

La formación médica y la muerte: estudio descriptivo sobre el impacto emocional en cuidados paliativos

Susana Ruiz Ramírez^{a,*‡}, Nayely Vianey Salazar Trujillo^{a,§},
María Elena Medina-Mora Icaza^{b,Δ}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: El servicio social en cuidados paliativos tiene como objetivo que médicos, durante la última etapa de formación de la licenciatura de médico cirujano, integren una visión de atención hacia las personas que afrontan condiciones que amenazan o limitan su vida. La experiencia con la muerte representa retos emocionales y existenciales, por lo que brindar formación en cuidados paliativos resulta relevante para mejorar las competencias necesarias en el médico en formación para situaciones de final de vida.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo evaluar la autocompetencia para el trabajo con la muerte en médicos pasantes, antes y después de realizar el servicio social en una unidad de cuidados paliativos, así como la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa.

Método: Se evaluó la dimensión emocional y existencial

de la autocompetencia para el trabajo con la muerte en 25 pasantes de dos generaciones del servicio social Rotatorio en Cuidados Paliativos de la Facultad de Medicina de la UNAM, antes de iniciar el servicio social (junio de 2019 y enero de 2020) y al finalizarlo (abril 2020 y febrero de 2021). Se utilizó la escala autocompetencia para el trabajo en final de vida (SC-DWS) en su versión en español, el inventario de depresión de Beck (IDB) y el inventario de ansiedad de Beck (IAB). Se utilizó estadística descriptiva y la prueba t de student para muestras relacionadas.

Resultados: En los participantes de la generación 2019 se observó un incremento estadísticamente significativo en el puntaje total de la SC-DWS y en las subescalas existencial y emocional, y en sintomatología depresiva. En los participantes de la generación 2020 se observó un decremento en el puntaje total del SC-DWS y en las subescalas existencial y emocional.

^aSeminario de Estudios sobre la Globalidad, Facultad de Medicina, UNAM, Cd. Mx., México.

^bFacultad de Psicología, UNAM, Cd. Mx., México.

ORCID ID:

[‡] <https://orcid.org/0000-0003-3021-829X>

[§] <https://orcid.org/0000-0002-1876-2674>

^Δ <https://orcid.org/0000-0001-9300-0752>

Recibido: 20-diciembre-2021. Aceptado: 4-abril-2022.

* Autor de correspondencia: Susana Ruiz Ramírez. Seminario de Estudios sobre la Globalidad. Av. Ciudad Universitaria No. 298, Jardines del Pedregal, 01900, Álvaro Obregón, Ciudad de México. Teléfono: 55 2244 2604.

Correo electrónico: compasivamente2@gmail.com.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusión: Este estudio sugiere la importancia de la formación en cuidados paliativos para incrementar la autocompetencia de los médicos de pregrado en el trabajo con la muerte, sobre todo en contextos altamente estresantes por su relación con el proceso de morir, como el de la pandemia por COVID-19.

Palabras clave: Cuidados paliativos; educación; competencia profesional; muerte; ansiedad; depresión.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Medical training and death: a descriptive study on the emotional impact in palliative care

Abstract

Introduction: The social service in palliative care aims for doctors in the last stage of training in the Bachelor of Medical Surgeon to integrate a vision of care towards people who face diseases that limit or threaten their lives. Coping with death represents emotional and existential challenges, however, improve training in palliative care can promote self-competence in working with death.

Aim: This study aim to evaluate the self-competence to work with death in undergrate doctors, before and after performing social service in a palliative care unit, as well as depressive symptoms and anxiety symptoms.

Method: The emotional and existential dimension of self-competence in death work was evaluated in 25 undergrate doctors from two generations of the Rotary social service in Palliative Care of the UNAM Faculty of Medicine, before starting the social service and at the end of it. The spanish versio of Self-competence in Death Work Scale (SC-DWS), the Beck Depression Inventory (IDB) and the Beck Anxiety Inventory (IAB) were used in this study. Descriptive statistics and Student's t test for related samples were used.

Results: In the participants of the 2019 generation, a statistically significant increase was observed in the total score of the SC-DWS, in its existencial and emotional subscales and in depressive symptoms. In the participants of the 2020 generation, a decrease was observed in the total score of the SC-DWS and in the existencial and emotional subscales.

Conclusion: This study provides evidence of the relevance of training in palliative care in undergraduate doctors to increase self-competence in death work, especially in highly stressful contexts due to its relationship with death processes such as the COVID-19 pandemic.

Keywords: Palliative care; profesional competence; education; death; anxiety; depression.

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, “los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal¹. Los profesionales que brindan cuidados paliativos experimentan retos emocionales y existenciales. Ello como consecuencia tanto de pensar en la propia muerte, la de sus pacientes y la de sus seres queridos; como de experimentar, en su propia emoción, el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, llegando a poner en duda sus propios supuestos sobre la vida y su final.

Es fundamental que el médico desarrolle las competencias necesarias para ayudar a los pacientes a transitar por el proceso de final de vida y para que esto no tenga un impacto negativo en su salud física y emocional. Se le conoce como *autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte (self-competence in death work)* a la capacidad requerida para afrontar retos emocionales y existenciales de la propia persona en tales ambientes laborales². Estos escenarios se definen como cualquier contexto laboral en el que se brinden cuidados de soporte, terapéutico o curativo para atender el proceso de morir, la muerte o problemas relacionados con ellos; por ejemplo, servicios de cuidados paliativos, de urgencias o clínicas oncológicas.

Tabla 1. Elementos de las dimensiones que componen la autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte

Afrontamiento existencial	Afrontamiento emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de atención plena • Orientación positiva • Sentido de coherencia y objetivos y propósito en la vida • Creencia en la relación igualitaria con el paciente • Aceptación de la inevitabilidad de la muerte y los límites de la experiencia humana • Valorar para lidiar con el sufrimiento y asumir responsabilidades • Búsqueda del significado del sufrimiento, la vida y la muerte • Encontrar significado y pasión en la experiencia en el trabajo • Compromiso con la vida • El papel de la religión • La espiritualidad • La esperanza y la fe en la búsqueda existencial de significado • Comprensión de las actitudes personales sobre el sufrimiento y la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta dimensión, el autocuidado y el mantenimiento de una buena salud mental juegan un papel destacado • La capacidad de separarse de las emociones de los pacientes después del trabajo y de mantener la estabilidad emocional • La capacidad de contener las emociones de los pacientes • Poder lidiar con su propia ansiedad por la muerte • Manejar sus experiencias de duelo anteriores • El apoyo de otros, como familiares, amigos y colegas

Esta competencia se compone del *afrontamiento existencial*, definido como la habilidad para, justamente, afrontar temas existenciales como el significado de la vida y del sufrimiento que surgen en estos contextos; y el *afrontamiento emocional* entendido como la habilidad para manejar las emociones surgidas ante el trabajo con la muerte³. En la **tabla 1** se muestran los elementos de cada dimensión.

Ambas formas de afrontamiento pueden entenderse como los esfuerzos o acciones conductuales en respuesta a las fuentes correspondientes de angustia surgidas en estos contextos. En ambos casos la persona tiene que identificar recursos internos para las características particulares de la situación. Por ejemplo, si una persona intenta identificar el significado existencial, cualidades internas como la fe pueden facilitar la tarea; o si una persona trata de manejar el agotamiento emocional en el trabajo, poseer recursos personales como autoconciencia, flexibilidad y apoyo social le ayudará. Por tanto, dentro del constructo de autocompetencia, la relación entre afrontamiento y recursos personales es de alguna manera interactiva. Por una parte, la conciencia de los recursos personales puede afectar las opciones para afrontar la angustia².

Por otra, las personas que tienen un mayor nivel de autocompetencia poseen cualidades más positivas sobre la vida y la muerte; por ejemplo, aceptación de

ambos procesos, presencia de significado en la vida y mayor bienestar emocional².

Trabajar con la muerte exige para el médico no sólo el conocimiento y las habilidades adquiridas durante la carrera de medicina, sino también la preparación personal para afrontar la muerte y el duelo, y como lo sugiere el modelo de estrés y afrontamiento, se experimenta estrés cuando las demandas exceden la capacidad de afrontarlas⁴, por lo que los médicos pueden tener efectos negativos en su salud mental si no cuentan con dicha autocompetencia, además de experimentar sintomatología ansiosa y depresiva⁵.

Una fuente de estrés adicional a los equipos de salud son las muertes asociadas a COVID-19, que hasta el 20 de diciembre 2021 sumaban 5.35 millones en todo el mundo⁶. Dado este contexto, es necesario el desarrollo de las competencias que permitan al médico en formación afrontar las situaciones altamente demandantes. Me enfocaré en el periodo de formación en el servicio social. Este es el conjunto de prácticas temporales y obligatorias previas a la obtención del título profesional de una universidad pública en México, cuyo objetivo es extender a la sociedad los beneficios de la formación científica, humanística, tecnológica y cultural que ha recibido. Es requisito indispensable para obtener el título y la cédula profesional, así como para ejercer la profesión⁷.

El servicio social en cuidados paliativos comprende actividades prácticas y teóricas en hospitales de tercer y segundo nivel de atención en la Ciudad de México. Dentro de las actividades realizadas por los pasantes se encuentran: otorgar consultas e interconsultas supervisadas, pases de visitas, rotaciones en los servicios de los hospitales y en atención domiciliaria, actividades de promoción, difusión, investigación, clases teóricas y de filosofía⁸. Antes y después de la pandemia, las actividades eran y son presenciales; durante la pandemia se realizaron a distancia.

La necesidad cada vez mayor de brindar cuidados paliativos hace necesaria la formación de médicos de pre y posgrado, y dicha formación los expone a dilemas existenciales, retos psicológicos y distrés relacionados con el cuidado de pacientes al final de la vida. Para disminuir las consecuencias negativas de ese cuidado es importante identificar variables que brinden herramientas a los médicos para afrontar efectivamente con el estrés, y que esto se traduzca a su vez en una atención de calidad al paciente.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la auto-competencia para el trabajo con la muerte en médicos pasantes, antes y después de realizar el servicio social en una unidad de cuidados paliativos, así como la sintomatología depresiva y ansiosa entre junio de 2019 y febrero de 2021. Las evaluaciones se realizaron a dos generaciones, la generación 2019 realizó actividades presenciales, y la 2020 realizó actividades a distancia a consecuencia de los cambios derivados de la pandemia.

MÉTODO

Diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo, preexperimental, pretest-postest.

Población de estudio

La muestra se compuso de 13 pasantes del servicio social rotatorio de cuidados paliativos que conformaron la generación 2019, y 12 pasantes de la generación 2020, formando un total de 25 participantes, que fueron evaluados al inicio y al final del servicio social. El criterio de inclusión fue pertenecer a la generación 2019 y 2020 del Programa del Servicio Social en Cuidados Paliativos de la Facultad de Me-

dicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los participantes aceptaron explícitamente su participación a través de un consentimiento informado. El criterio de exclusión fue que tuvieran un diagnóstico de enfermedad que amenace o limite su vida. En la generación 2019, la media de edad fue de 25.1 años, el 61.5% fueron mujeres y 92.3% fueron solteros. En la generación 2020, la media de edad fue de 23.5 años, el 58.3% fueron mujeres, y todos fueron solteros.

Procedimiento

Se aplicó una evaluación inicial antes de comenzar el servicio social en junio de 2019, al grupo 1 (generación 2019), y en enero de 2020 para el grupo 2 (generación 2020) a través de Google Forms. Se aplicó la evaluación final en abril de 2020 al grupo 1, y en febrero de 2021 para el grupo 2.

Instrumentos

La competencia para trabajar en entornos de final de vida se evaluó con la versión en español de la *Self-Competence in Death Work Scale* (SC-DWS), la cual evalúa actitudes emocionales y existenciales, el impacto de la muerte y las emociones que despierta, el afrontamiento y el sentido que el profesional le otorga a la vida. Consta de 16 reactivos con formato de respuesta tipo *Likert* de 5 puntos, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), con un rango de posibles puntuaciones totales entre 16 y 80, indicando las puntuaciones más elevadas una mayor autocompetencia del profesional para trabajar en entornos de final de vida y una estructura factorial formada por dos dimensiones, que se denominan factor existencial y factor emocional. El factor existencial considera el nivel de competencia en el afrontamiento de los componentes existenciales del trabajo, mientras que el emocional se refiere al afrontamiento de los componentes emocionales. En su versión original obtuvo un índice de consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.90 para la escala completa, y de 0.87 para la subescala existencial, y 0.79 para la emocional⁹. En su versión en español obtuvo un alfa de Cronbach de 0.71¹⁰.

Para evaluar sintomatología depresiva se aplicó la versión en español del inventario de depresión de Beck (IDB) validada en población mexicana. Consta

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar pretest posttest para las variables autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte, sus dimensiones existencial y emocional, y sintomatología ansiosa y depresiva en la generación 2019 y 2020

Variable	Pretest		Posttest		t	p
	M	DE	M	DE		
Autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte, generación 2019	57.8	6.9	71.8	5.3	-6.6	.000
Autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte, generación 2020	56.8	3.7	44.6	4.4	9.9	.000
Autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte –dimensión existencial–, generación 2019	40.4	4.8	51.5	3.9	-6.1	.000
Autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte –dimensión existencial–, generación 2020	47.0	2.2	37.5	5.3	7.3	.000
Autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte –dimensión emocional–, generación 2019	17.3	4.0	20.3	2.1	-2.4	.031
Autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte –dimensión emocional–, generación 2020	21.0	2.0	7.1	2.5	11.9	.000
Sintomatología depresiva, generación 2019	1.3	2.1	4.6	3.6	-3.3	.006
Sintomatología depresiva, generación 2020	2.6	3.3	6.4	6.8	-1.9	.082
Sintomatología ansiosa, generación 2019	1.8	1.2	3.3	2.7	-1.7	.099
Sintomatología ansiosa, generación 2020	3.6	3.3	4.8	5.0	-.7	.449

de 21 reactivos, cada uno conformado con cuatro oraciones, de las cuales el paciente elige la o las que representen con mayor precisión su situación en la última semana. Obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87¹¹. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido por Jurado y Cols.,¹¹ para población mexicana fue de 10 puntos¹².

La evaluación de sintomatología ansiosa se realizó con la versión en español del inventario de ansiedad de Beck (IAB) validada en población mexicana. El inventario está compuesto por una lista de 21 síntomas físicos y cognitivos que se pueden puntuar en 4 opciones de respuesta que van desde poco o nada a siempre. Obtuvo una confiabilidad interna de 0.83¹³. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima^{12,14}.

Método estadístico

Además de utilizar estadística descriptiva, se compararon las puntuaciones iniciales con las obtenidas al finalizar el servicio social en cuidados paliativos, y para determinar que las diferencias no se deban al azar, se aplicó una prueba *t* de student para muestras relacionadas. Se consideró un nivel de .05 para establecer significancia estadística utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* v20.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes en la aplicación digital de las evaluaciones. Este estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se encontró un incremento estadístico significativo en los puntajes totales de la SC-DWS, y en la dimensión existencial y emocional al comparar los puntajes iniciales y los finales en la generación 2019. Se encontró que el cambio fue contrario en la generación 2020, es decir, hubo disminución estadísticamente significativa en los puntajes totales del instrumento que evalúa la autocompetencia para el trabajo en entornos de muerte, y en las dimensiones existencial y emocional (**tabla 2**).

Respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva, también se observó un incremento en los puntajes del posttest; sin embargo, solo en incremento en sintomatología depresiva de la generación 2019 fue estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar si incrementó la autocompetencia para el trabajo en entornos de final de vida, la sintomatología depre-

siva y la sintomatología ansiosa en médicos pasantes después de realizar el servicio social en cuidados paliativos.

Encontramos que la autocompetencia en entornos de muerte incrementó en la generación 2019, y disminuyó en la generación 2020. Mientras que la depresión incrementó de forma estadísticamente significativa en la generación 2019.

Nuestros hallazgos reflejan que, durante el servicio social en cuidados paliativos de la generación 2019, los médicos pasantes desarrollaron competencias emocionales y existenciales, lo cual puede ser una variable protectora para su salud mental. Pacientes al final de la vida enfrentan desafíos existenciales¹⁵. Cuando los médicos en formación cuidan a esos pacientes puede surgir en ellos esos mismos cuestionamientos, lo cual favorece la reflexión y la identificación de recursos internos. La fe en el significado incondicional de la vida es clave para facilitar la búsqueda de significado de los pacientes¹⁶.

El incremento en la autocompetencia en la generación 2019 pudo ocurrir por el aprendizaje experiencial¹⁷. Este aprendizaje se desarrolla con experiencias concretas que afrontan los pasantes al atender los síntomas relacionados con el avance de una enfermedad. Estas experiencias comprenden la agonía, el acompañamiento en el duelo anticipado, el sufrimiento existencial, el dolor y la muerte del paciente. Los procesos que se desarrollan incluyen la observación reflexiva de estos fenómenos, la conceptualización abstracta y la experimentación activa resultado de ese proceso, en el que se incluyen los cambios cognitivos y emocionales, como el proceso de aprendizaje y el desarrollo de habilidades.

Sin embargo, llama la atención la disminución de la competencia en la generación 2020. Esto puede deberse a las consecuencias directas e indirectas que tuvo la pandemia por COVID-19 en la dinámica del servicio social, ya que las actividades realizadas por ambas generaciones fueron diferentes. Las actividades de la generación 2019 fueron presenciales, con contacto directo con los pacientes y sus familias, lo que permitió la experimentación activa, la conceptualización abstracta y la observación reflexiva¹⁷. Por el contrario, las actividades realizadas por la generación 2020 fueron remotas, lo que limitó las experiencias concretas generadas al atender los sín-

tomas de un paciente con enfermedad avanzada, el sufrimiento existencial, el duelo y la muerte del paciente, restringiendo el desarrollo de cambios emocionales y cognitivos que dan lugar al desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Otra variable que pudo influir en esta diferencia de grupos es la afectación a la salud mental generada por la alta demanda y los riesgos a la integridad física y mental que la COVID-19 representó para médicos en formación. Un metaanálisis revela la alta prevalencia de trastornos mentales y niveles altos de ansiedad y depresión en equipos de salud durante la pandemia¹⁸.

Los profesionales que poseen un mayor nivel de la autocompetencia se sienten más cómodos trabajando con pacientes que viven el final de su vida por una enfermedad avanzada y familias en duelo, porque pueden aceptar la muerte de otra persona y mostrar menos miedo ante ese evento. Estos recursos pueden ser protectores de agotamiento emocional³. La pandemia por COVID-19 enfrentó a la población mundial al riesgo a la propia muerte y a la de seres queridos, por lo que se deben reforzar los esfuerzos por desarrollar este tipo de competencias en los médicos desde el pregrado.

Un entrenamiento adecuado en el personal de salud que trabaja en entornos de enfermedad que limita o amenaza la vida y la experiencia son características clave en la calidad del cuidado al final de vida, ya que el enfoque curativo predominante en la medicina representa una barrera¹⁹.

El malestar emocional hacia la muerte cambia durante el trayecto formativo de los estudiantes de medicina⁴, en este estudio se identificó un incremento estadísticamente significativo en la sintomatología depresiva en generación 2019, aunque los puntajes encontrados se encuentran en un nivel mínimo. Como señala Álvarez del Río y Cols.²⁰, es necesario preparar a los médicos para enfrentar la muerte en su práctica, ya que beneficia 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, y por otro lado, promueve el bienestar de los médicos para que puedan manejar estas situaciones sin angustia ni culpa.

Este estudio identificó que la generación 2019 tuvo actividad práctica, mayor autocompetencia para el trabajo con la muerte en comparación con la generación 2020 (la cual sólo desarrolló actividades a distancia), resaltando la importancia que tiene la actividad práctica cercana al paciente paliativo en combinación con los procesos reflexivos que de ello surgen²⁰.

La principal limitación de este estudio es que no se realizaron mediciones de otras variables que pudieron influir en los resultados en ambos grupos; por ejemplo, estrés, calidad de vida, estado general de salud, insomnio, estrés postraumático, o si los participantes o algún familiar se infectaron del virus SARS-CoV-2. Otra limitación es el tamaño reducido de la muestra y el diseño preexperimental.

Se sugiere que en futuras investigaciones se propongan estrategias de educación continua sobre cuidados paliativos para médicos de pre y posgrado y otros profesionales de la salud, que busquen incrementar la autocompetencia para el trabajo con la muerte y la adopción de recursos psicológicos que permitan afrontar positivamente los retos propios de este contexto y de otros que surgen inesperadamente, como ha sido el caso de la pandemia por COVID-19.

CONCLUSIONES

Este estudio resalta la relevancia de la formación en cuidados paliativos en médicos de pregrado. Dentro de esta formación es de suma importancia el contacto directo con los pacientes con enfermedades que amenazan o limitan su vida y sus familiares, ya que esto permite la vivencia de experiencias concretas relacionadas con el dolor, el sufrimiento, la muerte y el duelo. Contrario a lo que pudiera pensarse, estas experiencias mejoran los recursos de afrontamiento cognitivos y emocionales ante la muerte.

En conclusión, dada la alta demanda actual de cuidados paliativos por el incremento de enfermedades crónicas y también por la presencia del COVID-19, la formación en cuidados paliativos debe realizarse desde el pregrado. Los contextos de muerte representan retos emocionales y existenciales, por lo que la autocompetencia para afrontar el impacto de la muerte es un componente que debe desarrollarse durante la formación médica.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- SRR: Redacción del manuscrito. Aplicación de la evaluación. Análisis de datos y redacción de resultados.
- NVST: Redacción de introducción y discusión del manuscrito. Proceso de selección de los estudiantes, aplicación de la evaluación.
- MEMMI: Logística en el proceso de selección de los estudiantes, así como en la aplicación de la evaluación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las autoridades universitarias de la Facultad de Medicina, de la UNAM, y al titular del Seminario de Estudios sobre la Globalidad, a las y los tutores de las sedes hospitalarias y a la Fundación Carlos Slim para la Salud.

PRESENTACIONES PREVIAS

Este trabajo fue presentado en una versión de cartel digital en las XIV Jornadas Internacionales de la SECPAL, celebradas en formato virtual los días 19, 26 de octubre y 2 de noviembre de 2021.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Cuidados Paliativos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Ho Chan WC TA. Beyond knowledge and skills: Self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Stud.* 2012;36(10):899-913.
3. Ho Chan Wallace Chi, Tin Agnes WKLY. Coping with existential and emotional challenges: Development and validation of the self-competence in death work scale. *J Pain Symptom Manag.* 2015;50(1):99-107.
4. Lazarus RS FS. Stress, appraisal, and coping. Springe. New York: r publishing company; 1984.
5. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D BS. Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *J Pain Symptom Manag.* 2015;50(3):335-42.
6. Our world in data. Coronavirus Pandemic (COVID-19) - the data [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>

7. Ilescas-Martínez, I., & Luis-Reyes A. Reglamentación del servicio social de medicina en México, a más de 80 años de su implantación. *Rev Salud y Adm.* 2019;6(17):27-37.
8. Fajardo-Chica D. Filosofía de la muerte en la formación en cuidados paliativos, una experiencia desde la UNAM. *Medicina Paliativa.* 2021. 28(3):211-212.
9. Cheung JTK, Au DWH, Chan WCH, Chan JHY, Ng KWJ. Self-competence in death work among health and social care workers: a region-wide survey in Hong Kong. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0317-1>
10. Vallès-Fructuoso O, Ruz-Peña A, Sepúlveda-Bravo C, Alfonso-Arias C, Masnou-Brichs L T-SJ. Autocompetencia para el trabajo en final de vida. Versión española de la Self-Competence in Death Work Scale. *Enferm Clin.* 2019; 29(1):3-9.
11. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V VR. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Ment.* 1998;21(3):26-31.
12. Beltrán MDC, Freyre MÁ H-GL. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Ter psicológica.* 2012;30(1):5-13.
13. Robles R, Varela R, Jurado S PF. Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Rev Mex Psicol.* 2001;8:211-217.
14. Vázquez OG, Castillo ER, García AM, Ponce JLA, Avitia MÁÁ AS. Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología.* 12(1):51.
15. Sapién A & Fajardo-Chica D (por aparecer) Mictlán: vivir la propia muerte. *La década COVID en México: Sentimientos, resiliencia y salud mental.* Hansberg O, Medina-Mora ME (eds.). UNAM
16. Frankl V. *El hombre en busca de sentido.* 1st ed. México: Paidós; 1999.
17. DA. K. *Experience as the source of learning and development.* Upper Saddle River: Prentice Hall; 1984.
18. Da Silva FCT NM. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 2020;110062.
19. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong ELY, Kiang N, Chau PYK et al. Care toward the end of life in older populations and its implementation facilitators and barriers: a scoping review. *Am Med Dir Assoc.* 2017;18(12).
20. Álvarez-del Río, Asunción, Torruco-García, Uri, Morales-Castillo, José-Daniel, Varela-Ruiz M. Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(5):630-7.