

Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa

Asunción Álvarez-del Río,^a Uri Torruco-García,^b José Daniel Morales-Castillo,^b Margarita Varela-Ruiz^b

Learning about death from the undergraduate: Evaluation of an educational intervention

Background: From June to November 2013 an elective subject "The doctor before death" was held in a public medical school. The aim of this report is to assess the achievement of the objectives of this course.

Methods: The main objectives of the course were to develop competences, aptitude for reflection before death and encourage changes in attitude towards it. Each session was preceded by an article on the content; during sessions the interaction with physicians and patients facing the approach of death was favored; audiovisual, computer resources were used and conducted discussions. The evaluation of the course was a retrospective questionnaire as a quantitative source, and semi structured interviews and essays as qualitative sources.

Results: The development of competences, aptitude for reflection about death and attitude changes showed an increase after the intervention ($p < 0.01$); competence development had the smallest increase. With qualitative information 11 categories were integrated; all showed positive changes in attitude towards death, aptitude for reflection and developed competences (although in this respect the impact was minor).

Conclusions: The educational intervention evaluated met the objectives, however, for a future intervention is necessary to reinforce competence development.

Keywords	Palabras clave
Death	Muerte
Terminal care	Cuidado terminal
Students, Medical	Estudiantes de medicina
Evaluation	Evaluación
Mexico	México

En la época actual predomina una actitud de negación y silencio sobre la muerte que nos impide prepararnos para enfrentarla.¹ Si bien las personas pueden morir de manera repentina o inadvertida, en la mayoría de los casos mueren como resultado de una enfermedad o condición que habrá requerido atención médica.² Los médicos tienen una gran responsabilidad porque deben comunicar a sus pacientes y familiares la situación y decidir con ellos las acciones médicas a seguir, pero también forman parte de esta sociedad que niega la muerte y habitualmente no reciben una formación que los prepare para manejarla.³ A muchos les resulta muy difícil brindar una atención adecuada a sus pacientes terminales, y es frecuente que vivan su muerte como fracaso o con culpa.⁴⁻⁶ Educar a los futuros médicos para enfrentar la muerte beneficia, por un lado, a los pacientes porque se toman en cuenta sus preocupaciones y deseos, se cuida su calidad de vida y se ayuda a los sobrevivientes en su proceso de duelo;⁷ por otro lado, promueve el bienestar de los médicos para que pueden manejar estas situaciones sin angustia ni culpa.⁷⁻⁸

Afortunadamente, en diferentes lugares se ha reconocido la importancia de que los médicos y los estudiantes de la carrera de medicina reciban orientación para atender a los pacientes en el final de su vida. Se han desarrollado cursos y protocolos enfocados principalmente a desarrollar competencias para la comunicación de malas noticias.⁹⁻¹² Hay estudiantes que incluso han desarrollado actividades educativas para superar las deficiencias que encuentran.¹³ En una de las experiencias reportadas, los estudiantes entrevistaron a enfermos terminales para conocer sus necesidades con la oportunidad de comentar después su vivencia en pequeños grupos con un instructor.¹⁴

De acuerdo con los resultados de un estudio realizado con médicos mexicanos, solo una minoría había recibido algún entrenamiento para atender pacientes terminales (28 %) y la mayoría estaba a favor de contar con seminarios o talleres relacionados con el tema (77 %). Este estudio confirma la necesidad de preparar a nuestros futuros médicos para enfrentar la muerte en su práctica.¹⁵ Con el fin de contribuir a cubrir esta necesidad, se creó una asignatura optativa para la

^aDepartamento de Psiquiatría y Salud Mental

^bDepartamento de Investigación en Educación Médica, Secretaría de Educación Médica

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México

Comunicación con: Asunción Álvarez-del Río

Teléfono: (55) 5623 2300, extensión 43133

Correo electrónico: asun57@gmail.com

Introducción: de junio a noviembre de 2013 se impartió la asignatura optativa “El médico ante la muerte” en una escuela pública de medicina. El objetivo de este reporte es la evaluación del logro de los objetivos de esta asignatura.

Métodos: los principales objetivos de la asignatura fueron desarrollar competencias, aptitud de reflexión ante la muerte y propiciar cambios de actitud ante ella. Cada sesión era antecedida por una lectura relativa al tema; durante las sesiones se propiciaba la interacción con médicos y pacientes que enfrentaban la proximidad de la muerte, se utilizaron recursos audiovisuales, informáticos y se llevaron a cabo discusiones. La evaluación de la asignatura fue mediante un cuestionario retrospectivo como fuente cuantitativa, así como entre-

vistas semiestructuradas y ensayos como fuentes cualitativas.

Resultados: el desarrollo de competencias, aptitud de reflexión ante la muerte y cambios de actitud mostraron un aumento después de la intervención ($p < 0.01$); la que menor aumento tuvo fue el desarrollo de competencias. Con la información cualitativa se integraron 11 categorías; todas mostraron cambios positivos en actitud ante la muerte, aptitud de reflexión ante ella y competencias desarrolladas (aunque en este aspecto el impacto fue menor).

Conclusiones: la intervención educativa evaluada cumplió los objetivos planteados, sin embargo, para futuras intervenciones es necesario reforzar el desarrollo de competencias.

Resumen

Escuela de Medicina; su descripción y evaluación esta asignatura es el objetivo de este artículo.

Métodos

Intervención educativa y participantes en el estudio

La asignatura “El médico ante la muerte” se impartió a estudiantes de la Licenciatura de Médico Cirujano que han iniciado su práctica en instituciones hospitalarias (a partir del tercer año) en la Facultad de Medicina de la UNAM, en México.¹⁶ La asignatura estaba disponible para los primeros 30 alumnos que optaran voluntariamente por ella. Fue impartida por una de las autoras (AAR), dos horas semanales, en el periodo de junio a noviembre de 2013 (18 sesiones). Los contenidos del programa se enlistan en el cuadro I.

El principal objetivo de la asignatura fue desarrollar competencias, así como la aptitud de reflexión ante la muerte y propiciar cambios de actitud ante ella. Por competencia consideramos el conjunto de conocimientos y habilidades que interrelacionados permiten un desempeño profesional eficiente, de conformidad con el estado del arte.¹⁷ Por actitud consideramos la valoración sobre una persona, acontecimiento, conducta u otro objeto social que predispone a responder ante ellos de una determinada manera.¹⁸ Con base en el marco conceptual del psicoanálisis, la práctica reflexiva, el humanismo, y tomando elementos del aprendizaje transformativo de acuerdo a Mezirow, durante el curso de la asignatura se favoreció: 1) el autoconocimiento de las motivaciones, actitudes y conductas en situaciones relacionadas con la muerte; 2) el análisis sobre la repercusión tanto en el paciente terminal como en el médico, del manejo de la información y de las decisiones médicas; 3) el desarrollo

de aspectos de la personalidad que ayudan a los médicos a tener una mejor relación con sus pacientes, y 4) la reflexión crítica sobre supuestos asumidos adquiridos a lo largo de su formación (por ejemplo: “el médico debe hacer siempre todo lo posible por alargar la vida”, “el médico debe mantener la frialdad con sus pacientes”, “el médico siempre debe dar esperanza, aunque eso implique ocultar la verdad”).¹⁹⁻²⁰ Cada sesión era antecedida por una lectura relativa al tema. Durante las sesiones se emplearon recursos múltiples: videos, revisión de páginas de internet, participación en blogs, trabajo colaborativo, discusión de noticias actuales, interacción con pacientes que enfrentan la proximidad de la muerte y con médicos en ejercicio.

La evaluación de los alumnos se basó en la profundidad de la reflexión de sus participaciones y en los reportes entregados a lo largo del curso.

Evaluación de la asignatura

La evaluación de la asignatura se realizó con un diseño de estudio mixto de triangulación, con una encuesta

Cuadro I Contenidos de la asignatura

Hablar de la muerte

Tanatología

Decisiones médicas sobre el final de la vida

Suicidio, eutanasia y suicidio médicamente asistido

Los médicos ante su muerte

Cuando el médico no puede curar

La perspectiva de un paciente

Los niños y la muerte

El anciano y la muerte

Trasplante de órganos y muerte cerebral

como fuente cuantitativa, y como fuentes cualitativas entrevistas semiestructuradas y ensayos.

Evaluación cuantitativa: se realizó por medio de un cuestionario retrospectivo de autopercepción, basado en los objetivos del curso (anexo 1). Los ítems fueron realizados por los autores para indagar la autopercepción sobre las competencias desarrolladas (ítems 1, 2, 7 y 8), los cambios de actitud (ítems 3, 5 y 6) y la aptitud de reflexión ante la muerte (ítem 4). El instrumento se aplicó a todos los estudiantes que se matricularon en la asignatura y estuvieron presentes el día del cierre del curso. Todas las personas que contestaron el cuestionario fueron informadas del propósito del mismo, se les dio la posibilidad de negarse a contestarlo y se les garantizó conservar el anonimato. Los datos fueron recabados inicialmente en papel, después vaciados en una base de datos de Microsoft Excel y fueron procesados estadísticamente con el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Para comparar cada ítem antes y después del curso se aplicó la prueba pareada de rangos con signos de Wilcoxon, se consideró una p significativa cuando era < 0.05 . Para calcular la confiabilidad del instrumento se usó la prueba alfa de Cronbach.

Evaluación cualitativa: El día del cierre del curso se solicitó a los asistentes su participación en grupos focales, pero por falta de participación, solo se agendaron citas con tres personas. Dos personas fueron entrevistadas en la misma sesión y la otra en una independiente, los tres participantes aceptaron que la entrevista fuera grabada y utilizada con fines de investigación educativa. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por uno de los autores (UTG), médico con entrenamiento en investigación cualitativa, quien no tenía relación personal ni profesional con los participantes. El objetivo de las preguntas fue evaluar las competencias desarrolladas, cambios de actitud y aptitud para la reflexión ante la muerte. En las entrevistas se evaluaron también métodos de enseñanza, conducción del grupo, evaluación y otros aspectos didácticos que no se evaluaron con el cuestionario ni los ensayos. Ambas entrevistas fueron grabadas, sus transcripciones fueron analizadas y categorizadas por los autores JDMC, UTG y AAR quienes utilizaron la teoría fundamentada.²¹

Los ensayos fueron realizados por los alumnos a solicitud de la autora AAR, quien dos semanas antes del final del curso les pidió que escribieran un texto con una evaluación general de la asignatura (extensión máxima de dos cuartillas) que además incluyera información sobre su autopercepción de las competencias desarrolladas, cambios de actitud ante la muerte y su aptitud para reflexionar ante ella. Los ensayos fueron analizados por la autora MVR (quien no participó en el análisis ni categorización de las entrevistas) según el método de Rojas-Soriano que permite obtener información sobre actitudes, expectativas y opiniones de la información recopilada a través de preguntas abiertas o, como fue en nuestro caso, de ensayos. La información se clasificó agrupando los contenidos de mayor frecuencia y relevancia en categorías establecidas en función de los objetivos de la investigación.

Resultados

El cuestionario retrospectivo fue contestado por 22 alumnos, las entrevistas semiestructuradas se realizaron a 3 personas y los ensayos analizados fueron 24. En el cuadro II se caracterizan los datos generales de cada estrategia de evaluación.

Los resultados de la encuesta se presentan en el cuadro III. En cada uno de los ítems, la autopercepción de las competencias desarrolladas, los cambios de actitud y la aptitud de reflexión ante la muerte fueron mayores en el estado actual que antes de tomar la asignatura. El alfa de Cronbach fue de 0.88.

Las puntuaciones más bajas al inicio de la asignatura fueron los reactivos 1, 2 (relativos a las competencias desarrolladas) y 4 (relativo a la aptitud de reflexión). Al final de la asignatura la aptitud de reflexión llegó a la puntuación máxima y los reactivos 1 y 2, aunque aumentaron, se mantuvieron como los más bajos.

Los resultados de la evaluación cualitativa se resumen en el cuadro IV, donde se sintetizan las categorías generadas en las entrevistas y los ensayos en una columna central de categorías definitivas.

El cuadro de “Categorías cualitativas definitivas y sus testimonios correspondientes” no incluido en este artículo se encuentra disponible y puede solicitarse a la autora.

Discusión y conclusiones

El propósito de este estudio fue describir y evaluar una experiencia educativa acerca del papel del médico ante la muerte, dirigida a estudiantes de medicina que han iniciado su práctica clínica. Hasta donde sabemos, es el primer estudio en nuestro país que evalúa un programa educativo de pregrado de atención médica al

Cuadro II Características generales de los alumnos

	Encuesta	Entrevistas	Ensayos
Número de alumnos	22	3	24
Porcentaje de mujeres	79	100	70
Año que cursan (3º/4º)	21/1	2/1	23/1
Mediana de edad	22	22	22

Cuadro III Resultados del cuestionario retrospectivo

			Antes		Después			
		N	Mediana (rango intercuartil)		Mediana (rango intercuartil)		Diferencia	
1	Preparad@ para comentar con un paciente su diagnóstico terminal	22	1	(1)	3.5	(1)	2.50	$p < 0.001$
2	Preparad@ para acompañar a un paciente en su diagnóstico terminal	22	1	(1)	4	(2)	3.00	$p < 0.001$
3	Estaba consciente de la importancia de suspender tratamientos que no ayudaran a un paciente terminal	22	2	(1)	5	(1)	3.00	$p < 0.001$
4	Convencido de que reflexionar sobre mi muerte mejora la atención de los pacientes terminales	22	1	(1)	5	(1)	4.00	$p < 0.001$
5	Consciente de la importancia de los cuidados paliativos en la atención al final de la vida	22	2	(1)	5	(0.25)	3.00	$p < 0.001$
6	Consciente de las necesidades emocionales de un paciente terminal (más allá de las puramente físicas)	22	2	(1.2)	5	(0)	3.00	$p < 0.001$
7	Preparad@ para hablar de la muerte con mis familiares	22	1.5	(1.2)	4.5	(1)	3.00	$p < 0.001$
8	Estaba preparad@ para hablar de la muerte con mis amig@s	22	2	(2)	5	(1)	3.00	$p < 0.001$

final de la vida, con la ventaja adicional de hacerlo con un diseño mixto.

En todas las áreas evaluadas los resultados cuantitativos y cualitativos fueron positivos. El área que obtuvo menos mejora fue la de autopercepción de las competencias desarrolladas, de acuerdo con el cuestionario (preguntas 1, 2, 7 y 8) y con los testimonios (cuadro 3); el siguiente es uno de ellos:

Me hubiera gustado tener más prácticas. Tal vez dárles espacio, trabajarlo y decir cómo te sentiste en la práctica [...] AF/E2/281113

En cuanto a la autopercepción de los cambios de actitud, la evaluación cuantitativa (preguntas 3, 5 y 6 del cuestionario) también fue positiva y su relevancia se confirmó al triangularla con los testimonios:

Al principio, bueno, yo tenía la idea errónea de que el médico salva y el médico no salva, el médico solo

cambia el tiempo en el que una persona va a morir, también no había trabajado mucho en unos aspectos personales de la muerte, () cómo vas a ser tú un ejemplo y cómo vas a hablar de algo que todavía no has asimilado, que no has trabajado para ti mismo, sentimientos que no sabes cómo manejar en ese momento. AF/E2/281113

El rubro que más mejoró al final de la experiencia fue la aptitud para la reflexión acerca de la muerte, tal como se refleja en el cuestionario (pregunta 4) y en los testimonios en diferentes categorías; por ejemplo:

Pude aprender cosas que creía que sabía, pero en realidad nunca me había tomado el tiempo de reflexionarlas a fondo. AF/E1/281113

Tal como se propone por otros autores, la reflexión del médico ante la muerte tiene mayor relevancia que el conocimiento teórico del tema, lo cual se observa en

Cuadro IV Síntesis de las categorías obtenidas cualitativamente

Entrevistas		Categorías definitivas:	Ensayos
Categorías iniciales	Subcategorías	Síntesis y definición de las categorías (ensayos y entrevistas)	Categorías iniciales
Expectativas	Hablar Saber Ver pacientes Reflexionar Necesidades educativas no cubiertas	Expectativas: Se refiere a lo que los estudiantes esperaban de la asignatura	No hubo testimonios relevantes
Aprendizaje adquirido		Autopercepción del Aprendizaje: Se refiere a lo que los estudiantes interpretaron del aprendizaje adquirido	Aprendizaje adquirido Transferencia del aprendizaje Relación con pacientes, reconocimiento de afectos en esta relación, comunicación, mensaje de las palabras, malas noticias, generar confianza
Actitudes		Actitudes: Se refiere a la predisposición de acercamiento o rechazo ante el tema de la muerte	En paz/miedo frente a la muerte Cambios en la manera de pensar, abandono de prejuicios, desarrollo personal
Habilidades	No hubo práctica en el campo clínico	Autopercepción de competencias adquiridas: Se refiere a lo que los estudiantes interpretaron de las competencias adquiridas	No hubo testimonios relevantes
Utilidad		Importancia: Se refiere a la relevancia que el alumno atribuye a la asignatura para su formación. Condensa primordialmente aspectos curriculares.	Relación deshumanizada con los pacientes en el entorno asistencial.
Curriculum actual	No reflexión Flexibilidad		La muerte es un tema incómodo o ignorado en la formación médica
Optativa	Desigual motivación Participación Obligatoria por su importancia		Recomienda el curso o lo volvería a cursar Ampliar la asignatura a un mayor número de estudiantes
Desarrollo personal		Desarrollo personal: Se refiere a que la asignatura no solo amplía el conocimiento sobre el tema de estudio sino que favorece que sean "mejores personas" y por tanto "mejores médicos"	Reflexión personal, cambios en la manera de pensar, abandono de prejuicios, desarrollo personal
Contenidos		Temas revisados: Se refiere a la opinión de los estudiante sobre los contenidos de la asignatura	Se sugiere mayor profundidad en el curso, se comenta que la dinámica es muy positiva. Agregar temas como muerte inesperada y aborto Dudas éticas y legales en torno a la muerte
Didáctica	Paciente Médicos Reflexiones personales Manejo de emociones Discusión dirigida	Flexibilidad didáctica: Se refiere al uso de recursos y apoyos para favorecer la reflexión y la interacción en el aula	Material didáctico que permitió la reflexión (videos, pláticas de invitados, experiencia de paciente) Importancia de escuchar diferentes puntos de vista sobre la muerte Relación entre vida y muerte
Evaluación	Reflexión Más general	Evaluación: Se refiere a los criterios e instrumentos utilizados para adquirir información sobre el aprendizaje de los estudiantes	No hubo testimonios relevantes

En la columna central se encuentran las categorías definitivas, sintetizadas a partir de lo obtenido en las columnas laterales, donde se enlistan las categorías obtenidas de forma independiente por medio de entrevistas (lado izquierdo) y ensayos (lado derecho)

este estudio.²³ Esta reflexión supone mirar con detenimiento el actuar propio para profundizar en él y, en consecuencia, modificar sus futuras acciones. La práctica reflexiva es por tanto “...el sustento no solo de la calidad de la atención médica, sino de la educación continua de quien la practica, pues al identificar sus propias deficiencias se genera la necesidad de resolverlas.”²⁴

Varios resultados fueron obtenidos a través de la evaluación cualitativa ya que difícilmente podrían recabarse mediante un cuestionario; de ellos los más relevantes son los que se irán comentando a continuación.

Dado que los alumnos reconocían que en el futuro enfrentarían situaciones relacionadas con la muerte, valoraron la necesidad de recibir formación al respecto, de ahí que algunos argumentaron que la materia debería ser obligatoria:

...considero que debería ser obligatoria porque queda sobreentendido que cualquier estudiante de medicina ya domina este tema, pero al cursar esta materia, me di cuenta que hay muy pocos, incluso yo misma, que no tenemos conocimiento sobre el tema. AF/E1/281113

Esta sugerencia cobra importancia porque los estudiantes han aprendido sobre la muerte a través del currículum oculto y de sus experiencias hasta este momento de su formación. El predominio del enfoque biomédico sobre el humanístico no prepara a los estudiantes para enfrentar adecuadamente la muerte, tal como lo expresa uno de los testimonios:

La falta de la parte humanística en la carrera y el enfoque puramente biologicista, va haciendo que los médicos se aparten de la esencia de la medicina. Que es el trato con personas, con enfermos, y si tú no conoces de estos temas a profundidad, cómo pretendes ser un buen médico, que tenga tanto la parte científica como humanística. AF/E1/281113

La falta de preparación de los médicos para enfrentar en su práctica las situaciones relacionadas con la muerte propicia, por un lado, que se vean emocionalmente afectados cuando éstas se presentan, y por el otro, que confirmen el prejuicio de que deben evitar el acercamiento emocional con sus pacientes y no mostrarse empáticos con ellos. Esto se ha reportado en otros estudios y es un obstáculo para atender adecuadamente las necesidades de los enfermos y de sus familiares.²⁵ El siguiente testimonio ejemplifica estas aseveraciones:

A mí me cambió muchísimo y creo que hubiera seguido con mi idea falsa de no acercarme al paciente, porque pensé que tú no puedes tener una plática más

allá con el paciente, o tú no puedes ver una cosa más que no ven todos los médicos por un paciente y si lo puedes hacer, si te puedes acercar. AF/E2/281113

En este sentido, la asignatura de “el médico ante la muerte” logró grandes aproximaciones al aprendizaje transformacional, definido por Mezirow como:

*“El proceso mediante el cual transformamos nuestros marcos de referencia, dados por seguros (perspectivas de significados, hábitos mentales, marcos mentales), para que sean más inclusivos, exigentes, abiertos, emocionalmente capaces de cambiar y reflexivos, y para que generen creencias y opiniones que demuestren ser más verdaderas o justificadas para guiar la acción”.*²⁶

La participación de un paciente como profesor invitado en la asignatura fue valorada como muy positiva y enriquecedora por los alumnos. Esta valoración coincide con lo que se ha confirmado en otras experiencias, que el paciente terminal es el mejor profesor en la educación sobre la muerte.²⁷

Es relevante mencionar que, tanto en los ensayos como en los testimonios, hubo pocas menciones a la profesora, una característica compatible con marcos pedagógicos centrados en el estudiante, quien asume la responsabilidad de su aprendizaje. Una fortaleza adicional de la intervención reside en que el docente haya propiciado la capacidad de reflexión y crítica de paradigmas y supuestos asumidos a partir de la expresión libre de las ideas y de compartir experiencias.²⁸

Ya que el estudio solo se realizó en quienes optaron por la asignatura, difícilmente se pueden generalizar los resultados aquí obtenidos, sin embargo pueden ser útiles para enriquecer otras experiencias similares. Otra limitación fue la escasa información cuantitativa obtenida debido a la pequeña cantidad de estudiantes involucrados. Una limitación de la evaluación cualitativa fue que solo tres estudiantes aceptaron participar, lo cual suele explicarse por predilección o rechazo por el objeto a evaluar; de cualquier modo, la triangulación de métodos nos permitió tener una visión más objetiva.

A partir de los resultados de este estudio se planea agregar actividades prácticas al programa de la asignatura que propicien la aplicación de los temas revisados, especialmente los que se refieren a la comunicación con el paciente terminal. Se considerará emplear juegos de roles, simulaciones y otras actividades que favorezcan el desarrollo de competencias.

Gracias al trabajo y reflexión favorecidos por la intervención educativa evaluada, los alumnos modificaron sus actitudes ante la muerte, ampliaron su aptitud de reflexión y, en menor grado, desarrollaron competencias relacionadas con una adecuada atención

médica en el final de la vida. Es importante que se les ayude a desarrollar más competencias para que se sientan mejor preparados para actuar de acuerdo a la nueva responsabilidad que asumieron. Con lo ya dicho concluimos que se puede aprender sobre la muerte desde la Escuela de Medicina.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no ha sido reportado alguno que esté relacionado con este artículo.

Referencias

- Nuland SB. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida.* Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Callahan D. Death, mourning and medical progress. *Perspect Biol Med* 2009; 52:103-115.
- Wanzer SH, Glenmullen J. *To Die Well: Your Right to Comfort, Calm, and Choice in the Last Days of Life.* Philadelphia, PA, USA: Da Capo Press; 2007.
- Corn BW. Ending end-of-life phobia- a prescription for enlightened health care reform. *N Engl J Med* 2009;361:e63.
- Chen PW. *Final Exam. A Surgeon's Reflections on Mortality.* New Cork, Vintage Books, 2008.
- Keating NL, Landrum MB, Rogers SO, Baum SK et al. Physicians Factors Associated with Discussions about End-of-Life Care. *Cancer* 2010;116(4): 998-1006.
- Wright A. Medical care and emotional distress associated with advanced cancer patients' end-of-life discussions with their physicians. *J Clin Oncol* 2008; 300(14): 1665-1673.
- Kermode-Scott B. More strategies are needed to promote wellbeing among doctors, conference hears. *BMJ* 2012; 345:e7301.
- Grassi L, Giraldi T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer* 2000; 8:40-45.
- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *Can Med Assoc J* 1997;156 (8):1159-64.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 2000;5(4):302-11.
- Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC). Module 2. Communicating Bad News. The Robert Wood Johnson Foundation, 1999.
- Magnani J, Minor M, Aldrich M. Care at the End of Life: A Novel Curriculum Module Implemented by Medical Student. *Acad Med* 2002;77(4):292-8.
- Mermann AC, Gunn DB, Dickinson GE. Learning to Care for the Dying: A survey of Medical Schools and a Model Course. *Acad Med* 1991; 66(1):35-38.
- Álvarez-del Río A, Marván ML, Santillán-Doherty P, Delgadillo S, Oñate-Ocaña F. Facing Death in the Clinical Practice: A View from Physicians in Mexico. *Arch Med Res* 2013; 44: 394-400.
- Facultad de Medicina UNAM, Plan de estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina. UNAM; 2010. http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=16
- Epstein, RM, Hundert, EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-23.
- Kimble C H, Hirt E, Diaz-Loving R., Hosch H, Lucker G W, Zarate M. *Social psychology of the Americas.* Boston, Pearson Education, 2004.
- Guzmán JC, Hernández-Rojas G. Implicaciones educativas de seis teorías psicológicas. *Cuadernos Psicológicos.* 1998; 3(9).
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
- Trinidad-Requena A, Carrero-Planes V, Soriano-Rosa MM. Teoría fundamentada, "grounded theory": la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. *Cuadernos Metodológicos.* Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas; 2006.
- Rojas-Soriano R. *Guía para realizar investigaciones sociales.* Plaza y Valdés Editores (38 ed) México; 2013.
- Wiley DA. On Death and Doctors. *Advances in Thanatology* 1980;4(2):61-67.
- Lifshitz A. *Práctica médica reflexiva.* En: Lifshitz. A, Sánchez-Mendiola M: *Medicina basada en evidencias.* México. McGraw-Hill; 2002
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med* 2011;86:996-1009.
- Mezirow, J., E.W. Taylor. *Transformative Learning in practice: insights from Community, Workplace and Higher Education,* San Francisco, Ca. Jossey-Bass; 2009.
- Gareth-Harris D, Coles B, May-Willoughby H. Should we involve terminally ill patients in teaching medical students? A systematic review of patient's views. *Supportive & Palliative Care* 2014; 0: 1-9. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000535.
- Spencer JA. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999;318(7193): 1280-1283

Anexo 1 Cuestionario retrospectivo de autopercepción

Cuestionario retrospectivo de autopercepción

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Asignatura optativa: el médico ante la muerte

Profesora: Dra. AAR

I. Información demográfica

Nombre _____

Edad _____

Sexo () Masc () Fem

Año que cursa en la carrera de medicina _____

II. Las siguientes afirmaciones describen actividades relacionadas con la asignatura "El médico ante la muerte".

Por favor estime cuál era su nivel de dominio de las actividades de la columna izquierda **ANTES** de asistir a la asignatura y cuál es **ACTUALMENTE**.

Marque su respuesta con una "X" en una escala de 1 al 5 de acuerdo al porcentaje de dominio de la actividad:

1. 0-20 %

2. 20-40 %

3. 40-60 %

4. 60-80 %

5. 80-100 %

POR FAVOR MARQUE CON UNA "X" EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

			1	2	3	4	5
1	Estaba preparad@ para comentar con un paciente su diagnóstico terminal	Antes					
	Estoy preparad@ para comentar con un paciente su diagnóstico terminal	Actualmente					
2	Estaba preparad@ para acompañar a un paciente en su diagnóstico terminal	Antes					
	Estoy preparad@ para acompañar a un paciente en su diagnóstico terminal	Actualmente					
3	Estaba consciente de la importancia de suspender tratamientos que no ayudaran a un paciente terminal	Antes					
	Estoy consciente de la importancia de suspender tratamientos que no ayudaran a un paciente terminal	Actualmente					
4	Estaba convencido de que reflexionar sobre mi muerte mejora la atención de los pacientes terminales	Antes					
	Estoy convencido de que reflexionar sobre mi muerte mejora la atención que doy a los pacientes terminales	Actualmente					
5	Estaba consciente de la importancia de los cuidados paliativos en la atención al final de la vida	Antes					
	Soy consciente de la importancia de los cuidados paliativos en la atención al final de la vida	Actualmente					
6	Estaba consciente de las necesidades emocionales de un paciente terminal (más allá de las puramente físicas)	Antes					
	Estoy consciente de las necesidades emocionales de un paciente terminal (más allá de las puramente físicas)	Actualmente					
7	Estaba preparad@ para hablar de la muerte con mis familiares	Antes					
	Estoy preparad@ para hablar de la muerte con mis familiares	Actualmente					
8	Estaba preparad@ para hablar de la muerte con mis amig@s	Antes					
	Estoy preparad@ para hablar de la muerte con mis amig@s	Actualmente					