



ORIGINAL

El proceso del morir en la educación médica: percepciones de los estudiantes de medicina [☆]



Alejandro Cragno ^{a,*}, Fabio Álvarez ^b, Estefania Panizoni ^c, Rosario Lenta ^d, Yuliana Wagner ^d y Jhonatan Reyes ^d

^a Centro de Estudios de Educación de Profesionales de la Salud (CEEProS), Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

^b Departamento de Humanidades, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

^c Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina

^d Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 7 de noviembre de 2018; aceptado el 11 de diciembre de 2018

Disponible en Internet el 16 de enero de 2019

PALABRAS CLAVE

Proceso del morir;
Educación médica;
Percepciones;
Estudiantes de
medicina

Resumen

Introducción: La muerte y el morir son eventos humanos y trascendentales en la vida de los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud. La educación debería ser central en las carreras de grado. La percepción de la educación en estudiantes de medicina ha sido poco explorada en Argentina y el mundo. Existe la necesidad de mejorar su afrontamiento y los programas de formación.

Objetivos: Explorar la percepción de los estudiantes de medicina de la educación que reciben en relación con el morir en la Universidad Nacional del Sur, así como las herramientas y las competencias ante situaciones que involucren el morir. Explorar las percepciones y las perspectivas educacionales sobre la muerte y el morir en diferentes etapas de la formación.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo, fenomenológico, con diseño exploratorio-descriptivo en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur, Argentina, entre septiembre de 2014 y abril de 2015. Se realizaron 3 grupos focales según la etapa de formación.

Resultados: Perciben la muerte y el morir con una connotación negativa y asocian la práctica clínica actual a problemas como el lugar de la muerte, no involucrarse con el paciente y la familia y una mala calidad de la atención. Valoran las herramientas de comunicación brindadas. Cuentan con herramientas para afrontar el morir, pero no están del todo preparados. Mencionan acompañar, la autonomía, la comunicación y contemplar la familia.

[☆] Segundo premio en la categoría de mejor trabajo científico en la XV Conferencia Argentina de Educación Médica (CAEM). Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, agosto de 2015.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acragno@criba.edu.ar (A. Cragno).

Conclusión: Los estudiantes perciben la temática de forma negativa y ven importante su formación. Existe un desarrollo de competencias y habilidades para afrontar la muerte y el morir, pero se necesita avanzar más en dichos espacios educativos.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Dying process;
Medical education;
Perceptions;
Medical students

The dying process in medical education: Perceptions of medical students

Abstract

Introduction: Death and dying are human and transcendental events in the lives of patients, families and health professionals. Education should be central to degree careers. The perception of education in medical students has been little explored in Argentina and the world. There is a need to improve coping and training programs.

Objectives: To explore the perception of the medical students of the education they receive in relation to dying at South National University as well as skills and competences in situations that involve dying. Explore educational perceptions and perspectives on death and dying in different stages of their career.

Material and methods: Qualitative, phenomenological study, with exploratory-descriptive design at the School of Medicine of South National University, Argentina, between September 2014 and April 2015. Three focus groups were carried out according to the training stage.

Results: They perceive death and dying with a negative connotation and associate current clinical practice with problems as a place of death, not involving with patient and family and poor quality of care. They value communication tools provided. They have tools to cope with dying but are not fully prepared. Mention accompany, autonomy, communication, contemplate the family.

Conclusion: The students perceive the subject in a negative way and see their formation important. There is a development of skills to face death and dying but more progress is needed in these educational spaces.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La muerte y el morir son eventos eminentemente humanos, de gran singularidad, que se vuelven trascendentales en la vida de las personas: pacientes, familias y profesionales de la salud se ven involucrados.

La formación en relación con la muerte y el morir debería ser un aspecto a tener en cuenta en las carreras de los profesionales de la salud. Motiva su abordaje la necesidad de mejorar su afrontamiento, dado el actual aumento de personas con enfermedades crónicas¹, junto con la ausencia de espacios educativos específicos en torno a los mismos².

La sociedad y las instituciones educativas se encuentran atravesadas por un ideograma convencional, un conjunto de gestos corporales, reacciones emocionales y ciertas pautas o criterios normativos que niegan la muerte y el proceso del morir³. La muerte y el morir, antes de ser acontecimientos vividos como naturales en el seno de la comunidad, se han privatizado y convertido en un disforme tabú⁴⁻⁶.

En el caso de la educación médica se genera un problema, dado que la percepción por parte de los estudiantes y los médicos jóvenes es que no están preparados para atender a pacientes con la vida amenazada⁷⁻⁹. Probablemente como consecuencia de un modelo biomédico que desafía a los estudiantes a evitar la muerte esta sea vista como un fracaso del cual los profesionales no pueden escapar. Por

otro lado, el apartar o minusvalorar aspectos relacionados con las ciencias humanas en los programas de las carreras de Medicina es uno de los aspectos a corregir en los mismos¹⁰.

La percepción de los estudiantes de medicina sobre la muerte y el morir ha sido escasamente explorada en Argentina.

Nuestra investigación consistió en explorar y describir la percepción de los estudiantes de medicina acerca de la educación que reciben, en relación con el proceso del morir, en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur (UNS). Asimismo, identificar en los estudiantes avanzados su percepción sobre las herramientas y las competencias obtenidas para desempeñarse ante situaciones que involucren el proceso del morir. Se exploraron también las diferentes percepciones y perspectivas educativas y no educativas sobre la muerte y el proceso del morir en las diferentes etapas de la formación.

Metodología

El presente estudio se realizó en el ámbito de la carrera de Medicina del Departamento de Ciencias de la Salud, perteneciente a la UNS, en la ciudad de Bahía Blanca. El modelo pedagógico de educación implementado es centrado en el estudiante, con aprendizaje basado en problemas y orientado a la comunidad¹¹. La meta de la carrera es formar

un profesional que pueda enfrentar la salud-enfermedad-atención-cuidado de forma eficaz, eficiente y con un sentido humano.

Se realizó un estudio cualitativo, fenomenológico, con un diseño exploratorio-descriptivo utilizando la técnica de grupos focales.

Se formaron 3 grupos focales entre septiembre de 2014 y abril de 2015 con un muestreo intencional de 19 estudiantes de medicina estratificados según la etapa de formación: estudiantes de primer año (n=7) en su primer día de clases para analizar las expectativas de la carrera que han elegido; estudiantes de cuarto año (n=6), que ya realizan prácticas en diferentes escenarios de aprendizaje del Ciclo Clínico, y al final del sexto año (n=6), para captar las competencias y las expectativas que su formación les ha dejado en relación con el proceso del morir.

Todos completaron información de tipo demográfico: edad, género y carrera previa antes del ingreso a medicina para los estudiantes de primer año. Se eligió como disparador, al inicio, el cuadro *The doctor* (1891), de Fildes, para facilitar el comienzo del debate en torno al tema propuesto. Los grupos focales permitieron explorar las siguientes dimensiones: i) percepción sobre la muerte y el proceso del morir; ii) el proceso del morir en relación con la práctica clínica, y iii) percepción sobre las herramientas que reciben y las competencias que han desarrollado en relación con el proceso del morir, en cuarto y sexto año, mientras que en primer año esta última dimensión fue reemplazada por las expectativas educacionales y la comprensión del propio aprendizaje en relación con el proceso del morir.

La presente investigación fue realizada respetando el anonimato y la confidencialidad de los participantes y fue evaluada y aprobada por el Comité Institucional de Bioética del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (comité inscrito en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con fecha 17/09/10, bajo el N.º 017/2010, al Folio 54 del Libro de Actas N.º 1. Última acreditación: 27/09/2013). No se especifica el género de las personas en el texto para agilizar la lectura.

Resultados

La transcripción textual de los dichos de los estudiantes que dan sustento a cada una de las dimensiones se puede ver en la [tabla 1](#).

Estudiantes de sexto año

I. Percepción sobre la muerte y el proceso del morir

Los estudiantes asocian el proceso del morir con sufrimiento, padecimiento, con el momento final. La resignación e impotencia del médico simboliza frustración. Asocian la muerte con padecimiento, agonía, sufrimiento. Un paciente moribundo o «terminal», como lo referencian, les sugiere tranquilidad y una muerte más tranquila, más aceptada, más esperada, más trabajada y más fácil de sobrellevar. Las muertes inesperadas a algunos les resultan más traumáticas, más difíciles de tratar para médicos y familia. La edad del paciente es relevante. No todos han visto a un niño a punto

de morir, pero en un debate imaginario la mayoría cree que es más difícil de sobrellevar que la de un adulto. Aceptan mejor la muerte en el adulto, no la toleran en el niño. Condiciona una escena: el adulto muere solo, triste, y el niño lo hace acompañado, a pesar del gran dolor y el sufrimiento de la familia. En otros estudiantes, la muerte no da ventajas emocionales en ningún paciente.

II. El proceso del morir en relación con la práctica clínica

Perciben la falta de empatía en los médicos tratantes y las dificultades que esto acarrea. El «no involucrarse» se da en algunas especialidades; en otras, el trato es distinto. Algunos identifican que la edad del médico puede influir en esto y encuentran actitudes desinteresadas y despectivas que interpretan como un mecanismo de defensa, para no involucrarse.

III. Percepción sobre las herramientas que reciben y las competencias que han desarrollado en relación con el proceso del morir

El contacto con los pacientes. Resaltan la práctica clínica como herramienta de gran valor brindada por la carrera. La mayoría describen haber vivido situaciones con pacientes adultos con la vida amenazada, con un déficit de oportunidad para aprender sobre pacientes pediátricos en esta etapa.

Aspectos comunicacionales en el desarrollo de las competencias. La mayoría de los estudiantes concuerdan en que las herramientas comunicacionales brindadas son muy importantes para la formación de un médico. Destacan el entrenamiento en empatía, en cómo realizar una entrevista, en dar malas noticias y otros recursos de espacios educacionales formales del ciclo inicial. Obtienen herramientas para comunicarse con pacientes que están atravesando su propio proceso del morir.

Momentos de reflexión en la práctica acerca de la muerte y el morir. Reflexionan solos entre compañeros, con otros profesionales de salud del servicio a donde concurren, muy pocas veces con los docentes y, en general, no lo hacen con las familias ni con los pacientes. Les produce alivio contar con espacios informales individuales y compartidos. Surge la reflexión al tener un contacto muy cercano con los pacientes, murientes y no murientes. Les resulta «reparador» encontrar médicos que imprimen humanismo a la muerte de sus pacientes porque les permite formar una opinión. *Otras oportunidades educacionales.* Les resultó positivo ver películas y realizar debates en el ciclo inicial. Además, resaltan el seguimiento de pacientes para abordar la muerte y el morir desde diferentes perspectivas.

Competencias adquiridas en la formación. Al debatir sobre el manejo de una situación con un paciente con una enfermedad que amenaza su vida, perciben que cuentan con herramientas que les han dado cierta aceptación sobre el proceso del morir, pero no se sienten del todo preparados para afrontarlo. Se preguntan si en realidad se llega a estar preparado. La muerte de su primer paciente va a marcar un hito en su vida profesional.

Propuestas de oportunidades educacionales. Proponen el arte (cine, literatura, pintura) como medio, ya que recrea el punto de vista del paciente y de la familia, y además, seminarios interdisciplinarios incluyendo la mirada del paciente.

Tabla 1 Verbatims según las dimensiones exploradas

Dimensiones	Verbatim	Estudiantes de sexto año
Percepción sobre la muerte y el proceso del morir	<p>«(...) para todo aquel que recibe una muerte inesperada, es más difícil para trabajar para el equipo médico, para todo el mundo. Son mayores las presiones, no es lo mismo que una muerte esperada en donde se trata de aliviar el dolor. Y digamos es más aceptado.»</p>	
El proceso del morir en relación con la práctica clínica	<p>«Para mí la muerte es un cuco en todas las edades digamos, ¿no? Está bien que el si se muere un paciente pediátrico vos decís: "Bueno tenía mucho por vivir... qué se yo". Pero para mí significa lo mismo...»</p> <p>«Para mí el problema es que el médico no se pone en el lugar del paciente.»</p>	
Percepción sobre las herramientas que reciben y las competencias que han desarrollado en relación con el proceso del morir	<p>«Para mí se ve eso... Van con la coraza al trabajo, se la sacan y entran a la casa...»</p> <p>a. El contacto con los pacientes</p> <p>b. Aspectos comunicacionales en el desarrollo de las competencias</p> <p>c. Momentos de reflexión en la práctica acerca de la muerte y el morir</p> <p>d. Otras oportunidades educacionales</p> <p>e. Competencias adquiridas en la formación</p> <p>f. Propuestas de oportunidades educacionales</p>	<p>«O sea, es el contacto diario con la persona que se puede llegar a morir. Yo creo que esa es la mayor herramienta que nos dio la carrera en cuanto a lo que es chocarte con la muerte...»</p> <p>«Y también el hecho de que dentro de la materia Relación Médico-Paciente se tomen el tiempo de darnos una clase que sea específicamente buscar cuáles son las mejores formas de dar las malas noticias. (...) saber que existe una forma en la que el paciente se puede como sentir un poco como más cómodo y un poco menos mal al enterarse de algo que para él puede ser terrible.»</p> <p>«(...) y falleció un nenito de una enterocolitis necrotizante de un día para otro, y el Servicio estaba muy mal, y hablando con uno de los clínicos que ya tiene como 35 años de profesión él nos decía que nunca vas a dejar que la muerte te pase como nada digamos, siempre algo va a producir en vos, y siempre todo paciente va a tener un impacto distinto en vos... a lo largo del tiempo no vas a perder eso, nunca logras acostumbrarte a la muerte...»</p> <p>«... un paciente de seguimiento familiar, un paciente terminal, con cáncer de pulmón ya de 5 años... que ya está resignado, que no se quiere hacer más quimioterapia... es más que nada tratar de brindarle una mejor calidad de vida, o sea, ayudarlo...»</p> <p>«El sistema pega fuerte», «nos va a dar una cachetada», «a cargo tuyo yo creo que va a cambiar un montón tu pensamiento» (varios)</p> <p>«¿Qué van a hacer con su primer paciente? ¡No sé! No sé qué voy a hacer. De la boca para afuera te lo digo pero en el momento no sé qué voy a hacer (...).»</p> <p>«A mí me encantaría una residencia que tenga un espacio de reflexión, he visto videos o situaciones o bibliografía (...), tienen un espacio semanal de una hora, como si fuera una terapia de grupo, una catarsis, digamos, hay una comunicación tal que vos podés decir: me pasó...» (otros asienten)</p>

Tabla 1 (continuación)

	Estudiantes de cuarto año	
Percepción sobre la muerte y el proceso del morir	<p>«Me estoy imaginando yo como médico en frente de un paciente, depende quizás del vínculo... quizás por determinada cuestión sentiste más cariño o algo y lo vas a vivenciar distinto, quizás lo veas como "bueno, qué alivio", como decían los chicos, o lo pienses «que injusto» por otro lado.»</p> <p>«Yo considero que del dolor parte el sufrimiento, en algunos de los casos. Y en otros hay dolor solo y la persona no sufre. Hay cosas en el entorno que hacen que la persona sufra.»</p>	
El proceso del morir en relación con la práctica clínica	<p>«En el caso de que se tome la determinación de que una persona muera en su casa con sus cosas... el sistema tiene que acompañar, ...si el paciente necesita una cosa para morir dignamente, para morir bien, sin dolor o cómodo, que el sistema lo pueda proveer.»</p> <p>«... adaptarse a la decisión del paciente y la familia me parece priorizar más las decisiones de ellos que por ahí los conocimientos nuestros en tratamientos, en técnicas. Por ahí escucharlos más a ellos, a la familia y al paciente y tratar de acompañarlo en ese sentido. Por ahí a veces el sistema no lo permite, y bueno, tratar de ver cómo se puede hacer para respetar sus decisiones.»</p> <p>«Ver al paciente ese que muere en el hospital por ahí da impotencia, por que por ahí es un paciente que se podría haber manejado de una manera diferente. Que podría haber estado en su casa, con sus cosas... el manejo debería ser otro y eso causa impotencia.»</p>	
Percepción sobre las herramientas que reciben y las competencias que han desarrollado en relación con el proceso del morir	<p>Oportunidades educacionales</p> <p>a. El contacto con los pacientes</p> <p>b. Aspectos comunicacionales en el desarrollo de las competencias</p>	<p>«Eran 6 pasos, los aprendías de memoria, los explicabas y ¡listo! Y creo que fue mucho más productivo para los chicos que fueron con el Dr. Gómez y acompañaron a dar una mala noticia. Entonces me parece que la experiencia que podamos, que no sé, es una manera distinta de hacerlo y que el día de mañana cuando tengas que dar una mala noticia te vas a acordar de ese momento más que los 6 pasos de dos personas que se pusieron a escribir sobre malas noticias.»</p>

Tabla 1 (continuación)

Estudiantes de cuarto año	
	«Porque por ahí nosotros en la carrera ya vimos un poco lo que eran cuidados paliativos, o por ahí el tema de acompañar al paciente y entender que la muerte por ahí es una parte más a la que nos vamos a enfrentar y no hay que evitarla a toda costa, sino por ahí entenderla, y que es una cosa más que puede estar y que va a estar varias veces, muchas veces.»
Propuestas de oportunidades educacionales y mejora de los espacios existentes	
a. Formación de docentes para la mejora del modelo de rol	«Creo que el aprendizaje hoy de nosotros depende mucho de esas personas, esas personas también tendrían que tener un ámbito para charlarlo, para plantearse; porque capaz que en su aprendizaje no lo tuvieron y a lo largo de su vida siguieron con ese aprendizaje.»
b. Momentos de reflexión en la práctica	«Para mí no está mal que esté dentro de la currícula generar espacios de debate, porque yo creo que por ahí todos nos podemos poner a pensar; pero hacer una reflexión no la hacemos siempre, entonces si se da un lugar donde podemos hacerla (...) pero si está el espacio, por ahí más de uno que no se lo iba a preguntar se lo pregunta.»
c. Expectativas educacionales	«Antes había seminarios, se charlaba en clase, ahora no sé si ese se mantiene o ya se va más a lo que es la parte biológica. Pero bueno, yo creo que en los primeros años de la carrera algo se tocó del tema que me parece que está bueno, no sé si en todos lados será igual.»
Estudiantes de primer año	
Percepción sobre la muerte y el proceso del morir	«Hay personas que lo pueden hablar más libremente. No tienen problema de hablar de la muerte. Yo en mi caso yo le tengo miedo a la muerte entonces, no a mi muerte sino a la muerte de mi familia o de alguien que quiero. No sé me cuesta mucho hablarlo y me retracto, lo evito.»
El proceso del morir en relación con la práctica clínica	-
Expectativas educacionales y comprensión del propio aprendizaje en relación con proceso del morir	«Yo pienso que como estudiante tengo que formarme un montón con respecto al tema de la muerte... Prepararnos nos tienen que preparar creo que desde el primer día en ese sentido, porque es como la etapa más dolorosa, porque, o sea, todos están esperando que podamos ser médicos y que todos solucionen las enfermedades, que curemos, o sea, pero la muerte como que como estábamos hablando hasta recién, es la parte chocante.» «A mí me parece que ya, la semana que viene, no me gustaría verlo, sin ver otras cosas antes que muerte, o sea me gustaría ver otras cosas antes, que sé yo, pero bueno... si me tiene que pasar me va a pasar, pero no me gustaría.» «Porque es algo que uno por ahí no está preparado desde lo cotidiano como por ahí en otras cosas... no es una charla en casa tomando un mate... no es algo cotidiano, entonces en el vocabulario, en la manera, la forma, el lenguaje verbal, no verbal, es muy importante y es algo que no traemos, sino que hay que ejercitarlo.» «Yo creo que lo van a plantear (en la carrera) desde una perspectiva más humana, más de hacer hincapié en el acompañamiento, en el conocimiento, más desde ese lado lo veo yo, más que si se va a morir o no, eso veo que lo van a plantear en la carrera de acá.» «(...) o que nos ayude no solamente a cómo decirlo, sino también, qué, cómo decirlo, o con los gestos, muchas veces la cara tuya, un gesto lo cambia todo, no va a cambiar que se muera o no, pero quizás el momento de angustia lo pueda llegar a cambiar.»

Concuerdan que los espacios de reflexión deberían incluirse en el quehacer del médico.

Estudiantes de cuarto año de medicina

I. Percepción sobre la muerte y el proceso del morir

La palabra «muerte» les anima a un debate del miedo, un «vacío» o incertidumbre. La definen como el fin del contacto con el entorno, con el otro, el cese de la vida biológica, y también como un fin físico. Para algunos varía de acuerdo con la edad del paciente (si es un niño o un adulto), otros concuerdan en que depende del grado de sufrimiento que padezca el paciente, y otros según el vínculo médico-paciente por morir.

Reconocen el «dolor» y el «sufrimiento» que la persona en situación de morir atraviesa. Consideran el sufrimiento como algo más «espiritual», y el dolor, como algo «físico». Otros consideran el dolor como parte del sufrimiento o el sufrimiento como vivencia del dolor.

II. El proceso del morir en relación con la práctica clínica

Frente a un paciente moribundo que no desea vivir más, surgen distintas posturas. Algunos destacan el principio bioético de autonomía y otros no saben cómo responderían, deberían estar en dicha situación. Les parece muy difícil para el profesional.

Surge el lugar de muerte como un problema de la práctica clínica para el paciente que atraviesa el morir. Varios concuerdan que es el médico quien decide dónde va a morir el paciente y destacan que no suele existir un acuerdo con la familia. Otros expresan que la decisión depende también del sistema de salud, responsable de proveer los recursos necesarios para poder ofrecer al paciente la decisión de elegir donde morir.

Al plantear cómo debería ser una buena práctica clínica con respecto a un paciente moribundo, la mayoría de los estudiantes concuerdan en que fundamentalmente se debería acompañar al paciente y a la familia y respetar sus decisiones. Surge también la «impotencia» del médico, producida por el manejo actual de un paciente moribundo en los escenarios de salud.

III. Percepción sobre las herramientas que reciben y las competencias que han desarrollado en relación con el proceso del morir

Oportunidades educacionales.

El contacto con los pacientes. La práctica clínica de la carrera, señalan, les sirve para ver discrepancias entre el desarrollo profesional y el modelo de atención propuesto en la UNS. Observan cierta violencia y falta de empatía hacia el paciente moribundo, aunque identifican barreras del sistema sanitario para el desarrollo ideal de la profesión con una atención centrada en el paciente y su familia.

Aspectos comunicacionales en el desarrollo de las competencias. Los estudiantes valoran más las experiencias vivenciales que la teoría. Consideran necesarios pero insuficientes los conocimientos básicos. La práctica es lo que los ayudará a formar competencias. Por ejemplo, a la hora de dar malas noticias, los estudiantes destacan el aprendizaje a partir de acompañar al tutor en dicha labor.

Los estudiantes identifican haber visto contenidos de Cuidados Paliativos y algunos aspectos sobre el proceso del morir dentro del programa, lo que les permitió procesar la muerte como algo inherente al ser humano, y a la cual van a tener que enfrentarse inevitablemente a lo largo de la práctica clínica.

Propuestas de oportunidades educacionales y mejora de los espacios existentes.

Formación de docentes para la mejora del modelo de rol. Los estudiantes consideran que los docentes formados con una educación tradicional deberían tener un espacio de reflexión sobre la muerte y el morir para enriquecer su propia práctica como formadores y la de los estudiantes a su cargo.

Momentos de reflexión en la práctica. Reconocen la necesidad de un espacio de reflexión en ambos ciclos (inicial y clínico) para encontrarse, intercambiar experiencias y elaborar de forma continua aspectos de la práctica clínica que van más allá de la mera teoría.

Expectativas educacionales. Los estudiantes plantean que se sigan desarrollando estos temas durante el Ciclo Clínico. Piensan que deberían reforzarse en seminarios de años más avanzados de la carrera por la diferente percepción que pueden tener en diferentes momentos del programa.

Estudiantes de primer año de medicina

I. Percepción sobre la muerte y el proceso del morir

Relacionan la muerte y el morir con dolor y la impotencia del médico de no poder curar y de los familiares, que no podrán hacer «nada». Conciben que debiera hablarse más ¿incluso con la familia? de los pacientes que están por morir. La muerte de un ser querido les produce miedo, un «vacío», y eso hace que eviten hablarlo.

Coinciden en que la muerte de un paciente les afectaría pero con diferente magnitud, por lo que primero deberían tener una buena formación.

II. El proceso del morir en relación con la práctica clínica

Los estudiantes han tenido pocas experiencias personales o familiares en relación con la atención de un paciente moribundo. Sin embargo, perciben que la atención en general es «mala», atribuyéndolo a que dejan solos a los pacientes. Consideran que el rol de todos los profesionales de la salud influye en la calidad de la atención. Esbozan que algunos médicos se acostumbran a la muerte, viéndolo como una actitud negativa de los profesionales. Refieren que esto se traduce en una mala comunicación de la muerte a la familia. Se convierte en «un trámite», una situación que para la familia es única.

III. Expectativas educacionales y comprensión del propio aprendizaje en relación con el proceso del morir

Perciben como muy importante la formación de un médico en relación con la muerte y el morir. Identifican el aprendizaje de conceptos como la empatía y cómo dar una mala noticia con el curso de ingreso, con las clases de Relación Médico-Paciente. Tienen expectativas de formación sobre la muerte y el morir y el trato hacia pacientes moribundos en un momento temprano de la carrera.

Sin embargo, conciben que los espacios educacionales y el contacto en la práctica con pacientes por morir debieran ser incluidos de forma gradual. Le aportaría a su formación el desarrollo de habilidades de comunicación, dar malas noticias y reforzar actividades que desarrollen empatía. Desean aprender a comunicarse con niños y adultos como competencia general y en el proceso del morir, en particular.

Hay disenso en relación con dar malas noticias; piensan que depende de cada una, como en otras esferas de la vida, o consideran que, como toda competencia médica, podría ser adquirida.

Consideran una competencia acompañar al paciente. Surge que es bueno que estén acompañados por su familia y seres queridos, más aún en los momentos donde una mala noticia debe ser dada. Tienen la creencia de que la carrera que empezaron va a ser planteada con enseñanzas centradas en el humanismo en medicina, por eso la eligieron.

Discusión

La presente investigación es uno de los pocos estudios de Argentina que explora la educación que reciben los estudiantes de medicina en relación con la muerte y el proceso del morir en términos de herramientas y competencias, y sus percepciones en diferentes etapas de la formación. Se han desarrollado estudios en Argentina destinados a la enseñanza¹² y las percepciones en el final de la vida¹³, pero aquí nos hemos focalizado sobre la voz de solo uno de los actores clave de la formación: los estudiantes.

En Argentina y el mundo se propone que el cuidado paliativo y el cuidado en el final de la vida deben ser incluidos formalmente en los programas de educación médica. Hay distintos trabajos que desde años atrás reconocen la importancia de estos aspectos en la formación de los médicos^{14–16}.

La formación de los estudiantes de medicina de la UNS en los aspectos relacionados con el morir y la muerte es reconocida por ellos mismos como relevante y se valoriza su inclusión en los programas. Las percepciones exploradas en esta investigación no difieren de lo publicado acerca de estudiantes de otras latitudes. Los estudiantes de medicina reconocen que la muerte de un paciente es importante en términos emocionales, independientemente de cuán cerca hayan estado ellos de la situación. Sin duda, el desafío es cómo incluirlo dentro de los programas de formación, y aquí necesariamente hay que tener en cuenta las distintas variantes que podría haber en cada uno de ellos. Aquellos con modelos integrados permiten el desarrollo progresivo de competencias adecuadas, incluyendo actividades de aprendizaje relacionadas con el tema desde etapas tempranas de la formación^{17,18}.

En esta investigación los estudiantes valoran que se comience en etapas tempranas a trabajar sobre el tema con diferentes estrategias y actividades. Sin embargo, proponen que persista en años superiores, sobre todo en el Ciclo Clínico, donde identifican deficiencias. Más aún, los estudiantes avanzados creen que, aunque tienen las herramientas necesarias que les brindan cierta aceptación del morir, al recibirse no se sienten totalmente conformes con ello. Consideran que no están preparados para afrontarlo de forma completa, lo cual es congruente con una revisión de las actitudes de los estudiantes frente al paciente terminal

llevada a cabo en Argentina¹². En lo que respecta a los estudiantes que recién inician sus estudios, recabamos como algo innovador, que desean formarse. Le atribuyen mucha importancia al tema y entendemos su necesidad de aprender en pos de aliviar la tarea que será enfrentarlo más adelante. La tarea entonces no es menor, teniendo en cuenta que las percepciones de los estudiantes avanzados sobre la muerte y el morir no dejan de estar influidas por las representaciones sociales de toda la sociedad; esto es, persiste una connotación negativa. A su vez, deberíamos tener en cuenta la importancia dada en nuestra investigación al modelo de rol: los estudiantes perciben que los docentes deberían reflexionar sobre la muerte y el morir. Esto es común a lo que sucede en otras universidades, independientemente del programa y el modelo pedagógico que tengan.

Una interesante reflexión publicada por Lovell en 2015 señala el sesgo que tienen los docentes de medicina en focalizarse en aspectos biomédicos en situaciones de final de la vida en lugar de los relacionados con el cuidado, los aspectos éticos, el control de los síntomas, el bienestar o, simplemente, las emociones que estas situaciones generan en el equipo de salud, incluidos los estudiantes. Puntualiza, además, que esto es percibido, como vimos en nuestra investigación, como un déficit por los estudiantes que reclaman trabajar sobre estos aspectos también¹⁹.

En esta investigación, los estudiantes apenas mencionan los cuidados paliativos dentro de su formación, lo que podría ser atribuido a que el espacio formal actual es mínimo. Sin embargo, las herramientas que destacan que reciben o que proponen recibir para atender a los moribundos se engloban dentro de las competencias propias de los cuidados paliativos y las humanidades médicas (comunicación, empatía, dar malas noticias, acompañar, identificar la autonomía del paciente). Los estudiantes, tanto en etapas muy iniciales de la carrera como aquellos que están pronto a recibirse, valoran la formación humanística que puede colaborar a comprender mejor estas situaciones. Como hemos visto en nuestra investigación, en los primeros años tienen expectativas de recibir una adecuada formación en situaciones de fin de la vida y en años superiores valoran los espacios de reflexión (generados por situaciones reales o actividades con recursos literarios o el cine) en los que se pudo o se podrá profundizar acerca de la muerte y el morir.

Para reflexionar, Bleakley et al. señalan que «la educación médica es un proceso de enculturación a través del cual se desarrolla identidad». Las teorías sociales del aprendizaje ven la identidad como un producto de la actividad y la participación y depende de la cantidad y la calidad de las asociaciones relacionales significativas dentro del sistema de actividad²⁰.

En el desarrollo de la identidad profesional el aporte de un programa es solo una parte; las experiencias de la vida, las experiencias familiares, las creencias, la cultura en general son otros de los aportes. Sobre muchos de ellos el programa no tiene control, pero sí puede generar espacios de reflexión donde todos ellos confluyan en actividades que se visibilicen como aportes de dicha identidad.

Nuestro trabajo está enmarcado en una carrera donde el programa educacional tiene como fundamento central el aprendizaje colaborativo fundado en el constructivismo social. Tomando a Perkins y su Teoría Uno, el aprendizaje se

da cuando existe una oportunidad adecuada y una motivación para ello. Hemos visto que los estudiantes tienen una motivación para aprender sobre el abordaje del paciente por morir, por lo que tendremos que trabajar más aún en generar oportunidades de aprendizaje más adecuadas, siendo este el desafío que puede plantear nuestro trabajo²¹.

Creemos que ayudará a reflexionar sobre la implementación de programas educativos específicos y mejorar los espacios formales ya instaurados. Una de las limitaciones de nuestro trabajo es que obtuvimos la información de solo uno de los actores de la comunidad de aprendizaje. El presente estudio nos anima a explorar percepciones de los docentes con mayor dedicación a los espacios de práctica de nuestra carrera y de otros actores clave. Esto será fundamental para completar las miradas acerca de la formación provista sobre este tema. Nos permitirá proseguir, a futuro, investigando la factibilidad de implementar programas educativos específicos y el diseño de los mismos que pueda ser más adecuado. Creemos que esto favorecerá el cuidado integral de la diada paciente-familia que atraviesan el morir como una etapa trascendental de sus vidas. La educación y el aprendizaje del accionar en dichas situaciones quizás colabore en brindar una atención de calidad entendida como un derecho humano, preponderando valores, e incorporar en las agendas un mayor caudal de políticas públicas que se traduzcan en una mejor accesibilidad al cuidado en las etapas finales de la vida.

Conclusiones

- Los estudiantes de las 3 cohortes perciben que es de suma importancia la formación del médico en relación con la muerte y el proceso del morir.
- Los estudiantes de medicina de la UNS, al tener contacto con pacientes en diferentes escenarios de salud, pueden formar una percepción de cómo es la práctica clínica actual con los pacientes que atraviesan el morir y luego mueren.
- Los estudiantes avanzados perciben que, aunque cuentan con herramientas para afrontar el proceso del morir, no están suficientemente preparados para hacerlo.
- A pesar de que no se menciona como entidad propia el cuidado paliativo, figuran sus fundamentos de acompañar, respetar la autonomía del paciente, el interés por comunicarse bien y contemplar la familia, entre otros.
- Los estudiantes acuerdan que la práctica en relación con la muerte y el morir debiera ser incorporada de forma gradual en los programas educativos.
- Los estudiantes esperan que se refuercen los espacios destinados al arte (cine, literatura y pintura), dada su utilidad para aprender sobre el afrontamiento de la muerte y el morir.
- Los estudiantes perciben la muerte, en general, con una connotación negativa, al igual que el resto de la sociedad.

Financiación

Estefanía Panizoni recibió una beca del Instituto Nacional del Cáncer para esta investigación. ID: Beca de Formación

Inicial en Investigación IV, Instituto Nacional del Cáncer, Argentina.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Alcuaz A. El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas - MAPEC. En: Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Programa Redes. Ministerio de Salud de la Nación. Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, Argentina. 2014:8-16.
2. Block SD. Medical education in end-of-life care: The status of reform. *J Palliat Med.* 2002;5:243-8.
3. Masiá Clavel J. El proceso biocultural de morir. En: *Bioética y Antropología.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1998. p. 139-70.
4. Elías N. *La soledad de los moribundos.* 3.ª ed México: Fondo de Cultura Económica; 2009.
5. Ariès P. *El hombre ante la muerte.* Madrid: Taurus; 1992.
6. Mellor P, Schilling C. Modernity, self-identity and the sequestration of death. *Sociology.* 1993;27:411-31.
7. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The status of medical education in end-of-life care: A national report. *J Gen Intern Med.* 2003;18:685-95.
8. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ.* 2011;45:389-99.
9. Bramajo M, Marquis A, Blanco Villalba M, González Vázquez A, Streich G. El médico frente al paciente con la vida amenazada. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Cancerología; 2006. Disponible en: <http://www.socargcancer.org.ar/publicaciones.php>.
10. Ceriani Cernadas JM. La educación médica actual, sus desviaciones y debilidades. *Arch Argent Pediatr.* 2014;112:394-5.
11. Cruciani F, Insausti A, Neculpán Segura L, Ojeda S, Silveira F, Trobbiani J, et al. El residente como docente Reflexión de un grupo de Estudiantes de medicina formados en un modelo de Aprendizaje basado en problemas (ABP). *Revista Facultad de Medicina.* 2013;13:13-20.
12. Mutto E, Primogero C, Villar MJ. La enseñanza del cuidado de los pacientes en estado terminal en Facultades de Medicina públicas y privadas de Argentina. *Rev Argent Educ Medica.* 2007;1:23-30.
13. Review of Liverpool Care Pathway for dying patients. More care, less pathway: A review of the Liverpool Care Pathway. Independent report. Department of Health and Social Care, England; 2013. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-liverpool-care-pathway-for-dying-patients>.
14. Wenk R, de Lima L, Mutto E, Berenguel MR, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Medicina Paliativa.* 2016;23:42-8 [consultado 15 Jul 2013] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X14000287>
15. Linklater GT, Bowden J, Pope L, McFatter F, Hutchison SM, Carragher PJ, et al. Developing learning outcomes for medical students and foundation doctors in palliative care: A

- national consensus-seeking initiative in Scotland. *Med Teach.* 2014;36:441–6.
16. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, et al. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that.": Medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med.* 2005;80:634–40.
 17. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *Med Educ.* 1986;20:356–65.
 18. Harden RM. The integration ladder: A tool for curriculum planning and evaluation. *Med Educ.* 2000;34:551–7.
 19. Lovell B. "Do as I say, not as I do". *Med Teach.* 2015;37:597–8. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/265791356_Do_as_I_say_not_as_I_do
 20. Bleakley A, Bligh J, Browne J. *Medical education for the future.* En: Hamstra SJ, editor. Springer Dordrecht Heidelberg London New York; 2011.
 21. Perkins D. *La escuela inteligente.* Barcelona: Gedisa; 1997.