

REPRESENTACIONES SOCIALES DE UN EQUIPO MÉDICO DE GERIATRÍA
SOBRE EL PROCESO DE MORIR Y SU RELACIÓN CON LA TOMA DE
DECISIONES FRENTE A PACIENTES EN FINAL DE VIDA.

Estefanía Callejas De Luca

Directora de Trabajo de Grado

Ana María Medina Ch.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR LOS TÍTULOS DE
ANTROPÓLOGA Y PSICÓLOGA
BOGOTÁ, COLOMBIA

2020

*Hay que tener confianza.
Se marchitan flores -se deshojan-
cada una a su manera.*

ISSA

Resumen

Existe un vacío de conocimiento sobre aquello que ocurre en el contexto hospitalario en situaciones de final de vida de pacientes geriátricos. La biomedicina¹ se ha enfocado en la enfermedad como un objeto que debe ser intervenido para evitar la muerte a toda costa. Los geriatras son especialistas clínicos que, por las características de morbilidad de sus pacientes, se enfrentan a la enfermedad crónica, al proceso de morir y a la muerte a diario, planteando su especialidad como una que no va en el sentido de curar la enfermedad sino de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. De este posicionamiento surgen preguntas como: ¿qué nuevos significados se le atribuyen al proceso de morir para evitar el sufrimiento del paciente y del geriatra?

Este trabajo de grado, presentado de manera conjunta a los programas de pregrado de Antropología y Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, da a conocer los resultados de una investigación etnográfica la cual, a través de la utilización de herramientas como observación, entrevistas semiestructuradas y grupos focales, recogió las representaciones sociales que residentes de geriatría y geriatras en ejercicio tienen sobre el proceso de morir. El trabajo analiza los significados y las construcciones del morir dentro de esta especialidad, así como su relación con la práctica médica cotidiana. Además, se presenta la importancia de la preparación para el afrontamiento en el final de vida y el rol de acompañamiento del geriatra en el proceso de morir que sobrepasa la mirada curativa de la biomedicina.

Palabras Clave

Geriatría, Investigación Cualitativa, Final de vida, Muerte.

¹ En este trabajo se entenderá la biomedicina como el saber basado en los principios de la enfermedad sobre la biología (anatomía, fisiología, etiología).

Tabla de contenido

Introducción	5
Planteamiento del problema	8
Objetivos	12
Justificación	12
Consideraciones éticas y manejo de información	14
Estado del arte	16
Marco teórico	18
Contexto histórico de las representaciones sociales	18
Las representaciones sociales: definición	22
Procesos: anclaje y objetivación	24
Funciones de las representaciones sociales	26
Estructura: núcleo central y elementos periféricos	27
Elementos: actitudes, creencias y prácticas.	29
Relaciones entre las representaciones sociales y el proceso de morir	30
El camino metodológico	32
El porqué del uso de esta metodología	32
Vínculo entre metodología y teoría	35
El proceso y las herramientas de investigación	36
Resultados, análisis y discusión	42
El equipo médico y la especialización en geriatría	43
La muerte y el proceso de morir para el equipo médico de geriatría	44
Creencias, actitudes y prácticas del morir a la luz de la teoría de las representaciones sociales	49
Emoción y poder: categorías emergentes	59
El proceso de morir a través de mis ojos	69
Conclusiones	71
Agradecimientos	75
Referencias	76
Anexos	82

Introducción

“El caso”

Te voy a contar uno de los casos que más me ha marcado. Esto pasó en febrero, solo quince días después de que mis dos abuelos murieron. Llegué al hospital un lunes por la mañana, tenía un paciente, don Pedro de 84 años. El señor había llegado por urgencias el sábado, su motivo de consulta era un cuadro de diarrea de cinco deposiciones al día, se le hicieron estudios determinando que era una gastroenteritis viral por lo que ya se debía considerar egreso. Sin embargo, al examinarlo don Pedro me comentó que últimamente se le dificultaba mucho respirar, decía que hace algunos meses cuando se bañaba se ahogaba al punto de requerir ayuda de su esposa o hija para finalizar con su aseo personal. Cuando me contó esto me di cuenta de que algo inusual estaba pasando. Por eso decidí auscultarlo y al hacerlo evidencí que no se le escuchaba bien el hemitórax derecho, estaban borrados los ruidos pulmonares, entonces solicité una radiografía. En el reporte del examen salió una masa de gran tamaño en el lóbulo inferior del pulmón derecho. Este resultado, sumado a la tomografía de tórax, indicaban un cáncer terriblemente avanzado. Le solicité más estudios de extensión para corroborar la hipótesis y efectivamente me di cuenta de que don Pedro estaba comprometido por todos lados. Tenía metástasis en cada parte de su cuerpo.

En ese momento debí ir a darle la noticia al paciente y a su esposa. Yo estaba sola y dar estas noticias sola nunca es fácil. Cuando entré a la habitación vi a don Pedro con su esposa doña Juana, una pareja de ancianos que llevaban más de 60 años casados. ¡Eran tan lindos!, todos pegaditos. Al verlos, para mí fue inevitable pensar en mis abuelos, sin embargo respire profundo y cogí fuerzas para darles la noticia, ellos parecían muy tranquilos. Creo que esa tranquilidad en parte se debe a que, a pesar de que fui lo más clara posible, ellos no parecían entender la gravedad del diagnóstico. Yo no sé qué pasó en mí, pero a partir de ahí me apegue muchísimo a esa familia. Fueron con otros especialistas que les aconsejaban realizar quimioterapias y más procedimientos muy fuertes. Yo sabía cuál iba a ser el desarrollo y desenlace de esa enfermedad por lo que siempre pensé que se debían controlar el dolor y los síntomas de la patología, pero no tomar otro tipo de medidas invasivas para prolongar la vida,

pues eso iba a generar mayor sufrimiento para don Pedro y doña Juana. Afortunadamente me hicieron caso y decidieron no hacer nada de quimio. Entonces, como era de esperarse, el cáncer evolucionó rápidamente. Ellos ya estaban en casa y yo les había dado mi número, así que un día me llamó la hija desesperada, diciendo que veía a su padre supremamente mal, que estaba sufriendo mucho. Le pedí la dirección y fui a verlos desde entonces, iba a su casa una o dos veces a la semana para visitarlos y ajustar los medicamentos. Cada vez los síntomas eran peores. Un día don Pedro estaba tan deshidratado que no podía hablar, su lengua parecía una bola. Era importante mantenerlo hidratado y controlar su dolor, pero la verdad es que estaba terrible, yo en ese entonces no entendía porque él no moría, ya estaba tan mal que a cualquiera le partía el corazón verlo así.

Recuerdo que un jueves doña Juana llamó y me dijo que por favor fuera a su casa. Al llegar don Pedro me sonrió como siempre lo hacía. Me entregó una cajita con un rosario adentro y me dijo que él sabía que esa era la última vez que nos íbamos a ver. Para él ya era hora de dejar este mundo, había llegado el momento de descansar. Don Pedro falleció el sábado.

Ahora, que miro en retrospectiva, no puedo evitar comparar la muerte de don Pedro con la de mis abuelos. Imagínate, mi abuelito desayunó, se comió su arepita y se fue a dormir, mas nunca despertó. Él murió bonito. Jamás sufrió y vivió rodeado de su familia. Así es que se debería morir uno. En cambio con mi abuela fue muy diferente. A ella le dio Alzheimer... ¡maldita enfermedad!

El manejo y las decisiones sobre el final de vida de mi abuela siempre fueron motivo de pelea con mi familia, porque ellos hicieron todo para no dejarla morir. A mi abuela le pusieron una sonda para alimentarla... Eso está mal. Uno no debe ponerle una sonda a un paciente en tal estado de deterioro, ellos decían “¿pero cómo la vamos a dejar morir de hambre?” No entendían que no se iba a morir de hambre. Se iba a morir por su enfermedad. Eso es ser muy egoísta, querer mantener a alguien así en esas condiciones. Mira, para que tú entiendas, ella ya estaba muy malita, en estado vegetal, ya no tenía intención comunicativa, no sonreía, no peleaba, nada. Estaba tan débil que un día por cambiarla de posición se le fracturó un fémur. Pero cuando el padre del pueblo le fue a contar que su esposo, es decir mi abuelito, se había muerto, fue como

si los brazos se le descolgaran, su cabecita se le cayó, perdió el tono y nunca más lo recuperó. Fue como si en ese momento ella hubiese decidido irse. Ponle tú que eso fue un sábado, ella ya estaba completamente perdida, yo les rogué a mis tíos que le quitaran la sonda, pero no hicieron caso y el lunes siguiente llevaron a un médico general que decidió empezar antibiótico. ¡Antibiótico! ¿Puedes creer eso? Es que es absurdo, ¿cómo le van a empezar antibiótico a una persona así?

Ella se quería morir, se había decidido morir, se tenía que morir porque el amor de su vida se había ido. Yo ahí no podía tomar ninguna decisión médica, pero como su nieta, esa tarde me senté a su lado y comencé a leerle aquel libro de poesía que ella había tenido desde su bachillerato, ese libro que me leía cuando pequeña cada noche antes de dormir, esas poesías con las que se enamoró de mi abuelo y que la acompañaron a lo largo de su vida. Le leí entre lágrimas y una vez terminé el último verso, mi abuela se fue de este mundo.

Si bien el caso anterior es ficción, pretende ubicar al lector sobre las situaciones de toma de decisiones en final de vida que debe enfrentar el equipo médico de geriatría a diario y que le dan sentido y contexto a esta investigación.

Este documento se presenta como requisito de grado para optar por los títulos de antropóloga y psicóloga en la Pontificia Universidad Javeriana. Se enmarcó dentro del proyecto de investigación Toma de decisiones médicas de inclusión en protocolo de fin de vida: una mirada desde el ejercicio y la formación en geriatría en una unidad de geriatría de la ciudad de Bogotá ² (Medina Ch. et al., 2019). Junto al grupo de trabajo multidisciplinar se realizó una investigación cualitativa a lo largo del año 2019, la cual tuvo como objetivo caracterizar los escenarios de toma de decisiones de final de vida en la unidad de geriatría del hospital, dando cuenta de las representaciones de la muerte y el proceso de morir. Aquí se presentan los resultados relacionados con las representaciones del proceso de morir obtenidos a partir del análisis de la información generada y recolectada por todo el equipo de trabajo haciendo uso de la teoría de las representaciones sociales, en diálogo con la comprensión del

² Este proyecto de investigación está adscrito a la Facultad de Medicina de la universidad. Cuenta con la participación de un equipo de trabajo que ofrece una perspectiva interdisciplinar con enfoque cualitativo. La presente investigación será reconocida como uno de los productos del proyecto.

poder y su función en la configuración de las representaciones sociales en el marco del sistema de salud colombiano.

A continuación, se presentan 5 capítulos que dan a conocer el proceso y resultados del estudio. El primero expone el problema de investigación, objetivos, justificación, consideraciones éticas y estado del arte. El segundo, profundiza en el andamiaje teórico que sustenta el trabajo. El tercer capítulo ahonda en la metodología que se utilizó. El cuarto, expone los resultados y sus análisis. En este último, se presenta un apartado descriptivo sobre la manera en la que se estructura el equipo y la especialización en geriatría, también visibiliza el proceso de morir de un paciente dentro de la unidad. Posteriormente, hay un segmento en el que se analizan los resultados de investigación a la luz de la teoría de las representaciones sociales. Este se divide en cinco ejes temáticos: El vínculo entre el equipo médico de geriatría, pacientes y familiares; el buen morir; las transformaciones a través de la formación y práctica en geriatría, y las diferencias con otras especialidades. Además, se presentan las categorías emergentes que surgieron en el campo (Emoción y poder) y una reflexión personal sobre el proceso de investigación. Finalmente, el quinto capítulo muestra las conclusiones.

Se espera que este trabajo aporte al desarrollo de dos saberes disciplinares distintos como lo son la Antropología, en particular la antropología médica en contextos hospitalarios y la Psicología Social. Se aspira a que los resultados de la investigación sean presentados a los programas de pregrado y postgrado de medicina con el fin de generar espacios de reflexión sobre la formación de los vinculados a la unidad de geriatría.

Planteamiento del problema

La vejez es un periodo de la vida humana que ha sido estudiado por múltiples disciplinas sociales, económicas y de la salud (Otero, 2018; Ortiz, 2016; Montero, 2011). El proceso de envejecimiento poblacional se hace visible en medidas como el índice de envejecimiento, el cual relaciona la cantidad de población anciana, con respecto a la población infantil. En el país este indicador se triplicó en un período entre 1964 y 2010 y se pronostica que seguirá en ascenso, por lo que cada vez habrá más población mayor de 60 años. Lo anterior afecta al sistema de salud, pues el aumento de dicho grupo poblacional, junto a condiciones inequitativas en salud, incrementa la cantidad de enfermedades crónicas y discapacitantes. El estudio SABE Colombia 2015 muestra como el 85% de los encuestados padecían de una o más patologías crónicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La vejez y el envejecimiento plantean un campo amplio y complejo, que requiere de estudios que ahonden en la caracterización de los actores involucrados, las necesidades y saberes que la configuran (Ramvi & Gripsrud, 2017).

Las personas mayores de 60 años enfermas requieren de atención especializada. Esto implica tanto un lugar propicio para el tratamiento de sus enfermedades como del personal capacitado para este. En cuanto al lugar, en el contexto urbano los hospitales y clínicas de alto nivel cuentan con médicos especialistas que tienen conocimientos específicos para tratar a este grupo etario. Es por esto que el escenario donde se desarrolló la presente investigación es un hospital de la ciudad de Bogotá, el cual es una institución de cuarto nivel, es decir, de alta complejidad que cuenta con la unidad de geriatría.

Es pertinente mencionar la diferencia entre especialidad, especialización y unidad de geriatría, pues estos conceptos estarán presentes a lo largo de la investigación. La geriatría es la especialidad médica que se encarga del manejo y tratamiento del adulto mayor, constituida en 1946 en el National Health Service del Reino Unido (González & García, 2000). La especialización hace alusión al programa académico que ofrece la facultad de Medicina de la universidad correspondiente para formar a médicos por un periodo de 4 años como especialistas en geriatría (Facultad de Medicina, 2018). Y finalmente, la unidad de geriatría se entiende como el equipo médico conformado por residentes, es decir médicos en proceso de formación como especialistas en geriatría y geriatras que atienden a pacientes mayores de 80 años con patologías no quirúrgicas que llegan al hospital.

En cuanto a las patologías, es común que los pacientes geriátricos enfermos presenten enfermedades físicas y/o mentales crónicas, degenerativas e incapacitantes, pues estas condiciones tienen mayor prevalencia en las personas mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), en especial en contextos de inequidad en salud. Así que la labor del geriatra consiste en mantener compensados los síntomas para proporcionar mejor calidad de vida a los pacientes. Cuando la compensación no es posible por el estado de deterioro, concentran sus esfuerzos en mitigar el dolor y el sufrimiento de las personas.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente sobre el tipo de enfermedades y siendo el hospital de cuarto nivel, de atención de alta complejidad, no es una sorpresa que la muerte sea un suceso que dentro de la unidad de geriatría ocurra con mucha frecuencia. Los residentes aseguran que a la semana mueren en promedio 5 pacientes, pero hay noches en las

que fallecen 3 o 4 personas. Esta unidad tiene una de las tasas de mortalidad más altas del hospital, siendo esta del 12,7% para los años 2016 y 2017 (Medina Ch. et al., 2019). Esto implica que la geriatría en el contexto hospitalario se enfrenta de manera constante a situaciones de final de vida y al proceso de morir de sus pacientes. Las situaciones de toma de decisiones frente a pacientes en final de vida configuran un escenario complejo en el que confluyen múltiples condiciones que afectan el criterio profesional y que exceden el conocimiento técnico de la situación (Ahmed et al., 2009; Papavasiliou *et al.*, 2014). Sin embargo, los médicos se ubican en el lugar de expertos, y en este escenario son muchas veces los que deben tomar decisiones e informar a los familiares sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de sus pacientes. Este proceso complejo de decisión necesariamente está vinculado a las representaciones que tengan sobre la muerte, y el morir.

En los casos de final de vida la muerte se presenta como el destino inevitable y próximo. Su presencia desencadena dos posibles reacciones en el personal médico. El primer caso sucede cuando el profesional se empeña en realizar todo tipo de esfuerzos terapéuticos para mantener al paciente con vida. Este tipo de situaciones generan fenómenos como lo son la futilidad u obstinación terapéutica, definida como la utilización de medios tecnológicos para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible (Delgado, 2010). En estos casos puede suceder que los tratamientos dirigidos a prolongar la vida del paciente sean contraproducentes y le generen más daño que bienestar (Van der Steen et al., 2017). Sin embargo cada caso es diferente, y no existe una guía o protocolo que establezca con certeza cuándo un tratamiento es fútil. La definición de lo que es o no beneficioso para un paciente queda únicamente en manos de la orientación profesional y ética del médico tratante (Fontugne, 2014).

La segunda posibilidad surge cuando la medicina se transforma y los profesionales de la salud dejan de lado el enfoque curativo característico de la disciplina biomédica y centran su atención en el manejo de fin de vida. Este cambio de objetivos es conocido como redireccionamiento terapéutico, en el cual se prioriza el control y disminución del dolor y el sufrimiento (Alonso, 2012 & Delgado, 2010). Aquí se considera la aplicación de otro tipo de intervenciones que promuevan un estado de bienestar para el paciente entre las que se incluye apoyo espiritual o psicológico (Sánchez et al., 2017).

Los médicos reconocen que dentro de su formación académica es muy poco lo que se les enseña frente a los cuidados del final de vida o el redireccionamiento terapéutico (Alonso, 2012). Además, estos escenarios son atravesados por múltiples componentes tales como: experiencias personales, presión por parte de familiares, emociones, creencias religiosas, socio-culturales y espirituales, o formas particulares de abordar el final de vida (Papavasiliou, *et al.*, 2014). Quienes han explorado el campo aseguran que no está claro lo que allí ocurre ni el nivel de preparación tanto técnica como emocional con el que cuentan los profesionales para enfrentar este tipo de situaciones (Deep *et al.*, 2007). Se ha documentado que al enfrentarse a contextos de final de vida, el personal de salud tiene emociones de angustia, y frustración; también han presentado síndromes de *burnout* o fatiga (Ahmed *et al.*, 2009). Es común que al darse la muerte del paciente el médico lo viva como un fracaso y sienta que no cumplió con el deber para el cual fue formado, es decir para “salvar vidas” (Bailey, 2011). De esta forma, la muerte deja de ser considerada el desenlace de la patología, y se configura como el resultado de una determinada práctica médica (Lessard *et al.*, 2016).

A pesar de las complicaciones ya expuestas la geriatría, como especialidad, se ha posicionado frente al final de la vida como una especialidad que cuida y acompaña el proceso de morir. El geriatra desarrolla una serie de tareas como lo son: determinar el inicio del proceso de final de vida, prever la trayectoria de la enfermedad, dar tratamiento paliativo, dotar el proceso de morir de un carácter gradual, comunicar la situación a la familia y al paciente y acompañar al paciente moribundo en el desenlace, entre otras. Dentro de esta especialidad los médicos se permiten ayudar a los pacientes y familiares a prepararse para los cambios que produce la enfermedad. Es una oportunidad para brindar acompañamiento y planificación sobre las intervenciones que logren suplir necesidades, esperanzas y, sobre todo, aliviar el sufrimiento (Galanos *et al.*, 2012).

Este contacto constante con la muerte de los pacientes y la responsabilidad frente a la toma de decisiones y acciones que se llevan a cabo en los momentos de final de vida implican una forma determinada de concebir el proceso de morir, pero ¿cuál es esta?, ¿acaso la representación del final de vida de los geriatras es igual a la que ha sido desarrollada en el enfoque biomédico?, ¿qué dimensiones afectan la toma de decisiones de final de vida?

En aras de responder las anteriores preguntas hay que poner en evidencia el vacío de conocimiento teórico y conceptual que existe sobre el proceso de toma de decisiones de final

de la vida sobre todo en geriatría. Aunque la literatura académica ha investigado al respecto, la indagación se ha hecho en mayor medida desde la perspectiva biomédica, con predominante orientación vertical y sectorial, lo que ha producido un saber centrado en el deber ser y hacer de los médicos en estos escenarios (Medina Ch. et al., 2019; Alonso, 2012; Deep et al., 2007). Este conocimiento resulta insuficiente y descontextualizado ya que, como lo postula Guber (2001), hay una diferencia importante entre lo que la gente dice que hace y lo que en verdad hace. Es por este supuesto teórico que es fundamental realizar ejercicios etnográficos que visibilicen lo que allí ocurre, las representaciones que atraviesan el final de vida, sus transformaciones a lo largo de la práctica en geriatría y los imaginarios, creencias, y disposiciones que intervienen en la toma de decisiones del proceso de morir. De esta manera será posible dar respuesta a los anteriores interrogantes, pero también comprender de forma integral el lugar y acción de la geriatría en los procesos de final de vida.

Considerando el panorama precedente, el presente trabajo de grado es orientado por la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera se relacionan las representaciones sociales del proceso de morir del equipo médico de geriatría con la toma de decisiones sobre los casos de final de vida?

Objetivos

Objetivo General

Analizar las relaciones entre las representaciones sociales del proceso de morir del equipo médico de geriatría y la toma de decisiones sobre los casos de final de vida.

Objetivos Específicos

1. Describir las creencias, actitudes y prácticas del equipo médico de geriatría en relación a los procesos de morir de sus pacientes.
2. Indagar sobre los componentes que intervienen en la toma de decisiones del final de vida que lleva a cabo el equipo médico de geriatría.
3. Describir las transformaciones en el contenido de las representaciones del equipo médico de geriatría sobre el morir que ocurren a lo largo de la formación y práctica en la especialidad.

Justificación

Este proyecto se inscribe dentro del campo de la salud, tema que concierne a la totalidad de las ciencias sociales y de la salud. Es un trabajo interdisciplinar que se nutre y aporta al

desarrollo del conocimiento de la Antropología Médica en contextos hospitalarios desde una perspectiva crítica y a la Psicología Social, disciplinas que conforman la base teórica y metodológica de la investigación.

La propuesta teórica se estructura desde la teoría de las representaciones sociales, concepto que ha sido construido a partir de la Psicología Social y se ha desarrollado gracias a los aportes de ciencias sociales como la Antropología y la Sociología (Hall et al., 2013; Markova, 2003). En este confluye tanto la perspectiva social como individual y se visibiliza la imposibilidad de disociar ambos conceptos. Entender a los sujetos de investigación, el campo y las relaciones que allí se producen desde esta perspectiva permitió contemplar de manera crítica los discursos y las relaciones de poder que se gestan y afectan los procesos de morir en el contexto hospitalario.

Autores como Foucault (1983) (2008) han evidenciado la importancia de analizar la medicina desde perspectivas distintas a la del paradigma positivista y biomédico. Son esos análisis los que posibilitan observar que aquello que se presenta como dado es producto de una serie de hechos históricos en donde algunos discursos han prevalecido sobre otros. En esta dirección, el proyecto busca dar luces sobre la construcción de las representaciones sociales de los médicos, las cuales tienen incidencia directa en su quehacer cotidiano y por lo tanto en la vida de ellos y sus pacientes. El enfoque analítico, de las representaciones sociales implica dotar de sentido social e historicidad al sujeto médico a quien muchas veces esta condición le ha sido negada, reconociendo que su mundo “psíquico” o aquello que ha interiorizado de su experiencia incide en la forma en la que significa y actúa sobre el mundo material. Disciplinas como la Antropología y la Psicología Social se han posicionado dentro del contexto hospitalario progresivamente, haciendo uso de metodologías cualitativas como la etnografía, y posibilitando la creación de un conocimiento contextual que evidencia la manera en la que se desarrolla la cotidianidad de los profesionales de la salud y su relación con los pacientes.

Entonces la investigación pretende reflexionar sobre la forma en la que los médicos comprenden el proceso de morir y se ubican con respecto a ello. Esto es relevante pues incide en asuntos como: la calidad de vida de los pacientes, la posibilidad de tener un buen morir, la reducción del sufrimiento, la pertinencia y lugar de la geriatría dentro de la medicina.

Todas estas discusiones permiten la creación de puentes conceptuales a partir de los cuales múltiples disciplinas aportan a la resolución de problemáticas de la salud.

Por otro lado, humanizar la medicina y a los sujetos que participan de ella es parte del proyecto institucional del hospital, pero también es una apuesta política y social de la autora de este trabajo. Es aquí donde disciplinas como la Antropología y la Psicología recobran importancia, pues permiten destacar el carácter social de la medicina. Con este objetivo en mente, a través de un ejercicio etnográfico, y el uso de diarios de campo, entrevistas y grupos focales, este proyecto realizó preguntas que cuestionaron el lugar y la acción cotidiana de los médicos. Esto para promover un ejercicio reflexivo tanto a nivel individual como grupal en donde los sujetos se cuestionaron su quehacer y las consecuencias del mismo.

Consideraciones éticas y manejo de información

Este trabajo se fundamentó en una serie de lineamientos éticos y legales tales como, la Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas y técnicas para la investigación en salud en Colombia. En específico se tuvieron en cuenta las disposiciones propuestas en el título II relacionadas con la investigación en seres humanos, por lo que de acuerdo con lo propuesto este se considera un estudio con riesgo mínimo. Además, se consideró la Ley 1090 de 2006, que reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y el código Deontológico y Bioético. De esta se resaltan los principios universales para la acción del psicólogo: confidencialidad, competencia, responsabilidad, estándares morales y legales, bienestar del usuario y evaluación de técnicas. Igualmente, la investigación tomó como referencia el Código de ética de la Asociación Americana de Antropología (1998) y las recomendaciones para la investigación biomédica propuestas en la Declaración de Helsinki (1964).

De acuerdo con los lineamientos propuestos en las resoluciones anteriores hay que mencionar el proceso que se llevó a cabo para garantizar el cumplimiento de los mismos. En primera instancia, y dado que el trabajo de grado se enmarcó dentro de un proyecto de investigación del departamento de Medicina de la universidad correspondiente y se realizó dentro de las instalaciones hospitalarias, todo lo que aquí se hizo estuvo de acuerdo con los principios éticos de ambas instituciones. Entre los procedimientos, para la aprobación del proyecto fue necesario realizar un protocolo que explicitara los objetivos y métodos del

mismo. Este protocolo fue sometido a la evaluación por parte del Comité de Investigación del Instituto de envejecimiento, el Comité Auxiliar de Medicina Interna y el Comité Conjunto de la Facultad de Medicina. Después de múltiples revisiones y refinamientos el proyecto fue aprobado, lo que dio el aval para iniciar el trabajo de campo.

Antes de llevar a cabo cada entrevista y grupo focal se le entregó un consentimiento informado³ a los participantes, en donde se aclaraba el carácter voluntario de su participación, se solicitaba permiso para grabar por audio y se les informaba que su identidad quedaría protegida mediante medidas de anonimato. Posteriormente se respondieron las preguntas necesarias para que cada participante tuviera total claridad sobre el manejo de la información y los objetivos de la investigación. Debido a que el componente etnográfico fue central para la recolección de datos, se solicitó autorización por parte de los directivos de la especialidad para realizar la observación y se le avisó a los miembros de la unidad sobre la realización de la investigación y la presencia de una estudiante de Antropología y Psicología que realizó observación y registro de las actividades cotidianas de los funcionarios.

En cuanto a la confidencialidad, se mantuvo reserva de la identidad de los participantes y la institución hospitalaria eliminando sus nombres de todo documento, incluidas las transcripciones. Para esto se le asignó un código a cada participante que solo era conocido por los miembros del grupo de investigación. En este documento cuando se cita algún segmento de las entrevistas el lector encontrará un código, con el fin de guardar anonimato. Además, se le aclaró a los participantes que en cualquier momento podían solicitar la no inclusión en el estudio. Hay que mencionar que este proyecto se acoge a la Ley 1581 del 2012 (*Hábeas Data*) que aplica para el tratamiento de los datos personales.

Adicionalmente, los hallazgos obtenidos a través de la recolección de datos se comentaron en las reuniones semanales del grupo de investigación en donde se hizo una revisión detallada de los mismos para asegurar el cumplimiento de aspectos éticos. En estas reuniones también se discutió sobre el proceso de investigación y el impacto emocional que generaba la reflexión de situaciones vividas dentro del ámbito profesional y personal. Finalmente, para asegurar la fidelidad de la información y su análisis, se programaron reuniones de retroalimentación y triangulación con el personal de la unidad de geriatría con el objetivo de contrastar los datos.

³ Consentimiento Informado disponible en anexo 3.

Estado del arte

El estado del arte presenta una breve revisión del corpus de conocimiento que se ha desarrollado frente a los temas de la muerte, el proceso de morir en contexto hospitalario y las decisiones de fin de vida. Observar las conclusiones a las que se ha llegado permite tener mayor claridad sobre los aportes a los que pretende contribuir esta investigación.

Medeiros et al. (2007) reconocen que aunque hace algún tiempo la muerte era un tema propio del ámbito religioso en la actualidad esta ha sido relegada al control de la disciplina médica. Hoy en día para considerar que una muerte ocurrió de manera adecuada es necesario la presencia y vigilancia del personal médico (Perdigon y Strasser., 2015). Sin embargo, para la medicina el fenómeno del morir es todavía un problema sin resolver (García-Caro *et al.*, 2010), pues, a pesar de que es mucho lo que se ha avanzado sobre el desarrollo tecnológico, el conocimiento de los ciclos vitales y el funcionamiento humano, aún no es posible determinar con toda certeza cuándo y cómo ocurrirá el final de la vida (Alonso, 2012).

El estudio de Glaser y Strauss (1965) se encargó de describir cuatro escenarios diferentes en función de la certidumbre de la muerte y el tiempo en que ocurrirá. El primero de ellos sucede cuando se tiene mayor certeza sobre la muerte, es decir cuando esta es esperada y en un tiempo conocido. La segunda posibilidad sucede cuando la muerte es un hecho esperado pero se desconoce el tiempo en el que ocurrirá. En el tercero hay mayor seguridad sobre el tiempo en que la situación se definirá pero no sobre la ocurrencia de la muerte. Por último, en el en el cuarto, no existe convencimiento ni sobre la ocurrencia de la muerte ni hay una estimación clara del tiempo en el que pueda suceder. No obstante, en ninguno de los casos el médico puede estar completamente seguro del momento preciso en el que va a ocurrir el desenlace, por lo que el final de la vida es un periodo rodeado por incertidumbre y ambigüedad.

Por otro lado, se ha podido determinar que la manera en la que el personal de salud entiende la muerte afecta el proceso de morir del enfermo (Fassier, 2016). Entonces es pertinente indagar por la manera en la que se ha representado la muerte desde la disciplina. Varios estudios descriptivos sobre la muerte en contextos hospitalarios, como el de Elizabeth Kübler Ross, la han definido como un hecho terrible y aterrador, que genera ansiedad y preocupación en los familiares (Rietjens et al, 2016). Estas emociones también son experimentadas por el personal de salud. Una investigación en Reino Unido sobre escenarios

de final de vida que desencadenan en la muerte de los pacientes, documentó que el proceso de morir evoca culpa, frustración y ansiedad en los médicos (Templeman, 2015). En adición, Souza (2013) mostró que el contacto continuo con la muerte de los pacientes genera en el personal de salud diferentes manifestaciones emocionales como lo son: angustia, culpabilidad, miedo y sufrimiento. Esta experiencia emocional afecta la acción del profesional y su asistencia al paciente y familia. También, se han encontrado importantes dificultades en el proceso de comunicación sobre el final de vida, ya que muchos doctores aseguran que no han sido formados para enfrentar tales situaciones (Saini *et al.*, 2016).

Adicionalmente, el enfoque biomédico se ha preocupado por argumentar que las decisiones del final de vida se toman de manera objetiva valorando los criterios clínicos del paciente como lo demuestran los trabajos de Alonso (2012) y Deep et al. (2007), en donde la decisión de aplicar un tratamiento a un paciente en condición de final de vida es un proceso en el cual los médicos evalúan variables como: edad, funcionalidad y desarrollo de la enfermedad. Con base en estos criterios, estadísticas y experiencia clínica en interpretación de signos clínicos, se esfuerzan por construir la trayectoria probable de la patología, planean un tratamiento y toman decisiones sobre el final de vida de sus pacientes. Sin embargo, otras investigaciones han demostrado que las decisiones que se toman sobre el final de la vida exceden los conocimientos técnicos. Un ejemplo de esto es el estudio de Perdigon y Strasser (2015) en el que se documentó que el personal de enfermería hace uso de saberes obtenidos desde la experiencia para lidiar con escenarios laborales complejos, a los cuales no es posible dar respuesta por medio del saber científico.

Con base en los antecedentes presentados, es posible decir que la toma de decisiones sobre pacientes al final de la vida constituye un escenario complejo, en el que interceden una serie de componentes que han sido estudiados en especial desde el paradigma positivista y biomédico. Posiblemente este tipo de perspectivas se han desarrollado con el propósito de objetivar el fenómeno y tomar distancia del objeto de intervención, en este caso el paciente en final de vida, esto en aras de minimizar la afectación emocional y conservar la mayor objetividad posible. Además, se ha homogeneizado la mirada de la medicina sobre el morir, pues se considera que la disciplina entiende el morir como un fracaso médico o la muerte como un evento que genera rechazo. Comprender de esta forma el final de la vida repercute en la acción profesional y por lo tanto en la calidad de vida del paciente y su familia.

Es por esto que la presente investigación pretende, por un lado abordar las situaciones de final de vida a partir de una aproximación etnográfica y cualitativa que dé cuenta de los procesos por los cuales ocurren las transiciones en la atención y la forma en la que se toman las decisiones entendiendo a los médicos como seres multidimensionales y complejos. Y por otro lado, se propuso profundizar en las representaciones del proceso de morir desde la perspectiva de geriatría, para develar los puntos de encuentro y desencuentro entre esta especialidad y la mirada biomédica.

Marco teórico

En este capítulo se da a conocer el marco teórico que sustenta la investigación. Para esto se expondrán las categorías centrales, la manera en la que se utilizan en el trabajo y la relación que existe entre ellas. En primer lugar, las representaciones sociales fueron la categoría analítica a través de la cual se observó y analizó el campo. Es por esto que la mayor parte del marco conceptual está dedicado a las representaciones sociales, así se profundiza en su definición, contextualización, elementos y funciones que la constituyen. En adición, se hace referencia al proceso de morir como una categoría descriptiva, que tiene lugar en el campo de investigación y que, si bien es descrita con mayor profundidad en el segmento de resultados, se documenta la forma en la que esta ha aparecido en la disciplina biomédica, la geriatría y la relación que tiene con las representaciones sociales.

Contexto histórico de las representaciones sociales

Para iniciar se va a hacer énfasis en la corriente teórica a la cual pertenece la definición de representaciones sociales que se utilizó en esta investigación. Según Hall et al, (2013), la representación es una parte esencial del proceso por el cual el significado es producido e intercambiado entre los miembros de una cultura. En su trabajo identificó las diferentes corrientes teóricas a partir de las cuales se ha estudiado a las representaciones sociales. Estas son: reflectiva, intencional y constructivista.

En la teoría reflectiva, el significado está en el objeto, persona o idea. Por lo que el lenguaje funciona como un espejo que refleja el significado. Es decir, a través de un proceso de mimesis, el lenguaje imita la verdad que está organizada en el mundo. En contraposición, la teoría intencional propone que el autor impone su significado único por medio del lenguaje. Finalmente, la teoría constructivista sostiene que el significado no está solamente en las cosas

o personas. Este es producto de la interiorización de signos y conceptos construidos socialmente, los cuales al relacionarse entre sí forman representaciones mentales, que son intercambiadas y compartidas por medio del lenguaje. Así, se generan conceptos que con el tiempo y por su uso constante se naturalizan, pero que están en permanente transformación (Hall et al., 2013).

La teoría constructivista es compatible con la forma en la que se definen las representaciones sociales en este trabajo, por lo que se va a considerar que la presente investigación se encuentra dentro del paradigma socio constructivista ya que supone que el conocimiento se produce socialmente, por medio de la comprensión, interpretación y reinterpretación de realidades.

[...] la construcción del saber y del sentido común se da en el campo social, en la especificidad de los contextos, los cuales deben ser conocidos o reconocidos en su totalidad mediante el diálogo de los elementos constituyentes y emergentes de los propios actores, a través de esta interacción se da lugar a la comprensión de la realidad (Cañón, 2019, pg 21).

En otra dirección es importante aclarar que, si bien este trabajo consideró el desarrollo histórico y las definiciones teóricas de las representaciones sociales de Moscovici (1981) (1998) (1979) (2001), hace una apuesta por retomar la aproximación estructural de Abric (2011) y Flament (2011), esto dejando claro que por motivos de tiempo y practicidad solo se preocupa por realizar una primera fase de caracterización de los elementos que constituyen las representaciones sociales y no la organización de estos, ya que, para el análisis de los datos se hará uso del proceso de análisis de contenido. Lo anterior tiene una serie de consecuencias tanto a nivel teórico como metodológico que se abordarán más adelante. Por el momento es importante comenzar con la contextualización de las representaciones sociales.

Esta teoría surge a partir de las investigaciones realizadas por Serge Moscovici, quien mostró un especial interés por descifrar la manera en la que el conocimiento científico ejercía influencia en el sistema de creencias. Moscovici pensaba que en el momento en el que las ideas científicas eran difundidas al conocimiento corriente, estas se transformaban y enriquecían. Según esto, no es posible pensar que el conocimiento científico es comprendido de manera idéntica a como es producido. Por el contrario, cuando una idea científica entra en

el campo de la cultura se producen conflictos y acuerdos tanto intelectuales como sociales, los cuales cambian el significado y sentido de la misma. Este posicionamiento implica la renuncia al supuesto de que la gente no piensa de manera racional y ubica en el centro del análisis al sentido común o al conocimiento corriente que se refleja en el lenguaje y en la vida cotidiana (Markova, 2003).

Con el objetivo de contextualizar lo anterior, es importante dar cuenta de la investigación insignia de Moscovici. Él estudió la manera en la que se representaba el psicoanálisis en Francia. Allí evidenció que para crear una representación particular, se requiere de un uso determinado del lenguaje. Se dio cuenta de que la palabra psicoanálisis, siempre se acompañaba de un adjetivo calificativo que dotaba al término de un sentido emocional y cognitivo. La utilización de ciertos adjetivos fija un contenido específico como contenido general, creando combinaciones de palabras que funcionan como etiquetas que hacen parte de sistemas jerárquicos de organización de significado. Esto reduce la gama de significados posibles, elimina el riesgo de relativizaciones y crea una barrera semántica. El uso constante de elementos provoca que el pensamiento se formalice y solidifique con respecto a ellos. En este caso Moscovici constató que la representación que tenían los franceses del psicoanálisis, no concordaba con la definición y características propias de la disciplina teórica, sino que eran producto de la relación entre el funcionamiento de la ideología y los significados de las palabras. Esto refuerza el argumento de que en el proceso de conformación de una representación coexisten cooperación y conflicto. Las ideas científicas, por lo tanto, adquieren nuevas dimensiones y se transforman al hacer parte de la cultura (Markova, 2003).

Es importante reconocer los puntos de partida de la teoría de las representaciones sociales. Esta corriente surge dentro de la historia del pensamiento de autores como Durkheim y Piaget. Dar a conocer los puntos de diferencia y similitud entre las propuestas de estos autores es central para comprender las condiciones epistémicas de la definición de las representaciones sociales. Durkheim, por su parte, propone el concepto de representaciones colectivas, que si bien sirve de inspiración, pues tanto las representaciones sociales como colectivas son productos sociales e influyen la conciencia social de los individuos, se diferencian de la propuesta de Moscovici ya que él rechaza la escisión entre individuo y sociedad, y el carácter homogéneo de las representaciones colectivas. Moscovici

centra su atención en el mecanismo de formación de las representaciones sociales que es la interacción y comunicación cotidiana, estudia cómo estas se crean y recrean en las prácticas sociales, por lo que son más maleables, a diferencia de las representaciones colectivas, que tienen un carácter más estable y cuya transformación es más lenta (Farr, 2003). Según Moscovici (2001), las representaciones colectivas resultan demasiado estáticas o fijas y no responden a la sociedad contemporánea con a sus dinámicas móviles y flexibles.

Es fundamental anotar que Moscovici también se distancia de presupuestos individualistas propios de la psicología cognitiva o genética y de autores como Piaget, pues se centra en la interacción social como formadora de sentido. Así que si bien Moscovici reconoce el papel activo de los individuos que deben reorganizar la información para asimilar y para hacer cognoscible el mundo esta reorganización se hace sobre los conocimientos sociales con los que cuenta el sujeto. Es decir, que la información es resignificada por una actividad constructiva que depende de múltiples factores sociales a los que ha sido expuesta esa persona. No obstante, en ningún momento se elimina toda elaboración individual, pues esto sería reafirmar la escisión entre individuo y sociedad a la cual se opone el autor (Castorina & Kaplan, 2003).

Es central hacer énfasis en que la propuesta teórica de las representaciones sociales supera las dicotomía que se ha presentado en las ciencias sociales entre individuo y sociedad. Ya que, la constitución de este concepto ha involucrado los aportes de disciplinas como la Psicología Cognitiva, la Antropología y la Sociología, se debe entender como una propuesta psicosociológica que se destaca por su carácter de transversalidad y no yuxtaposición (Castorina & Kaplan, 2003). Es por lo tanto una teoría que interpela y articula diferentes disciplinas, haciendo posible la indagación de un objeto de estudio psicosocial. En ella se integran diferentes lógicas, por una parte depende de las reglas que rigen los procesos cognitivos que le permiten la comprensión al individuo, pero también, depende de las condiciones sociales en las que la representación se elabora y transmite. Las representaciones sociales, están sometidas a una doble lógica por lo que para elaborar una definición de estas es necesario traer a colación elementos cognitivos, afectivos y sociales (Abric, 2011). Es por ello que se deben retomar procesos tanto psicológicos como sociales. De esta forma, se podría decir que las representaciones sociales son el punto de encuentro entre la Antropología y la Psicología Social (Castorina & Kaplan, 2003).

Duveen y Lloyd (2003), plantean que la teoría de las representaciones sociales implica una perspectiva genética, ya que la estructura de la representación social es una construcción, y por lo tanto es el resultado de un proceso de desarrollo. Para la construcción de dichas estructuras son necesarios tres procesos de consolidación y transformación de las representaciones sociales: sociogénesis, ontogénesis y microgénesis.

La sociogénesis hace alusión al proceso que genera las representaciones sociales de los grupos con respecto a objetos determinados. La ontogénesis se refiere a los procesos de desarrollo a lo largo de la vida de los individuos de las representaciones sociales. Por último, la microgénesis, es el momento en el que se evoca y recrea la representación en la interacción entre grupos o individuos. En esta evocación es posible observar la forma en la que el individuo comprende y se sitúa como sujeto social.

Así, se puede ver cómo su discurso concuerda o no con una identidad social particular o con el grupo del cual hace parte. En esta interacción se observan procesos de influencia social, los cuales en ocasiones pueden llevar a cambios estructurales en las representaciones de los sujetos y por lo tanto es posible que surjan transformaciones ontogenéticas, o incluso sociogenéticas que logren transformar la representación social. No obstante, tanto la ontogénesis como la sociogénesis son consecuencias de procesos microgenéticos, pues esta última es el motor de las transformaciones genéticas de las representaciones sociales pero también el lugar en donde es evidente el contenido de las mismas. Es en la interacción en donde es posible captar la forma más clara de la representación social (Duveen y Lloyd, 2003,). Es allí donde se pretende identificar las dinámicas de organización del conocimiento cotidiano, hallar las formas específicas de conocer el mundo que posibilitan la acción y posicionamiento de los individuos. Esto implica dotar de la densidad propia al conocimiento cotidiano que es producido y reproducido en las interacciones sociales. Lo cual justifica que se hable de una epistemología del sentido común a partir de la cual es posible comprender las dinámicas de las relaciones sociales (Castorina & Kaplan, 2003).

Las representaciones sociales: definición

Las representaciones sociales serán entendidas como:

Sistemas de creencias, actitudes y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlo; y, en segundo término, permitir la

comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para denominar, clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici 1973, Citado en Abric, 2011 p.30).

Aquí se conciben las representaciones como estructuras particulares que permiten la comprensión y comunicación entre los sujetos, pero también como guías para la acción y evaluación de las personas (Abric, 2011). Las representaciones sociales existen en la medida en que son útiles, por esto tienen un carácter fluido y móvil. Al ser creadas y recreadas en las interacciones sociales, circulan tomando diferentes formas en la memoria y percepción de quienes las usan. Logran tener un aspecto impersonal, en el sentido de pertenecer y ser usadas por todos; pero también tienen un ámbito personal, ya que son sentidas afectivamente por quien hace uso de ellas (Moscovici, 2001).

De acuerdo a Duveen y Lloyd (2003) las representaciones sociales se ubican en lo que Moscovici llama universo consensual, un lugar donde se configura la conciencia colectiva, donde se explican los fenómenos de forma tal que son accesibles para las personas del común, un universo en el que es posible tomar acción frente a las preocupaciones de la vida cotidiana. Es por esto que las representaciones sociales no pueden ser consideradas una réplica o reflejo del mundo, por el contrario, implican un proceso constructivo y deconstructivo de la realidad. Este nivel de conocimiento y comunicación se diferencia del universo reificado propio de la ciencia, en el cual lo científico hace un intento por construir una organización y funcionamiento determinado de fuerzas y objetos que no son modificados por los deseos o la conciencia de los individuos. En este segundo universo, se cree que los individuos reaccionan al fenómeno de manera homogénea, como si fueran entidades independientes de él. Aquí el entendimiento humano consiste en replicar la información. En el universo reificado la sociedad es transformada en entidades que no varían, sino que son sólidas e indiferentes a la individualidad. Esta sociedad se ignora a sí misma y a sus creaciones pues las ve como objetos aislados. Dentro de esta lógica, todo lo afectivo o subjetivo existe pero tan solo como distorsión de la norma.

No obstante, la forma en la que los individuos se comunican y actúan en la cotidianidad da cuenta de una forma diferente de procesamiento. Un procesamiento que le es propio al universo consensual del que se habló anteriormente. En este, la sociedad está en

una creación continua, es permeada con el significado y el propósito. Se caracteriza por su voz humana que impregna y muta de acuerdo a la existencia, deseos y reacciones de los sujetos. Moscovici (2001), sustenta la existencia de este universo evidenciando que existen diferencias en la forma en la que los individuos perciben su realidad. Estas diferencias corresponden al lugar que ocupan dentro de la sociedad, a partir de allí se les hará visible cierto tipo de información y serán o no visibles para la realidad de los otros. Otro argumento que corrobora lo anterior es la manera en la que el transcurso del tiempo desdibuja preceptos que en algún momento fueron seguridades sobre la realidad y pasaron a ser ilusiones de la misma. De esta forma, se puede evidenciar que las representaciones sociales intervienen en lo que es o no visible para los sujetos, ya que estas permiten percibir y concebir la realidad. No se accede a la realidad como tal sino a como ella es representada. Toda información recibida ya está contaminada con una representación, al contemplar un objeto, vienen a la memoria una serie de las imágenes, categorías culturales, hábitos aprendidos que vuelven a aquello observado, lo que es visto por el individuo (Moscovici, 2001).

Procesos: anclaje y objetivación

Existen dos procesos a partir de los cuales las representaciones sociales se materializan en las interacciones: el anclaje y la objetivación. Estos son dos actividades psicológicas que tienen lugar en lo social. De esta forma las actitudes, creencias y prácticas con un objeto surgen como consecuencia de la participación en la vida social que de ninguna manera pueden ser entendidas como un hecho dado, sino como un proceso constructivo a través del cual suceden los procesos de anclaje y objetivación.

El anclaje, consiste en transformar en familiar aquello que en un momento fue extraño, este permite traer ideas ajenas para reducirlas a categorías o imágenes ordinarias que son ubicadas en un contexto cercano al sujeto que hace uso de ellas. Anclar implica clasificar y nombrar los objetos. Una vez que el objeto tiene un nombre y hace parte de una categoría conocida es posible tener una representación del mismo. Nombrar y clasificar no son acciones neutrales, pues todo objeto o persona adquiere una categoría positiva o negativa dependiendo del lugar donde se ubique. Al clasificar algo se confina una serie de comportamientos y reglas que estipulan lo que es y no es permitido en relación con todos los individuos que pertenecen a esa clase. Para clasificar es necesario comparar a ese individuo

u objeto con el prototipo, de esta forma, si el individuo tiene eso abstracto, se clasifica como parte del prototipo (Moscovici, 2001).

Ahora bien, para decidir si se hace parte o no del prototipo se requieren dos procesos: generalización o particularización. En el caso de la generalización se reduce la distancia entre el individuo u objeto y el prototipo, una característica se trata como si fuera coextensiva a todos los miembros de la categoría. Por el contrario, la particularización, implica mantener la distancia al considerar el objeto como diferente del prototipo, allí se busca una característica, motivación o actitud que lo distinga. Hay que decir que, la decisión de clasificar por medio de la particularización o la generalización no es solo un proceso racional, sino que más bien refleja una actitud determinada al objeto, un deseo de definirlo como normal o aberrante. Además, nombrarlo conlleva a dotar a la entidad de identidad. Ya que, al nombrarlo se concede características o tendencias, se diferencia de otros y se ubica como parte de un grupo. Por lo que nombrar y clasificar son dos procesos de anclar una representación. (Moscovici, 2001).

En cuanto a la objetivación, permite rellenar lo que está vacío de sustancia, convertir un concepto abstracto en un objeto concreto, es decir transferir algo que en un primer momento se ubicó en lo mental al plano físico para lograr su materialización. Objetivar es descubrir la cualidad icónica de un idea imprecisa, reproducir un concepto en una imagen. Las palabras se asocian a imágenes y en tanto esto sucede, el concepto se vuelve una realidad, deja de ser un signo y la noción o entidad de la que vino adquiere una existencia física e independiente. Hay que decir que el ambiente está compuesto por estas imágenes que son modificadas de manera constante en las dinámicas de la cotidianidad. Cuando una palabra se vuelve imagen, la imagen deja de ocupar un lugar en medio de las palabras que suponen tener significado y los objetos reales a los que se les da significado. Estas, ahora, existen como objetos que significan por sí mismos. En conclusión, ambos procesos, tanto el anclaje como la objetivación permiten convertir lo desconocido y ajeno en algo conocido y próximo. El primero transfiriendo el contenido a la esfera particular donde es posible la comparación e interpretación y el segundo mediante la reproducción en las cosas que se pueden observar y tocar (Moscovici, 2001).

Moscovici, reconoce dos tipos de representaciones, por un lado existen unas llamadas hegemónicas que son relativamente uniformes y coercitivas. Estas prevalecen en las prácticas

simbólicas y afectivas y se caracterizan por ser homogéneas y menos flexibles. Por otra parte, se encuentran las constituyentes, que tienen la capacidad de ser reproductoras de nuevos significados. No obstante, es pertinente mencionar que la creación de estas representaciones heterogéneas o constituyentes refleja la desigual distribución de poder. Es decir que no todo individuo o grupo tiene la misma capacidad para transformar o reconstruir una representación determinada, pues esto dependerá de factores históricos, sociales y económicos que les permiten mayor o menor ejercicio de poder (Castorina & Kaplan, 2003). Esto se relaciona con el concepto de polifasia cognitiva, que se refiere a las diferentes representaciones que tienen los individuos de acuerdo al grupo al que pertenezcan y al contexto en el cual aparezca y se utilice la representación, pues esta va a variar a partir de las contingencias ambientales (Markova, 2003). Es decir, las categorías y el significado a través del cual se confiere una calidad a las personas o propiedades a los objetos, se modifican dependiendo de la cultura de la que se hace parte y las contingencias contextuales que atraviesan al sujeto (Moscovici, 2001).

Funciones de las representaciones sociales

Ahora, es fundamental tener claridad sobre la función de las representaciones sociales, para esto se hace referencia a Abric (2011). En primer lugar, la función del saber permite comprender y explicar la realidad, es la esencia de la cognición social. Gracias a esta, los individuos pueden adquirir e integrar el conocimiento en concordancia tanto de su funcionamiento cognitivo como de los valores en los que están inmersos. Es la condición necesaria para la comunicación social. Define un marco de referencia común que permite el intercambio, la transmisión y difusión del saber corriente.

En cuanto a la función identitaria, las representaciones sociales están encargadas de situar a los grupos dentro de un campo social, permitiendo la elaboración de una identidad social que sea compatible con las condiciones sociales e históricas de los mismos. Esta función a su vez permite la comparación social, pues tanto identifica a un grupo con ciertas características como lo diferencia de otro, por lo que también desempeña un papel de control social ejercido por la colectividad sobre cada miembro del grupo y de otros grupos.

Gracias a la función de orientación, la tercera, los individuos o grupos conducen sus prácticas y conductas. Esto debido a que la representación participa en la definición del objetivo de la situación. Es decir, determina un a priori del tipo de relaciones que son o no

pertinentes para un sujeto determinado, así como el lugar y posición en el que se ubica para realizar una tarea específica. Además, produce un sistema de anticipaciones y expectativas, es entonces prescriptiva de comportamientos y prácticas definiendo lo que es o no tolerable dentro de un contexto social específico.

Por último, su función justificadora es la que permite aducir -a posteriori- las posturas o conductas llevadas a cabo. Esto suele suceder entre grupos, en los que se usa la representación social para justificar la diferenciación y distancia social.

Las funciones anteriores, dejan ver el carácter heurístico de las representaciones sociales y su importancia para la comprensión de las dinámicas sociales, analizarlas permite adquirir información valiosa sobre las formas de relacionamiento inter e intra grupos (Abric, 2011).

Estructura: núcleo central y elementos periféricos

Teniendo claridad sobre la definición, los procesos y funciones de las representaciones sociales es importante dar a conocer la forma en la que estas se organizan y estructuran, para así poder analizarlas. Aunque se han desarrollado múltiples teorías sobre su organización, en el caso del presente trabajo se hará uso de la teoría del núcleo central, postulada por Abric (1976). El autor propone que las representaciones se construyen alrededor de un núcleo que le da el significado y organización a la misma (Abric, 2011). El núcleo garantiza dos objetivos: en primera medida, tiene una función generadora que es “el elemento mediante el cual se crea, la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Es por su conducto que los elementos toman un sentido; un valor” (Abric, 2011, p.20). En segunda instancia, la función organizadora, conocida como el elemento que unifica y estabiliza la representación, es el centro más estable y que por lo tanto resiste al cambio. Además, es quien determina la naturaleza de los lazos entre los elementos de la representación, es por ello que para captar la totalidad de la representación es fundamental dar cuenta del contenido y la organización.

Por otro lado, los elementos periféricos de la representación se relacionan de manera directa con el núcleo y están organizados alrededor de este. Su presencia, importancia y función están determinados por el núcleo. Esta dimensión es fundamental pues constituye el contenido de la representación, es la forma más concreta y accesible de esta. Los elementos, están jerarquizados según el nivel de cercanía con respecto al núcleo, los más cercanos son

fundamentales para la concreción del significado de la representación, los más distantes la ilustran aclaran y justifican “Constituyen la interface entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación” (Abric, 2011, p.23).

Los elementos periféricos responden a tres funciones. La primera es llamada función de concreción, que es dependiente del contexto y el producto del proceso de anclaje de la representación en el escenario real. Esta hace posible revestir la representación en lo más concreto, comprensible y transmisible. Se refiere al presente y a la experiencia directa del sujeto. Por otro lado, la función de regulación, es el aspecto más móvil de la representación, aquel donde es posible la integración de nuevos contenidos. Por último, la función de defensa tiene como objetivo resistir a las nuevas interpretaciones o transformaciones del contenido.

Flament (2011) añade a las funciones anteriores otras características que considera fundamentales para lo periférico. Primeramente estos son prescriptores de los comportamientos, indican lo que se debe o no hacer en diferentes situaciones. También permiten una modulación personalizada, es decir, una representación única puede evidenciar diferencias aparentes a partir de la apropiación individual o de un contexto determinado, aunque estas siempre deben mantenerse compatibles con el núcleo central. Por último, los esquemas periféricos permiten la protección del núcleo central. Así, los elementos más próximos al núcleo, logran evidenciar aquello que debe ser reconocido como lo normal, dan cuenta del elemento extranjero, señalan la contradicción entre ambos y permiten un ejercicio de racionalización para hacerle frente a la contradicción (Abric, 2011).

La organización y funcionamiento de las representaciones sociales están regidos por un doble sistema: el central y el periférico. El primero, hace referencia al núcleo central y está determinado por factores históricos, sociológicos e ideológicos. Se relaciona con los sistemas de normas y valores que definen los principios fundamentales alrededor de los cuales se constituyen las representaciones. Desempeña un rol protagónico para la estabilidad y coherencia de la representación. Por otro lado, un sistema periférico, que se relaciona en mayor medida con el contexto inmediato. Este permite una adaptación e integración a partir de las experiencias individuales, es mucho más flexible que el sistema anterior, admitiendo una cierta heterogeneidad de contenido y comportamiento que le permite al núcleo central anclarse en la realidad. Esta heterogeneidad no puede ir en contravía del sentido del núcleo central, pero puede indicar posibles transformaciones en curso del significado del mismo, por

lo que se toman en cuenta tanto los consensos como las diferencias interindividuales y se debe valorar hasta qué punto estas resultan esenciales (Abric, 2011).

El estudio de las representaciones sociales posibilita, “entender los procesos que intervienen en la adaptación socio cognitiva de los individuos a las realidad cotidianas y a las características de su entorno social e ideológico” (Abric, 2011, p.28). En conclusión, para el análisis completo de las representaciones sociales se requiere del estudio tanto del núcleo como de los elementos periféricos. No obstante, esta investigación abordará los elementos periféricos únicamente para hacer un primer análisis del contenido y la forma más concreta de la representación, dejando para un momento posterior el análisis de la organización de esta, es decir el núcleo central.

Elementos: actitudes, creencias y prácticas.

Como se ha mencionado a lo largo del marco teórico existen múltiples elementos que constituyen las representaciones sociales, en este caso se hará referencia a las actitudes, creencias y prácticas sociales. Estos tres son las formas a través de las cuales es posible captar las representaciones en las interacciones sociales, por esto es fundamental definir cada uno. En primera instancia, el estudio de las actitudes implica investigar las relaciones entre el pensamiento y un objeto. Para tener una actitud sobre algo es necesario que este ya haga parte del sistema de cogniciones, es decir que se tenga una representación del mismo. La actitud es entendida como una dimensión de la representación social, y la representación agrupa los contenidos actitudinales. La actitud no representa el conocimiento como tal sobre el objeto, sino una relación de certeza e incertidumbre, de creencia o incredulidad respecto a este conocimiento (Markova, 2003).

La creencia, por su parte, es la que desencadena las ideas y las palabras. Las cosas cobran importancia en las personas si estas creen o no ellas. Es un hecho que un objeto puede pasar de ser algo indiferente, a convertirse en una pasión a partir de la creencia que se tenga de él. Es por medio de la observación de las actitudes que es posible entender cómo las personas creen. Las representaciones sociales se pueden entender como organizaciones de creencias en las que median creencias en diferentes niveles algunas más racionales y otros con mayor nivel de afectividad y pasión. Adicionalmente, los valores y la dimensión afectiva se asocian a creencias compartidas fuertemente arraigadas en grupos sociales (Markova, 2003).

Por último, Abric (2011) define las prácticas como sistemas de acción socialmente estructurados. El análisis de cualquier práctica social supone que sean tomados en cuenta por lo menos dos factores, por un lado las condiciones sociales, materiales e históricas en las que son inscritas y por otro lado el modo de apropiación por parte del grupo o individuo, modo de apropiación en el que los factores cognitivos, simbólicos y representacionales desempeñan un papel central. Para que una práctica social se mantenga en el tiempo requiere de que sea apropiada por el sistema de valores, creencias y normas, ya sea adaptándose a él o transformándolo. Si hay contradicción entre prácticas sociales y representaciones, alguna de estas se transformará. Para evidenciar la representación es fundamental centrarse en las prácticas pues es el lugar donde estas se aplican (Abric, 2011). Es importante aclarar que, aunque cada elemento anteriormente mencionado se define de manera aislada, en la realidad la aparición de uno de ellos contiene, es contenido o se relaciona con los otros.

Relaciones entre las representaciones sociales y el proceso de morir

Una vez se ha aclarado la forma en la que se entiende las representaciones sociales en este trabajo es importante dar a conocer algunas de las reflexiones teóricas que se han realizado con respecto a la muerte y el proceso de morir en el ámbito hospitalario y la manera en la que esto se relaciona con las representaciones sociales. Hay que empezar señalando que en la actualidad posmoderna, la muerte ha sido reubicada en la vejez y condenada al control tecnológico (Kastenbaum & Aisenberg, 1983). Esta se ha convertido en un evento médico, en el que los profesionales de la salud juegan un rol protagónico (Jylhäkangas et al., 2014).

Hoy en día la muerte suele darse en el hospital en compañía y a cargo de los médicos. En la mayoría de los casos desde una postura biomédica se ha planteado la institucionalizado la muerte. Es decir, se han establecido una serie de categorías de conducta, modos de acción técnica, funciones normatizadas por los hospitales y las profesiones de la salud que se consignan en protocolos de actuación y rigen las acciones a realizar en los momentos en los que el final de la vida aparece (Menéndez, 1990).

Lo anterior, parte de la suposición de que el personal de salud va a seguir a cabalidad los lineamientos establecidos, pues su acción “es técnica y científica” por lo que actúan a partir de una causalidad directa, en la que hay una reacción preestablecida ante un estímulo emitido. Acá se ignora la dimensión social y psicológica de los médicos, y se olvida que por más objetivas que sean las técnicas son desarrolladas por seres sociales que son afectados y

afectan su entorno. Se prioriza el saber científico y se omite el conocimiento sociocultural del sujeto .

No obstante, por más esfuerzo que se realice por tecnificar y cientificar la muerte privando al individuo de su dimensión humana no es posible escindirlo de aquello que lo constituye. A pesar de que en la actualidad la muerte es un acontecimiento institucionalizado y controlado por la medicina; las actitudes y significados del proceso de morir son productos socialmente contruidos e interiorizados por cada individuo, los cuales se expresan de múltiples formas y afectan la acción y cognición humana (Menéndez, 1990).

El médico lejos de ser un ente autómeta, que actúa únicamente con base en el discurso biomédico, es un individuo que de acuerdo a sus representaciones, comprende e interpreta la realidad y así incide de manera específica sobre su contexto. Cañón (2019), cita a Moscovici (1961) para apoyar el postulado anterior recordando que “los individuos no son únicamente máquinas pasivas que registran mensajes y reaccionan a los estímulos exteriores” (pág.37), es una actividad humana interpretar y significar tanto el espacio geográfico como social al que se pertenece, “representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblarlo, repetirlo o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarle el texto” (pág.39). Dicho acto, involucra necesariamente elementos del contexto histórico y social específico, para poder darle significado y ubicar las realidades en un ámbito determinado (Cañón , 2019, p.21). Así las cosas se puede establecer que las representaciones del morir afectan las acciones del profesional.

Las representaciones del proceso de morir se estructuran a partir de la confluencia de múltiples lógicas y teorías del conocimiento y están conformadas tanto por material científico, como por la experiencia la cotidiana (Moscovici, 1979). Son elaboradas y compartidas en el ámbito social; y se recrean en la acción cotidiana del médico y su contexto. De allí la importancia de analizar la interacción diaria del personal de salud en el ámbito hospitalario. Ya que es aquí donde se estructuran las representaciones sociales que funcionan como constructos psicosociológicos. Por lo que para comprender estas formas de conocimiento hay que ahondar en la cotidianidad del médico, visibilizando las interacciones y decisiones que toma en las situaciones de final de vida.

El camino metodológico

El porqué del uso de esta metodología

Este apartado está dedicado a exponer el diseño metodológico que se utilizó en esta investigación. Desde las ciencias sociales y a partir de estudios cualitativos se han desarrollado múltiples investigaciones que han contribuido al desarrollo de conocimiento en términos de salud (Ullin et al., 2006). Estos se han enfocado

en las normas y relaciones culturales que influyen en la forma en que las personas interactúan y actúan en las experiencias cotidianas, sus métodos se basan comúnmente en técnicas de observación, participación, discusión guiada, entrevistas detalladas, antecedentes biográficos y el análisis secundario de datos documentales (Ullin et al., 2006, p.2).

A pesar de que se han realizado múltiples estudios a partir de metodologías cuantitativas en materias de salud, estos dan como resultado una gama limitada de respuestas que no logran reflejar la densidad de las problemáticas en esta área. Por el contrario, las metodologías cualitativas se caracterizan por producir resultados más detallados y específicos, esto debido a que sus muestras son más pequeñas, sus diseños son flexibles y sus descripciones específicas (Ullin et al., 2006).

Hay varios métodos cualitativos rigurosos que pueden conducir a estudios fructíferos que den respuesta a las preguntas de investigación, permiten comprender la realidad del campo a partir de la perspectiva de quienes habitan en él y aborden dimensiones objetivas de la acción e interacción humana. Así, se pretende que la investigación cualitativa llevada a cabo en el área de salud logre mostrar los múltiples puntos de vista y sus consecuencias en la adopción de decisiones vinculadas con este tema. Esto supone un ejercicio juicioso por parte del investigador que le permite oír los datos, es decir, comprender aquello que dicen las personas dentro de sus marcos de referencia y cómo esto se relaciona con el contexto de investigación. Para lograr lo anterior Ullin et al. (2006) exponen una serie de características que son predominantes en la investigación cualitativa y que orientaron este trabajo, entre las que se incluyen: buscar la comprensión profunda, ver los fenómenos sociales de manera holística, penetrar en los significados de las decisiones y acciones, usar métodos

interpretativos y flexibles, hacer uso de categorías emergentes, involucrar a los entrevistados como participantes activos y considerar al mismo investigador como un instrumento en el proceso de la investigación.

La investigación cualitativa es un camino que permite una mayor comprensión de la condición humana, su desarrollo y aplicación pretende aportar a una mejoría en la toma de decisiones sobre problemáticas de salud. En el caso de este trabajo de grado se decide optar por un diseño cualitativo para dar respuesta a los objetivos de investigación y contribuir por medio de la producción de conocimiento a posibles soluciones frente a las problemáticas que representa el escenario de toma de decisiones al final de la vida para los médicos geriatras del hospital. Esta orientación metodológica posibilita la aproximación a las representaciones que tiene el equipo médico de geriatría y la forma en la que esto afecta su ejercicio profesional. Pues como lo postula Ullin et al. (2006), la metodología cualitativa permite comprender la forma en la que las personas actúan e interactúan en su vida cotidiana.

Una de las precisiones que se deben tener en cuenta antes de la realización de cualquier investigación cualitativa es que esta implica la participación de por lo menos dos actores indispensables:

el participante que aporta la información y el investigador que, como aprendiz y cointérprete, guía el proceso hacia el conocimiento que ambos desean expresar. Juntos forjan una asociación para explorar distintas interpretaciones sociales de la realidad. Crear esta asociación exige un alto grado de habilidad y también entraña profundas obligaciones éticas, ya que la relación se basa en la confianza y la mutua comprensión de una meta común (Ullin et al., 2006, p.6).

Resulta fundamental reflexionar sobre el rol del investigador y profundizar en la subjetividad que es reconocida como elemento esencial dentro de los marcos teóricos de la investigación cualitativa. El investigador tiene una posición determinada y limitada a partir de la cual interpreta la realidad, es por eso que es indispensable que este sea consciente de su posición subjetiva y describa la mayor cantidad de aspectos de la realidad que le sean posibles y esté abierto a las múltiples interpretaciones del mundo social que le sean expuestas por los sujetos de investigación. De esta forma, el empleo que hace el investigador cualitativo del yo como un socio reflexivo (consciente de sí mismo) al recolectar e interpretar la información

fortalece más la posición de que la subjetividad, aplicada de manera apropiada y sistemática, es un elemento positivo en la ciencia cualitativa (Ullin et al., 2006).

Esto conlleva a pensar que la investigación cualitativa es un ejercicio no lineal en el que la reflexividad es constante. Es un ejercicio tanto inductivo como deductivo pues el investigador se ve obligado a recolectar y analizar los datos, al mismo tiempo que los interpreta y elabora conclusiones tentativas que debe ir poniendo a prueba en el proceso. Es un enfoque que además reconoce las contradicciones propias de la condición humana y reflexiona sobre ellas debido a que las entiende como una fuente de conocimiento.

Adicionalmente, existen unas pautas para juzgar la calidad de los datos cualitativos que fueron un pilar sobre el cual se fundamentó el proceso de recolección y análisis de esta investigación. Por lo que se reflexionó de manera continua sobre la confiabilidad, confirmabilidad y credibilidad de los datos y se siguieron los principios expuestos por Ullin et al. (2006). En primer lugar, para aumentar la confiabilidad se realizó el enfoque de trabajo en equipo el cual buscaba triangular la información y hacer explícito el posicionamiento de la investigadora, a través de la confrontación constante de sus análisis con el criterio de los otros miembros del grupo que cabe mencionar pertenecen a diferentes disciplinas. Además, se realizó un proceso de pilotaje donde las preguntas de la entrevista y grupos focales fueron puestas a prueba y se documentó con rigurosidad cada paso del proceso de investigación.

En cuanto a la confirmabilidad, se hizo conciencia de la posición subjetiva de la investigadora y los límites de sus análisis e interpretaciones, para ello se mantuvo la mayor distinción entre las ideas expresadas por los participantes y las interpretaciones de la analista, esto incluso a la hora de transcribir, momento en el que se dividió con sumo cuidado la información dejando los análisis como memos o notas de campo que posteriormente se incluyeron en el trabajo. En aras de velar por la credibilidad, se vigiló que las explicaciones de los fenómenos fuesen compatibles con los datos en bruto y además fueran comprensibles para la población investigada. Esto se hizo a lo largo de las entrevistas y grupos focales cuando los investigadores parafraseaban alguna conclusión parcial a la que habían llegado y corroboraban si esta era o no aceptada por los participantes. También la escritora de este trabajo consultó en múltiples ocasiones a las residentes de geriatría que hacían parte del grupo de investigación sobre las interpretaciones de algunas situaciones para identificar si estas resonaban con la realidad del campo.

Vínculo entre metodología y teoría

Las decisiones metodológicas deben ser consecuentes con la propuesta teórica de la investigación. En este caso la metodología cualitativa es el resultado de un paradigma interpretativo. Pues parte de la suposición de que: “el mundo social está constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. La realidad es subjetiva y múltiple, vista desde distintas perspectivas” (Ullin et al., 2006, p.15). Esto implica que los datos provienen de las percepciones, experiencias y acciones de los sujetos que hacen parte del campo de investigación.

Siendo así, se debe hacer uso de una metodología que permita adentrarse en el mundo de quienes participan de la investigación, para así captar la forma en la que estos representan la realidad. Para esto se hizo uso de la etnografía médica que como metodología propia de las ciencias sociales ha permitido desdibujar las complejas interconexiones entre lo social y lo patológico. El trabajo de la etnografía se adentra en las estructuras de la vida de las personas y capta aquello que no es visible a primera vista (Dikomitis, 2016). Este método se caracteriza por lograr comprender la forma en la que las personas organizan el mundo, se ubican y deciden sobre él. Esto lo hace a través de una descripción profunda que caracteriza a los actores, las relaciones que se establecen entre estos, sus saberes y sentires. Solo así se llega a las respuestas de preguntas de investigación que indagan por la perspectiva de los sujetos del campo de trabajo (Guber, 2001; Walter, 2000).

No obstante, para que la investigación tuviese un engranaje consistente entre método y teoría se hizo uso de los planteamientos metodológicos que señala Abric (2011). El autor asegura que para dar cuenta de las representaciones sociales con su teoría del núcleo central, la investigación debe seguir dos pasos metodológicos. En primera medida, se debe hacer uso de una serie de herramientas de recolección de información entre las que se reconocen la entrevista y técnicas etnográficas que logren dar cuenta del contenido, o los también llamados elementos periféricos, de la representación. Un segundo momento consiste en el análisis de los datos para determinar su organización a través del establecimiento de la jerarquía de los elementos periféricos. No obstante, y como se aclaró previamente por la complejidad y experticia que esto implica, la presente investigación realizó la primera fase de identificación del contenido de la representación. Para el análisis de la información se hizo uso de otras metodologías que se explicarán más adelante.

También se tomó como referencia algunos principios metodológicos que plantea Moscovici (2001), pues a pesar de que el presente trabajo se fundamentó en la corriente estructural de Abric (2011), Moscovici es reconocido como el padre de las representaciones sociales y los objetivos de este trabajo van en la misma dirección que sus principios. El primer principio establece que las representaciones sociales son creadas y recreadas en el curso de las conversaciones, es allí donde las nuevas ideas se vuelven familiares. Estos espacios cotidianos y propios del universo consensual constituyen una capa liminar entre lo público y lo privado, es allí donde las representaciones pueden evidenciarse con mayor claridad. Es por ello que en la investigación se hizo especial énfasis en la información recogida lo largo de las conversaciones que se registraron en la observación, entrevistas y grupos focales.

El otro principio que se tuvo en cuenta, fue que según Moscovici (2001), las representaciones sociales suelen revelarse en momentos de conflicto y agitación, en aquellos momentos cuando el individuo o grupo se enfrentan a algo nuevo o se encuentran con opiniones y actitudes diferentes, los comportamientos y expresiones en los que está el contenido de las representaciones salen a la luz con mayor espontaneidad, pues los individuos se ven motivados por su deseo de reafirmar y confrontar aquello que creen sobre su realidad. Con base en este principio la investigación profundizó en aquellos momentos donde surgieron posiciones o emociones encontradas y enfatizó en aquello que a los participantes de la investigación les resultaba incómodo abordar, esto, claro, teniendo siempre como prioridad el respeto por su integridad, pero buscando dar luz a los conflictos que en muchas ocasiones se silencian y pasan inadvertidos pero que constituyen material valioso para la investigación.

El proceso y las herramientas de investigación

En seguida, se narrará la forma en la que se desarrolló la investigación, las herramientas que se utilizaron en cada momento y la razón de su uso. Para iniciar, se realizó una primera revisión teórica que pretendió indagar por el estado del arte sobre la toma de decisiones al final de vida en entornos hospitalarios. Esta forma de proceder concuerda con el *modus operandi* de la mayoría de investigaciones cualitativas que inician el estudio haciendo uso de un conjunto de conceptos previamente definidos a partir de la literatura existente. Estas categorías se ponen a prueba en el campo a medida que avanza el estudio, ya que es el terreno el lugar donde las categorías se expresan modifican o aparecen nuevas a

través de la voz de los participantes (Ullin et al., 2006). La literatura teórica fue la que permitió realizar una primera aproximación al tema de interés. Esto se hizo junto al grupo de investigación del proyecto. A partir de reuniones de equipo que se realizaban semanalmente se discutió sobre los intereses de cada participante y se elaboró un primer protocolo de investigación que debía ser aprobado por el hospital para la realización del proyecto.

Posteriormente, el protocolo fue revisado por el Comité de Investigación del Instituto de envejecimiento, el Comité Auxiliar de Medicina Interna y el Comité Conjunto de la Facultad de medicina cada uno de los cuales realizó una serie de sugerencias al protocolo, por lo que el grupo de investigación corrigió y modificó el documento para que fuera aprobado. Esta aprobación dio el aval para el inicio del proceso de recolección de información en las instalaciones hospitalarias por parte de los investigadores. Así, se le informó a la comunidad médica sobre el proyecto y se inició un proceso de observación y registro en diarios de campo de las actividades cotidianas que realizaba el equipo médico de geriatría. La observación, fue la primera técnica de recolección de datos que se utilizó con el propósito de describir las prácticas, actitudes y creencias del equipo médico de geriatría en relación a los procesos de morir de sus pacientes.

La observación, es una de las herramientas básicas y principales de la investigación cualitativa. Esta implica una exploración profunda de la realidad que acontece en el contexto; permite identificar comportamientos, temas y tensiones que surgen entre los actores; formular posibles preguntas y focos de interés sobre los cuales posteriormente se puede indagar haciendo uso de otras técnicas, y además, permite contrastar conclusiones parciales. La observación no se reduce al universo de lo verbal. Por el contrario, el investigador observa detalladamente el lenguaje corporal, el ambiente físico, las expresiones de rostros, entre otras formas sutiles de expresión que brindan información relevante. La observación, permite dar cuenta de lo no planeado, como por ejemplo una conversación de pasillo o un acontecimiento inesperado que dé indicios para interpretaciones futuras (Ullin et al., 2006).

En este caso, la autora de este trabajo optó por una posición de observadora ajena al grupo, esto porque su participación en un entorno médico tenía repercusiones tanto legales como éticas, pero también porque la mirada externa permite escuchar, cuestionar y analizar lo que las personas comparten con ella. Adicionalmente, la observación se realizó por periodos prologados con el objetivo de que la presencia de la investigadora generara menor

impacto en el comportamiento de los miembros de la investigación, pues con el tiempo se acostumbraron a ella.

La observación realizada consistió en un acompañamiento a los residentes en sus revistas y rotaciones de piso, esto incluía estar con ellos mientras veían a los pacientes hospitalizados, atendían interconsultas, pasaban notas, comunicaban el estado de salud de los pacientes a familiares, se relacionaban con otros funcionarios del hospital y se reunían con otros residentes o profesores para discutir casos o hablar de temas cotidianos. Lo anterior, se realizó por un periodo de cinco meses, desde julio hasta noviembre de 2019 dentro de las instalaciones hospitalarias en periodos de tiempo de en promedio cuatro horas. Adicionalmente, los otros miembros del equipo de investigación realizaron ejercicios de observación los cuales consignaron en sus diarios de campo y posteriormente compartieron con el resto del grupo, por lo que los datos de observación consolidan el trabajo en equipo de todos los miembros del grupo de investigación incluida la autora de este documento.

Para mantener la confiabilidad de la información recogida y con el objetivo de afectar lo menos posible el entorno de observación, la investigadora tomó pequeñas notas de lo que sucedía en su diario de campo, sin embargo una vez finalizada la observación procedía a describir todo lo que allí había sucedido con la mayor cantidad de detalles que recordaba, acá se incluían interpretaciones y conclusiones parciales aclarando que esto hacía parte del análisis de los datos. Adicionalmente había dos miembros del equipo de investigación que son residentes de geriatría. Ellas, además de ser parte del grupo de investigadores, fueron participantes de la investigación y por eso están más familiarizadas con el campo, los otros entrevistados, el lenguaje clínico y el funcionamiento del hospital. Contar con su presencia fue muy importante para el desarrollo de un trabajo colaborativo que dio como resultado la construcción de conocimiento conjunto.

La observación sumada a la revisión de literatura permitieron el diseño del material que se utilizaría para las entrevistas y grupos focales los cuales se desarrollaron posteriormente. Para estas se llevó a cabo un proceso de pilotaje en el que se formuló una entrevista piloto que se le realizó a tres médicos, estas pruebas se grabaron, transcribieron y discutieron con el grupo de investigación con quienes se modificó la propuesta y se elaboró la guía final tanto de entrevista como del grupo focal. Esto se hizo con el objetivo de adecuar,

ajustar y probar las preguntas a la realidad local para maximizar el rigor y calidad de la investigación como lo sugieren Ullin et al. (2006).

El siguiente paso fue implementar la entrevista semiestructurada ⁴ y los grupos focales ⁵ como herramientas de recolección de información que pretendieron dar cumplimiento al segundo y tercer objetivos específicos. Es decir: indagar sobre los componentes que intervienen en la toma de decisiones del final de vida que lleva a cabo el equipo médico de geriatría y describir las transformaciones en el contenido de las representaciones del equipo médico de geriatría sobre el morir que ocurren a lo largo de la formación y práctica en la especialidad.

La entrevista en profundidad en este caso semiestructurada, pretende acceder al sentido y conocimiento social por medio de la recolección de datos individuales. Esta comprende una conversación entre dos sujetos que es dirigida y registrada por un entrevistador y cuenta con un propósito y diseño determinados. Se formulan una serie de preguntas generales definidas con anterioridad, las cuales pueden ampliarse de acuerdo con el entrevistado y los objetivos (Blasco y Otero, 2008). Una de las ventajas de hacer uso de ella es que los entrevistados responden a los mismos cuestionamientos, lo cual aumenta la posibilidad de comparar sus respuestas y facilita la organización y el análisis de los datos (Ullin et al., 2006). Así se procedió a la realización de cinco entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron realizadas en las instalaciones del hospital y tuvieron una duración promedio de hora y media. Los sujetos entrevistados fueron tres residentes con diferentes años de experiencia y dos geriatras, los datos allí obtenidos fueron transcritos al pie de la letra gracias a las grabaciones que se hicieron de estas. El criterio para elegir a los participantes fue que tuvieran diferentes niveles de experiencia para así poder analizar si la práctica dentro de la especialidad de geriatría transformaba sus representaciones del proceso de morir.

La última herramienta que se utilizó para la recolección de datos fue la de los grupos focales. Esta técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. “El trabajar en grupo facilita la discusión y

⁴ Guía de entrevista disponible en anexo 1.

⁵ Guía de grupo focal disponible en anexo 2.

activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios” (Hamui-Sutton & Valera, 2013, p.56).

En este caso la interacción entre diferentes participantes es el factor que permite mayor riqueza informativa, en esta herramienta el entrevistador juega el rol de moderador, es quien hace una serie de preguntas y guía la conversación de los integrantes del grupo.

No obstante, en el proceso de dar respuesta a los interrogantes surgen acuerdos y desacuerdos entre los participantes, esto permite la discusión y confrontación entre ellos que da como resultado información que no está disponible a partir de la interacción individual entre investigador y entrevistado. En estos espacios se formulan preguntas que hacen alusión a normas del grupo más que a conductas individuales lo que facilita la expresión de opiniones. De esta forma, escuchar los puntos de vista de otros permite generar un espacio de reflexión que da la oportunidad de cuestionar el quehacer propio y de los otros participantes; esto puede repercutir en cambios tanto a nivel individual como grupal. También

[...]los comentarios de los participantes y el debate entre ellos arrojará luz sobre las perspectivas más amplias de su comunidad y revelará pistas acerca del contexto, o el entorno social en el cual los individuos toman decisiones que afectan sus vidas. El intercambio espontáneo entre los participantes también mostrará matices en el lenguaje de las ideas, los términos que usan las personas y los marcos verbales que comúnmente construyen para interpretar sus mundos (Ullin et al., 2006, p.83).

Es esencial que quienes hagan parte de la discusión sean personas que por su propia experiencia o interés tengan amplio conocimiento del tema, además se aconseja que estos grupos sean homogéneos, es decir, que estén compuestos por integrantes que tengan características similares entre ellos (Ullin et al., 2006). Teniendo en cuenta los supuestos anteriores, para este trabajo se decidió realizar dos grupos focales. En el primero participaron 6 residentes de diferentes años de experiencia, y el segundo contó con la participación de 3 geriatras. Estos tuvieron una duración aproximada de dos horas, se decidió organizar de esta forma los grupos para conservar la homogeneidad, es decir uno de ellos se conformó solo por residentes mientras en el otro, todos los participantes fueron geriatras. Las discusiones fueron moderadas por los integrantes del grupo de investigación, quienes además de dirigir

la conversación se encargaron de grabar y tomar notas de lo que sucedía, pues, a pesar de que posteriormente se realizaron transcripciones de las grabaciones, era necesario dar cuenta de detalles no verbales del escenario.

Un segundo proceso de la investigación fue el de análisis de contenido. Hay que aclarar que el análisis se realiza de manera paralela a la recolección de datos empíricos y teóricos, pues como se dijo anteriormente la investigación cualitativa es un proceso de ires y venires entre el campo, la teoría y la interpretación. No obstante, se expondrá el desarrollo que se llevó a cabo sobre las transcripciones de todo el material.

Siguiendo lo propuesto por Ullin et al. (2006) sobre el método de análisis de datos cualitativos, el primer paso es la lectura y relectura detallada de los textos y el contenido transcrito. Este proceso de inmersión le permite al investigador identificar temas que se presentan de forma reiterativa en el texto, así, y en relación a lo que se ha dicho en la literatura, se identifican una serie de códigos. En seguida se realiza el proceso de codificación, en el cual el texto es dividido a partir de estos criterios temáticos que previamente han sido definidos por el marco teórico. Posteriormente el investigador debe releer los fragmentos por separado para identificar los patrones que surgen de cada código generando subcategorías que condensan la información esencial.

Hay que señalar que, si bien algunas de estas categorías se relacionan con los supuestos teóricos que inspiraron la investigación, en el campo surgieron categorías emergentes que son esenciales para la caracterización del contexto de investigación y que también son interpretadas como el resto de los códigos. Posteriormente, el investigador debe dar cuenta de las relaciones que existen entre los códigos, explicando la forma en la que la red conceptual allí expuesta da respuesta a los interrogantes de la investigación. Este proceso es llamado reducción de los datos, y tiene como objetivo depurar la información para hacer visibles los conceptos centrales y las relaciones entre ellos. Para esto se suele hacer uso de procedimientos visuales. En este caso se elaboraron matrices y diagramas que permiten condensar la información más relevante de cada código y visualizar en un solo espacio la manera en la que interactúan las categorías entre ellas. Lo anterior dio luces sobre los límites y alcances de cada código para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Finalmente, se procedió a realizar el proceso de interpretación y escritura del trabajo. En este caso se tuvo como objetivo reflejar el punto de vista de quienes hicieron parte de la

investigación, elaborando interpretaciones que tuviesen sentido para ellos. Pero también se buscó que estas respuestas contribuyeran a dar solución al interrogante de la investigación y así generar un trabajo que tuviese relevancia tanto disciplinar como social. Para lograr lo anterior, el proceso de escritura fue vigilado de manera constante por la tutora del trabajo de grado para asegurar la calidad y credibilidad del mismo. En aras de conservar el anonimato de los participantes de la investigación los fragmentos de entrevista que se exponen en el trabajo se referencian a los códigos que se les fueron asignados a los entrevistados según su rol y años de experiencia, es por esto que no aparecen sus nombres, la siguiente tabla sintetiza dichas asociaciones.

Tabla 1

Rol y años de experiencia	Código
Geriatra con más de 5 años de experiencia	G+5
Geriatra con menos de 5 años de experiencia	G-5
Residente de primer año	R1
Residente de segundo año	R2
Residente de tercer año	R3
Residernte de cuarto año	R4

También se llevó a cabo un ejercicio de autorreflexividad en el cual la investigadora escribió sobre el proceso de investigación y como este fue atravesado por su subjetividad, esto se realizó en el fragmento titulado “El proceso de morir a través de mis ojos”. En un futuro próximo se espera difundir los resultados de investigación tanto a los participantes de la investigación como a los programas de pregrado y postgrado de medicina y geriatría. Y presentar la investigación en dos congresos internacionales que se llevarán a cabo a lo largo del presente año.

Resultados, análisis y discusión

Este capítulo tiene como objetivo dar a conocer los resultados de investigación y el análisis que se hizo de estos a la luz de la teoría. Para iniciar, se presenta el fragmento “El equipo médico y la especialización en geriatría”, en este se describe la forma en la que está conformada la unidad y las particularidades del programa de formación en geriatría.

En seguida, se expone el apartado: “La muerte y el proceso de morir para el equipo médico de geriatría”, este da cuenta de la manera en la que ocurre el final de vida y el proceso de morir de los pacientes geriátricos en el hospital. Su énfasis descriptivo pretende indagar por los componentes que intervienen en la toma de decisiones del final de vida que lleva a cabo el equipo médico.

Posteriormente, se exponen los elementos que constituyen las representaciones sociales, es decir el conjunto de creencias, actitudes y prácticas sociales, que el equipo médico de geriatría tiene con respecto al proceso de morir de sus pacientes. Aquí se analizan las funciones y procesos que cumple cada elemento.

La siguiente sección se titula: “Emoción y poder: categorías emergentes”, en la cual se habla de dos conceptos que aparecieron de manera transversal y protagónica a lo largo de la investigación. El último, segmento visibiliza una reflexión personal que la investigadora realizó sobre el proceso de trabajo y su lugar en el mismo.

El equipo médico y la especialización en geriatría

El equipo médico

El hospital, es una institución de cuarto nivel que ofrece a sus usuarios asistencia médica de múltiples especialidades. Este trabajo hizo énfasis en la unidad de geriatría, la cual, de acuerdo a la página institucional,

“es pionera en Colombia en la atención centrada en la persona mayor. Como pilares de la atención se encuentran la valoración geriátrica integral, la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo, que permiten hacer una evaluación multidimensional de las personas mayores, generando atención integral no centrada exclusivamente en la enfermedad” (Tomado de página web institucional).

Esta unidad ofrece atención médica hospitalaria especializada en geriatría de pacientes mayores de 80 años, con patologías agudas o crónicas descompensadas, además realiza interconsultas y consulta externa. Está conformada por un equipo humano que consta de médicos, enfermeros y administrativos. No obstante, en este trabajo se hace referencia únicamente al equipo médico, del cual hacen parte 14 geriatras y 23 residentes. De todos ellos 15 médicos hicieron parte de la investigación.

La especialización

La Facultad de Medicina correspondiente, cuenta con el programa de especialización en geriatría desde el año 2010. Aquí se forman médicos por un periodo de 8 semestres, para recibir el título de geriatras. Esta formación se lleva a cabo en las instalaciones del hospital, aunque algunas rotaciones tienen lugar en distintas instituciones relacionadas con oncología, deterioro cognitivo y diferentes entidades que cuentan con convenios institucionales.

La residencia tiene componentes teóricos, prácticos e investigativos. Por lo que los estudiantes realizan una serie de actividades en las que desarrollan los tres componentes entre las que se encuentran: asistir a clases, presentar exámenes, realizar turnos, pasar revista médica, ofrecer consulta externa y hacer parte de grupos de investigación, entre otras. A lo largo de la formación se promueve una reflexión ética y social acerca de la especialidad y sus implicaciones. Se trata, de manera comparada con otras especialidades, de una formación en postgrado con un componente teórico fuerte, así como comunitario y social. El equipo de docentes en su mayoría está conformado por geriatras, aunque cuenta con psicólogos, antropólogos, comunicadores, psiquiatras entre otros especialistas. En resumen es un grupo multidisciplinar que cuenta con el apoyo de profesionales de otras disciplinas con formación de maestría y doctorado. Además, la especialidad reconoce la importancia de la interdisciplinariedad, por lo que a lo largo de la residencia los estudiantes deben tomar clases de diversos departamentos de la universidad (Facultad de Medicina, 2018).

La muerte y el proceso de morir para el equipo médico de geriatría

La muerte

En el mundo neoliberal el tema de la muerte ha sido silenciado y tratado como un tabú⁶. Autores como Perr Fuggeli (2010) (citado por Ramvi y Gripsrud, 2017) señalan la importancia de hacer de este un tema recurrente, sobre todo en el entorno hospitalario. Hablar de la muerte con naturalidad permite tener mayor conocimiento sobre las medidas que se deben tomar cuando ocurre y también posibilita que se libere la tensión y carga emocional que conlleva lidiar con ella a diario (Ramvi y Gripsrud, 2017). En esta unidad de geriatría parece que se tiene claridad sobre ello, en especial los residentes y geriatras con más años de

⁶ Esta idea se profundizará en el apartado titulado “Un análisis del poder al final de la vida”.

experiencia, pues ellos aseguran que es un tema que se naturaliza. La muerte hace parte de los temas de conversación diarios, de las entregas de turno, de comentarios de pasillo y de los pensamientos que se cruzan por la mente de los profesionales una vez finaliza su jornada laboral. Dicen que el contacto cercano y constante con ella, hace que esta sea bienvenida dentro de la unidad, pues se reconoce como el fin necesario y natural.

La muerte es para el equipo médico el momento final del proceso de morir, hace parte del ciclo de la vida y es inevitable. Una vez construido el proceso de morir, y habiendo evidenciado el deterioro del paciente, la muerte aparece como la oportunidad para finalizar con el sufrimiento. Es el momento en el que el paciente y su familia reciben paz, descanso y serenidad. El especialista en geriatría hace lo posible por acompañar este proceso hasta el último momento, evitando cualquier sensación de dolor o sufrimiento para que así el desprendimiento de la vida sea tranquilo. La muerte como asegura uno de los residentes: “*se convierte en nuestro amigo y aliado*” (Entrevista R1BH-008). Que estas condiciones sean posibles implica no solo de una serie de factores contextuales sino de que el médico esté preparado y en los momentos de final de vida haga uso de todo su conocimiento clínico, pero también se permita reconocer y dar a conocer su lado humano y compasivo que entiende el dolor y sufrimiento que puede representar la pérdida de un ser querido.

El proceso de morir

Aunque es común escuchar que el proceso de morir inicia con el primer suspiro, hay un momento en el que el final comienza a ser más próximo, el mañana se vuelve incierto y cada latido amenaza con ser el último. A estas personas moribundas a quienes la muerte les acecha se les llama dentro del hospital “*pacientes en final de vida*”. Si bien existen lineamientos que indican el manejo adecuado de estos pacientes, en la vida real el proceso de morir excede las regulaciones administrativas pues la muerte constituye un fenómeno puramente humano. Este trabajo se preocupó por indagar por aquello que ocurre con el equipo médico de geriatría cuando un paciente de la unidad comienza su etapa de final de vida. Aunque cada caso es particular, se pueden identificar patrones en su manejo que serán descritos, así como las discusiones que surgieron de su análisis.

A pesar de que en un inicio la investigación intentó profundizar en aquello referido a ‘la muerte’, los sujetos de investigación trajeron a colación la noción de proceso de morir identificándolo como un periodo de tiempo previo al final en el que ocurren una serie de prácticas que permiten la transformación de actitudes, creencias y significados alrededor de la muerte, tanto para los doctores como para sus pacientes y familiares. Este lapso temporal implica ‘la preparación’. Es aquí donde residentes y geriatras hacen un esfuerzo por construir las condiciones que permitan el tránsito de la vida a la muerte, de manera que *“el desenlace pueda ser percibido con tranquilidad y aceptación”* (Entrevista G-5H-001).

En primera instancia, en la unidad de geriatría, es el geriatra quien tiene la responsabilidad de identificar el momento en el que el final de vida comienza y, a pesar de que como se mencionó anteriormente no existe un consenso clínico que indique con precisión cuando ocurre esto, es él quien es considerado responsable de clasificar a su paciente en final de vida. Esta clasificación, dentro del hospital, conlleva a que el paciente entre en el ‘protocolo de fin de vida’. El protocolo está constituido por una serie de recomendaciones que deben llevarse a cabo con pacientes de estas características. El ingreso al protocolo de fin de vida implica que las condiciones de salud están en un estado irreversible y sumamente deteriorado, se debe creer que la muerte va a ocurrir en las próximas horas o máximo días. Una vez hay consenso dentro del equipo se debe reportar el caso al comité de ética del hospital el cual está conformado por médicos con formación en bioética quienes lo valoran y suelen aprobar la decisión que han tomado en geriatría.

El primer paso para aplicar el protocolo es informar a la familia sobre las implicaciones y posibilidades que surgen con el ingreso. Este proceso comunicativo tiene varias aristas, ya que, según los médicos, puede convertirse o no en un momento traumático para las familias dependiendo de qué tan *“preparadas y conscientes estén del proceso de morir del paciente”* (Entrevista R3AM-002). En muchos casos la familia entiende esta medida como parte de la evolución de la enfermedad, en otros se pueden generar reacciones de agresividad, negación y hostilidad por parte de los familiares. Por esto, los doctores, en especial los residentes con menos años de experiencia, aseguran que es necesario contar con

un equipo multidisciplinar que pueda apoyar en estos momentos, y que en ocasiones se requiere de la presencia de psicólogos o psiquiatras que ayuden a transmitir el mensaje.

Después de haber comunicado el ingreso, los médicos deben proceder a hacer la nota en el sistema, para que el personal de salud se entere de la nueva condición del paciente y ponga en marcha las acciones pertinentes. Por ejemplo, al rotular a un paciente dentro del protocolo, enfermería debe dejar de tomarle signos vitales, gases arteriales o cambiar venas. Además, se liberan las visitas para que familiares y amigos puedan ir a despedirse de la persona. En adición, se solicita apoyo psicológico o espiritual para las familias y se le asigna una habitación o lugar con mayor privacidad para que la persona fallezca.

Cabe aclarar que, aunque el protocolo supone la realización del camino anterior, el equipo médico dio a conocer sus perspectivas sobre la aplicación de este. Residentes y geriatras consideran que el protocolo puede dar una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para su familia, y que esta medida contribuye a que su muerte sea más tranquila, rodeada de mayor confort y bienestar. Creen que su implementación posibilita una mejora significativa en las condiciones del proceso de morir.

Aunque el equipo asegura que darle ingreso a una persona al protocolo es una medida que se toma teniendo en cuenta únicamente los signos clínicos del paciente, se puede analizar que más allá de una decisión médica, esto significa un acto empático frente al sufrimiento del paciente. Dar ingreso a una persona al protocolo de fin de vida es una práctica que requiere de sensibilidad por parte del personal de salud. Esto llama la atención, pues la medicina se ha especializado en generar métodos y técnicas para el control del dolor, sin embargo, el sufrimiento entendido como la sensación subjetiva de malestar que se relaciona con la patología y lo que la rodea, en muchas ocasiones, no es tomado en cuenta (Phua *et al.*, 2011). Llevar a cabo medidas como el protocolo del fin de vida que conllevan a redirigir los esfuerzos terapéuticos en aras de aliviar el sufrimiento y dar mejor calidad de vida, constituye una práctica que implica una postura que se distancia de postulados clásicos de la biomedicina y se preocupa por la humanización del servicio.

Por otro lado, se evidenció que el protocolo también es entendido como una herramienta que facilita el trabajo del médico. Ya que, por una parte, da guía sobre las

acciones que se deben realizar en situaciones de final de vida, cuestión que resulta importante sobre todo para los residentes de primeros años que cuentan con poca experiencia. Pero, por otra parte, al ser una decisión que debe ser aprobada por el comité de ética, aliviana el peso de la responsabilidad que recae en el residente o geriatra. Además, establece una serie de tareas que deben realizar otros funcionarios del hospital ya sea enfermería, atención al usuario, apoyo espiritual, apoyo psicológico o psiquiatría de enlace.

Es importante anotar que dentro del equipo médico también se reconocen algunas críticas o conflictos que surgen alrededor del protocolo. Por ejemplo, en las entrevistas fueron recurrentes las anotaciones de los residentes sobre el trato diferencial que por condiciones particulares como formación, recursos económicos o recomendaciones, reciben algunos pacientes. En estos casos los ingresos al protocolo de fin de vida suelen dilatarse más, pues se realizan mayor cantidad de exámenes y los ven más especialistas. Los residentes aseguran que este trato prioritario les resulta injusto, sin embargo, es poco lo que ellos consideran que se puede hacer al respecto.

Por otro lado, el equipo médico comparte la creencia de que no todos los médicos de otras especialidades están preparados o tienen conocimiento suficiente sobre el protocolo de fin de vida. Según los residentes y geriatras otros especialistas evitan ser quienes rotulan a un paciente en final de vida y prefieren seguir aplicando tratamientos para mantenerlos con vida. Esto se expresa en fragmentos como:

“Llamé a un internista porque mi docente (con quien inicialmente había comentado el caso más temprano) ya se había ido. Le comenté el caso y le propuse poner al señor en protocolo de fin de vida. Yo sinceramente lo veía mal, tenía una condición de base irreversible con mal pronóstico a corto plazo, las hijas sabían que estaba en una situación delicada y que podía morir, y la opción de un protocolo de fin de vida le aseguraba un cubículo, liberación de visitas y medidas de confort. Pero el internista no estaba de acuerdo. Seguía insistiendo en que, si bien era claro que el señor no era reanimable, no podíamos “condenarlo a protocolo de fin de vida”. Noté una gran preocupación por aspectos legales. Me preguntaba: ¿qué diría un abogado si lee la historia clínica? Temía una demanda. Al final hicimos una nota aclarando

la situación del paciente y el riesgo de mortalidad a corto plazo, pero no usamos el término “protocolo de fin de vida”. Aun así especificamos que si se deterioraba no lo íbamos a reanimar, que no se beneficiaba de escalonamientos terapéuticos, que había que priorizarle cubículo y demás. Yo sentí que el internista tenía temor genuino al uso del término “protocolo de final de vida” Mi compañera de rotación escuchó toda la conversación con el internista, ella también percibió el temor a poner en la nota “protocolo de fin de vida” (Fragmento de diario de Campo de R3AM-002).

Creencias, actitudes y prácticas del morir a la luz de la teoría de las representaciones sociales

En la vida cotidiana las personas se relacionan, expresan y viven de acuerdo a las dinámicas del día a día. Una conversación que da luz y dirección a la investigación puede surgir de la forma más inesperada en la mitad de un pasillo. Es labor de la investigadora dar orden y forma a los datos, presentarlos de manera que cobren sentido y logren dar respuesta a la pregunta de investigación, de manera articulada con la teoría. Por esto, el presente subcapítulo fue organizado a través de la identificación de creencias, actitudes y prácticas del morir, y presentado en ejes temáticos que son relevantes para dar cumplimiento a los objetivos del trabajo: El vínculo entre el equipo médico de geriatría, pacientes y familiares, el buen morir, las transformaciones a través de la formación y práctica en geriatría y las diferencias con otras especialidades. En eje, presentado a modo de acápite, se exponen los elementos que constituyen el contenido de las representaciones sociales, se debe recordar que los elementos son las formas a través de las cuales es posible captar las representaciones en las interacciones sociales (Markova, 2003). Así, se dan a conocer las creencias, actitudes y prácticas y cuáles son las funciones y procesos que las atraviesan y permiten esclarecer la forma en la que el equipo médico de geriatría representa el proceso de morir y cómo esto afecta su práctica diaria y las decisiones que toman con pacientes en final de vida.

El vínculo entre el equipo médico de geriatría, pacientes y familiares

A lo largo de la investigación se pudo identificar que el equipo médico considera que el vínculo médico-paciente en geriatría está dotado de una serie de particularidades que se expondrán a continuación. En cuanto a los pacientes hay que recordar que son personas mayores de 80 años. Esto tiene diferentes implicaciones: en primer lugar por políticas

administrativas dichos pacientes no pueden estar solos dentro de las instalaciones del hospital, por lo que la compañía de un familiar es necesaria de forma permanente. Además, suelen presentar patologías crónicas y degenerativas. Por las características de las patologías y los pacientes es común que el médico geriatra mantenga una relación prolongada con el paciente y su familiar en la que los ve de manera frecuente en consulta para documentar el desarrollo de su enfermedad. Uno de los residentes afirma que:

“los pacientes no están en capacidad de decidir por sí mismos, ya sea por la presencia de un trastorno neurocognoscitivo o por la alteración de su estado de conciencia, secundario a la enfermedad; es por esto que deben siempre estar con un familiar, y uno como doctor debe estar pendiente de su desarrollo para tomar las decisiones adecuadas” (Fragmento de diario de Campo de R3AM-002).

El médico no solo debe diagnosticar a los pacientes, sino que su función es guiarlos para puedan vivir con la enfermedad que probablemente los va a acompañar hasta el final de los días. Este rol pedagógico, en el que se profundizará posteriormente, supone que el doctor debe hacer un esfuerzo por conocer al paciente, comprender cómo vive, cuáles son sus expectativas y de qué manera se relaciona con la enfermedad. Esto es visible en un fragmento de entrevista en el que un residente asegura que *“es fundamental conocer quién es la persona que está en proceso de morir para poder acompañarla”* (Entrevista R1BH-008). El equipo de geriatría considera que solo conociendo al ser humano que están tratando, su entorno y sus expectativas, es que se puede establecer un tratamiento que dé como resultado mayor adherencia⁷ y bienestar. Además, la caracterización del paciente le va a permitir al profesional establecer la funcionalidad que este tiene dentro de su ambiente, variable que es fundamental para tomar decisiones sobre su final de vida. Este proceso de conocimiento del otro y exposición continua y prolongada con el paciente hace que el vínculo entre paciente-familia y médico de geriatría sea más cercano. Los residentes consideran que incluir a la familia en el tratamiento es un componente central pues el compromiso de quienes lo rodean contribuye a la construcción de un proceso de mayor aceptación tanto de la patología como

⁷ La adherencia al tratamiento se refiere al cumplimiento de este.

del desenlace. *“Cuando los familiares ven cómo sus seres queridos sufren y se deterioran el final de la vida aparece como un descanso”* (Entrevista R4BM-004).

Es relevante señalar que esta cercanía entre profesional, paciente y familiares es considerada como una característica propia de las especialidades clínicas. La clínica, en su origen etimológico proviene del griego *klinikós* ‘que visita al que guarda cama’, derivado de *klinê* ‘cama’. Su foco está en el tratamiento de la enfermedad y el paciente que guarda cama, y no necesariamente incluye la cirugía, que es considerada otra subdivisión de las especialidades médicas. Según varios médicos del equipo, la forma en la que se clasifica el paciente, la enfermedad y la muerte, dependen de si el doctor hace parte de una especialidad clínica o quirúrgica. Esto se refleja en el siguiente fragmento de entrevista a un residente:

“Se divide entre los clínicos y los quirúrgicos. Para los quirúrgicos el paciente es solo un cuerpo sobre la mesa al que hay que operar, quitarle lo que está mal, por ejemplo el apéndice. Esa es toda su relación con el paciente, creen que la muerte es el resultado de que logren operarlo. En las clínicas es diferente, no jugamos a salvar vidas, no curamos enfermedades, solemos mantener a las personas en el mejor estado que les sea posible, les enseñamos a vivir con la enfermedad los acompañamos hasta que la muerte llega y les permite descansar” (Entrevista R1BH-008).

En el apartado anterior se presenta la subcategoría de clasificación que hace parte del proceso de anclaje. El residente menciona que el paciente y su enfermedad se entienden de una u otra manera dependiendo de si el médico que lo atiende desarrolla una especialidad quirúrgica o clínica. Es importante recordar que Moscovici (2001), asegura que clasificar no es una acción neutral ya que implica ubicar al objeto dentro de una categoría positiva o negativa. En este caso se puede ver que el residente de geriatría clasifica dentro de lo que él considera como positivo a los clínicos y los diferencia de los quirúrgicos a quienes por medio de la particularización los diferencia del prototipo. El fragmento de la entrevista permite ver la manera en la que, a través de una interacción social, se exponen elementos de la representación como creencias y actitudes frente a la acción propia y la de otro grupo. Es aquí donde se visibiliza el contenido de la representación, en este caso la importancia de

construir un vínculo cercano con el paciente, de dotarlo de historia y no reducirlo a su enfermedad, pues esto influye en la forma en la que se entiende el proceso de morir.

Por último, es importante mencionar que varios de los entrevistados comentaron que la forma en la que se relacionan con sus pacientes cambió o se ve influenciada por alguna experiencia que tuvieron a nivel personal con los servicios de salud o con el proceso de morir de algún ser querido. Por ejemplo, uno de los residentes comentó lo siguiente: “*desde que pasó eso con mi abuela, ese es el punto de referencia desde el cual yo me paro para tratar a mis pacientes*” (Entrevista R1BH-008). Acá se puede ver la función de regulación de la cual habla Flament (2011). Él postula que la regulación es el aspecto más móvil de la representación, el que permite integrar nuevos contenidos o diferencias aparentes a partir de la apropiación individual.

La regulación, en estos casos, permite que haya un trato más humano, posibilita que el médico identifique en quién atiende algo propio, y así, a través de la conexión con el sufrimiento del doliente, desarrolle prácticas que exceden la postura biologicista y le permiten adoptar una posición más compasiva que transforma el proceso de morir. La regulación tiene lugar cuando los doctores se permiten escuchar las necesidades, miedos y expectativas de los pacientes; entienden las particularidades y se esfuerzan por plantear soluciones que, de acuerdo a las condiciones de vida del paciente, le sean posibles. Sucede también cuando el doctor ve en el paciente a su abuela o madre y decide quedarse unos segundos más con ella para darle una voz de aliento en el final de vida. También tiene lugar cuando durante las entrevistas les temblaba la voz al recordar el proceso de morir de sus familiares a los que vieron sufrir porque otros médicos les realizaron tratamientos sin mayor propósito o porque el personal de salud que los atendió no contaba con el conocimiento suficiente para calmar su dolor. Pero este recuerdo es el que los motiva a formarse mejor para que los familiares de otros se desprendan con más tranquilidad de este mundo.

El buen morir

A lo largo de la investigación se indagó por aquello que para el equipo de geriatría representaba ‘el buen morir’. Es decir, las condiciones ideales según las cuales el proceso de morir debería darse. Esto se logró a través de un ejercicio de reflexividad en el que los

doctores se cuestionaron sobre su propio final de vida. Fue interesante observar que la forma en la que comprenden y abordan el proceso de morir de sus pacientes en la cotidianidad concuerda con las medidas que les gustaría que se aplicarían en su propio final de vida, hay coherencia que les permite ejercer y acompañar en el proceso de morir.

Las personas entrevistadas trajeron a colación tres componentes fundamentales para que se dé un buen morir: compañía de seres queridos, control médico y gradualidad del proceso. En primera instancia, la soledad se destaca como un elemento indeseable y los médicos refieren que para ellos es difícil ver cuando los pacientes llegan y se van sin ninguna compañía. Creen que el apoyo y comprensión de los seres queridos es fundamental para que se pueda dar un buen proceso de final de vida.

En segundo lugar, consideran que el control por parte de la medicina sobre el proceso de morir es sumamente importante, al punto de catalogar de catastrófico cuando esto sucede sin la presencia de un profesional. Aseguran que es su responsabilidad manejar los signos y síntomas que aparecen en el final de la vida, esto con el objetivo de prevenir cualquier expresión de dolor y sufrimiento. Pero también con el propósito de producir un proceso de morir 'lindo'. El componente estético sale a relucir a través de las narraciones de los doctores, quienes consideran que hay algunos síntomas que hacen que el morir sea traumático, por ejemplo que la persona se ahogue o tenga hemorragias, para evitar que los familiares presencien este tipo de escenas, los especialistas deben anticiparse a los signos y dar el tratamiento apropiado. Por esto para que se produzca un morir 'lindo' es necesaria la presencia entrenada del personal de salud.

Finalmente, el equipo médico refiere que es importante que el morir se pueda construir como un proceso gradual, intentan evitar que sea sorpresivo pues cuando lo es resulta más traumático. Esto a la luz de la teoría de las representaciones sociales, cumple la función de objetivación (Moscovici, 2001). Es decir, en un principio la muerte aparece para el paciente y la familia como un entidad ajena y extraña. Pero a través de la intervención del médico con sus prácticas comunicativas y pedagógicas sumado al deterioro del estado de salud del paciente, el morir se materializa en imágenes de la cotidianidad. Un ejemplo de esto

es la herramienta metafórica que utiliza uno de los geriatras para explicarles la situación de final de vida a los familiares:

“Piense que es como la llamita de una vela, que poco a poco se va debilitando y apagando, así la persona atraviesa los estados de conciencia del final de la vida al principio muy luminoso pero con los días pierde la luz hasta que se apaga. Este es el final de la carrera, el último paso del ciclo de la vida por el cual todos atravesamos”
(Entrevista G+5H-001).

Estos instrumentos lingüísticos, permiten la familiarización con la muerte y posibilitan que el proceso de morir se dé de manera más tranquila y con mayor aceptación. Sin embargo esta homogenización en la representación es progresiva, y se logra a través del proceso de formación del especialista en geriatría.

En geriatría se aprende a dejar morir: transformaciones a través de la formación y práctica en geriatría

En este fragmento se da a conocer aquello que el equipo médico considera como propio del rol del geriatra y la forma en la que a través de la formación y experiencia en la especialidad se va estructurando una representación más clara del proceso de morir y del lugar del profesional en este. En cuanto al rol, hubo consenso entre los geriatras experimentados y los residentes más avanzados al afirmar que el geriatra tiene la labor de acompañar el proceso de morir de sus pacientes, para lo cual, en primera medida, se debe clasificar a la persona en proceso de final de vida y darle ingreso al protocolo.

En ese punto, los entrevistados comentan que es muy importante que el profesional tenga pleno conocimiento sobre la enfermedad y el estado de salud del paciente. Como médicos deben tener claridad sobre el manejo técnico que requiere y va a requerir la persona a medida que su patología avance. El tratamiento que se le brinda a estos pacientes debe constituir un punto de equilibrio en el que se le suministran las dosis de medicamento adecuadas para disminuir el dolor, pero que no se exceda al punto de prolongar la vida. Realizar este redireccionamiento terapéutico en el que se deja de lado el enfoque curativo y centran su atención en el manejo de fin de vida, priorizando en el control y disminución del dolor, para generar mayor confort y calidad de vida, implica una postura ética que tiene como

objetivo principal dar bienestar al paciente, para lograr un buen morir. Con respecto a esto los doctores comentaron que uno de los conocimientos más importantes de esta especialidad es saber detenerse en relación a los procedimientos ordenados, y tener claro que intervenir no siempre es la mejor opción.

En adición, según los entrevistados el geriatra tiene la función de transmitir de manera clara y compasiva la información sobre el estado de salud del paciente y los tratamientos que se van a llevar a cabo. Es aquí donde el tema de la muerte cobra un espacio en la consulta pues de acuerdo a los entrevistados, ellos deben explicar el panorama y las posibilidades a futuro de manera tal que hagan un intento por transformar el miedo y vacío que un primer momento pueden aparecer como reacción al proceso de morir, en una sensación de tranquilidad y certeza de que se está haciendo lo correcto. Así, tanto los residentes como los geriatras reconocen que una parte central de su quehacer médico es resignificar el final de la vida.

Resignificar el final de la vida y “aprender a dejar morir”, como dicen los geriatras y los residentes mayores, constituye una labor pedagógica, que el geriatra lleva a cabo tanto con sus residentes mas jóvenes, como con los familiares de los pacientes, y con médicos de otras especialidades. Esta resignificación se elabora a través de la interacción diaria en actos comunicativos. Con la familia es fundamental, construir una visión de gradualidad en el deterioro. En términos ideales la muerte no debe ocurrir de manera abrupta, sino que este proceso debe permitir que quienes lo rodean puedan hacerse una imagen de desgaste que conlleva a concebir la muerte como un descanso. Ahora, con otros especialistas, la resignificación se da de formas más sutiles, por ejemplo, por medio de conversaciones en las que pretenden gestar procesos de reflexión abogando por orientar la acción médica a aquello que signifique mayor calidad de vida para el paciente. En cualquier caso, el equipo médico resalta que este acompañamiento por parte del personal de medicina debe darse desde la figura de cuidado que vele por la protección y bienestar del enfermo, optando por una actitud compasiva frente al sufrimiento.

No obstante, se aclara que las destrezas comunicativas y la claridad sobre el final de vida se adquieren con los años de experiencia dentro de la especialidad. Por esta razón resulta

interesante revisar la manera en la que este proceso sucede. Así, la investigación identificó tres momentos en los que las perspectivas sobre el morir se diferencian. Un primer momento es antes de entrar a la carrera e incluso cuando se es estudiante de medicina, se tiende a pensar que esta disciplina forma a los médicos para salvar vidas y curar enfermedades, por lo que la muerte se concibe como una amenaza lejana. En ese momento se cree que se deben hacer todos los procedimientos posibles para mantener a la persona con vida y el proceso académico consta de la enseñanza de múltiples métodos clínicos y quirúrgicos que pueden hacer eso una realidad. Los entrevistados recuerdan que en esos momentos ellos tenían la intención de ‘ayudar’ a los pacientes, lo cual, para ellos, implicaba mantenerlos con vida. Sin embargo, reconocen que la falta de experticia y conocimiento combinados con el miedo que les producía la posible muerte de un paciente hacían que se sintieran abrumados con las situaciones de final de vida. Además, creen que hace falta hablar del proceso de morir a lo largo de su formación de pregrado, pues son pocas, por no decir que nulas, las reflexiones que se hacen al respecto. Consideran que este tema debería ser abordado desde el inicio para preparar a los estudiantes a lo que se van a enfrentar en un futuro.

Un segundo momento es durante el primer año de residencia. En este contacto inicial con la especialidad los residentes expresaron que confluyen creencias, actitudes y prácticas aprendidas en el pregrado con una nueva forma de abordar al paciente, la enfermedad y el morir. Aquí es evidente la función de regulación (Abric, 2011) en tanto las interacciones de los residentes de primer año dan cuenta de un escenario conflictivo en el que surge en ellos un cambio en la representación del proceso de morir. Esto conlleva a que en ese primer año se les dificulte declarar a un paciente dentro del protocolo de fin de vida, y que les surjan dudas sobre si actuaron de manera correcta o si por el contrario habrían podido hacer algo más para ‘salvar al paciente’. No obstante, aunque los residentes de primer año hicieron referencia a emociones de inseguridad, angustia, miedo e incluso culpa finalmente optaron por hacer aquello que los residentes de últimos años o los geriatras esperaban de ellos. Así que, a pesar de que durante los primeros 12 meses de especialización la muerte de los pacientes deja un sinsabor en los residentes, con el tiempo ellos la van resignificando de la

mano de sus profesores y compañeros, desarrollando el arte de compadecerse ante el dolor y dejar morir.

El tercer momento, se caracteriza por la consolidación de la representación. A lo largo de las interacciones con los residentes de cuarto año y geriatras se identificó en ellos una total claridad y coherencia frente al proceso de morir en el que la muerte hace parte del ciclo natural de la vida, es decir se naturaliza. En este punto el médico redefine su rol de acompañamiento y con los años adquiere habilidades para comunicar el final de vida, para dar consuelo y de alguna manera la muerte se convierte en el aliado que permite el descanso del paciente. Los geriatras hacen énfasis en que, si bien es importante comenzar a formar a los estudiantes sobre el proceso de morir desde el pregrado, se requiere de la experiencia diaria, del contacto directo con el paciente y su dolor; pues convertirse en maestros del final de vida no es algo que se pueda enseñar en un aula de clase, es una habilidad que en geriatría se construye en el día a día.

La reflexión anterior es un claro ejemplo de que las representaciones sociales exceden al universo reificado del que hablan Duveen y Lloyd (2003). La comprensión y transmisión de lo que representa el proceso de morir está lejos de ser una categoría estática, homogénea y hermética al contexto. Por el contrario, la representación del morir solo tiene lugar en tanto pertenece a un universo consensual, en donde se configura a través de la acción colectiva. Allí le es accesible a las personas del común a partir de la experiencia y el contacto que se tiene con ella. En el universo consensual, la representación puede ser atravesada por la emoción y subjetividad propia del individuo y su contexto; por lo tanto, la representación cobra una dimensión humana que muta de acuerdo a la existencia, deseos y reacciones de los sujetos (Moscovici, 2001).

Llama la atención la transformación que sufre la representación del morir a lo largo de la experiencia vital y profesional de los participantes, como se observó en los tres momentos de la especialidad. Esto permite pensar que no solo es fundamental dar cuenta del lugar y las condiciones contextuales donde surge la representación sino mostrar las modificaciones que experimenta a lo largo de la trayectoria del sujeto, para descubrir posibles generalidades como fue el caso de este trabajo. Así que, si bien en la revisión literaria no se

encontró reflexión alguna sobre esto, se cree que la historización de los individuos puede ser clave para los análisis de las representaciones sociales de contextos específicos.

Diferencias con otras especialidades

Aún cuando a lo largo del trabajo se ha mencionado que el equipo médico de geriatría reconoce posicionamientos propios de su especialidad y los distingue de otras áreas de la medicina. Es importante dedicar unas líneas a aquellos puntos en los que a través de los ojos de los participantes la geriatría es distinta. A partir de este reconocimiento se puede analizar la función de defensa de las representaciones sociales. La defensa tiene como propósito identificar los elementos que le resultan disonantes a la representación para ubicarlos en el límite de esta y resistir a las transformaciones del contenido (Flament, 2011). En el caso de esta investigación dicha función se explicitó cuando residentes y geriatras hicieron alusión a las creencias, prácticas y actitudes de otras especialidades con relación al proceso de morir de los pacientes.

Según los participantes, la comprensión y manejo de un caso de fin de vida depende de la especialidad que lo analice. Una situación que ocurre con frecuencia en donde se visibiliza lo anterior sucede cuando llega un paciente con una demencia muy avanzada, es decir una enfermedad de base que es crónica y degenerativa. No obstante, el paciente ingresa al hospital por una infección que a pesar de que ha sido tratada con antibióticos no muestra mejoría. En este caso los residentes cuentan que es probable que el internista se centre en dar todo tipo de antibióticos con el fin de erradicar la infección. Sin embargo, el geriatra se enfocaría en evaluar el estado basal del paciente, es decir valorar la condición en la que la persona se encontraba antes de presentar la patología aguda, en este caso la infección. Si el paciente tenía un estado basal en el que su salud y funcionalidad estaban altamente comprometidos, como por ejemplo con alteración de la respiración, el estado de conciencia, y sin una respuesta favorable al tratamiento, es probable que el especialista en geriatría decidiera reorientar los esfuerzos terapéuticos e ingresarlo al protocolo de fin de vida. Con base en esta situación, que es recurrente dentro del hospital, el equipo médico de geriatría considera que la prioridad del internista suele ser eliminar la infección para evitar la muerte, mientras que el geriatra se preocupa por valorar de manera integral al paciente, pensando en aquello que le va a producir menor sufrimiento y mayor calidad de vida por lo que realiza tratamientos mínimamente invasivos enfocados en mitigar el dolor y aliviar el sufrimiento.

Es aquí donde aparece una fuerte crítica por parte del equipo médico de geriatría ante la posibilidad de realizar tratamientos que tengan como objetivo prolongar la vida cuando no hay garantías de mantener la calidad de esta, es decir rechazan todo tipo de futilidad terapéutica, y se cuestionan constantemente sobre sus acciones y procedimientos. Aseguran que como médicos deben cumplir con los principios éticos que rigen su profesión entre ellos el de beneficencia, que implica velar por el bienestar del paciente. Esto en ocasiones parece ser ignorado por sus colegas quienes en su afán de creerse: “*salvadores, mesías o super héroes*” (Entrevista G+5H-001), olvidan que el paciente sufre y que probablemente le convendría iniciar un manejo de fin de vida. De acuerdo con un geriatra experimentado existe la necesidad de generar mayor reflexividad sobre el quehacer disciplinar y los límites de las intervenciones médicas. Lo anterior se ve reflejado en fragmentos como:

“Es un problema cuando en la medicina se creen mesiánicos y piensan que son quienes resucitan, dan vida y muerte. Esto es terrible. No poder afrontar que un paciente debe morir y descansar conlleva grandes dificultades, pues se le hacen varios tratamientos que no tienen sentido. Por eso es importante que se hable de este tema, que la gente lo conozca y aprenda, porque el fin de vida tiene elementos y características que hacen parte del quehacer”(Entrevista G+5H-001).

Emoción y poder: categorías emergentes

La metodología cualitativa inductiva se caracteriza por hacer uso de categorías emergentes. Estas surgen al analizar la información generada, al escuchar y observar a los participantes. El investigador debe ser capaz de identificar asuntos o temas que aparecen de manera frecuente, los cuales a pesar de no hacer parte del andamiaje teórico que se había contemplado, son fundamentales para la caracterización del contexto y para la comprensión de las relaciones entre los actores que pertenecen a él. Es labor del investigador identificar estas categorías y dar a conocer la manera en la que se vinculan en el campo y con la teoría existente. En este trabajo se profundizó en las nociones de emoción y poder, como categorías que permiten vincular la teoría de las representaciones sociales con el andamiaje crítico y teórico proveniente de la sociología y la indagación antropológica de la vida social. Emoción y poder, además, permiten vincular niveles de la experiencia subjetiva, con las estructuras y organización social, e incluso con aspectos políticos como la toma de decisiones.

La emoción catalizador de la experiencia

Las emociones tuvieron un lugar protagónico y transversal a lo largo de la investigación. A pesar de que se revisó en la literatura, es poco lo que la teoría de las representaciones sociales dice sobre ellas. Sin embargo al hablar del final de vida con los participantes, ellos no solamente hacían referencia a emociones que surgían en su día a día, sino que por medio de sus expresiones y actitudes, lo emocional emergió de manera espontánea e intensa. Por lo que se decidió incluir una reflexión al respecto.

Aunque algunos teóricos de las ciencias sociales han relegado el tema de las emociones por considerarlas impulsos individuales e innatos, otros como Scheper-Hughes, (1987) han establecido un vínculo indisociable entre la cultura, la sociedad y lo emocional. Esto, debido a que las emociones afectan la forma en la que se vive y proyecta el cuerpo, la enfermedad, el dolor y sufrimiento. Estas proyecciones configuran imágenes que dan cuenta del buen o mal funcionamiento del cuerpo social y político. A su vez, “la cultura es fundamental para comprender la manera en la que nos sentimos, pues las emociones implican orientaciones cognitivas, ideología cultural y moral pública” (Scheper-Hughes, 1987, p.28). Por lo tanto, las emociones sobrepasan la dimensión individual y son entendidas como aquello es capaz de vincular mente, cuerpo, individuo, sociedad y política corporal.

En el trabajo de campo se observó que emociones similares se presentaban frente a situaciones particulares. Esto permitió ratificar que las emociones son socialmente construidas y sus formas de expresión representan significados sociales que dan cuenta de la realidad de un contexto determinado (Bolaños, 2016). La expresión emocional del participante contenía información que sobrepasaba su carácter individual y daba cuenta de la realidad de su grupo y contexto, dicha idea se fortaleció al notificar que las expresiones aparecían de manera repetida en diferentes participantes.

En varios momentos de la investigación, los médicos reconocieron la aparición del componente emocional, afirmando que el vínculo de cercanía que establecen con sus pacientes hace que no solo tengan un mayor afecto por ellos sino que el final de vida se viva con mayor intensidad. Además, aseguraron que enfrentar el proceso de morir de manera cotidiana implica una carga emocional pesada. No obstante, se observó la tendencia a

argumentar que las decisiones y acciones que toman frente a los casos de final de vida están orientadas únicamente por los criterios clínicos y funcionales de los pacientes.

Sin embargo, así los participantes crean que disocian el componente emocional para pensar y actuar en situaciones de final de vida, acá se postula que no solamente esta disociación no es posible, sino que es el componente emocional el que motiva y orienta la acción del médico. Como Blacking (1977) ha declarado: “las emociones son el catalizador que transforma el conocimiento en comprensión humana y que aporta intensidad y compromiso a la acción” (citado por Scheper-Hughes, 1987, p.29). La intensidad y tipo de emoción motivan la acción humana, pues son los momentos en los que se experimenta la enfermedad, el dolor, sufrimiento y muerte cuando el cuerpo y la mente se unifican.

Tristeza, miedo, culpa, alegría y satisfacción

La tristeza con sus diferentes matices surgió de manera recurrente cuando los geriatras graduados y residentes, recordaban la muerte de algún ser querido o paciente. Estas pérdidas suelen expresarse con un tono de nostalgia por la persona que ya no está y el cariño que se tiene por la misma. Es interesante ver que los entrevistados valoran la forma en la que se desarrolló su final de vida para decidir si tuvo o no una buena muerte. Cuando tienen la certeza de que ocurrió un buen morir la tristeza se acompaña de tranquilidad y descanso, por el contrario, cuando se percibe un mal desenlace la tristeza va en compañía de culpa, frustración o mayor tristeza. Esto se refleja en una de las entrevistas a un geriatra quien compara el proceso de morir de su padre y su sobrina:

“mi padre muere, pero entonces había un almuerzo en mi casa con los hijos, los nietos, todo el mundo, música y ya, se acabó. Claro duele, a cualquiera le duele que semejante personaje se muera, ¿no? Pero fue algo planeado, era algo que esperábamos, no sufrió. En cambio, lo de mi sobrina fue todo lo contrario fue acompañado de dolor de cacotanasia, de sufrimiento. Fue muy doloroso y traumático” (Entrevista G+5H-001).

El miedo, también hace parte del abanico de emociones involucrados en el final de vida, sobre todo cuando se es un residente de primer año. En este momento la posibilidad de que un paciente muera atemoriza mucho a los médicos. Ellos aseguran que no han sido formados para enfrentar situaciones de final de vida y tienen todavía la noción de la medicina

como disciplina que evita la muerte, por lo que si la muerte se ha presentado hasta el momento como lo indeseable tiene sentido que cuando aparece, paralice y asuste a quienes no tienen experiencia con ella.

Por otro lado, el equipo reconoce que esta emoción está presente en médicos de otras especialidades cuando se enfrentan a los casos de final de vida, pues nunca han recibido la capacitación para su manejo, esto hace que a los ojos del equipo médico de geriatría los profesionales de otras especialidades no den un manejo adecuado de la situación y produzcan mayor sufrimiento en los pacientes. Esto se puede ver en narraciones como la de un geriatra que se refiere a un caso de final de vida en el que el médico general estaba asustado y no quería darle una dosis más alta de medicamentos por miedo de ocasionar la muerte del paciente, lo que conllevó a que esta persona sintiera mayor dolor:

“(…)el médico llegaba allí muerto del susto, y no podía actuar porque decía ‘ya le pusimos una dosis muy alta’. No era capaz de actuar. El paciente, que estaba invadido por una metástasis por todos los lados y estaba en un clarísimo proceso de final de vida necesitaba de una dosis alta de medicamento que lograra sedarlo. Pero ese médico por miedo a que se muriera no quería dárselo a pesar del inmenso dolor que debía estar sintiendo” (Entrevista G+5H-001).

La culpa, otra emoción que se presenta al inicio de la especialidad, suele estar antecedida por la incertidumbre que tienen los médicos a la hora de enfrentarse a un caso de final de vida. La falta de experiencia y conocimiento hacen que se cuestionen continuamente sobre sus decisiones, aquí aparecen preguntas como: ¿será que pude o debí hacer algo más? Hay que recordar que en estos momentos el residente aún carga con muchas nociones del pregrado en donde se creía que su labor era salvar vidas, por lo que al no cumplir su rol de salvador es coherente que la culpa aparezca como consecuencia de la creencia de que hizo algo mal o de que no hizo lo suficiente por su paciente. Uno de los residentes trajo a colación una experiencia con un caso de final de vida:

“Esa muerte me marcó porque siento que fue culpa mía, de esa siento que sí fui culpable. Tal vez, si hubiese llamado a anestesia para que ellos lo intubaran, le

hubiera puesto una máscara o hubiese hecho otra cosa de repente no se habría muerto” (Entrevista R1BH-008).

En ese fragmento se puede interpretar que el médico se atribuye la responsabilidad de la muerte de su paciente y cuestiona su acción pues no se siente seguro de las decisiones que tomó. Sin embargo, los residentes de tercer y cuarto año mencionan que la culpa es una emoción que se va desdibujando con la experiencia al empaparse más de la geriatría y comprender que el morir en ocasiones es lo mejor que le puede suceder al paciente.

Finalmente, la alegría y satisfacción ocupan un lugar importante en los procesos de morir y al momento de presentarse la muerte. El equipo dice que cuando logran hacer un proceso adecuado de acompañamiento, generando reflexión y aceptación tanto en el paciente como en las familias, la muerte deja una sensación alegre por el descanso de quien se va, el agradecimiento de los familiares y por la sensación de haber realizado su deber de cuidado. Fragmentos como este lo reflejan:

“La muerte se convierte en algo muy positivo, eso yo lo he podido vivir con algunos familiares de pacientes y con pacientes, porque ese proceso de final de vida cuando uno lo explica, cuando uno lo lleva, es menos doloroso. A pesar de que conlleva una adaptabilidad, una resiliencia, una cantidad de elementos necesarios para poder entender el morir como un proceso, cuando se llega así el final es muy agradable porque las familias son parte, entienden y aceptan que al final la muerte es un descanso. Es doloroso, pero hay una sensación de satisfacción del médico y de la familia que saben que hubo un buen proceso para llegar a un final inevitable. Me produce mucha satisfacción lograr que la gente tenga un proceso de morir acompañado, junto a sus familiares y con mayor bienestar. Dentro de ese proceso algunas familias incluso han expresado mucho agradecimiento cuando se vive el final de una manera planificada y sin tanto dolor” (Entrevista G+5H-001).

Por último, es importante reconocer que acompañar los procesos de morir es un trabajo que conlleva una carga emocional que los geriatras y residentes consideran pesada. En especial cuando hay casos difíciles en los que las familias se oponen a las decisiones de los médicos, la muerte se da de manera sorpresiva o el vínculo con quien se va de este mundo es muy fuerte. Entonces, ¿de qué manera los médicos de geriatría enfrentan la muerte de sus

pacientes? Ante esta pregunta ellos comentaron que en ocasiones es difícil. A veces lloran o asisten a los grupos Ballint que son espacios dirigidos por un psicólogo donde, en compañía de otros colegas, discuten los casos que generan mayor impacto. No obstante, por la carga laboral y los horarios de trabajo no siempre es posible asistir a estos espacios y la mayoría de veces no pueden compartir y elaborar estas experiencias. Esto concuerda con el estudio de Ramvi y Gripsrud (2017) en donde demostraron que el impacto emocional que dejan las vivencias relacionadas con la muerte en los profesionales suele ser silenciado en el contexto laboral de la salud. Aunque no es el propósito de este trabajo, ser testigo de comentarios como: *“Uno a veces necesita apoyo con los casos difíciles porque lidiar con la muerte de los pacientes solo es demasiado”* (Entrevista R3AM-002), invita a la reflexión sobre las medidas que se están llevando a cabo para apoyar a los médicos y asegurar su salud emocional dentro del entorno hospitalario.

Un análisis del poder en el final de la vida

Este trabajo no podría finalizar sin analizar la forma en la que los mecanismos de poder atraviesan el escenario de final de vida en el contexto hospitalario. Esto porque el tema surgió de manera reiterativa a lo largo de las entrevistas y se constituyó como una categoría emergente, pero también porque permite entablar diálogos con la antropología y la teoría de las representaciones sociales. Es por esto que el presente apartado da a conocer algunas reflexiones que surgieron al observar las representaciones sociales en el campo, el lugar que ocupan dentro de la disciplina médica y su posible relación con una realidad social más amplia.

Estas reflexiones tienen sentido en tanto se comprende que las vivencias y narraciones que se recogen sobre aquello que ocurre en el proceso de morir, con sujetos que sufren refleja no solo la experiencia individual, sino que da cuenta de una realidad social concreta y, por ende, refleja las dinámicas políticas que posibilitan el surgimiento de tales vivencias. Como lo postulan Abadía y Oviedo (2008) *“investigar la calidad, la justicia, las respuestas individuales y sociales frente a esas «vidas con enfermedades», abre caminos para varios de los campos académicos tanto en la generación de conocimiento como en las repercusiones políticas”* (Abadía y Oviedo, 2008, p.61). Desde esta perspectiva, crítico interpretativa, se entiende que la enfermedad, sufrimiento y muerte, no son fenómenos unicastales y homogéneos. Por el contrario, se consideran fenómenos multicaustales y complejos cuya

vivencia depende de las condiciones materiales y de desigualdad social de quien las sufre (Abadía y Oviedo, 2008).

Este trabajo reconoce que el proceso de final de vida está atravesado por dinámicas de poder y se ve influenciado por el lugar que tanto pacientes como médicos, familiares y residentes ocupan en la escala social. En seguida se profundizará en las dimensiones que atraviesan la producción y reproducción de las representaciones sociales en el campo de investigación. Para esto hay que hacer alusión al concepto de polifasia cognitiva, el cual se refiere a las diferentes representaciones que tienen los individuos de acuerdo al grupo al que pertenezcan y al contexto en el cual aparezca y se utilice la representación, pues esta va a variar a partir de las contingencias ambientales (Markova, 2003).

El concepto de polifasia cognitiva se ve reflejado en el campo, cuando el equipo médico de geriatría reconoce que las condiciones en las que se da el proceso de morir de sus pacientes no siempre son iguales. Por ejemplo, un residente comenta:

“Si eres un paciente normal probablemente la decisión sería no le hagamos nada, pero si eres la amiga o la abuela del doctor, la abuela de cualquiera de los de arriba, se le hace otra endoscopia, otra colonoscopia y regresa a las dos semanas a hacerle otra colonoscopia, se ve que no la quieren dejar morir porque es quien es” (Entrevista R1BH-008).

Al traer el concepto de polifasia cognitiva al campo surgieron dos aclaraciones teóricas importantes. La primera, es que la representación social del proceso de morir para el equipo médico de geriatría debe entenderse como un conjunto de prácticas, actitudes y creencias que si bien se transforman a lo largo de la experiencia profesional del geriatra no constituyen ‘diferentes representaciones’. No se conciben como entidades aisladas pues, entenderlo de esta manera implicaría la fragmentación del proceso de construcción y deconstrucción de la representación a lo largo de la vida: la representación más bien se va consolidando a través del tiempo. Esto es posible decirlo, después de analizar la reflexividad de los participantes sobre su historia de vida encontrando que reconocen la manera en la que la representación del proceso de morir se ha transformado a través de la práctica en geriatría. Uno de los residentes comentó sobre el proceso de morir que: *“uno con el tiempo y los pacientes va aprendiendo de a pocos va entendiendo lo que significa morir”* (Entrevista R4BM-004).

La segunda aclaración del uso del concepto es que al postular que la representación cambia de acuerdo al contexto, pareciera plantear que un sujeto tiene diferentes representaciones sobre un objeto que aparecen de acuerdo al rol o lugar donde esté. No obstante, comprenderlo de esta forma implicaría en este caso la fragmentación del individuo. Es por eso que es fundamental postular que, si bien la representación está en continua transformación a partir de la incorporación de nuevas vivencias, la confrontación de significados o la reafirmación de la misma es producida y reproducida por sujetos multidimensionales y multi situados que juegan múltiples roles dentro de su cotidianidad. Así, es posible comprender que en el momento en el que el geriatra se enfrenta al final de vida de su paciente, su acción y cognición se ven influenciados por el conocimiento científico que ha obtenido en la carrera, la experiencia profesional dentro de la unidad de geriatría, las características propias del paciente, el vínculo que tiene con él, las emociones que le genera ese momento, el ideal de deber ser del geriatra, los recuerdos de sus familiares o conocidos fallecidos, y demás dimensiones que lo constituyen, como se mostró en el caso introductorio de este trabajo. Por lo tanto, se concuerda con lo que dicen Abadía y Oviedo (2008), en cuanto a que no es posible comprender el sufrimiento, la enfermedad y en este caso el morir segmentando al individuo, pues este es un todo indivisible que es psicosocial.

Una vez se aclara que la representación del proceso de morir que tiene el equipo médico de geriatría es un producto social construido a través de un proceso multicausal que es atravesado por dinámicas de poder, es importante cuestionarse: ¿en qué medida su representación es compartida o influye a otros miembros de la sociedad? pues según Moscovici existen unas representaciones hegemónicas que son relativamente uniformes y coercitivas, estas se imponen a los grupos sociales y son producto de ejercicios de poder históricos, sociales y económicos (Castorina & Kaplan, 2003). Pero acaso, ¿la representación del morir del equipo médico de geriatría del hospital es hegemónica?

En aras de dar respuesta a esta pregunta, hay que comprender el lugar de la medicina en el mundo moderno. Por esto es importante traer a colación el trabajo de Foucault (1983) en donde el autor observó que, a partir del siglo XVIII, la medicina jugó un papel protagónico en el tratamiento de las epidemias. Para aquel entonces los médicos debían hacer un seguimiento detallado de la población, caracterizando los ambientes de contagio, registrando los casos, nacimientos y decesos a causa de la enfermedad. Estas nuevas tareas dieron como

resultado el control estadístico de la población, la generalización de la presencia del médico en el espacio social y por lo tanto la definición de un estatuto político de la medicina.

En suma,

Foucault detectó la conformación de dos grandes mitos o, mas bien, de dos pretensiones biopolíticas: por un lado, la nacionalización de la profesión médica y, por otro, la expectativa de la desaparición total de la enfermedad. La nacionalización de la profesión convirtió al médico en un funcionario estatal con responsabilidades que abarcaban desde consejos de vida prudente hasta la prescripción de conductas alimentarias. Ocurre que, en tanto funcionario estatal, estaba autorizado a gestionar la existencia humana a fin de optimizar la salud pública. En este punto, el médico se volvía el agente indispensable para alcanzar el cumplimiento de un objetivo de máxima para la biopolítica: la regulación total de la salud pública (López, 2017, p.67).

Esto sumado al estudio realizado por Gracia (1987), en el que se expone la forma en la que el sistema normativo de la ciencia médica no solamente ha adquirido una dimensión política, sino que se ha constituido como una parte muy importante de la normatividad general de la sociedad civil, permite establecer que en la actualidad aquello que se postula desde la disciplina médica tiene gran influencia sobre las formas de concebir, significar y vivir el mundo.

Identificada la importancia e influencia del saber médico en la actualidad, es pertinente recordar la representación que se ha difundido desde la disciplina sobre la muerte. Como se mostró en el estado del arte y se corroboró con los datos obtenidos en campo dentro de la formación del médico es poco lo que se enseña del proceso de morir, el tema de la muerte suele ser presentado como aquello indeseable que debe ser evitado pues la función del médico es salvar vidas y el fallecimiento de un paciente constituye un fracaso médico. Esta representación del morir se opone a la del equipo médico de geriatría la cual no solamente no puede ser reconocida como hegemónica, pues no reproduce los significados ya existentes de la biomedicina, sino que es una apuesta por desarrollar una representación social de carácter constituyente en tanto su capacidad de ser reproductora de nuevos significados (Castorina & Kaplan, 2003).

Para el equipo de geriatría: *“los últimos instantes de vida son tan importantes como los primeros”* (Entrevista R1BH-008). Ellos consideran que deben ser quienes acompañen y velen por que este tránsito hacia el final se dé de la manera más tranquila y con el mayor bienestar posible. Para que se produzca de esta forma se requiere que el médico además de aliviar los síntomas, se sensibilice con el sufrimiento del paciente y su familia. A pesar de que la representación del proceso de morir y la muerte del equipo de geriatría ha transformado los procesos de final de vida tanto de los médicos de la unidad como de los pacientes y familiares del hospital, esta representación no se ha generalizado a otras especialidades de la medicina ni es tan conocida en un entorno social más amplio. Según lo observado en campo se reconocen algunas razones que pueden contribuir a que esto ocurra.

En primer lugar, la geriatría no es una de las especialidades con mayor demanda, uno de los residentes comentó que: *“en promedio se presentan 20 aspirantes de los cuales por semestre pasan 3; mientras que para otras especialidades como medicina interna se presentan alrededor de 150 personas”* (Entrevista R4AM-001). Además varios residentes aseguraron que esta no fue era su primera opción para especializarse. La baja popularidad puede deberse, según los participantes, a que es poco lo que se les habla del final de vida en el pregrado, pero además los geriatras son identificados bajo algunos estereotipos. En una de las entrevistas de campo, uno de los participantes aseguró que:

“Los otros nos ven como los ángeles de la muerte, piensan que no hacemos nada y dejamos morir a nuestros pacientes pero esto lo ven como algo malo como si incluso los condenáramos a morir por ingresarlos al protocolo de fin de vida” (Diario de campo R3AM-002).

La proximidad que tienen con la muerte, las características de su práctica clínica que implican el acompañamiento de personas con enfermedades crónicas y cuyo desenlace es el final de la vida, no se acomoda al imaginario del médico que se construye a lo largo del pregrado. Como asegura uno de los geriatras: *“quería estudiar medicina, en ese momento yo pensaba que el arte de la medicina era o estaba destinado a salvar vidas y así fue a uno lo forman como médico para salvar y prolongar vidas”* (Entrevista G-5H-005). Siendo así, la práctica en geriatría no solamente no se acomoda al imaginario del deber ser del médico, sino que puede constituir un cuestionamiento tanto al rol de la medicina como a la relación de poder que se establece entre médico y paciente. Esto se postula teniendo en cuenta que dentro

de la geriatría se menciona la importancia de escuchar, comprender, dialogar y acompañar a la persona que sufre. Además, el especialista se permite crear un vínculo, ya que en muchas ocasiones reconoce en su paciente a algún familiar que pasó por una situación similar, esto da pie para que en el médico surja una posición de vulnerabilidad, pero, ¿qué implica esta vulnerabilidad?

Teóricos como Layton (2009), Hoggett (2017) Österlind et al., (2011) (citados por Ramvi y Gripsrud, 2017) han estudiado el lugar que se le da a la vulnerabilidad en las sociedades neoliberales, llegando a la conclusión de que esta es rechazada. Han observado que las expresiones de dependencia o fragilidad humana se constituyen como algo de lo cual avergonzarse. La enfermedad y el morir representan el estado más frágil del ser humano y por lo tanto han sido denigradas profesional e institucionalmente. Hoy en día se exaltan cualidades como la productividad y eficiencia y se cree que estos atributos conducen al éxito y deben ser protagónicos en los servicios de salud. Por esto, cualquier manifestación de pérdida de control por parte de un funcionario de salud puede desencadenar en él sensaciones de vergüenza, fracaso e imperfección y en su entorno rechazo y desacreditación de su experticia como médico. No obstante, se reconoce que el tener contacto con pacientes moribundos hace que emociones fuertes puedan surgir y que en el médico broten expresiones de vulnerabilidad. Sin embargo, al ser consciente de lo que esto puede generar en su ambiente laboral, el médico evita la vergüenza de exponer su vulnerabilidad en el lugar de trabajo (Ramvi y Gripsrud, 2017).

Teniendo presente que la muerte para la sociedad neoliberal es considerada un tabú y dentro de la medicina representa aquello a evitar, hacer parte de la unidad de geriatría y representar de la forma en la que se ha expuesto el proceso de morir, es una apuesta por cuestionar las dinámicas de poder que se han establecido en la medicina, pero además por humanizar la disciplina a través del reconocimiento de la vulnerabilidad como aquello que posibilita ofrecer un mejor acompañamiento al final de la vida.

El proceso de morir a través de mis ojos

Finalmente, llegó el momento de hablar en primera persona. A lo largo del trabajo esto me cuestionó de manera continua; solía cometer errores y a la hora de redactar escribía algunas frases en primera persona que en las lecturas de corrección cambiaba sintiendo un poco de vergüenza por la frecuencia con la que ocurrían estas situaciones. Hoy, a pocos días

de entregar el trabajo de grado es cuando me doy cuenta de que estos errores no eran tan casuales como lo pensé en algún momento. Quizás fueron un intento constante de mantener cierta distancia, de trabajar el tema creyendo que como investigadora podía observar de forma externa e ir al campo a registrar una realidad que poco o nada tenía que ver conmigo, todo esto en aras de no involucrarme, de tratarlo con la mayor objetividad como si fuera un requisito de grado que debía cumplir para obtener los diplomas. Si bien me esforzaba por hacer un buen trabajo, manejar de la mejor forma los conceptos, buscar las fuentes indicadas y profundizar en las entrevistas, no quería involucrarme y dejar que el tema, el campo y los sujetos que hicieron parte de la investigación me permearan. Otra de las preocupaciones que me acompañó a lo largo del proceso fue que el trabajo tuviera los elementos suficientes para ser considerado antropológico y psicológico, así que a medida que escribía cada fragmento me preguntaba a qué disciplina le correspondía el apartado.

Las anteriores situaciones van en contravía del contenido de la investigación, pues como ya habrán leído, en este trabajo expongo dos fundamentos que pueden ser los pilares de la misma. Por un lado, reflexiono sobre la necesidad de ambos saberes para lograr una comprensión más completa del morir y del contexto de investigación, hago alusión a la imposibilidad de escindir conceptos como individuo y sociedad, pues cada vez que estos aparecían en el campo la Antropología y Psicología ofrecían elementos para el análisis de los mismos. Es en este punto en el que me doy cuenta de la invalidez de mi segunda preocupación, ya que el trabajo de grado no puede ser leído desde una actitud que pretenda la segmentación de los componentes. Por el contrario, es necesario partir de una postura comprensiva, en donde cada capítulo se lea como un intento por aproximarse a una realidad compleja e integral escrita y pensada a través de ambas disciplinas, pues quien la hizo reconoce en sí misma a la Antropología y a la Psicología como los saberes que la constituyen, desde los cuales ve al mundo y se posiciona frente a él.

Esto me lleva al segundo punto de reflexión en donde se plasma mi primera preocupación. A lo largo del trabajo de campo pude constatar que el ejercicio de la geriatría en los procesos de final de vida excede la racionalidad técnica. Pude ver cómo los doctores al enfrentar el proceso de morir no solamente se mostraban como médicos. Vi que el sufrimiento de los pacientes los confrontaba y que en aquellas situaciones de final de vida surgían una serie de emociones y pensamientos en donde dejaban ver su historia personal. El

dolor físico, el sufrimiento y la muerte de los pacientes daban lugar a que en aquella figura, para mi muchas veces lejana y fría del médico, se viera la vulnerabilidad, pues el profesional se reconocía en el otro a través de un ejercicio de empatía y compasión. Fue en aquellos instantes cuando ví que el geriatra era capaz de llevar a cabo un acompañamiento del proceso de final de vida en el que el paciente y su familia se sentían apoyados y contenidos. Esto gracias a que el doctor reconoce en sí un ser multidimensional habitado por su historicidad y emociones.

Lo anterior me permitió pensar que en el momento en el que el médico se reconoce en el otro, y por lo tanto entiende que él está constituido no solamente por su rol de doctor, sino que es un ser complejo y vulnerable, es cuando la fortaleza y unicidad de la especialidad geriátrica sale a la luz. Creo que esto mismo me ocurrió a mí en el proceso de investigación. Si bien en un principio me esforcé por mantenerme en el lugar de investigadora distanciada del fenómeno (un poco por rigurosidad, otro poco por el miedo que me despertaba recordar, comparar y elaborar la muerte de mis nonos a través del trabajo), el dolor físico, el sufrimiento y la muerte también me desbordaron. Fue en el instante en el que me reconocí en las dudas, en el sufrimiento de los médicos o en la ansiedad y zozobra de los familiares, cuando comprendí con ayuda de mi tutora que es la vulnerabilidad, el dejarse permear, cuestionar y atravesar por el campo, aquello que como investigadora, pero también como mujer y persona, me permite comprender al otro, conectarme y construir de manera conjunta reflexiones que posibilitan pensar el lugar de lo humano en la salud. Así, a su vez, se gesta un ejercicio político y ético que reafirma la posición que quiero ejercer como profesional.

Las palabras anteriores tienen como finalidad invitar al lector a releer el trabajo, esta vez desde una perspectiva más contemplativa y compasiva, en la que el fenómeno complejo del morir si bien es visto desde una postura disciplinar y teórica propia de la Antropología y Psicología, también es atravesado por la sensibilidad y estética de la Literatura y la Poesía, componentes que hacen parte de la situación y de la historia y mirada de quien la analizó. En este caso ubicarse desde dicha perspectiva permite una comprensión más amplia del proceso natural del final, en el que cada flor se marchita y se deshoja, sin la necesidad de diseccionarla para evitar el curso de este proceso.

Conclusiones

Luego de reconocer el fenómeno de envejecimiento poblacional que se está desarrollando en el país, el aumento de la población con enfermedades crónicas y discapacitantes que se dirigen a los hospitales de alto nivel y el desconocimiento de lo que sucede en los escenarios de final de vida, se realizó una investigación cualitativa etnográfica en un hospital de nivel 4 de la ciudad de Bogotá. Allí se trabajó con el equipo médico de geriatría para comprender la forma en la que ellos representaban el proceso de morir y su relación con la toma de decisiones de final de vida. Para esto se hizo uso de la teoría de las representaciones sociales.

Antes de exponer las conclusiones generales que surgieron en este trabajo de grado, es importante señalar las limitaciones del mismo. Por esto se reconoce que la investigación por cuestiones de extensión y profundidad no cubrió el total de residentes y geriatras del programa seleccionado. Además esta sólo profundiza en las representaciones sociales del morir de una unidad particular en el panorama nacional, por lo que para generar conclusiones más abarcales sobre la especialidad geriátrica en Colombia sería pertinente realizar este estudio en otras unidades del país. A futuro sería interesante realizar un estudio con mayor profundidad en el que se logrará develar el núcleo central de la representación a partir de la metodología mencionada por Abric (2011). También se podría indagar más sobre la dimensión emocional, investigando con mayor nivel de detalle sobre el manejo de la carga emocional que produce lidiar con el final de vida de manera cotidiana para el personal de salud. Por último, sería interesante realizar esta investigación en otras especialidades para así consolidar una perspectiva más amplia del fenómeno del morir en la medicina.

En cuanto a las conclusiones generales, en primera instancia, se describió la manera en la que ocurre el final de vida de los pacientes en la unidad de geriatría, a través de las narraciones y vivencias de los doctores de la especialidad. Aquí se identificó la importancia que para ellos tiene la construcción del proceso de morir, como un espacio de preparación anterior a la muerte, en el que se deben desarrollar una serie de prácticas tales como: ingresar a la persona en protocolo de fin de vida, dar manejo paliativo, controlar los signos y síntomas que generan dolor, comunicar, apoyar y acompañar de manera compasiva y próxima al paciente y a sus familiares hasta que ocurra la muerte. Se observó que para ellos el protocolo de fin de vida permite que los pacientes tengan mayor bienestar, calidad de vida, un mejor proceso de morir y por lo tanto una muerte más tranquila. Sin embargo, reconocen que no

siempre se implementa de la mejor forma debido a que los médicos de otras especialidades no están capacitados o familiarizados con este.

En seguida, se analizó la relación entre la teoría de las representaciones sociales y el campo. Allí surgieron algunos ejes temáticos a través de los cuales se visibilizaron las creencias, actitudes y prácticas del equipo médico de geriatría. Para iniciar, se presentaron las particularidades del vínculo entre paciente y especialista en geriatría, entre estas se notificó la importancia de incluir a los familiares en el proceso de final de vida, esto garantiza que haya una mejor adherencia al tratamiento y que la muerte no resulte en un hecho sorpresivo y traumático. Además, reconocen que, por las características de las enfermedades y de la población, suelen compartir más tiempo con familiares y pacientes, esto hace que haya mayor contacto con su sufrimiento y que el vínculo sea más cercano.

El segundo eje temático dio a conocer lo que para los profesionales constituye un “buen morir”, así la muerte ideal se da en tanto el paciente esté en compañía de sus seres queridos, haya control médico de los signos y síntomas y por último se construya el proceso de morir de manera gradual.

El tercer tema importante fue las transformaciones que surgen a través de la formación y práctica en geriatría como especialidad: se describen aquellas cosas que el equipo médico de geriatría reconoce como propias del rol del geriatra. Entre estas se destacan los conocimientos clínicos sobre el manejo del final de vida, en donde siempre debe primar dar el mayor bienestar al paciente para que este tenga una muerte digna. Las personas entrevistadas dicen que, a lo largo de la formación, la muerte se transforma, se convierte en el aliado del médico y ellos aprenden a dejar morir. Pero no solamente deben aprender a permitir que la muerte suceda, sino que su labor es generar reflexividad tanto en las familias como en otros especialistas por medio del ejemplo y la comunicación, así promueven prácticas y actitudes que priorizan la compasión ante el sufrimiento del paciente.

No obstante, se identificaron tres momentos a lo largo de la formación en los que se pueden analizar transformaciones en la representación del proceso de morir para el médico. El primero a lo largo del pregrado donde la muerte aterriza y se evita, el segundo es durante el primer año de residencia en el que hay un conflicto entre las nociones aprendidas durante la carrera y la postura de la geriatría frente al morir y, por último, cuando ya hay más experiencia dentro de la unidad, aquí se comprende el rol de acompañamiento en el final de

vida, se afianzan habilidades de comunicación y destrezas para apoyar a quienes sufren. De este análisis se pudo concluir la importancia de historizar a los sujetos de investigación y comprender que las representaciones sociales se transforman a lo largo de la historia de vida de los sujetos.

Por otro lado, se pudo analizar la función de defensa (Flament, 2011) en el momento en el que el equipo médico de geriatría estableció las diferencias con otras especialidades. La geriatría, enfatiza en el estado basal del paciente para considerar los tratamientos que se realizan, mientras que otras especialidades se focalizan en eliminar la patología aguda que presenta el paciente realizando varios tratamientos que pueden afectar la calidad de vida del mismo. Frente a este escenario la geriatría se muestra crítica pues rechaza todo tipo de tratamientos fútiles que generen mayor sufrimiento.

En adición, se identificó como una categoría transversal y protagónica la dimensión emocional. En este trabajo se entendió la emoción como aquello capaz de vincular mente, cuerpo, individuo, sociedad y política corporal. Así que analizar las emociones permitió comprender mejor el contexto de investigación, a los participantes y sus representaciones. Se presentaron la tristeza, miedo, culpa alegría y satisfacción como las emociones que aparecen con mayor frecuencia e intensidad en los procesos de final de vida. A partir de las narraciones de los participantes, se constató que lidiar con el proceso de morir y la muerte de los pacientes implica una carga emocional fuerte, que afecta al equipo médico.

También se reflexionó sobre las dinámicas de poder que atraviesan el campo de investigación. Se identificó que la vivencia del morir depende de las condiciones económicas y sociales que tenga el paciente. Finalmente, se dio a conocer el lugar que ha tenido el saber médico en la actualidad siendo una disciplina que ejerce control y vigilancia sobre la sociedad, por lo que allí se ejerce influencia en la forma de concebir el mundo. Desde la disciplina biomédica se ha reforzado la visión de la muerte como un suceso indeseable, no obstante, la representación de la muerte y el morir desde la geriatría es radicalmente diferente. La representación del morir del equipo médico de geriatría es una apuesta por crear un significado constituyente que debido a que es una especialidad que goza de poca popularidad dentro de la disciplina, y que reconoce la vulnerabilidad como uno de sus pilares, no ha logrado tener mayor impacto en la sociedad actual.

Dos actitudes diferentes hacia la vida y la muerte:

Para finalizar, hilando el poema inicial de este trabajo con estas conclusiones, se presentan dos poemas un haiku japonés del siglo XVII y un poema del siglo XIX de Tennyson. Comparados por el filósofo budista Suzuki (1960), en donde se plasman dos actitudes diferentes hacia la vida y la muerte.

El poeta japonés escribió:

“Cuando miro cuidadosamente
¡Veo la nazuna floreciendo junto al seto!”

En contraste, Tennyson escribió:

Flor en la pared arrugada,
Te saco de las grietas
Te tengo aquí, raíz y todo, en mi mano, pequeña flor, pero si pudiera entender lo que eres, raíz y todo, y en general, debería saber qué es Dios y el hombre.

Suzuki observa que el poeta japonés Basho no arranca la nazuna, sino que se contenta con admirarla desde una distancia respetuosa: sus emociones son "demasiado llenas, demasiado profundas y no desea conceptualizarlas" (1960: 3). Tennyson, sin embargo, es activo y analítico. Rasga la planta por sus raíces, destruyéndola en el acto mismo de admirarla. "Aparentemente no le importa su destino. Su curiosidad debe ser satisfecha. Como hacen algunos científicos médicos, viviseccionaría la flor" (Suzuki, 1960) (Citado en Scheper-Hughes, 1987, p.14)

La geriatría con su representación del morir se asemeja más a la actitud de Basho, en donde se refleja una postura más contemplativa, que admira y acompaña la vida comprendiendo el equilibrio y la belleza de sus ciclos. Mientras que la perspectiva biomédica pareciera resonar más con Tennyson, quien prioriza el poder del conocimiento frente al bienestar de la flor.

Agradecimientos

Por último, quisiera dedicar algunas líneas para agradecer. En primer lugar, al personal de salud entrevistado pues sin sus testimonios, vivencias y colaboración este trabajo no hubiera sido posible. En segunda instancia, al grupo de investigación ya que este documento es fruto de un trabajo en equipo. El proceso nos permitió aprender, reflexionar y cuestionar juntos creando así un espacio de cuidado y crecimiento en donde se construyó conocimiento compartido, gracias por permitirme hacer parte de ello.

También, quiero agradecer a mi maestra Ana María, por haber guiado mis pasos en este camino, por sus cuestionamientos siempre oportunos y por llevarme a aquellos lugares incómodos desde donde surgieron las reflexiones más valiosas.

A mis padres, por ser los pilares incondicionales de mi vida, por su presencia y apoyo constante. Finalmente a mi nona quien a pesar de ya no estar en esta dimensión es mi inspiración y compañía eterna.

Referencias

- 18^a Asamblea Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki 1964. Recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos*. Helsinki: Asociación Médica Mundial (AMM)
- Abadía, C., Oviedo D. (2008) *Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Abric, J. (2011). Las Representaciones Sociales: aspectos teóricos. En: *Prácticas Sociales y Representaciones*. 11-32. Coyoacan. México.
- Ahmed, I., Banu, H., Al-Fageer, R., Al-Suwaidi, R. (2009). Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*, 24(3), e1-7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19664516>. doi:S0883-9441(09)00134-8 [pii] 10.1016/j.jcrc.2009.06.003
- Alonso, J. (2012). La construcción del morir como proceso: la gestión del personal de salud en final de vida. *Universitas Humanística*, 74(Julio-diciembre), 123-144. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/3645/3190>.

- Bailey, C., Murphy, R., Porock, D. (2011). Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Annals of emergency medicine*. Vol 59. (4), 362-369. Recuperado de https://www-clinicalkey-es.ezproxy.javeriana.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0196064410017038.pdf?locale=es_ES
- Blasco, T., y L. Otero (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación*, 33, 1-5. Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OIS/index.php/nure/article/view/408/399>
- Bolaños, L. (2016) El estudio socio-histórico de las emociones y los sentimientos en las Ciencias Sociales del siglo XX. *Revista de Estudios Sociales*. En línea. Recuperado de <http://journals.openedition.org/revestudsoc/9762>
- Cañón, M.(2019) *Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contexto rural y urbano del departamento de Cundinamarca*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Castorina, J. Kaplan, C. (2003) Las Representaciones sociales problemas teóricos y desafíos educativos. En *Representaciones sociales problemas teóricos y conocimientos infantiles*. (pp. 1-28). Barcelona, España: Gedisa
- Commission to Review the AAA Statements on Ethics (1998). *Código de ética de la Asociación Antropológica Americana*. Asociación Antropológica Americana.
- Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1090 del 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2012). *Ley Estatutaria 1581 de 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Deep, K. S., Green, S. F., Griffith, C. H., & Wilson, J. F. (2007). Medical Residents' Perspectives on Discussions of Advanced Directives: Can Prior Experience Affect How They Approach Patients? *Journal of Palliative Medicine*, 10(3), 712-720. Recuperado de <http://ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=25536527<=es&site=eds-live>. doi:10.1089/jpm.2006.0220

- Delgado Rodríguez J. (2010) Implicaciones éticas de la limitación de tratamientos de soporte vital desde la perspectiva enfermera. 18-26.
- Dikomitis, L. (2016). Reflections on Ethnography in Medicine. en *Ética Clínica*, G. T. (2011). Valores en medicina: etnografía de sus representaciones en un hospital de cardiología [ECDL 2] en México. *Revista Cuicuilco*, 18(52), 115-132. Recuperado de [http://ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=89173393\(=es&site=eds-live](http://ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=89173393(=es&site=eds-live).
- Duveen, G. Lloyd, B. (2003) Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. En *Representaciones sociales problemas teóricos y conocimientos infantiles*. (pp. 29-39). Barcelona, España: Gedisa
- Facultad de Medicina (2018) Programa de Especialización en Geriátrica: Documento Maestro para Solicitar la renovación del Registro Calificado. (pp. 1-180). Bogotá, Colombia.
- Fassier, T. (2016). Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die Today? Physicians' Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department-ICU Interface: A Qualitative Study. *Annals of emergency medicine*(68), 28-39 Recuperado de <https://linkinghub-elsevier.com.ezproxy.javeriana.edu.co/retrieve/articleSelectPrefsPerm?Redirect=https%3A%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS0196064415013608%3Fvia%253Dihub&key=485753d32292ccb09d349ec67bf56f3f4b4d445e>
- Farr, R. (2003) De las representaciones Colectivas a las representaciones sociales: Ida y vuelta. En *Representaciones sociales problemas teóricos y conocimientos infantiles*. (pp. 153-175). Barcelona, España: Gedisa
- Flament, C. (2011) Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. En: *Prácticas Sociales y Representaciones*. Coyoacan. México.
- Fontugne, E. A. (2014). To Treat or Not to Treat: End-of-Life Care, Patient Autonomy, and the Responsible Practice of Medicine. *Journal of Legal Medicine*, 35(4), 529-538. Recuperado de <http://ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?dir>

[ect=true&db=lgh&AN=100015039\(=es&site=eds-live.](#)

doi:10.1080/01947648.2014.981445

Foucault, M. (1983). *El nacimiento de la clínica; una arqueología de la mirada médica*. México, D.F.: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Galanos A.N., Morris D.A., Pieper C.F., Poppe-Ries A.M., Steinhauer K.E.. End-of-life care at an academic medical center: are attending physicians, house staff, nurses, and bereaved family members equally satisfied? Implications for palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 29 (1), 47-52

García-Caro, M. P., Cruz-Quintana, F., Río-Valle, J. S., Muñoz-Vinuesa, A., Montoya-Juárez, R., Prados-Peña, D., Botella-López, M. C. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 10(1), 57-73. Recuperado de [https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47075297\(=es&site=ehost-live.](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47075297(=es&site=ehost-live)

Glaser, B., Strauss, A. (1965) *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.

González, J., García, E. (2000) La Geriatria algo más que una especialidad. *Revista Cubana de medicina general integral*. 16(4), 390-391. Guantánamo, Cuba.

Gracia, D. (1987) El nacimiento de la clínica y el nuevo orden de la relación médico-enfermo. *Cuadernos Hispanoamericanos*. No. 446-467 269-282. Madrid

Guber R.(2001). La etnografía metodo campo y reflexividad: *Enciclopedia latinoamericana de sociocultural y comunicación*.

Hall, S., Evans, J. and Nixon, S. (2013). *Representation*. 2nd ed. London: Sage Publications.

Hamui-Sutton, A., Valera, M. (2013) La técnica de grupos Focales, *Investigación en Educación Médica* 2 (5), 55-60. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Jylhänkangas, L., Smets, T., Cohen, J., Utriainen, T., & Deliens, L. (2014). Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. *Sociology of Health & Illness*, 36(3), 354-368. doi:10.1111/1467-9566.12057.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1983). *Psicología da morte*. São Paulo, SP: Pioneira.
- Lessard, S., Leclerc, B. S., & Mongeau, S. (2016). Family Caregivers' Social Representations of Death in a Palliative Care Context. *SAGE Open*, 6(1). doi:10.1177/2158244016637399
- López, C.(2017) *Acerca del nacimiento de la clínica de Michel Foucault. Aportes teóricos, desafíos filosóficos y vigencia de un texto hecho con los desechos del otro*. Agora. San Martín.
- Markova, I. (2003) La presentación de las representaciones sociales: Diálogo con Serge Moscovici. En *Representaciones sociales problemas teóricos y conocimientos infantiles*. (pp. 111-152). Barcelona, España: Gedisa.
- Medina Ch, A., Acosta, L., Giraldo, C., Palacio, A., (2019). Toma de decisiones médicas de inclusión en protocolo de fin de vida: una mirada desde el ejercicio y la formación en geriatría en la unidad de geriatría en la ciudad de Bogotá. (Protocolo de Investigación). Instituto de envejecimiento, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Medeiros do Nascimento, A. M., & Roazzi, A. (2007). The structure of social representation of death in the interface with the religiosities of healthcare professionals groups. *In Vol. 20*, 435-443.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol*, México D. F., Alianza editorial mexicana.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Socialización encuesta Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*. Colombia: Imprenta nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). *Resolución Número 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de la República de Colombia
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires. Editorial Huemul.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. En J.P. Forgas (Ed.) *Social Cognition perspectives on everyday knowledge*. London: Academic Press., 181-209.

- Moscovici, S. (1998): The History and Actuality of Social Representations, en U. Flick (ed.), *The Psychology of the Social* Cambridge: Cambridge U. P., 209-247.
- Moscovici, S. (2001). *Social Representations Explorations in Social Psychology*. New York University Press. Nueva York.
- Montero, I. (2011). Tercera edad: la próxima mayoría en México. *Contenido*, (576), 28–39. Recuperado de <https://search-ebshost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=61154377&lang=es&site=ehost-live>
- Otero, H. (2018). Mortalidad y percepción de la vejez. Conjeturas sobre el caso argentino, 1850-1950. *Quinto Sol: Revista de Historia Regional*, 22(2), 1–25. <https://doi-org.ezproxy.javeriana.edu.co/10.19137/qs.v22i2.1804>
- Ortiz, L. P. (2016). 25 años en la Sociología de la Vejez. *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, 25(3), 207–216. Recuperado de <https://search-ebshost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=120357928&lang=es&site=ehost-live>
- Papavasiliou, E., Chambaere, K., Deliens, L., Brearley, S., Payne, S., Rietjens, J. (2014). Physician-reported practices on continuous deep sedation until death: A descriptive and comparative study. *Palliat Med*, 28(6), 491-500. doi:10.1177/0269216314530768
- Perdigon, A., Strasser, G. (2015). Dying process and nursing: A relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. *Physis*, 25(2), 485-500. doi:10.1590/S0103-73312015000200009
- Phua J., Kee A.C., Tan A., Mukhopadhyay A., See K.C., Aung N.W., et al. (2011) End-of-life care in the general wards of a Singaporean hospital: an Asian perspective. *J Palliat Med*. 14 (12) 296-301.
- Ramvi, E., Gripsrud, B.(2017) *Silence about encounters with dying among healthcare professionals in a society that 'de-tabooises' death*. University of Stavanger, Norway.

- Rietjens J.A., Korfage I.J., Dunleavy L., Preston N.J., Jabbarian L.J., Christensen C.A., et al. (2016) Advance care planning--a multi-centre cluster randomised clinical trial: the research protocol of the ACTION study. *BMC Cancer*. 16-264.
- Saini G., Sampson E.L., Davis S., Kupeli N., Harrington J., Leavey G., et al. (2016). An ethnographic study of strategies to support discussions with family members on end-of-life care for people with advanced dementia in nursing homes. *BMC Palliat Care*. 15-55.
- Sánchez , R., Sierra-Matamoros F., Morales-Mesa O.L. (2017). Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: un estudio transversal hablan de calidad de vida y cuidado paliativo en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68 (Enero-Marzo) 25-34.
- Scheper-Hughes, N., Lock, M. (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 1*, 6-41 Published by: Wiley on behalf of the American Anthropological
- Souza E Souza, L. P. et al. (2013) La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm. glob.*12, 222-229.
- Templeman J. (2015). An ethnographic study of critical care nurses experiences following the decision to withdraw life- sustaining treatment from patients in a UK intensive care unit. University of Salford.
- Ullin, P., Robinson, E., Tolley, E. (2006) *Investigación Aplicada en Salud Pública Métodos Cualitativos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Van der Steen J.T., Deliens L., Koopmans R.T., Onwuteaka-Philipsen B.D. (2017). Physicians' perceptions of suffering in people with dementia at the end of life. *Palliat Support Care*, 1-13.
- Walter, T. (2000) Grief narratives: the role of medicine in the policing of grief. *Anthropology & Medicine*. 7(1):97-114.

Anexos

Anexo 1.

Guía de entrevista - toma de decisiones en final de vida

Tiempo estimado hora y media

1. ¿Con relación a la muerte, cuál ha sido su experiencia más difícil?
 - Si tiene una experiencia personal con la muerte, preguntar si desea contarla
 - ¿Qué la hizo difícil?
 - ¿Cómo esa experiencia influyó en futuras decisiones?
2. ¿En su práctica como médico, como residente de geriatría/geriatra, cuénteme las experiencias que lo hayan marcado relacionadas con la muerte? (explorar de manera diferenciada entre pregrado y postgrado).
 - ¿Cómo lo marcó? Indagar por emociones si no aparecen.
3. ¿Cómo ha pensado usted el momento de su muerte o el de un familiar?
 - ¿Qué se requiere para un buen morir?
 - ¿En su práctica como geriatra/residente de geriatría que hace usted para hacerlo posible?
4. ¿La muerte es un tema recurrente o común entre médicos? y los geriatras? Cuénteme más...
 - ¿En qué contextos?
 - ¿Cómo lo dicen?
 - ¿Se hace formalmente o informalmente?
 - ¿Identifica posicionamientos diferentes entre geriatras?
 - ¿y con otras especialidades?
5. ¿Cuándo se hace más difícil tomar decisiones frente a la muerte de un paciente?
6. ¿Cuál considera usted que es el papel del geriatra/residente de geriatría en este proceso de morir?
 - ¿cuénteme qué acciones concretas realiza en ese proceso?
7. ¿Cómo es el proceso de protocolo de fin de vida?
8. Recuerda un caso en el que usted no estuviera de acuerdo en incluir a un paciente en protocolo de fin de vida? O que por el contrario considerara apropiado incluirlo en contra de la opinión de otros?
 - ¿Qué presiones/dificultades ha identificado al tomar decisiones para incluir o no, a un paciente en protocolo de final de vida? (religión, cultura, relaciones

poder, estado socioeconómico, presión familiar, formación académica, propias creencias, trámites administrativos)

9. ¿Cuáles considera deben ser los conocimientos que debe tener un médico para enfrentar la muerte y todos los procesos o servicios asociados con ella? En su formación cuáles ha recibido?
10. ¿cuál es su experiencia en acompañar el duelo de las familias o los pacientes? ¿cómo lo manejas? ¿estudiar geriatría le ha facilitado manejar el duelo? podría describirnos una experiencia?
11. ¿cómo lo afecta a usted la muerte de un paciente y qué hace el hospital al respecto?
12. Hay algo más en relación a la toma de decisiones y protocolo de fin de vida, sobre lo que nos quiera hablar?

Anexo 2.

Guía Grupo focal - Toma de decisiones en final de vida

1. ¿En su vida, o en la práctica como médico, como residente de geriatría/geriatra, cuénteme las experiencias que lo hayan marcado relacionadas con la muerte? (explorar de manera diferenciada entre pregrado y postgrado). ¿Cómo lo marcó? Indagar por emociones si no aparecen.
2. Según su experiencia, qué se requiere para un buen morir? En su práctica como geriatra/residente de geriatría que hace usted para hacerlo posible? ¿El hospital lo facilita? cómo ...
3. Es la muerte es un tema recurrente o común entre médicos? y los geriatras? ¿En qué contextos?
 - ¿Cómo lo dicen?
 - ¿Se hace formalmente o informalmente?
 - ¿Identifica posicionamientos diferentes entre geriatras?
 - ¿y con otras especialidades?
4. ¿Cuándo se hace más difícil tomar decisiones frente a la posible muerte de un paciente?

5. Invitarlos al tablero: Vamos a hacer una o varias líneas del tiempo para describir el proceso de protocolo de fin de vida. ¿Qué se hace, ¿cómo se hace?, ¿Cuándo se hace? ¿quienes intervienen?
6. ¿Recuerdan un caso en el que usted no estuviera de acuerdo en incluir a un paciente en protocolo de fin de vida, o que por el contrario considerara apropiado incluirlo en contra de la opinión de otros? ¿Qué presiones/dificultades ha identificado al tomar decisiones para incluir o no, a un paciente en protocolo de fin de vida? (religión, cultura, relaciones poder, estado socioeconómico, presión familiar, formación académica, propias creencias, trámites administrativos).
7. ¿Cuáles considera deben ser los conocimientos que debe tener un médico para enfrentar la muerte y todos los procesos o servicios asociados con ella? En su formación cuáles ha recibido?
8. ¿Cuál es su experiencia en acompañar el duelo de las familias o los pacientes? ¿cómo lo manejas? ¿estudiar geriatría le ha facilitado manejar el duelo? ¿podría describirnos una experiencia?
9. ¿Cómo lo afecta a usted la muerte de un paciente y qué hace el hospital al respecto?
10. ¿Hay algo más en relación a la toma de decisiones y protocolo de fin de vida, sobre lo que nos quiera hablar?

Anexo 3

Consentimiento Informado

GESTIÓN ASISTENCIAL INTEGRAL	CÓDIGO:GIC-R-24 VERSIÓN:03 APROBADO:09/06/16 PÁGINA 1 DE 87
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	

Toma de decisiones médicas y protocolo de fin de vida: una mirada desde el ejercicio y la formación en geriatría en una unidad de geriatría de la ciudad de Bogotá

INTRODUCCIÓN

Fecha: MM/DD/AAAA

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación **Toma de decisiones médicas y protocolo de fin de vida: una mirada desde el ejercicio y la formación en geriatría**

en una unidad de geriatría de la ciudad de Bogotá. Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. El proyecto es realizado por la Universidad. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

INFORMACIÓN GENERAL

El personal médico que trabaja en el ambiente hospitalario, se enfrenta constantemente a la posibilidad de desenlaces fatales de sus pacientes. En algunos casos, y en ciertos momentos de la atención, la posibilidad de la muerte se vuelve tangible para el médico y debe afrontar la toma de decisiones relacionadas con los objetivos de tratamiento, el pronóstico y otros temas relacionados con el final de la vida.

Realizaremos una aproximación cualitativa al proceso de toma de decisiones alrededor de la activación o no del protocolo de final de vida desde la perspectiva y del ejercicio y formación en geriatría en la Unidad de Geriatría. Para realizar el estudio se aplicarán una serie de herramientas de corte etnográfico como diarios de campo, entrevistas informales, grupos focales y observación participante y no participante. De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, de la República de Colombia, se considera un protocolo de riesgo mínimo, y para garantizar esto anonimizaremos cualquier información que usted nos proporcione. No se espera ningún beneficio directo para los participantes, pero se espera que el conocimiento del proceso de toma de decisiones y protocolo de fin de vida sirva como un ejercicio reflexivo sobre la formación en geriatría y sobre las prácticas médicas al interior de las distintas unidades que se relacionan con el servicio de geriatría. Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (*Hábeas Data*) que aplica para el tratamiento de datos personales.

Los datos recogidos a través de la observación serán recogidos en diarios de campo de los investigadores. Los grupos focales serán grabados via grabadora digital, y sistematizados por el investigador principal, y analizados dentro de la institución. En todos los casos los nombres propios serán excluidos de los diarios de campo, y para ello cada investigador creará un nombre “alias” con el que se referirá a la persona que describa o entreviste. Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted.

El proyecto se desarrolla a lo largo de 18 meses, dentro de los cuales se realizarán observaciones dentro de los servicios de geriatría o será invitado como participante de grupo focal. Previo al inicio de actividades se solicitarán todos los permisos correspondientes a los jefes de unidades y servicios relacionados.

Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto afecte de manera alguna su vida cotidiana, relaciones laborales o relaciones médico-paciente. Usted puede solicitar retirar cualquier información relativa a su trabajo. En todo caso se realizarán retroalimentaciones con el equipo de trabajo sobre lo observado para garantizar que hemos recolectado la información de manera adecuada.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que en un lenguaje claro y sencillo se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento.

Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio *Toma de decisiones médicas y protocolo de fin de vida: una mirada desde el ejercicio y la formación en geriatría en una unidad de geriatría de la ciudad de Bogotá*

Firmas

Participante ⁸

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Huella del pulgar (si no puede firmar)

Testigo 1

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Relación con el paciente

Investigador

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador principal: xxx, al cel.xxx. Presidente del Comité de Ética Institucional: xxx, Tel. xxx. Facultad de Medicina, Universidad.

⁸ En caso de imposibilidad para firmar, debe registrarse la huella digital y el nombre legible escrito por un tercero.