

ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"IMAGINARIO COLECTIVO SOBRE LA MUERTE DE LOS/AS RESIDENTES DE 3ER NIVEL DEL POSTGRADO: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL. MEDICINA INTERNA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY."

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA** por la aspirante:

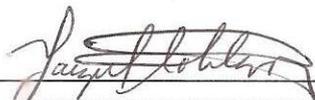
LANDAETA GALINDO, ELBA KARINA
C.I. 18.016.374

Tutor del Trabajo de Grado: Marbella Camacaro, C.I.: 3.182.206

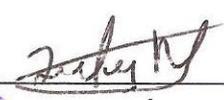
Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los diecinueve días del mes de Noviembre del año dos mil quince.


Dra. YAIZUT TORTOLERO
C.I.: 15.364.574


Dr. ERIEL GUEVARA
C.I.: 5.161.464


Dra. ZULAY ÁLVAREZ
C.I.: 6.830.006





Republica Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua
Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”.
Servicio Autónomo “Hospital central de Maracay”
Área de estudios avanzados de postgrado
Especialización en Medicina Interna



**IMAGINARIO COLECTIVO SOBRE LA MUERTE DE LOS/AS RESIDENTES
DEL 3 ER NIVEL DE POSTGRADO:
UNA APROXIMACION DESDE LA EXPERIENCIA PERSONAL Y
PROFESIONAL**

MEDICINA INTERNA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

Tutora Especialista:
Dra. Marbella Camacaro.
C.I 3.182.206

Autora:
Dra. Elba Landaeta.
C.I.18.016.374

Maracay, Noviembre 2015



Republica Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua
Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”.
Servicio Autónomo “Hospital central de Maracay”
Área de estudios avanzados de postgrado
Especialización en Medicina Interna



**IMAGINARIO COLECTIVO SOBRE LA MUERTE DE LOS/AS RESIDENTES
DEL 3 ER NIVEL DE POSTGRADO:
UNA APROXIMACION DESDE LA EXPERIENCIA PERSONAL Y
PROFESIONAL**

MEDICINA INTERNA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

(Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en Medicina Interna)

Tutora Especialista:

Dra. Marbella Camacaro.

C.I 3.182.206

Autora:

Dra. Elba Landaeta.

C.I.18.016.374

Maracay, Noviembre 2015

IMAGINARIO COLECTIVO SOBRE LA MUERTE DE LOS/AS RESIDENTES DEL 3
ER NIVEL DE POSTGRADO: UNA APROXIMACION DESDE LA EXPERIENCIA
PERSONAL Y PROFESIONAL.

MEDICINA INTERNA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

Autora: Elba Landaeta

Tutora: Marbella Camacaro

RESUMEN

La muerte para el ser humano es un acontecimiento insoslayablemente vinculado a la vida, sin embargo culturalmente es silenciado, por lo que se dificulta su enfrentamiento de manera saludable. Para los/as médicos/as internistas la muerte es un evento al cual nos encontramos permanentemente ligados/as, sin embargo la formación médica lo centra biologicistamente, obviando otros aspectos humanos de la muerte. Por ello, precisaremos la investigación en: Develar el imaginario colectivo sobre la muerte de los/as residentes de 3er nivel de postgrado de medicina interna desde la experiencia personal y profesional. Utilizando la metodología cualitativa/fenomenológica, como sujeto/objeto del estudio 7 residentes del 3er nivel de postgrado de medicina interna del Hospital Central de Maracay, seleccionados/as por el Punto de Saturación del conocimiento, previo consentimiento informado, empleando la entrevista enfocada. El análisis del discurso nos permitió construir 3 eventos, los mismos fueron titulados: Tabú: Negación de la muerte; La academia de espaldas a la muerte; La muerte una experiencia solitaria. Podemos decir que la muerte esta signada desde la cultura como un suceso negativo/doloroso/oculto, esto a su vez es reproducido por el paradigma bio/médico/tecnocrático formando a el/la médico/a con destrezas para prolongar/salvar vidas soslayando el enfrentamiento de la muerte digna, conllevando al paciente a culminar sus últimos días alejado/a de la familia y muriendo en soledad. Es transcendental la inclusión de la muerte desde la esfera humanista en la formación del médico/a internista.

(Palabras claves: Muerte, Experiencia personal y profesional).

COLLECTIVE IMAGINARY ON DEATH OF / AS RESIDENTS 3rd graduate level: an
approach from personal and professional experience.
INTERNAL MEDICINE Maracay Central Hospital

Author: Elba Landaeta
Tutor: Marbella Camacaro

ABSTRACT

Death to humans is unavoidably linked to the life event, but culturally it is muted, so their confrontation in a healthy way is difficult. For / as physicians / internists as death is an event that we are permanently linked / as though medical training centers it biologicistamente, ignoring other human aspects of death. Por it, we will need research: Unveiling the collective imagination about the death of the / as residents of 3rd level of internal medicine graduate from personal and professional experience. Using qualitative / phenomenological methodology as a subject / object of the study, 7 residents of the 3rd graduate level of internal medicine at Central Hospital of Maracay, select / as the saturation point of knowledge, prior informed consent, using the focused interview. Discourse analysis allowed us to build 3 events, they were titled: Taboo: Denial of death; The academy back to death; Death a lonely experience. We can say that death is marked from the culture as a negative / painful / hidden event, this in turn is reproduced by the paradigm bio / medical / technocratic forming / doctor / a with skills to prolong / save lives sidestepping confrontation of a dignified death, leading the patient to complete their last days away / a family and dying alone. It is transcendental including death from humanistic sphere in the training of medical / a generalist.

(Keywords: Death, personal and professional experience).

MOTIVACION DE LA INVESTIGACION

Escoger el abordaje cualitativo como camino para realizar la investigación significa valorar la experiencia vivida de los seres humanos/as como generadora de conocimiento, por ello este método valida la subjetividad de las personas respetando en primera instancia las vivencias de quien investiga como aporte de la propia investigación a realizar.

Coherente con lo antes mencionado debo comenzar por expresar que la investigación de este trabajo especial de grado surge por un evento personal que marco mi vida, la muerte de mi padre, suceso que generó el dolor esperado por ser una muerte cercana, pero además de ello, me motivó a hacer una retrospectiva de mi hacer como médica en los momentos de la muerte de mis pacientes y sus familiares.

Este acto de retrospectiva me llevo a preguntarme cuales son las ideas, las representaciones sociales, es decir el imaginario colectivo que mis compañeros/as de postgrado tienen en relación a la muerte, dada la importancia que tiene este evento en nuestra especialidad porque vivimos día a día la experiencia de muerte de los pacientes y el impacto en sus familiares, especialmente porque nuestra especialidad de medicina interna tiene como misión cubrir holísticamente las necesidades del paciente para hacer un diagnóstico oportuno y tratamiento específico con el fin de mejorar la vida, no debiendo excluir la muerte como un evento innegable que experimentarán en algún momento los pacientes, para lo cual deberíamos estar preparados para una asistencia digna.

Al culminar esta tesis doy fe que la investigación, aportó en mi reflexiones como profesional que he convivido muchos años con personas que se morían y a las que tuve que atender. Y es a partir de esta intensa experiencia y desde dentro, lo que me permite aportar reflexiones como familiar de paciente, respecto a temas que abordo en este estudio, con idea de mejorar la atención a los que se van a morir, aunque nadie cuente con ello.

INTRODUCCION

Con esta investigación pretendemos conocer la percepción de los/as médicos/as ante la muerte de sus pacientes en virtud que nuestra especialidad nos coloca día a día frente a la muerte humana dada toda esta incertidumbre que entraña la muerte.

La muerte es para el ser humano un acontecimiento doloroso, por lo que se ha acostumbrado a no hablar de un tema en el que nos encontramos envueltos/as desde que nacemos, ya que nacemos para morir, incluso esto se traspola a la academia y los centros hospitalarios ya que para nosotros los/as médicos/as internistas que nos encontramos íntimamente ligados al proceso de morir desde nuestra formación personal y profesional no se nos habla de la muerte para evitarnos sufrimiento, siendo esto una conducta negativa, por lo que a la hora de tomar decisiones estas pueden no ser las mejores para el paciente y sus familiares.

En este sentido surgió la idea de realizar esta investigación de gran interés personal con el motivo de conocer a través del imaginario colectivo sobre la muerte de los/as residentes de 3er nivel de postgrado: una aproximación desde la experiencia personal y profesional, ya que al médico/a se le forma para preservar la vida, fomentarla y mejorar la calidad de vida de los pacientes y no para afrontar la muerte.

Nuestra intención toma distancia de intentar generalizar los resultados, pero sí deseamos develar la percepción que estos/as profesionales de salud realizan de un hecho cotidiano en su mundo social-profesional, como es la muerte.

Por lo que realizamos este trabajo bajo el método cualitativo, fenomenológico, con técnicas de participación tipo entrevista enfocada buscando obtener descripciones del tema en estudio para lograr interpretaciones fidedignas. Obteniendo posteriormente a través del análisis del discurso los eventos que se aproximan a situaciones con riqueza de detalles para tener una vivencia profunda de lo que es la realidad.

Acercamiento a la realidad

El momento en que ocurre la muerte y las consecuencias que de ella derivan, impactan de manera imborrable en la vida de las personas cercanas de quien muere. El sufrimiento por la pérdida es casi inevitable en la mayoría de los casos, sin embargo, ese sufrimiento puede variar según algunas circunstancias. Unas veces para la familia es un alivio “lo bien que vivió” y “lo poco que sufrió”, pero cuando la muerte aparece en la juventud, o más aun en la niñez relacionadas con violencias, accidentes o enfermedades, ya no se puede obviar el dolor ni para quien padece la agonía, ni para su familia, es más, para ésta, sobre todo en la sociedad latina, en que los lazos afectivos son fundamentales, la experiencia de la muerte en la juventud y el aparente sin sentido de ella, constituye un pilar de sufrimiento, que marca a la familia para siempre.

En relación a lo antes mencionado refieren Carmona y Bracho (2008):

A pesar de que sabemos que algún día tendremos que morir, el fallecimiento de un ser querido nos resulta un hecho terrible, muy difícil de aceptar, que afecta nuestro yo. Cuando se rompe el vínculo con la persona fallecida, la mayoría de las veces el sufrimiento es tan grande, que se ponen en tela de juicio los fundamentos del ser, de la existencia humana y nuestras más profundas creencias, afectando de manera importante las relaciones familiares y sociales básicas”. (p.3)

Además del dolor emocional que causa la pérdida física de un ser amado, en la vivencia social de la muerte se encuentra el miedo al hecho de la muerte, constituyendo un sentimiento casi universal, porque el ser humano le teme a lo desconocido. En tal sentido, el inexplicable miedo a la muerte puede manifestarse en un afán desmesurado por obtener logros que contrarresten esta angustia y la persona emprende una carrera ansiosa contra el tiempo, sin disfrute de los propios logros, pues vive pendiente de obtener el máximo posible. Aun y cuando la muerte es lo más certero de la vida, muchos de los miedos del ser humano se relacionan con el miedo a la muerte.

En nuestra cultura Occidental la enfermedad y la muerte es considerada un enemigo. A todos nos cuesta aceptar que somos mortales y que la muerte forma parte de la vida familiar

y social, esta negación conlleva a que la muerte sea socialmente un tabú, sin comprender que la autodestructiva negación es más nefasta que la muerte en sí misma.

Desde la infancia no se nos habla de la muerte, ya que nuestros padres y madres la ocultan para que no suframos. Esto en vez de ayudarnos, en muchos casos nos perjudica, pues nos incapacita para aceptar y vivir la muerte como algo natural.

Al respecto Luis Velez (2003) menciona:

En el siglo XIX la muerte fue algo terrible y extraño hasta llegar al siglo XX que es tanatofóbico, se maquilla a los cadáveres para que no parezca que están muertos, a los niños/as no se llevan a los entierros para que no se impresionen. (p.219)

Sin embargo, la manera de entender la muerte no es igual en todas las culturas pues en la cultura oriental constituye un paso a una nueva vida, sin dolor ni sufrimiento. Por lo tanto no supone un evento trágico, sino un paso definitivo hacia una nueva forma de ser y de estar más venturosa. Visto así para quienes son formados/as bajo los preceptos de la cultura oriental, la muerte se convierte en el mayor acontecimiento de la vida. En oriente se tiene una visión no trágica de la muerte debido a su creencia en la reencarnación.

Referente a la cultura oriental Francisco Mannara menciona:

En Oriente, por ejemplo en el budismo, en el hinduismo y en el brahmanismo, se evitan las lamentaciones e incluso se apartan a las mujeres en el sepelio, ya que se piensa que son más propensas al llanto. El color de luto no es el negro sino el blanco, que representa la pureza del alma. La explicación vertida por las culturas orientales para este comportamiento es que si el muerto escucha las lamentaciones y llantos de sus seres queridos, no puede ir tranquilo al “más allá”. (pg.123)

El entendimiento cultural en Occidente sobre la muerte deja sus marcas desde la infancia, ya que en el ámbito familiar nos la ocultan considerándose un “Tabu” social, el cual trascenderá a futuro trayendo repercusiones en nuestro ejercicio profesional a la hora de tomar decisiones ante un evento que es socialmente negado, a pesar que no dejamos de vivir ligados a dicho evento desde que nacemos y como médicos/as internistas nos acompaña constantemente en la vida hospitalaria.

Luisa Álvarez (2011) comenta en relación a estos aspectos de la vida laboral:

La edad y el tiempo de ejercicio de la profesión, son factores que pueden influenciar la visión que tienen los/as médicos/as participantes de la muerte y que los/as médicos/as reciben a lo largo de su formación de pre y postgrado muy pocas indicaciones acerca de la manera de enfrentar la muerte de sus pacientes. En la vida profesional de los/as médicos/as se establecen relaciones cercanas con pacientes próximos a morir, aspecto que se correlaciona con el impacto emocional que genera en ellos/as el hecho de sentir que es poca la ayuda que pueden proporcionar al paciente moribundo y su familia. Al no contar con suficientes conocimientos sobre cómo enfrentar esta situación. Según esto, nos damos cuenta que el desconocimiento nos lleva a tomar decisiones poco beneficiosas para el/la paciente, sus familiares e incluso la nuestra propia. (pg. 71)

En vista del desconocimiento acerca de la manera más empática de enfrentar la muerte, por parte del personal de salud, de los/as pacientes se nos hace oportuno citar a Olga Flores (2010):

Dentro de la enseñanza, los/las estudiantes de Medicina cada día tienen menos experiencia en la relación médico/a-paciente, aunada a ello, la sociedad pone más énfasis en los promedios y calificaciones de sus médicos/as que en las cuestiones de tacto, sensibilidad, capacidad perceptiva y buen gusto a la hora de enfrentarse con el ser sufriente: su paciente. (pg. 6)

Es importante para los/as médicos/as en formación preguntarnos; ¿Qué hacer ante la inevitable muerte del paciente? o ¿Cuál es nuestra perspectiva ante la misma? quizás la que más concierne a esta investigación ¿Será la muerte de los pacientes un fracaso profesional? Todas estas interrogantes son las que enfrentamos en el quehacer diario y al no encontrar una respuesta satisfactoria crea un desequilibrio el cual conduce a una inseguridad en la aptitud que como persona debe adoptar el médico/a; que no debería presentarse de haber tenido una preparación tanto mental, cultural como física para enfrentar esta situación.

Hoy en día, somos los miembros del equipo de salud quienes permanecemos en contacto continuo con el/la paciente y su familia al principio y al final de la vida, ya que la mayoría de los nacimientos y muertes se producen en los centros hospitalarios. Este hecho debería generar relaciones estrechas entre el personal de la salud, los/as pacientes y sus

familiares, quienes esperan encontrar en el equipo médico el apoyo y la comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes y relacionados con los confines de la vida.

La muerte no la podemos desligar de nuestra vida, a diario nos vemos envueltos/as en esos hechos inevitables que describen nuestra experiencia personal y médica porque aparte de ser médicos/as somos personas, y dependiendo de la formación desde nuestra infancia vamos actuar en nuestro ámbito laboral. Dada la negación cultural de la muerte la mayoría tenemos miedo a morir, desconocemos lo que nos espera después de la muerte, el enfoque de la muerte estará impregnado por las religiones, para el judeocristianismo existe un cielo y un infierno y dependiendo de nuestras acciones en el mundo será el destino que se nos concederá.

La muerte ocupa un lugar fundamental en nuestras vidas personales y en lo que respecta a esta investigación esa importancia es superlativa en la vida laboral, por ello elegimos este tema pues a pesar que se educa al médico/a con una ideología que va siempre hacia promover y preservar la vida, poco se nos habla de la muerte en tanto evento significativo, es decir, más allá de lo biológico y solo hasta que tenemos que vivirla con los/las enfermos/as o cuando nos toca la experiencia con alguien muy cercano, es que llegamos a percatarnos que es la muerte la que le da un sentido de existencia a la vida. Esta realidad genera una situación de crisis y riesgo por la que transitamos silenciosamente algunos médicos/as, que conllevamos la angustia, vivencias de fracaso e impotencia al no poder “curar”, al enfrentarse con la muerte del paciente, que en muchos casos, al no procesarse por la vía simbólica, nos lleva a “actuaciones” como: abandono del paciente, obstinación terapéutica, altas apresuradas o demoradas, falta de explicaciones.

Por ello, no deja de tener razón Luis Velez cuando menciona que:

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. (2003: 268).

Dentro de la misma lógica la medicina interna va en pro de cubrir holísticamente las necesidades del paciente para hacer un diagnóstico oportuno y tratamiento específico con el

fin de mejorar su calidad de vida, pero deja de lado ahondar en el suceso de la muerte desde una óptica humanística.

El/la médico/a internista es el que está formado para promover salud, debería también estar formado para trabajar en el proceso de morir y muerte, que por más que se quiera ignorar y tratar de desligar están entrelazados uno del otro, y saber la importancia de darle a ese/a paciente en sus últimos días un buen morir sin dolor y rodeado de sus seres queridos

Como se ha expresado en líneas anteriores respecto a medicina y medicina interna las cuales siguen negando que la muerte forma parte de todo este proceso, ya que están enfocadas es, en preservar la vida y obtener un diagnóstico oportuno para ofrecer tratamiento específico, todo esto ocasiona dolor y sufrimiento para quienes se encuentra ante la pérdida de un ser amado, llevando entonces a causar inestabilidad emocional por no emplear conocimiento necesario y oportuno para tener mecanismos de defensa que nos hagan menos penosa este proceso de duelo.

Precisión del problema

Develar el imaginario colectivo sobre la muerte de los/as residentes de 3er nivel de postgrado de medicina interna desde la experiencia personal y profesional, con la finalidad de generar una matriz de análisis para la consecución de estrategias académicas que formen a los/as especialistas con un perspectiva más empática sobre la muerte.

Propósitos de la investigación

1. Sensibilizar a los/as internistas sobre la muerte desde una perspectiva humanista, irrumpiendo el círculo vicioso de la concepción del modelo biomédico.
2. Abrir el camino para las posibles tesis con temáticas distintas a la tradicional, en la búsqueda de humanizar el ejercicio médico.
3. Continuar el desarrollo de tesis con metodologías cualitativas que dan a conocer a profundidad la naturaleza real de este tipo de investigación y que obtiene la participación de la comunidad sujeto objeto de estudio.

4. Incentivar a la búsqueda de estrategias académicas extracurriculares que abran debates en el ámbito holístico del médico (debate, seminarios, charlas).

Lo Metodológico

Esta investigación la abordaremos desde la metodología cualitativa, matriz epistémica fenomenológica.

Lo cualitativo trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. “De aquí, que lo *cualitativo* (que es el todo integrado) no se opone a lo *cuantitativo* (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante.” Miguel Martínez, (2006:128)

Referente a la matriz epistémica fenomenológica Rodríguez Gómez (1996) menciona:

La investigación fenomenológica destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva: “La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad”. En definitiva busca conocer los significados que los/las individuos dan a su experiencia, lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando. (pg. 39-57)

Lugares del encuentro dialógico: Servicio de medicina interna del Hospital Central de Maracay.

Población /Sujeto/Objeto de estudio: Residentes del postgrado de Medicina interna quienes participaron de manera voluntaria. Se utilizó un informante clave con la misma especialidad y de la misma institución con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información

Técnicas de participación: entrevistas enfocadas.

Punto de saturación del conocimiento: La muestra representativa de participantes depende de la calidad de la información y no del número de la población, significó apropiarnos de la palabra de los/as entrevistados/as para sistematizar el material discursivo,

posibilitándonos la obtención de eventos vinculados con el horizonte teórico de la investigación.

Momentos metodológicos:

El entendimiento y formulación de nuevas teorías las realizamos a través del análisis del discurso en base a la información recopilada a través de las entrevistas enfocadas.

De acuerdo a lo expuesto por Martínez Miguel (2006) este momento puede dividirse en cuatro momentos metodológicos:

“Categorizar es clasificar, conceptualizar o codificar mediante un término o expresión breve que sean claros e inequívocos el contenido o idea central de cada unidad temática...la estructuración “podría considerarse como una gran categoría, más amplia, más detallada y más compleja...La contrastación relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial...La teorización suele consistir en un sistema de hipótesis, fórmulas legaliformes y hasta leyes ya establecidas, de modo que su síntesis puede incluir desde lo plenamente conocido hasta lo meramente sospechado.” (pg. 140-143)

Es a través de estos momentos metodológicos, sistemáticos y minuciosos, que nos adentramos en el análisis de la realidad en la que se encuentran los/as residentes de postgrado de medicina interna que están en contacto con la muerte ya sea desde el ámbito personal y/o profesional y el consecuente desconocimiento que conlleva este tema en estudio, por lo que realizamos un análisis de sus discursos, los cuales nos permitieron construir 3 eventos a desarrollar a lo largo de la tesis, los mismos fueron titulados de la siguiente manera:

Tabú: Negación de la muerte.

La academia de espaldas a la muerte.

La muerte una experiencia solitaria.

Análisis de discursos

Tabú: Negación de la muerte.

La negación de la muerte significa qué interesa poco o qué es tan inmanente que preferimos obviarla socialmente. Los seres humanos tratan de suprimir la muerte al no hablar de la enfermedad de un familiar, de las posibles complicaciones y muerte, todo esto para ignorar la muerte propia por el temor que esta genera, siendo a su vez llamado un Tabú para la sociedad occidental.

Al respecto Lourdes Chocarro (2012) comenta: “entendiendo por negación de la muerte esa orientación negativa de la acción social hacia el moribundo y hacia la muerte en sí misma, ligada a un cambio de valores sociales, y que se trasluce en los comportamientos profesionales.” (pg.153)

Se nos hace acertado resaltar a Jacqueline Bonilla (2011):

La negación de la muerte desde su construcción social tiene que ver con los avances médicos, de tal forma que después de varias décadas de haber sido concebida como un acto social integrador de la comunidad, pasa a ser un acto individual donde el ámbito hospitalario se convierte en el lugar donde el/la paciente en fase terminal muere solo. Por lo que para hablar de la muerte es necesario negarla. (pg. 38)

Estimamos necesarias las acotaciones anteriores para asomarnos a los testimonios de los/as propios/as residentes los cuales darán fe del tabú causado por la muerte. Los fragmentos textuales de los discursos serán en base de la cuestión:

“La muerte no es un tema que uno hable diariamente (...) No recuerdo haber tenido una conversación con mis padres acerca de la muerte (...) falleció mi abuela (...) mis padres no me dejaron ir al velorio (...) eso no es para niños.” (Entrevista 1).

“... “murió mi tía (...) pero yo era una niña y en verdad en ese momento yo no era consciente de todo lo que era la muerte, pensaba que volvería.” (Entrevista 3).

Es algo malo es un castigo que no debería de existir, es un misterio porque no sé que hara después de la muerte.”(Entrevista 4)

“La muerte es como el final de una etapa, un punto muy álgido (...) no nos preparan para ella (...) hay un choque como que perdimos una batalla que veníamos librando y a veces cuesta como en otras ocasiones superar eso”. (Entrevista 6)

“...no es un tema normal que uno habla (...) en la casa nosotros no hablamos de la muerte, nunca hablamos, si no cuando se muere algún conocido y uno dice oye se murió.” (Entrevista 7)

Se expresa en los discursos como la innombrable muerte marca a cada uno/a de nuestros/as entrevistados/as, su negación impide ser vivida como algo natural, como una etapa de la vida.

Se nos hace acertado mencionar a nuestro/a informante clave quien mencionó al respecto sobre la negación de la muerte:

“...ese es un tema prohibido en mi familia, el cual mi mama le tiene muchísimo miedo...cuando yo intento introducir en mi casa lo que he aprendido lo que encuentro es el rechazo y vamos a cambiar el tema...”(Informante clave)

Desde cualquier punto que se entienda la muerte, lo que parece indiscutible es la pérdida de una persona, nos hace tener miedo ante la ausencia. Es posible que muchas personas no se acostumbren a ver morir a personas que has ayudado, durante meses e incluso durante años, a superar la enfermedad.

Las circunstancias en las cuales se presenta la muerte van a tener un impacto en la familia que varía según dicha circunstancia, por ejemplo si ocurre a una edad muy temprana no significa lo mismo si es una persona anciana, así mismo si la causa es aguda-crónica o evento traumático van a generar otro tipo de impacto en el entorno familiar.

Apoyando lo antes dicho Lourdes Chocarro (2012) denota:

La muerte en ancianos es considerada como «ciclo vital», como «proceso natural», como «ley de vida», pero en jóvenes no se acepta tan fácilmente, especialmente si pueden sentirse identificados con la situación personal del moribundo (edad parecida, forma de vida parecida, tener pareja, hijos, etc.). (pg.153)

A lo largo de la discusión hemos dilucidado que la muerte es negada en nuestra cultura, también que esta negación se acompaña de un temor que impide hablar de ella y procesarla de manera más saludable emocionalmente, así mismo según las circunstancia de la muerte varía el proceso como lo vive la gente cercana. Por ello, es importante buscar caminos que posibiliten a las personas vivir saludablemente el inevitable proceso de morir y a quienes nos

competen la atención médica ofrecer mayor calidad de muerte a nuestros pacientes y sus familiares.

La academia de espaldas a la muerte.

A través de los análisis de los eventos anteriores hemos evidenciado que las personas manifiestan que desde la infancia se les ha ocultado la muerte, lo cual genera dolor y sufrimiento por la misma negación del hecho, de esta situación no escapamos los/as médicos/as dado que somos formados/as dentro de esta cultura y a ello se suma que en la formación profesional se sigue obviando la discusión de la muerte mas allá de lo biológico, a pesar que nos enfrentamos a ella diariamente.

En las facultades de ciencias de la salud la información sobre el duelo y la muerte es escasa. En nuestro medio el personal de salud ha sido formado para dar vida, pero no para razonar que en la mayoría de los casos su actuación debería estar enfocada a dar calidad de muerte.

En el curriculum son pocas las asignaturas que tratan el tema de la muerte desde una perspectiva más humanista y menos biologicista, durante la formación profesional, a nivel de pregrado nunca se toca este importante contenido y en el postgrado solo Bioética en la unidad IV menciona la vida humana y el final de la vida y se analiza conceptos de minusvalía, anulación, muerte biográfica, muerte encefálica y cardiopulmonar, diferentes formas de muerte asistida por el/la médico/a, cuidado de los pacientes en etapa terminal de su existencia e importancia de los cuidados paliativos, contenidos temáticos los cuales repiten la misma concepción de la muerte desde la óptica medico tecnocrático.

En concordancia con lo antes mencionado Olga Lorenzo refiere (2010):

La muerte y el duelo son apenas abordados en asignaturas como psicología médica y psiquiatría, pasando a formar parte de los apéndices de libros como el manual de clasificación de los desórdenes mentales DSM IV TR, cuando en realidad temas como comunicación de malas noticias, asesoramiento y acompañamiento al enfermo moribundo, de su familia, de su comunidad, asesoramiento de pérdidas en general y duelo deben formar parte de la enseñanza integral a los/las estudiantes de medicina porque en cualquier

momento de la vida se experimentan pérdidas y sobre todo porque su profesión los enfrentará a la muerte y lo que la rodea. (pg. 6)

Desde que se inicia la carrera de medicina debería tenerse en cuenta el tema de la muerte y el duelo, prepararnos para afrontarla como personas y como médicos/as tener la aptitud necesaria para abordar al paciente y sus familiares, quienes siempre esperan encontrar en ese/a profesional ayuda y comprensión ante diversas situaciones con el fin de obtener soluciones que vayan en pro de una muerte digna a los/as pacientes, disminución de dolor y sufrimiento.

Referente a nuestras palabras previas sobre calidad de muerte que es una muerte digna nos define Ramón Macia (2008):

“...muerte digna es la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles...una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.” (pg. 2)

Podemos decir que las ciencias biomédicas han convertido al ser humano en un objeto, ellas lo han objetivado, lo han abstraído de su historia, de su subjetividad, de su existencia. Respecto a lo expuesto anteriormente Marcos Gómez (2006) acota:

“El imparable y progresivo avance científico-técnico experimentado por la medicina en las últimas décadas se ha traducido en un proceso de superespecialización que ha tenido como efecto negativo la fragmentación conceptual del paciente y el riesgo de despersonalización en la atención médica.” (pg. 48)

Las necesidades de los seres humanos en relación con su salud van más allá del simple modelo de curación de la enfermedad, donde el/la médico/a hace el diagnóstico y prescribe una terapia. La comprensión del paciente en su modo de reaccionar ante la enfermedad y el sufrimiento, exige del médico/ca una serie de actitudes enfocadas a la ayuda y al servicio de las personas.

Para verificar este evento relacionado con la poca formación que recibimos en relación al suceso muerte, siendo abordada regularmente como acontecimiento donde el ser humano

es visto de forma individualizada enfocado solo en tratar la patología no abarcando aspectos fundamentales dentro de la esfera psico-afectiva expondremos los siguientes fragmentos discursivos:

“Bueno no durante la carrera no recibimos así lo considero una práctica, una materia nada que te enseñe a como decir esta noticia a los familiares...” (Entrevista 1).

“...A nosotros nunca se nos enseña a decir esa parte uno va aprendiendo de experiencias a lo largo de los años no es lo mismo cuando fuiste R1 decir una noticia a cuando estas saliendo de R3 o eres adjunto (...) nunca te haces profesional en ese ámbito...” (Entrevista 2)

“...porque promovemos salud no deberíamos conocer esos conceptos... desde el pregrado la educación sobre la muerte no se toca...después que uno está en postgrado, entender como sobrellevarla la muerte y saber que decir es poca...” (Entrevista 3)

“Yo digo que la información sobre la muerte en el área de la medicina es muy poca, pregrado no hay una materia (...) Habrá una materia donde te mencionen la muerte y las fases del duelo pero no hay materia donde te diga cómo enfrentarse a la muerte, yo digo que eso lo va dando la experiencia...” (Entrevista 4)

“...a uno no lo entrenen como confrontar al familiar para hablar de ese tipo de tema, yo siento que no haya sido formada, ni he recibido ningún entrenamiento (...) porque eso no lo ponen dentro del pensum” (Entrevista 5).

“Bueno aquí a nivel de postgrado cuando vimos bioética en primer año (...) fue como una manera de sensibilizarnos en esas situaciones que tienen que ver directamente con la muerte(...) pregrado fue muy poco o prácticamente nada lo que se vio.” (Entrevista 6).

“...lo único de medicina así de la carrera como tal (...) psicología Evolutiva 1, después no la volví a ver hasta el Postgrado, que vimos Bioética, y allí hablamos de los tipos de muerte.”(Entrevista 7)

Como lo develan los discursos anteriores todos/as conocen de la muerte desde la perspectiva biológica- técnica, pero desconociendo en su formación médica la dimensión humana del paciente y sus necesidades como persona en lo que concierne al proceso de morir. Ha sido tan determinante este puntual suceso, que estimamos importante señalar a Marcos Gómez (2006) refiriendo:

“Estos contenidos relacionados con la dimensión humana y social de la medicina deberían estar presentes ya desde el primer año de la carrera motivando al estudiante con el análisis y la reflexión de casos o situaciones

donde pueda desarrollar actitudes que están en el corazón de la profesión médica. Del mismo modo convendría potenciar las cualidades humanas del buen médico (compasión, cortesía, calidez, etc.)” (pg. 48).

En esta línea de ideas es relevante acotar la información suministrada por la informante clave en relación a su formación y experiencia profesional:

“...nos falta mucho por aprender, yo creo que la medicina siendo una carrera tan humanista, se ha apropiado también en tecnicismo (...) necesitamos un puente que nos conecte, la parte humana, con la parte científica. Esa reflexión para conocimiento científico empírico con esa conexión espiritual y humanista que debemos tener, asumir cada caso, como eso una parte científica donde lo importante es llegar a un diagnóstico, pero también la parte humanista donde lo importante es llegar al diagnóstico; para ayudar al paciente, y bien a salvarlo y ayudarle también a morir..” (Informante clave)

A través de la experiencia de nuestro/a informante clave sobre su formación en pregrado y postgrado sobre la muerte, evidenciamos que coincide con los discursos de los/as residentes quienes también manifestaron que durante el aprendizaje de la carrera se enfoca el tema de la muerte bajo una perspectiva médica tecnocrática obviando las vivencias emocionales, psicológicas que ocasiona la pérdida de una persona cercana. Vinculado a lo antes expuesto José Díaz sustenta:

“La aceptación de lo inevitable no tiene cabida cuando se vende la idea de que casi todo tiene cura o remedio. El mito moderno de que la ciencia encontrará la cura de todas las enfermedades y hará al hombre inmortal ha contribuido a ello. La noción dualista del ser humano contribuye a que cuerpo y psique sean tratados como entidades separadas. (2008: 51)

Siguiendo la idea principal de este evento respecto a la falta de formación del médico sobre el tema de la muerte vista desde la perspectiva humanista, se nos hace oportuno mencionar a través de las palabras de Lourdes Chocarro (2010): “La falta de formación en el manejo de la muerte y de los cuidados paliativos, así como la casi inexistencia de apoyo a los/as profesionales, hace que este círculo negro, no encuentre salida.” (pg.101)

Dentro de este mismo contexto de ideas Carmona y Bracho (2008) acota:

Lamentablemente vemos como el equipo de salud se forma solo para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su

intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales. (pg. 20)

En muchas ocasiones no se debe responsabilizar a los médicos/as por no tener la aptitud cónsona con el evento de la muerte, ya que en lo personal hemos visto que carecen de formación para hacer frente a las muchísimas demandas de atención que va a formular el paciente. Los estudiantes de medicina inician sus estudios con una gran carga de empatía y de genuino amor por el paciente, antiguamente llamado vocación. A lo largo de los años en la vida universitaria el aspirante a médico va adquiriendo los conocimientos técnicos necesarios para hacer frente a las enfermedades orgánicas pero se le va inculcando un distanciamiento humano con respecto al enfermo lo que conduce a una relación terapéutica fría y deshumanizada.

Este desapego hacia el sufrimiento de los/as pacientes conlleva a que el desempeño de su ejercicio profesional sea sumamente difícil tomar conductas y decisiones más allá de dar solo un buen diagnóstico y tratamiento y se le dificulte garantizarle a el/la paciente una calidad de muerte. Coincidiendo con esta realidad Luisa Álvarez (2011) refiere:

Se reconoce que los/as médicos/as en los primeros momentos de su práctica clínica (internos, residentes, médicos recién graduados) son quienes tienen mayor dificultad para el manejo de las emociones que genera la muerte de un paciente, y se evidencia que el soporte que debería brindar un médico/a con mayor grado de experiencia es muy poco, ya que dentro de la formación y el actuar médico son escasos los espacios contruidos para tal fin. (pg.19)

Queda evidenciado que la atención médica de la muerte está centrada desde una visión orgánica, por ello el enfrentamiento que hacen de la misma es un proceso autoconstruido a partir de sus propias vivencias e influenciado por su visión personal de la muerte, ya que dentro de su escuela de formación la muerte era un evento no considerado parte del ejercicio médico, y en muchos casos podría ser el contendiente a vencer.

Siendo importante la pronta inclusión de la muerte en la educación del médico para obtener mejores conductas y menos impacto emocional ante situaciones que generan para el/la

médico/a diversas connotaciones en la esfera psico-afectiva, es urgente implementar estrategias académicas que aborden otras formas de enfrentar la muerte y el duelo.

Respecto a lo expresado previamente Pascual Fernández (2011) acota:

Esta falta de formación podría justificar profesionalizar el tema de la muerte, enseñando no sólo a saber tratar pacientes y familiares durante el proceso de muerte, sino también enseñar a asumir la propia muerte con el objetivo de reducir la incidencia negativa que actitudes hacia la muerte puedan tener tanto en el ejercicio profesional como en el bienestar personal. Contribuyendo todo esto a optimizar los cuidados a pacientes en este proceso. (pg. 102)

Quizás el gran error de la biomedicina ha sido expropiar a los sujetos de su dolor, del contexto en el que se manifiesta y de los significados culturales que le rodean.

Desafortunadamente, el manejo despersonalizado y negador de la muerte, así como el desconocimiento en el manejo de la situación, puede dar lugar a una conducta defensiva por parte del médico que contribuirá en gran medida a empeorar las situaciones, por lo que nuestra próxima categoría se centra en como el hospital se ha transformado en el sitio donde el paciente permanece sus últimos días rodeado de personas ajenas a su entorno familiar llegando a tener una muerte en soledad y a la vez como el/la médico/a tratante de ese paciente tiene el poder de decidir sobre él, perdiendo completamente su autonomía.

La muerte una experiencia solitaria.

El hospital es el lugar moderno para terminar nuestros días. Curioso espacio dónde se dan cita los acontecimientos más trascendentales de nuestra existencia; allí dónde nuestros ojos ven la luz por primera vez seguramente también se apagarán ante la más o menos atenta mirada de personas que no nos conocen o con menos suerte, en auténtica soledad.

Vinculado con en el párrafo anterior, nos aporta Gala León (2002):

... se paga con tecnología lo que se retira de afectividad y humanismo... así se convierte el morir hospitalario en algo solitario y vergonzante con el atrezzo de toda una tramoya de aparataje como estéril sucedáneo del calor y del afecto humano; es decir SE HAN EMPEORADO LAS CONDICIONES DE MUERTE, alargándose la agonía, gracias al encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose el morir hospitalario como en algo "solitario, mecánico y

deshumanizado" . **Aunque, en realidad, el personal de salud no es culpable de manifestar estas actitudes y comportamientos habida cuenta que están mediatizados por las carencias de formación profesional en técnicas de comunicación y en técnicas de afrontamiento ante la situación que plantea el enfermo agonizante.**”(Las negriñas son nuestras). (pg. 47)

En consonancia con la cita anterior nos menciona Francisco Maglio (2000):

“Desafortunadamente, el poder que ejercemos sobre el/la paciente sumado a una educación médica triunfalista que ve en la muerte solamente el fracaso de la medicina, nos lleva a veces a veces a una suerte de “ensañamiento terapéutico” prolongando una agonía y lo que es más grave negando la posibilidad a ese enfermo de una muerte digna en compañía de sus seres queridos, situación denominada “distanasia” y resultante de una irracionalidad en el uso de los recursos tecnológicos” (pg. 3)

Las citas anteriores nos alertan sobre que en muchas ocasiones dada la formación tecnocrática que recibimos olvidamos que la tecnología en muchos casos deshumaniza la relación medico paciente, y con toda la buena voluntad, por disminuir el sufrimiento y el dolor, dicho paciente se convierte en una persona medicalizada, sin posibilidad de decisión frente a su propio proceso de salud-enfermedad. Reflexionar sobre la calidad de muerte nos lleva a repensar muchas acciones que hacemos, más por el peso de la formación y por cumplir un protocolo, llegando en ocasiones a olvidarnos que ese/a paciente tiene derechos sobre su propia vida y su propia muerte. Quizás por ello, el Código de Deontología Médica referente a los derechos del enfermo nos menciona en su artículo °69 Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Se debe tener presente que el/la médico/a tiene el deber de hacer partícipe al paciente de cada acto que se vaya a realizar para la búsqueda del diagnóstico y opciones terapéuticas y previo a esto el/la paciente debe manifestar su consentimiento para proceder a los estudios solicitados.

Pudiéramos decir que la formación médico tecnocrático y la institución hospitalaria colocan al paciente en circunstancia de anonimato; referente a esto Marcos Gómez (2006) comenta:

“El hospital de hoy, es un sitio para diagnosticar y curar, y en él trabajan profesionales preparados y entrenados para diagnosticar y curar(...)El intento de domesticar el morir y la muerte puede convertir la agonía y la indigencia humana en una situación cruel, desproporcionada, injusta e inútil, tanto para el paciente como para su familia. La muerte ha cambiado de cama. Ya no se muere en el domicilio rodeado por los seres queridos. Se han elegido los hospitales con su masificación y deshumanización para que la muerte pase desapercibida y se convierta en algo ajeno, aséptico, silencioso y solitario.” (pg.46)

En este evento vinculado con la muerte solitaria y en concordancia con las citas mencionadas los/as residentes hacen mención de algunas situaciones en sus discursos:

“Mira aquí en el hospital es como regla, es como regla que no puedan entrar, es el área de observación, es el área delicada pacientes que están en observación, paciente en malas condiciones, tiene que salirse, es algo como una ley una regla (...) nosotros los médicos nos han educado(...) tú no puedes dejar entrar a un familiar” (Entrevista 2)

“Hay procedimientos médicos que ellos no deberían ver por falta de conocimiento o ya uno tiene experiencia que a veces mal interpretan cosas que uno hace por la falta de conocimiento de la parte médica.” (Entrevista3)

“Bueno yo supongo que es para que los familiares no vean ciertas conductas de los médicos, que no vean de pronto si se dejo de hacer, o no se hizo (...) y a veces se pierde ese parte sensible (...) como es un centro de salud y así se tiene que cumplir y no puede estar presente y entonces uno no permite la estadía...” (Entrevista 5)

“Yo creo que es en parte a lo que comentaba hace un rato de la situación en la que estamos, en la cultura, en todo, el venezolano en el momento del duelo, ante el dolor siempre busca un culpable, y pienso que nosotros como médicos en parte mandamos a salir a los familiares para cuidarnos un poquito que no digan que no hicimos las cosas como para salvar al paciente aunque sepamos y tengamos los conocimientos que hagamos lo que hagamos no va salir, pienso que es un poco eso.” (Entrevista 6).

“...lo que pasa es que el lugar no lo permite, lo digo por el miedo que tiene uno como médico, porque a veces, uno se ve también, en que lo vamos a denunciar porque el médico no hizo nada, entonces allí viene que, entra el juego, en el que decir del médico, entonces uno también entra en eso, de que ese medico no hizo nada por ese paciente.” (Entrevista 7).

Este vía crucis es relatado, una y otra vez, en cada una de las entrevistas que conformaron el enriquecido sustrato de información, dan a conocer los/as residentes las conductas que se producen bajo el estrés que ocasiona la muerte de un paciente. Se evidencia que las justificaciones que mas predominan para aislar la familia de un momento crucial,

quizás el último momento de vida que pueda tener la persona, son vinculadas a normas institucionales heredadas por el equipo médico y por un gran temor hacer mal juzgados/as en su ejercicio profesional, tales como: ser un impacto para el familiar, falta de conocimiento del procedimiento que se está realizando, no ser acusados de negligencia médica y por ser un acto médico no debe estar presente otra persona que no pertenezca al equipo de salud. Sus discursos develaron el peso de la norma, la repetición de conductas, la obediencia a la jerarquía médica, pero en ningún momento expresaron preocupación por tomar en cuenta la posición humana y el derecho a la decisión del paciente y sus familiares.

Al respecto sobre las palabras previas Lourdes Chocarro (2011) aporta:

“...cada actividad se hace en compañía inmediata y en presencia de un gran número de otros a quienes se les da el mismo trato. Esto es así, excepto cuando se va a realizar alguna técnica al paciente, normalmente invasiva, en el que el profesional sanitario echa de la habitación al acompañante aunque este sea el cuidador principal.” (pg. 20).

El médico paternalista se convierte en la autoridad, el depositario del conocimiento, actúa como un padre a veces afable y comprensivo y a veces arbitrario e intolerante, siempre es el que decide sin tener en cuenta la opinión del paciente y el familiar o si ha dado o no su consentimiento. Su argumento es que el paciente y el familiar no están capacitados o no tienen criterios claros para escoger las mejores alternativas.

En la relación médico-paciente, en los momentos cercanos a la muerte, es habitual que surjan malentendidos e incomunicación, el problema se produce cuando las dificultades se incrementan y se produce el aislamiento del enfermo, quien vive en soledad este momento crucial de su vida.

Coincidiendo con la idea expresada anteriormente Rosa Gómez (2011) acota:

Como médicos no tenemos con el paciente más derechos que los que él nos da y arrogarnos otros es ejercer el poder sobre el/la paciente por mejor intencionado que estemos y aun desprovisto de toda sevicia. Llevados por la buena intención de mejorar algunos parámetros biológicos ejercemos a la postre un control tal sobre el paciente que “*medicalizamos*” su vida, posponiendo sus propios proyectos a nuestros objetivos terapéuticos y allí es cuando “*enfermamos curando*”. (pg. 70)

El hospital si bien puede brindar recursos terapéuticos apreciables de disponibilidad inmediata, no es la mejor opción para tener una muerte digna.

Olga Flores (2010) nos resalta:

...el hospital obliga al paciente a separarse de su ambiente natural y a cumplir con una serie de normas, entre las que se encuentran el ser dócil, obediente y sobre todo, no cuestionar a los profesionales que lo están atendiendo. Cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como una persona que ha perdido su derecho a opinar, pues es el familiar o el médico el que toma la decisión de hospitalizarlo, cuando y donde.” (pg. 7)

A todo esto podemos decir que costaría tan poco recordar que la persona enferma tiene también sentimientos, deseos y opiniones, y lo más importante de todo que tiene derecho a ser oída. Puede que quiera que una sola persona se detenga un solo minuto para poder hacerle una pregunta, pero se encontrará con una docena de personas pendientes del reloj, todas activamente preocupadas por su presión arterial, ritmo cardiaco, su pulso, o sus funciones pulmonares, sus secreciones o excreciones, pero no por sus necesidades como humano/a.

La muerte hospitalaria supone un cambio radical para un ser humano/a, quien previamente necesitará gran ayuda para enfrentar su hospitalización y todo lo que ésta conlleva, incluidas las pérdidas de todo tipo a las que se enfrenta por la enfermedad y por su hospitalización.

Toda esta disertación sobre las conductas que en muchos casos debemos cumplir los médicos/as con pacientes cercanos a la muerte tienen sus justificaciones enmarcadas en las normas hospitalarias, en un tipo de aprendizaje y en los válidos temores a ser enjuiciados/as moral o legalmente, indudablemente no son caprichosas ni mal intencionadas, pero mas allá de dichas justificaciones la intención es buscar si tal vez escuchándonos/as a nosotros/as mismos/as pudiéramos tener un ejercicio profesional más flexible y permeado a asuntos humanos, los cuales son tan importantes como el empleo de buenos procedimientos para salvar la vida. Estamos tan ensimismados/as con los protocolos que no buscamos estrategias que nos puedan humanizar a nosotros/as mismos/as y en el trato con los pacientes moribundos/as.

Bibliografía.

- 1.- Álvarez, L.(2011) Representaciones sociales sobre la muerte en un grupo de médicos alópatas y alternativos 2009 – 2011. Informe para optar al título de magister en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en Febrero, 20, 2015, <http://www.bdigital.unal.edu.co/4149/1/luisamarcelaalvarezobos.2011.pdf> Paginas 93
- 2.- Bonilla, J. (2011) El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el servicio de oncología y hematología del hospital de especialidades Eugenio Espejo. Quito enero diciembre 2011. Programa de Maestría en Bioética. Universidad Libre Internacional de las Américas. Recuperado en Febrero, 20, 2015, <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf> Paginas 225
- 3.- Carmona, Z. Bracho, C. (2008 diciembre) La muerte, el duelo y el equipo de salud. Recuperado en Septiembre, 06, 2015, http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf
Revista de salud publica volumen 2 capitulo 2. Páginas 14-23
- 4.- Chocarro, L (2010) Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicológica desde el análisis del discurso. *Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.* Recuperado en Febrero, 20, 2015, <http://eprints.ucm.es/11998/1/T32597.pdf> Paginas 411
- 5.- Chocarro, L. González, R. Salvadores, P. Venturini, C. (2012) Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. Recuperado en Septiembre, 13, 2015, http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=90160113&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=337&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=337v19n04a90160113pdf001.pdf *Medicina paliativa Volumen 9 Numero 4.* Páginas 148-154
- 6.- Díaz, J. (2008) El sufrimiento medicalizado. Recuperado Septiembre, 27, 2015, http://www.academia.edu/3259563/El_sufrimiento_medicalizado *Cultura de los cuidados Volumen XII Numero 23.* Pagina 50-56

- 7.- Gala, F. Lupiani, M. Raja, R. Guillen, C. González, J. Villaverde, M. Alba, I. (2002 octubre) Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Recuperado en Septiembre, 27, 2015, <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf> *Cuadernos de medicina forense Numero 30*. Páginas 39-50
- 8.- Gómez, M. (2006 diciembre) Transmisión de los valores médicos en la universidad. Recuperado en Septiembre, 25, 2015, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600012 *Educación Medica Volumen 9 suplemento 1*. Páginas 44-48.
- 9.- Gómez, R. (2012) El medico frente a la muerte. Recuperado en Septiembre, 27, 2015, <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n113/original5.pdf> *Revista de asociación española de neuropsiquiatría 2012 Volumen 32 Numero 113*. Páginas 67-82.
- 10.- Lorenzo, O. (2009-2010) El Médico y la muerte. Recuperado en Agosto, 16, 2015, <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/71%20El%20medico%20y%20la%20muerte.pdf> *Asociación Mexicana de Tanatología*. Páginas 1-23
- 11.- Mannará F. (2008) Concepción de muerte en las culturas oriental y occidental. Geriatria clínica. Recuperado en Octubre, 05, 2015 <http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/-imagenes/60/pdf60.pdf> Paginas 121-123.
- 12.- Maglio, F. (2000) Ética medica frente al paciente critico Recuperado en Septiembre, 27, 2015, <http://www.intramed.net/UserFiles/Files/+tica.pdf> Paginas 5
- 13.- Martínez, M. (2006) La investigación cualitativa (síntesis conceptual) Recuperado en Febrero, 20, 2015, <http://prof.usb.ve/miguelm/La%20Investigacion%20Cualitativa%20-%20Sintesis%20Conceptual.html> *Revista IIPSI Facultad de PsicologíaUNMSM Volumen 9 Numero 1*. Páginas 123-146
- 14.- Macia, R. (2008) El concepto legal de la muerte digna. Recuperado en Septiembre, 26, 2015, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z15.pdf> Paginas 1-9
- 15.- Pascual, M (2011) Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Recuperado en Septiembre, 23, 2015, http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90025105&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=142&ty=103&accion=L&origen=zonadelectura&web=ww

w.elsevier.es&lan=es&fichero=142v22n03a90025105pdf001.pdf

Enfermería intensiva

Volumen 22 Numero 23. Páginas 96-103

16.- Rodríguez Gómez, G. y otros (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Recuperado en Febrero, 20, 2015 Malaga: Ediciones Aljibe S.L.
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/bonillahs/capitulo3.pdf

17.- Vélez, L (2003). *Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte.* (3° edición). Medellín, Colombia.