias mal adaptadas se ven remediadas al ser retroalimentadas por los demás integrantes, la revelación a los demás oyentes conlleva un impacto catártico en la persona y la simple participación del individuo dentro del grupo le da un sentido de pertenencia, lo que puede llegar a tranquilizar ante los sentimientos de inferioridad, sensación de inadecuación o fracaso, dicho de otra manera, se le da un pleno valor a cada miembro. La finalidad de la terapia con enfoque psicoanalítico en términos de largo plazo, busca la reorganización de la estructura de la personalidad a través de un análisis del carácter y de la resolución del conflicto inconsciente, además de que el ambiente libre de juicios en espacio de terapia grupal le admite al individuo actuar sin perder el estatus que podría ponerse en juego si este fuera su actuar en la sociedad, la psicoterapia va en trayectoria hacia la autoconfianza, autoestima proporcionada, una comprensión y un respeto recíproco, y una confianza de tener un lugar social de igualdad.

2.6.3 Grupos de reflexión

La finalidad de la terapia es acompañar por un proceso al paciente a amar y trabajar de nuevo, como también una capacidad de jugar como función necesaria del goce sano y parte de sentirse con vida, para que el paciente llegue a este punto y se conozca más a sí mismo y a los que le rodean, es necesario el trato con su inconsciente.

Bion (1948) menciona que el grupo es más eficaz que el tratamiento individual para disminuir culpas y ansiedades, gracias a la universalización. Pues menciona Campuzano (1983), que los compañeros de grupo son al mismo tiempo objetos reales, e irreales con los que se puede jugar, ceder a sentimientos omnipotentes e incluso permitir el relajamiento y desintegración del yo; que son partes fragmentadas controladas por el individuo para tolerarla posibilidad de sufrimiento o dolor, y permite la aceptación de esas partes separadas del yo a manera de prueba.

Un grupo terapéutico es el único grupo en el que la admisión se establece en función de alguna deficiencia reconocida y admitida. Los miembros no tienen un objetivo común. Puede decirse que la motivación es la misma, mejorar; pero no es un propósito común en un sentido social. Los pacientes se mantienen ligados por la ansiedad y el conflicto interpersonal, no por una participación que les da placer. Las interacciones son espontáneas, predominando las que corresponden a sentimientos y emociones y es necesario explorar sus fuentes psicológicas. Se favorece la catarsis y se considera que las diferencias y conflictos sobre las ideas enmascaran sentimientos con frecuencia hostiles, que deben ventilarse (Puget, 1982).

2.7 La transferencia

Para Freud (1905), la transferencia es el soporte necesario de los enlaces falsos que permite el desplazamiento de las representaciones inconscientes sobre el analista, facilitando el retorno de lo reprimido.

La interpretación transferencial abarca un momento “dinámico” que señala lo que está pasando “aquí y ahora” y uno “genético”, que muestra la parte del pasado que en el presente se está actualizando. Y en el vaivén del pasado y el presente se funde lo individual y lo social. Lo terapéutico no reside solamente en adquirir insight sino, también, en poner en acción lo aprendido. Solo el desarrollo de hábitos nuevos de la eliminación segura en viejos hábitos de defensa (O’Donnell, 1977).

CAPITULO III

METODOLOGIA

El presente trabajo se llevó a cabo en una Institución de salud del sur del estado de Sonora, México, el cual es un organismo que tiene como misión proporcionar servicios de salud y prestaciones de seguridad social a sus derechohabientes.

La presente investigación es de tipo descriptiva con diseño cuasi experimental por medio de la cual se puede aproximar a los resultados de una investigación experimental en situaciones en las que no es posible el control y manipulación absolutos de las variables, cuyo objetivo es conocer los efectos de un programa de intervención psicológica en personal médico que labora con pacientes crónicos.

La presente investigación tuvo facilidades en su desarrollo, de parte del Instituto de salud del sur de Sonora, el cual apoyó por parte de la obtención de la muestra

de participantes con respecto a la detección de necesidades, que a su vez arroja los datos del pre test correspondiente al programa de intervención a realizar.

3.1 Participantes.

Para la realización de la presente investigación se solicitó la participación de una muestra de 7 participantes del personal médico que labora en el Instituto de salud, todos ellos médicos. Las edades oscilan entre los 33 y los 60 años, la mayoría de los participantes casados, el tipo de muestra fue no probabilístico, intencional, ya que los participantes necesitaban cumplir con la característica de trabajar con pacientes con altas probabilidades de muerte.

3.2 Instrumento.

Con el fin de conocer las emociones que se generan ante los médicos de una institución de salud del sur de Sonora, se aplicó el “Cuestionario de emociones del Medico GAISAM” el cual tiene como objetivo conocer qué tipo de emociones se producen en los participantes y el nivel en que se generan en relación con su espacio de trabajo.

El cuestionario consta de 6 subescalas, las cuales están conformadas por un determinado número de ítems que pretenden identificar una emoción en específico de acuerdo a la escala, además del nivel en que esta emoción se presenta. Las instrucciones requieren que los participantes contesten a una escala tipo likert en la que las opciones de respuesta son; nada, poco, fuerte muy fuerte.

La escala de desconfianza e ira, consta de 11 ítems correspondientes a un alfa de 0.93, impotencia de 15 ítems con un alfa de 0.93, ansiedad de 5 ítems con un alfa de 0.88, depresión de 6 ítems y con un alfa de 0.84, inseguridad de 4 ítems con un alfa de 0.83 y por ultimo emociones positivas compuesta por 6 ítems y con un alfa de 0.83.

3.3 Procedimiento

Con el objetivo de llevar a cabo la presente investigación se realizaron las actividades que a continuación se presentan:

Se acudió una institución de salud del sur de Sonora, en donde se solicitó autorización correspondiente para la realización del presente trabajo. Se realizó un plan de acción para la realización de un grupo de reflexión con el apoyo de profesionales en el área y una vez aprobado el proyecto por la institución correspondiente, se obtuvo el número requerido de participantes, donde se seleccionó de manera intencional una muestra de participantes para el proyecto, los cuales debían cumplir con la característica de trabajar con pacientes con altas probabilidades de muerte, a los cuales se les aplicó el pre test dos días antes de la intervención.

A continuación para la aplicación del tratamiento, el plan de intervención que se realizó considerando las limitaciones propias del instituto de salud y los horarios de los participantes, se analizaron las condiciones y después de aplicado el pre test se prosiguió a dar inicio a las sesiones del grupo de reflexión, las cuales tenían duración de una hora por sesión y se realizaban dos veces por semana, las sesiones se realizaron durante de cuatro semanas. Al terminar las 8 sesiones se aplicó el pos test, de manera individual, tres días después de terminado el tratamiento, aplicación que tuvo una duración de 20 minutos por participante.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18 donde se metieron el pre test y pos test, para realizar un análisis descriptivo.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la descripción de los resultados obtenidos del programa de intervención “Uso terapéutico breve del grupo de reflexión ante el tema de muerte en personal médico institucional” se realizó un análisis descriptivo, y además se conoció la respuesta cualitativa de los participantes ante el programa. Obteniendo de esta manera los siguientes resultados.

4.1 Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo del instrumento utilizado se obtuvieron los siguientes resultados divididos por los factores correspondientes al instrumento, dando como derivación el siguiente análisis: *no se obtuvieron resultados estadísticos significativos en la muestra en su conjunto, sin embargo, en el análisis individual de los participantes se pueden observar cambios descriptivos.*

Al analizar los niveles de desconfianza e ira del total de participantes se puede destacar que hubo cambios en el nivel bajo, ya que en el pretest había 6

participantes en el nivel bajo y en el postest hay 7, como también en el nivel alto de desconfianza e ira, en el que en el pretest había un participante que mostraba un nivel alto y según los resultados del postest ningún participante muestra un nivel alto en esta escala (ver gráfico 1).

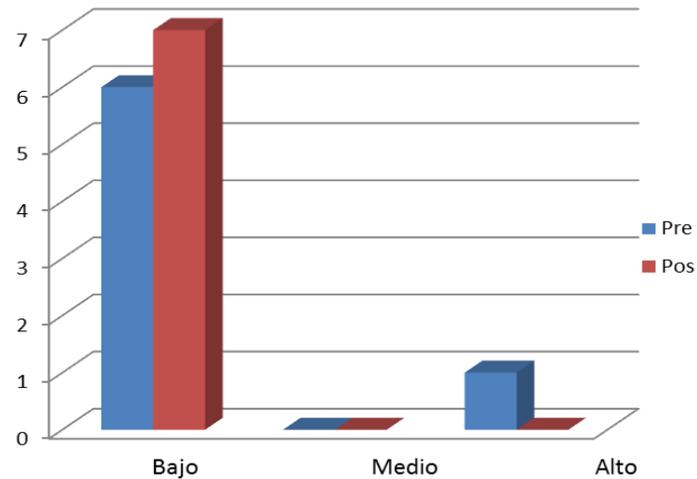


Gráfico 1. Frecuencia de los niveles de Desconfianza-Ira

Asimismo escala de impotencia, se muestra como los niveles medio y alto disminuyen, siendo 2 participantes en el pretest y 1 en el postest en el nivel medio, y de la misma manera siendo 1 participante en el pretest y 0 participantes en el postest correspondiendo al nivel alto (ver gráfico 2).

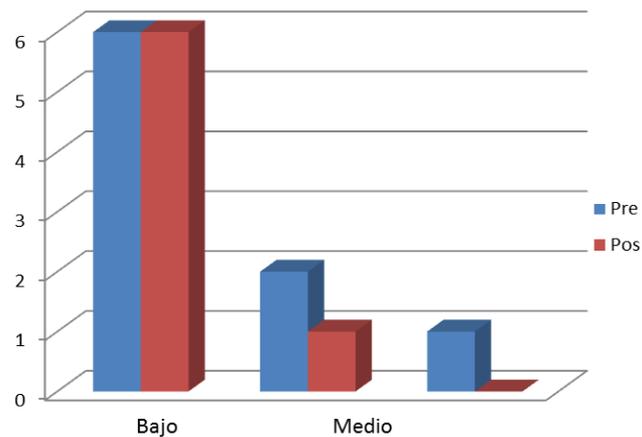


Gráfico 2. Frecuencia de los niveles de Impotencia

En la escala de ansiedad, los resultados arrojan que 6 participantes tuvieron un nivel bajo en el pretest, y 5 de los mismos obtuvieron un nivel bajo en el postest, es decir, los niveles de ansiedad aumentaron en un participante (ver gráfico 3).

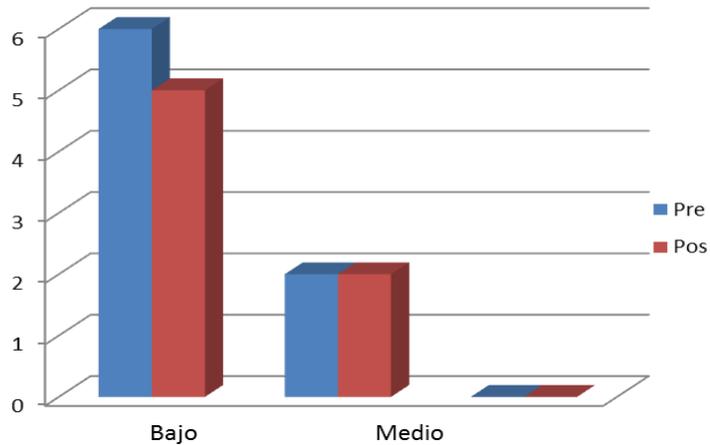


Gráfico 3. Frecuencia de los niveles de Ansiedad

De acuerdo a la escala de depresión 6 de los participantes mostraron tener un nivel bajo en el pretest y la cifra aumento a 7 participantes, quienes mostraron tener un nivel bajo en el postest (ver gráfico 4).

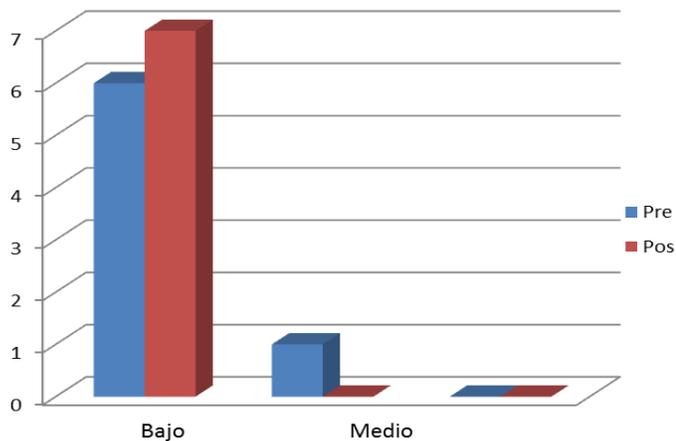


Gráfico 4. Frecuencia de los niveles de Depresión

En la escala de inseguridad del instrumento aplicado a los participantes, los resultados afirman que no hubo cambios, pues los 7 participantes mostraron tener un nivel medio correspondiente al pretest y postest (ver grafico 5).

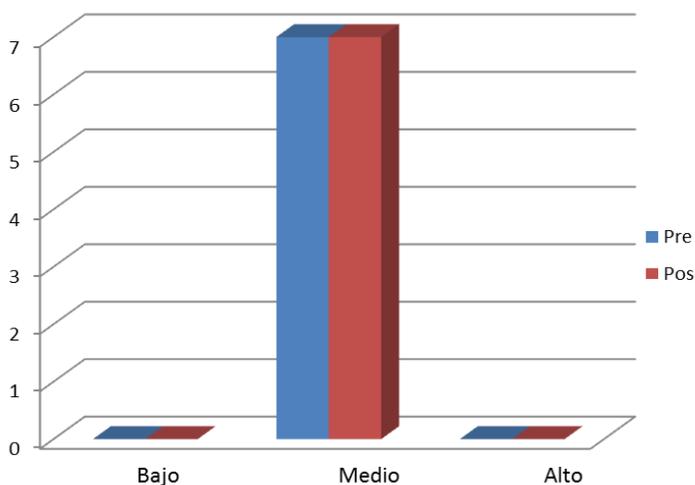


Grafico 5. Frecuencia de los niveles de Inseguridad

Con respecto a la escala de emociones positivas, los resultados arrojan que solo 1 participante mostró tener un nivel alto en el pretest, sin embargo el numero aumento a 4 participantes que mostraron tener un nivel alto de emociones positivas según el producto del postest (ver gráfico 6).

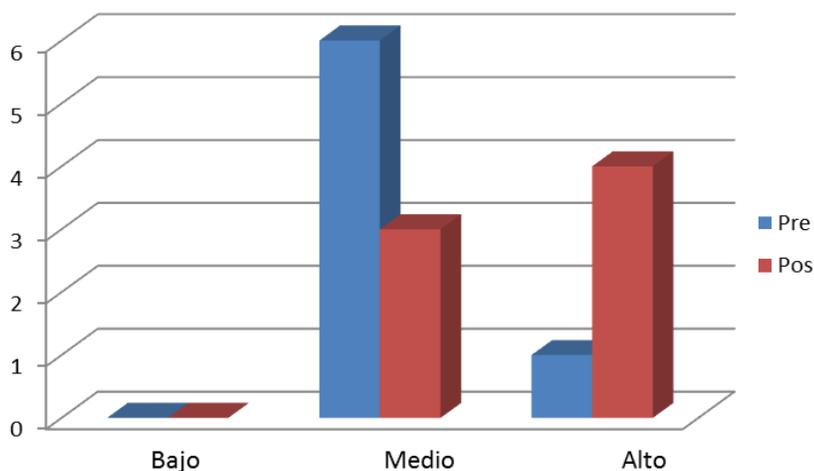


Grafico 6. Frecuencia de niveles de Emociones Positivas

Se analizaron además los resultados individuales de cada sujeto, mostrando los puntajes obtenidos en cada una de las escalas correspondientes al instrumento de medición utilizado en la intervención. En la escala de desconfianza e ira los resultados arrojan como los participantes 1, 3, 4, 5, y 7 aumentaron el puntaje en el postest, sin embargo se muestra como los participantes 2 y 6 disminuyeron considerablemente el puntaje en el postest (ver gráfico 7).

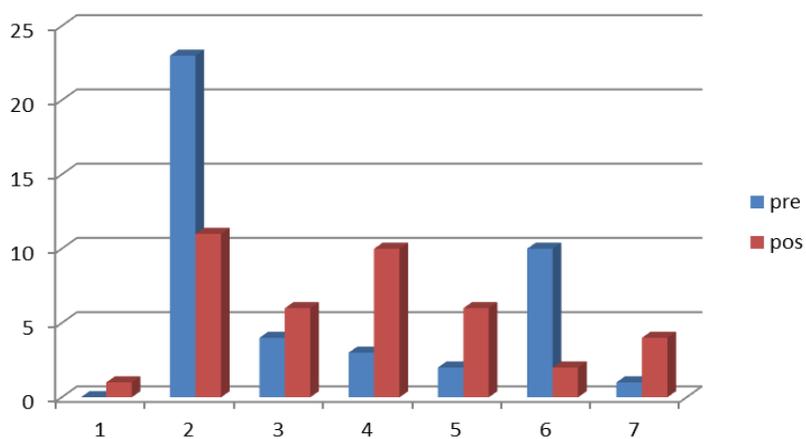


Grafico 7. Puntaje por participante de la escala Desconfianza e Ira

Según los resultados de la escala de impotencia muestran que los participantes 3 y 7 aumentan de puntaje en el postest, y los participantes 1, 2, 4, 5, y 6 disminuyeron los puntajes de impotencia con relación al postest (ver grafico 8).

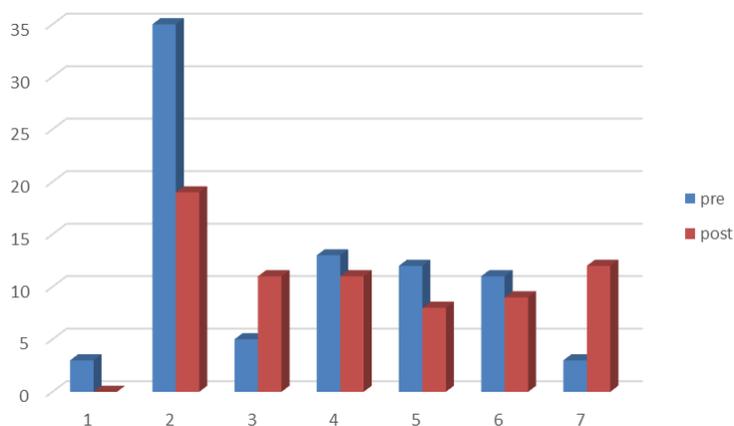


Grafico 8. Puntaje por participante de la escala de Impotencia

De acuerdo a los puntajes obtenidos en la escala de ansiedad, se puede observar como los participantes 3, 4, y 7 aumentaron en los resultados según el postest, y los participantes 1, 2, 5 y 6 disminuyeron el nivel de ansiedad tomando en cuenta la relación del pre y postest (ver gráfico 9).

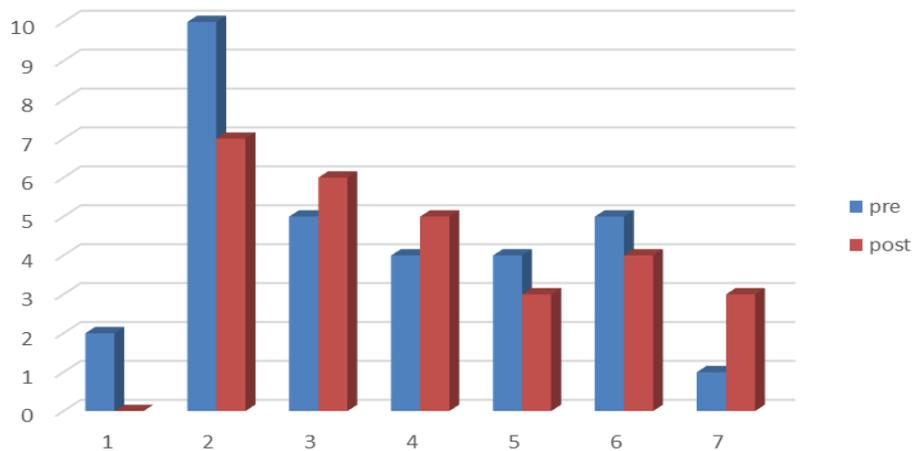


Gráfico 9. Puntaje por participante de la escala de Ansiedad

En el análisis de la escala de depresión, los resultados indican que los participantes 3 y 5 elevaron su puntaje con relación al postest, sin embargo los participantes 2 y 6 disminuyeron el puntaje considerablemente, mientras que los sujetos 1 y 7 no muestran cambios notables estadísticamente (ver gráfico 10).

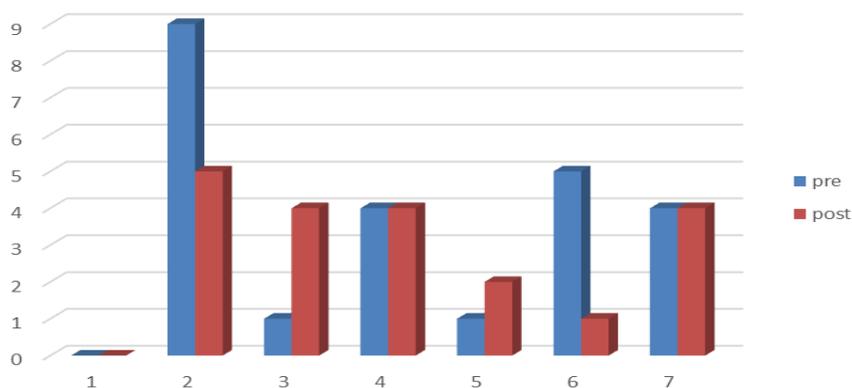


Gráfico 10. Puntaje por participante de la escala de Depresión

De la misma manera se analizaron los puntajes de la escala de inseguridad, comprando los resultados obtenidos del pretest y postest, y el análisis muestra que los puntajes bajan en los participantes 2 y 3, no hubo cambios aparentes en los participantes 1 y 6, y se observa un considerable aumento en los puntajes correspondientes a los participantes 5 y 7 (ver gráfico 11).

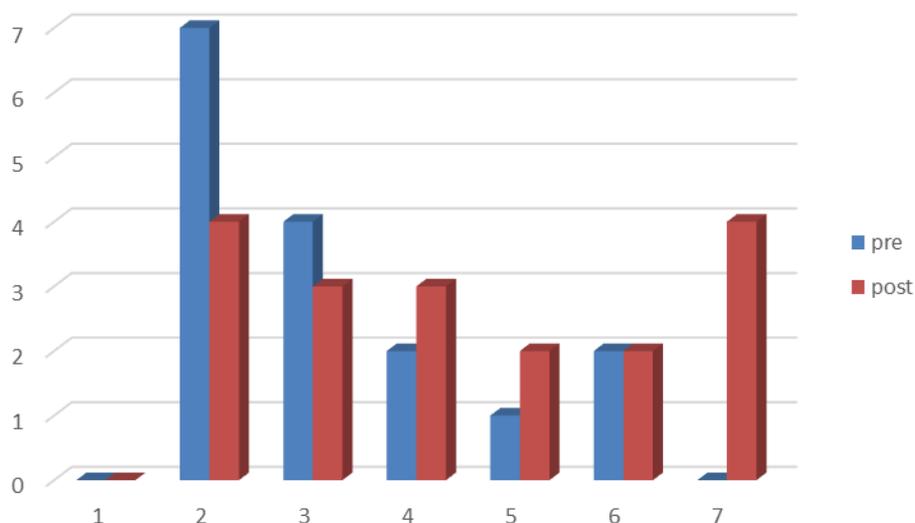


Gráfico 11. Puntaje por participante de la escala de Inseguridad

Igualmente se examinaron los puntajes de la escala de emociones positivas en la que los resultados arrojan que solo el participante 2 disminuye en la aplicación del postest, en participante 1 no tiene cambios estadísticos aparentes, mientras que los sujetos 3, 4, 5, 6 y 7 aumentan de manera significativa en la evaluación del postest, es decir, los puntajes con respecto a la escala de emociones positivas es mayor en relación a los resultados obtenidos del pretest.

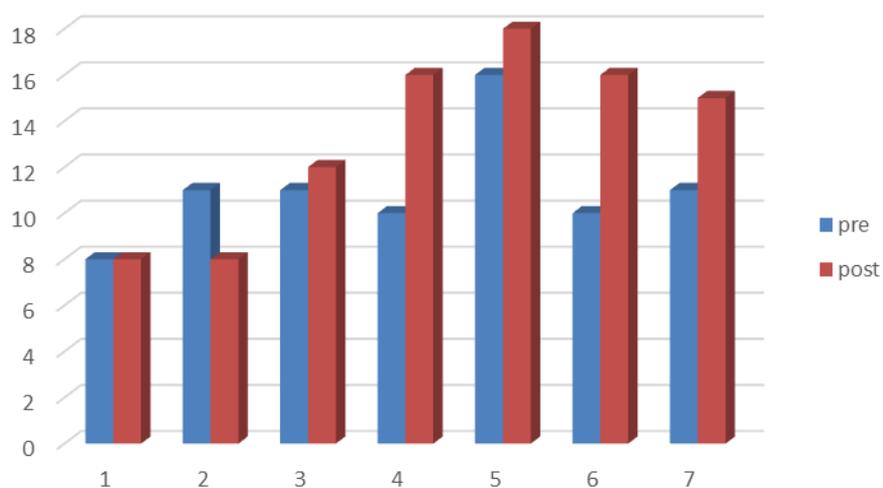


Grafico 12. Puntaje por participante de la escala de Emociones Positivas

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones netas que cada participante obtuvo en las aplicaciones del pretest y postest correspondientes a las 6 escalas que componen al instrumento empleado, donde se puede observar las puntualizaciones hechas anteriormente, como el aumento en la valoración de emociones positivas en el post test.

Tabla. Puntuación de pre test y post test por sujeto de cada escala

Sujetos	Desconfianza Ira		Impotencia		Ansiedad		Depresión		Inseguridad		Emociones Positivas	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	0	1	3	0	2	0	0	0	0	0	8	8
2	23	11	35	19	10	7	9	5	7	4	11	8
3	4	6	5	11	5	6	1	4	4	3	11	12
4	3	10	13	11	4	5	4	4	2	3	10	16
5	2	6	12	8	4	3	1	2	1	2	16	18
6	10	2	11	9	5	4	5	1	2	2	10	16
7	1	4	3	12	1	3	4	4	0	4	11	15

Se puede observar que los médicos obtuvieron puntuaciones parecidas en el pre y post test (ver tabla) en las emociones de desconfianza e ira, impotencia, ansiedad, depresión e inseguridad, que son emociones que mide el instrumento aplicado, lo que indica que siguen teniendo la sensibilidad de percibir el sufrimiento resultante

de la problemática que presentan los pacientes ante el riesgo y cercanía de muerte, además es de notarse que después de haber vivenciado el grupo de reflexión, los participantes que en el pre test estaban presentando puntuaciones altas o bajas en comparación al grupo en general, en el resultado final aparecen nivelados a las puntuaciones del grupo, lo que puede ser indicador de los fenómenos de cohesión que se dan en los procesos de grupo que hacen que los miembros del grupo unifiquen sus percepciones sobre algún tema, algunas teorías proponen que esto es consecuencia a los procesos de identificación e integración que se manifiestan al representarse nuevos vínculos o fortalecerse vínculos previamente establecidos (Grotjahn, 1979).

4.2 Análisis cualitativo.

Con respecto a la respuesta ante el programa, los participantes mostraron tener muchas resistencias al inicio de la intervención, se presentaban sin expectativas ante el programa, desmotivados. La *intelectualización* (mecanismo de defensa donde el razonamiento se utiliza para eludir sentimientos difíciles) se hizo presente en cada momento, sin embargo conforme pasaron las sesiones, los cambios fueron evidentes, los participantes se sentían interesados, compartían de manera más abierta expectativas sobre el programa, y empezaron además a compartir experiencias personales, a tocar temas para ellos difíciles de abordar; pérdidas, muerte, agresión, angustia, son solo ejemplos de conceptos que el personal médico tocó en el transcurso de las sesiones. La combinación de personalidades hizo que el ambiente del grupo reflexivo se convirtiera cada vez más en un grupo, se sentían las ausencias y la presencia de miembros nuevos. También había sesiones en las que después de haber hablado una sesión pasada de un tema muy personal para ellos, como la muerte de propios familiares, a la siguiente sesión se presentaban resistencias como llegar tarde o faltar ese día.

Al terminar las sesiones, la mayor parte del grupo expresó abiertamente su conformidad con el programa, y algunos de los participantes expresaron su deseo por que el grupo se mantuviera de manera permanente, lo que refleja que la experiencia de un grupo desarrolla un vínculo que fortalece a las personas que pertenecen a él, pues según mencionaron ese “espacio y tiempo para hablar de lo que se les ocurriera”, impactó significativamente en ellos y su estado emocional. En la presentación de los gráficos, resultantes del análisis descriptivo, se muestra como las emociones de desconfianza e ira, impotencia, ansiedad, depresión e inseguridad se mantuvieron, en general, en un rango parecido en el pre y pos test, lo cual muestra que a través del grupo de reflexión los participantes siguen teniendo la habilidad y la sensibilidad ante estas emociones que resultan del contacto ante la inminencia de la muerte. En referencia a dos participantes en particular que se salían de la media del grupo, el sujeto 2, de estar más arriba y el sujeto 7, de estar más abajo, entraron en el rango del grupo, así lo reflejan los resultados del pos test, esto muestra una posible hipótesis, que es la tendencia de los miembros de un grupo a cohesionarse, gracias a los procesos de vinculación e identificación, propio de los procesos del grupo.

La observación, la escucha, y la integración de los análisis de las sesiones y sueños hechos en la evolución del programa, orientados por el asesor experto en el tema fueron elementos fundamentales para la evaluación cualitativa de los resultados del presente proyecto.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Los objetivos trazados para la investigación fueron conocer el estado emocional del personal médico que labora con pacientes crónicos antes y después de una intervención psicológica, y conocer los efectos de un programa de intervención psicológica en personal médico que labora con pacientes crónicos, por lo que se afirma que los objetivos fueron alcanzados al medir las emociones en el antes y el después del tratamiento y al analizar los resultados obtenidos de tal medición.

Siendo de importante relevancia el análisis cualitativo de esta investigación, se reconoce que los participantes iniciaron en un proceso de ansiedad persecutoria que se manifiesta como destructiva, a una etapa de ansiedad depresiva en la que la persona es consciente del daño. Esta etapa de ansiedad depresiva se caracteriza por ser reflexiva y que generalmente acerca a la persona a la culpa, la cual conduce al duelo y se aproxima a una tendencia a la reparación, siendo este

proceso una señal de salud psicológica (Klein, 1987).

De acuerdo a los resultados, se muestra un hecho relevante, la presencia de emociones positivas no registradas por el pre test, el 71% de los participantes aumentaron sus emociones positivas, siendo este un beneficio obtenido de la intervención, es decir, siguen teniendo la destreza de seguir sintiendo aquellas emociones por la pérdida y además aumentar sus emociones positivas, lo que refleja bienestar emocional y refleja además la capacidad de diferenciar las emociones propias de trabajar con pacientes.

Comparando este estudio con el trabajo realizado por Ballesta (2010), quien estudio la respuesta emocional de los médicos de familia en los encuentros médico-paciente difíciles, se observan resultados parecidos en cuanto a que Ballesta encontró una ambivalencia emocional en los encuentros difíciles con los pacientes, donde coexisten junto a las emociones y pensamientos negativos, emociones positivas en los médicos, así como se observó en esta exploración. Además de coincidir con la conclusión de la autora, la cual menciona que “la introspección del médico de familia podría ser un elemento clave para mejorar los encuentros difíciles” si bien, el encuentro con la muerte se puede considerar un encuentro difícil, los resultados de la presente investigación promueve la introspección mediante un grupo de apoyo.

5.1 Conclusiones y recomendaciones

Habiéndose cumplido los objetivos de la presente investigación, los resultados muestran un gran avance, con es el hecho de que los médicos mantienen su sensibilidad respecto a su objeto de trabajo, que son los pacientes en riesgo y asimismo gracias al modelo de intervención se refleja que los médicos incrementan la aparición de emociones positivas, lo que habla de la importancia de replicar este estudio en grupos nuevos.

Además, es importante mencionar que a lo largo de la intervención y después del

análisis cualitativo realizado ante la presente investigación descriptiva, se reconoce al personal médico participante en un estado inicial de ansiedad persecutoria (que se caracteriza en el inicio de cualquier nuevo proceso o ciclo, y que tiene además elementos destructivos hacia la persona que experimenta el nuevo proceso), y posterior a la etapa mencionada se observó que el grupo en general cambio a un estado de ansiedad depresiva en la que la persona es consciente del daño manifiesto ante el cambio, esto genera de manera reflexiva una manifestación de culpa que conduce a la persona a vivir el duelo, con lo que se genera una tendencia a la reparación lo cual para Klein (1987) es una señal de salud psicológica.

Se sugiere como parte de la exploración realizada del tema en cuestión, abrir un espacio al psicólogo clínico para estar presente en este tipo de intervenciones que como médico está comprometido a experimentar dentro de la ciencia de la medicina, que no puede dejar de lado la parte humana, y que si bien éste es un experto en el estudio del cuerpo humano, el psicólogo del área clínica se especializa en todas las cuestiones que afectan la salud mental, y, tomando en cuenta el ambiente en el que el medico labora y su contacto constante con la muerte se deriva la importancia de la presente exploración, en donde se conocieron las reacciones emocionales que los médicos de una institución del sur de sonora representaron en una intervención. Se denota así la necesidad que tienen como seres humanos de hablar sobre lo que genera en ellos el contacto directo con la muerte y las reacciones que se generan con respecto a las perdidas (las cuales se mencionaron anteriormente), además de conocer los beneficios que se derivaron como frutos de la intervención dando lugar al psicólogo clínico no solo para resolver problemas del paciente sino también para un apoyo dentro de la dinámica del médico que es parte de la institución.

A manera de recomendación se sugiere en el caso de requerir una visión global o más específica de las emociones medidas durante la intervención, se emplee un instrumento con tales requisitos.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación mexicana de teratología, A.C. (2010). El médico y la muerte. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/> el día 27 de Febrero de 2013.
- Beebe, J. (1984). *Ética en enfermería*. México: Manual moderno.
- Bellak, L. y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax.
- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008). *Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos*. SUMMA Psicológica UST, Vol. 5, No. 2, pp. 3-16.
- Bion, W. R. (1948). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Campuzano, M. (1983). Los marcos teóricos de la terapia grupal de Análisis Grupal (México), I (1): 3-7.
- Campuzano, M. (1987). *Revisión histórica de algunas de las corrientes teóricas en la psicoterapia de grupo*. Revista de Análisis Grupal (México), IV (4): 3-
- Carmona, Z. (2008). El sentir de médicos y enfermeras ante el duelo y la muerte del paciente. *Revista electrónica de Portales Médicos, Vol. III. N. 11*.
- Castillo, A. (1986). *Ética medica ente el enfermo grave*. Barcelona: Editorial Jims.
- Chávez, C. (2010). Factores de riesgo y grado de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades que cursan el sistema educativo por competencias clínicas en el hospital general regional #1 y unidad médica de alta especialidad #167 de ciudad obregón sonora. Tesis de urgencias quirúrgicas no publicada. Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de medicina, Sonora, México.

- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax.
- Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. Sexta Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Fernández, A. y Laín, P. (1991). *El camino cerebral de la emoción*. Madrid: Instituto de España, Real Academia de Medicina.
- Flores, C. (2011). Estilos de afrontamiento al estrés en padres de niños con padecimientos crónicos. Tesis de pediatría Médica no publicada. Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de medicina, Sonora, México.
- Fredén, L. (1982). *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Editorial Galache.
- Freud, S. (1915). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. Obras Completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca nueva.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Obras completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca nueva.
- García, A., García, E., Arnaud-Viñas, M., González-Martínez, J., Arámburla-Morales, E. y Mendoza-Guerrero, J. (2009). Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México. *Revista médica del hospital general de México*. Vol. 72, Núm. 4, pp. 178-186.
- García, M., Cruz, F., Schmidt J., Muñoz, A., Montoya, R., Prados, D., Pappous, A. y Botella, M. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 10, N° 1, pp. 57-73.

- García, J. y García, A. (2005). Humanización en la asistencia clínica oncológica, Vol., 2, Núm. 1, pp. 149-156.
- Gómez, R. (2000). Las ansiedades del médico frente a la muerte. *Psiquiatría Pública.*, Vol. 12. Núm. 3
- Gómez, R. (2011). El médico frente a la muerte. Scientific electronic library online. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsi/v32n113/original5.pdf> el día 15 de Marzo de 2013.
- Gómez, M. (2006). *El hombre y el medico ante la muerte*. Madrid: Arán Ediciones.
- Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°10, pp. 27-58.
- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la psicoterapia grupal*. Argentina: Editorial Paidós.
- Hernández, G., González, V., Fernández L. e Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 22-32. ISSN 1561-3038
- Jervis, G. (2005). *La depresión, dos enfoques complementarios*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Klein, M. (1987). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires; Paidòs.
- Kubler-Ross, E. (2002). Sobre la muerte y los moribundos. (1era ed.) España: Mondadori.

- Moreno, B., Garrosa, E., Rodríguez R. y Morante M. (2003). EL DESGASTE PROFESIONAL O BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ONCOLOGÍA. *Boletín de Psicología*; Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid., No. 79, pp. 7-20
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera Edición). México: Cengage Learning Editores.
- O'Donnell, P. (1977). La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal. Buenos Aires: Nueva visión.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2003). Revista salud, trabajo y ambiente, Vol. 10, No. 36. Segundo Trimestre.
- Ortega, M., Ortiz, G. y Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, 5-16.
- Pablo, A. (2003). *La actitud del médico ante la muerte*. Banco de monografías de Cursos para médicos: especialidad oncología. http://www.cursosparamedicos.com/newsite/pags/ac_cient/monos/hunis.htm
- Puget, J. (1982). Terapia psicoanalítica de grupo y psicoanálisis. Argentina: Lugar editorial.
- Reyes, J. (2006). Trastornos de Ansiedad Generalizada. Introducción a la psicopatología. Honduras; Editorial UNAH.
- Rivero, O. y Tanimoto, M. (2007). El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX (tercera parte). México: Siglo Veintiuno Editores.
- Solidoro, S. (1999). "El médico, la muerte y el morir". *Diagnóstico*. Vol. 38. Núm.1. pp. 36-42.

Torras, A. (2010). Acompañar en el duelo. Barcelona: Luciérnaga.

Zastrow, C. (2008). Trabajo social con grupos (sexta edición). Madrid: Ediciones Paraninfo.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE EMOCIONES DEL PERSONAL MEDICO GAISAM

Edad: _____ Género: Femenino Masculino Área: _____

Estado Civil: Soltero - Unión Libre - Casado - Divorciado Doctor – Enfermera

El encuentro con los pacientes actuales me ha producido las siguientes emociones (contestar según el estado de intensidad percibido):

	Nada	Poco	Fuerte	Muy fuerte
1. Agobio				
2. Rechazo				
3. Sentirse maltratado				
4. Ansiedad				
5. Tristeza				
6. Respeto				
7. Inseguridad				
8. Distanciamiento				
9. Carga emocional negativa				
10. Nerviosismo				
11. Desesperanza				
12. Querer protegerlo				
13. Bloqueo mental				
14. Frialidad				
15. Sentirse manipulado				
16. Impaciencia				
17. Empatía				
18. Soledad				
19. Torpe				
20. Aburrimiento				
21. Sentirse utilizado				
22. Angustia				
23. Pena de mi				
24. Profesionalmente bien				
25. Desbordado				
26. Mal humor				
27. Desconfianza				
28. Ganas de gritar				
29. Cansancio				
30. Alegría				

	Nada	Poco	Fuerte	Muy fuerte
31. Incertidumbre				
32. Rechazo				
33. Sentimiento de "estar acusado"				
34. Ansiedad				
35. Esto no cambiara nunca				
36. Simpatía				
37. Duda				
38. Ganas de agredir				
39. Sentimiento de "ser juzgado y condenado"				
40. Incomodidad				
41. Culpabilidad				
42. Compasión del paciente				
43. Impotencia				
44. Ira				
45. Engañado				
46. Intranquilidad				
47. Inutilidad				
48. Sentimiento de "estar a gusto"				
49. Sentimiento de "no saber qué hacer"				
50. Indignación				
51. Falta de concentración				

BITACORA

SESION	FECHA	OBSERVACIONES
SESION 1	31 de Mayo de 2013	<p>De inicio se realizó el encuadre en el que se describió la hora, días y lugar donde se realizarían las sesiones, procediendo con la presentación de los integrantes, y una vez realizado esto se dio inicio la asociación libre.</p> <p>“Espacio y tiempo para hablar de lo que se les ocurra”.</p> <p>Como se mencionó, en esta sesión, con expectativas de más silencios, se compartió mucho entre los médicos, todos los asistentes participaron con las instrucciones de “hablar de lo que ellos quisieran”. Si había resistencias en cuanto a ellos mismos (lo recuerdo bien de la doctora) mencionaban que se sentían estudiados, psicoanalizados, aun así fueron muy abiertos a hablar de las cosas que les preocupaban al estar trabajando con personas con riesgo de muerte, hablaban sobre cómo les “estresaba” el tener que hablar de un mal diagnóstico con la familia del paciente, como al decir ciertas palabras como “el paciente va bien” ya les daba esperanzas ‘de más’ a la familia.</p> <p>Llegaron a hablar de que hacían cuando se “estresaban” que es lo que hacían, mencionaban actividades como escuchar música, correr, pensar en lo que hicieron mal (y en como lo corregirían).</p> <p>Usaban mucho la palabra “estrés”, era como la palabra que podía sustituir la palabra “dolor”, “sufrimiento”, “angustia”, como para no usar esas palabras que tal vez los podrían poner en una situación de desventaja y ya no se salvadores, usaban “estrés”, ya que es una palabra que es más aceptada y no les da la angustia de las otras.</p> <p>Chistes crueles como señales de sadismo.</p> <p>La apertura de hablar del tema señala un Yo fuerte.</p>
SESION 2	7 de Junio de 2013	<p>¿La tarea era traer un sueño verdad?</p> <p>(Un integrante del grupo sueña una situación estresante que vivió un día antes, pero en el sueño repara eso que no logro solucionar,</p>

menciona que no descansa).

(Una doctora sueña que va tras unas monedas que están tiradas en el piso y no puedo agarrarlas).

En la sesión uno se les comento que si había sueños que tuvieran y quisiera compartir que lo hicieran y el primer doctor que llego (al momento que llego no había nadie más) comenzó a hablar de sueños recurrentes, que ha tenido; en uno de ellos el comenzaba a correr, como en sus tiempos de joven que corría, con las mismas personas que corría en esos entonces, pero que lo alcanzaban, en otro sueño su dientes se caían. Al tiempo llegaron más y comenzaron a hablar todos de sueños, una doctora mencionaba un sueño en el que ve una moneda en el piso, pero al agachare para recogerla la moneda desaparece entre la tierra (Pérdidas).

Estos sueños hablan de situaciones de frustración en las que ellos no tienen control, al igual que con sus pacientes, al igual que con su profesión.

En otro sueño el mismo doctor que soñó sobre sus dientes, hablaba de que ha soñado con compañeros de la carrera que ya fallecieron, es decir, hablaba de pérdidas.

Otro doctor hablaba de como en sus sueños reparaba las cosas que había hecho el día anterior, sueña con hacerlas hasta que le quedan como él quiere. También sueña con nuevas planeaciones de cómo hacer las cosas.

Al parecer hablan fácil del tema, pero hay resistencias que pueden salir a modo angustia o depresivo-reflexivo.

SESION 3 18 de Junio de 2013

Aparece una nueva doctora: ¿Ustedes están leyendo? ¿Tienen bibliografía acerca de esto?

¿Cuál es el tema?, como que al tener por primera vez a una persona que no estaba integrada al grupo había un poco de tensión en el ambiente, fue invitada por la otra doctora que si es parte del grupo.

Fue muy curioso que, después de hablar del tema general de sueños, tema del cual la nueva doctora nos hacía muchas preguntas, la doctora que era parte del grupo base menciono como sugerencia que hablaran de historias de terror, nadie contó nada.

		Tal vez fue un comentario curioso porque como que la doctora relacionaba en esos momentos el tema de los sueños con lo místico.
SESION 4	21 de Junio de 2013	<p>Hablamos sobre muerte/ pérdidas, muerte de los padres de dos doctores.</p> <p>Los doctores hablan de su formación como médicos. “EL MÉDICO ESTÁ PARA LUCHAR CONTRA LA MUERTE”.</p> <p>“Tuvimos que aprender que nuestro trabajo no es luchar contra la muerte sino, trabajar con la salud que el paciente tenga en el presente”... Mencionó un participante del grupo.</p> <p>Se termina la sesión con el tema de pérdidas, muertes, muertes de los padres (masculinos)...</p> <p>Durante esta sesión fue muy curioso que se fueran adentrando en el tema de perdidas tan profundo hasta hablar de la muerte de sus propios padres y como se menciona anteriormente, como los médicos llegan a la conclusión de que no se puede jugar a ser dioses. La historia de la muerte del padre un integrante del grupo era que él tomó la decisión de que ya no lo revivieran porque ya no tenía caso, sus hermanos le reclamaron después pero él no se arrepiente de esa decisión pues ya sabía que era lo que le seguía a su papa. En cuanto otro doctor, su papa murió en sus brazos, decidió ya no hacer reanimación ya que estar conectado era más angustia para la familia y para el propio paciente.</p>
SESION 5	25 de Junio 2013	<p>(Un integrante del grupo que mencionaba siempre recordar sus sueños, olvidó los sueños de esta semana)</p> <p>Discusión: DE QUE MANERA LOGRAN SEPARAR HASTA DONDE ESTA EN SUS MANOS LA VIDA DE UNA PERSONA Y HASTA DONDE NO...</p> <p>Participante nuevo: ¿Cómo? Evade pregunta...</p> <p>Doctor 1: la experiencia,</p> <p>Doctor 2: los años, la experiencia.</p> <p>Se ríen de una experiencia en la que dos doctores presentes hicieron labores y maniobras que no les correspondían por “salvar” la vida de un paciente, acepta uno de los doctores que lo hizo para tener su momento de gloria como médico, más que para salvar la vida del paciente y hasta la fecha recuerda como su supervisor le descubre y le dice que no lo vuelva a hacer si tiene otro paciente</p>

		con un riesgo tan grande, todo salió bien esa vez pero esta todo puesto para que saliera todo mal.
SESION 6	27 de Junio de 2013	<p>Aparece un integrante nuevo que roba atención.</p> <p>¿Saben ustedes que es el encaramiento con el paciente? Habla con nosotras como si no fuera importante nuestro trabajo, le causa mucha angustia no saber de qué tema específico se hablara, como un recién nacido en busca de atención. Se presenta, además de médico, como un profesionista que da conferencias, al principio lo hacía para marcas de medicinas, ahora solo lo hace por placer, no tiene ningún tipo de preparación especial, el solo las prepara y las da. La siguiente sesión se hace después de una plática de las que el prepara.</p>
SESION 7	02 de Julio de 2013	<p>Esta sesión se realizó después de una de las conferencias que desarrollaba el nuevo integrante del grupo, la sesión se dispersó mucho y como se alargó mucho la plática del doctor quedo poco tiempo para la sesión, ya que salían a comer a una hora cercana, en general como se mencionó anteriormente estaba muy dispersos y recuerdo a la doctora haciendo algo casi como comprar la plática del doctor y las sesiones diciendo algo así como que tenía mucha habilidad para realizarlas y que estaba bien el tener un tema determinado, el doctor se sentía muy bien después de haber demostrado que el daba conferencias y buscaba en mi reconocimiento preguntando si me había gustado la plática que dio.</p>
SESION 8	05 de Julio 2013	<p>Sesión final.</p> <p>Hablan sobre asaltos, aparece un nuevo doctor, que cuenta acerca de una mala experiencia con un robo. PÉRDIDAS MATERIALES, PERO PÉRDIDAS...</p> <p>Al comienzo de la última sesión una integrante se sintió muy aliviada de que terminaban las sesiones, otro doctor en cambio menciono que le hubiera gustado que el proyecto tuviera continuidad. Al haber llegado este doctor primero que nadie comenzó a hablar sobre una experiencia de un robo, terminaron comentando sobre los robos y sobre cómo se sentían muy impotentes al respecto, sorprendió como una doctora se dió permiso de hablar con mucho desprecio de los que robaban, se les preguntó que si no era lo mismo con la enfermedad, cuando no hay más que hacer y solo les quitan la vida a SUS pacientes, se quedaron reflexionando al respecto. Uno de los nuevos doctores no dejaba de hacer comentarios para minimizar nuestro trabajo, como que él sabe de psicología, tiene conocidos, o haciéndonos</p>

preguntas como si nosotros sufríamos de estrés en nuestro quehacer como psicólogos, pero dos de los doctores desviaban al doctor de sus temas, poniéndole atención a otros comentarios en vez de a los de él, o contestándole, nunca de manera grosera.

Se observó con mucho gusto ver como los doctores que regularmente iban, llegaban, se sentaban y ya sabían la dinámica, la cual era solo hablar, y como además se ponían a reflexionar si alguien hablaba de algo.