



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos 2009 - 2011

Luisa Marcela Alvarez Tobos

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría Medicina Alternativa
Bogotá, Colombia
2011

Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos 2009 - 2011

Luisa Marcela Álvarez Tobos

Informe de Investigación Fase Cuantitativa para optar al título de:
Magister en Medicina Alternativa

Directora
Doctora Diana Zulima Urrego Mendoza
Profesora Asociada, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia

Grupo de Investigación Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría Medicina Alternativa
Bogotá, Colombia
2011

(Dedicatoria o lema)

A Miguel, tu rápida partida
cambio la visión de mi vida y mi muerte

Agradecimientos

A Dios, por haberme permitido tener esta experiencia de aprendizaje intelectual y de crecimiento espiritual.

A mi mamá, por su tiempo, su experiencia y su comprensión, sin ellos este resultado habría sido totalmente diferente.

A mi papá y mis hermanos por su apoyo incondicional.

A Santiago mi hijo, pues no tuvo ningún reparo en compartir nuestro tiempo con el desarrollo de esta investigación y su sonrisa siempre estuvo allí, para mí.

A Diana mi Directora, que con la sabiduría de una amiga supo guiarme en este camino y siempre comprendió mis ritmos de trabajo sin impacientarse.

A Juan Camilo amigo de siempre, por darme energía en los momentos en que sentía que no había mucho por hacer.

A todos mis colegas, pues sus experiencias fueron fundamentales para la construcción de este proyecto.

Resumen

Introducción. Muerte y medicina son conceptos que siempre han estado ligados ya que la primera podría ser un desenlace dentro de las intervenciones médicas; es posible que el cambio en el paradigma médico influya en el concepto que tienen los médicos sobre la muerte. **Objetivo.** Determinar la representación social de muerte que tiene un grupo de médicos alternativos y alópatas. **Diseño y Métodos** La investigación para su ejecución implica dos fases; en este trabajo se presenta la fase cuantitativa que corresponde a un estudio descriptivo. **Resultados Fase Cuantitativa.** Se encuestaron 132 médicos con características socio demográficas variables. Los resultados confirman que los médicos establecen vínculos importantes con pacientes próximos a morir, reciben insuficiente información para enfrentar la muerte de sus pacientes dentro de su formación, y su profesión y credo religioso influyen de manera importante en su visión sobre la muerte. **Conclusión.** En la vida profesional de los médicos se establecen relaciones cercanas con pacientes próximos a morir, aspecto que se correlaciona con el impacto emocional que genera en ellos el hecho de sentir que es poca la ayuda que pueden proporcionar al paciente moribundo y su familia al no contar con suficientes conocimientos sobre cómo enfrentar esta situación.

Palabras Clave: Muerte, Medicina, Medicina Alternativa

Abstract

Introduction. Death and medicine are concepts that have always been linked since the first one could be an outcome in medical intervention; it is possible that the change in medical paradigm will influence the concept that physicians have about death. **Objective.** Determine the social representation of death that has in allopathic and alternative physicians. **Research Design and Methods.** For this research involves two phases, the

quantitative phase that corresponds to a descriptive study. **Quantitative phase results.** 132 physicians were interview with different sociodemographic characteristics. Results confirm that physicians establish important links with patients who are close to death, they receive insufficient information to confront the death of their patients, their professional and religious beliefs have greatly influence in their conception of death.

Conclusion. In the professional life of physicians they establishing relationships with patients close to death, something that correlates with the emotional impact generated by the fact they feel that there is little that can provide assistance to the dying patient and his family by not having with sufficient knowledge about how to deal with this situation.

Keywords: Death, Medicine, Alternative Medicine.

Contenido

	Pág.
Introducción.....	1
1. Justificación.....	15
2. Objetivos.....	51
2.1 General.....	51
2.2 Específicos.....	51
3. Marco Conceptual.....	18
3.1 Sistemas Médicos Complejos.....	18
3.1.1 Homeopatía.....	19
3.1.2 Medicina Tradicional China.....	21
3.1.3 Osteopatía.....	22
3.1.4 Terapia Neural.....	23
3.2 El personal médico y su actitud frente a la muerte.....	24
3.2.1 Respecto del concepto de muerte.....	25
3.2.2 Estudiantes de Medicina y concepto de muerte.....	28
3.2.3 Los Médicos y la muerte.....	30
3.2.4 La muerte para otros profesionales de la salud y	
3.2.5 equipos interdisciplinarios.....	32
3.3 El hombre frente a la muerte en Oriente y Occidente.....	36
3.3.1 El hombre frente a la muerte en Occidente.....	36
3.3.2 El hombre frente a la muerte en Oriente.....	45
4. Estrategia Metodológica.....	52
4.1 Enfoque Cualitativo.....	52
4.1.1 Representaciones Sociales.....	52
4.2 Enfoque Cuantitativo.....	60
4.2.1 Tipo de Estudio.....	60
4.2.2 Población y Muestra.....	60
4.2.3 Recolección, procesamiento y análisis de información.....	60
4.2.3.1 Plan de recolección.....	60
4.2.3.2 Procesamiento.....	61
4.2.3.3 Análisis de la Información.....	62
4.2.4 Control de Sesgos.....	62
4.2.5 Definición de Variables.....	62
5. Aspectos éticos.....	63
6. Resultados Enfoque Cuantitativo.....	64
6.1 Descripción Socio Demográfica.....	64
6.2 Descripción Situación Académica y Laboral.....	66
6.3 Descripción sobre muerte y Profesión.....	73
6.4 Descripción sobre Muerte y Vida personal.....	78

6.5 Respeto de la muerte y la religión.....	82
7. Discusión de Resultados Enfoque Cuantitativo.....	85
7.1 La Muerte.....	88
8. Conclusiones.....	94
9. Sugerencias y Recomendaciones.....	95
Anexo 1: Formato de Encuesta.....	100
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	102
Anexo 3: Tabla de Variables.....	103
Bibliografía.....	96

Lista de Gráficas

	Pág.
Gráfica Número 1 Distribución de la variable Edad en años.....	64
Gráfica Número 2 Distribución de la Variable Estado Civil.....	65
Gráfico Número 3 Distribución de la Variable Número de Hijos vivos.....	66
Gráfica Número 4 Distribución de la variable tiempo de ejercicio de la profesión.....	67
Gráfica Número 5 Distribución de la variable Situación Laboral.....	68
Gráfica Número 6 Distribución de la Variable Tiempo en el empleo actual.....	69
Gráfica Número 7 Distribución de la Variable Número de horas trabajadas a la semana.....	70
Gráfica Número 8 Distribución de la variable Turnos Trabajados.....	71
Gráfica Número 9 Distribución de la Variable Número de Pacientes atendidos al día.....	72
Gráfica Número 10 Distribución de la variable Nivel de Complejidad de atención de la institución en la que labora.....	73
Gráfica Número 11 Distribución de la variable Información recibida durante la formación profesional sobre cómo enfrentar la muerte de sus pacientes.....	74
Gráfica Número 12 Descripción de la variable presencia durante la muerte de algún paciente.....	74
Gráfica Número 13 Descripción de la variable Contacto con pacientes próximos a morir.....	76
Gráfica Número 14 Distribución de la variable tipo de relación que establece con pacientes próximos a morir.....	76
Gráfica Número 15 Distribución de la Variable Impacto emocional que genera la muerte de un paciente al médico.....	77
Gráfica Número 16 Distribución de la Variable Relación entre visión de la muerte y profesión.....	78
Gráfica Número 17 Distribución de la Variable Presencia de la Muerte en su vida.....	79
Gráfica Número 18 Distribución de la Variable Pensamiento en la propia muerte.....	80
	Pág
Gráfica Número 19 Distribución de la variable impacto emocional de la muerte del ser querido.....	82
Gráfica número 20 Distribución de la Variable Credo Religioso.....	83
Gráfica Número 21. Distribución de la variable Relación entre Visión de la muerte y credo religioso.....	84

Lista de tablas

	Pág.
Tabla Número 1: Distribución de la variable Cargo Ejercido.....	69
Tabla Número 2 : Distribución de la variable tiempo transcurrido desde la muerte del paciente en la que estuvo presente.....	75
Tabla Número 3: Distribución de la variable tiempo transcurrido desde la muerte de un ser querido.....	80

Introducción

Introducción

Desde que el ser humano pobló la tierra, la muerte ha estado presente como un acontecimiento trascendental dentro de la cotidianidad. Su interpretación está fuertemente influenciada por las costumbres, las ideas religiosas y científicas en las que se halla inmerso el individuo.

Durante las diferentes etapas de la evolución de la humanidad, se han observado cambios en la apreciación de este fenómeno, es así que en este momento se vive la transición de la modernidad y el positivismo a las teorías posmodernas, repercutiendo en la percepción de la muerte la cual también se ha visto modificada.

Dentro del paradigma positivista, la ciencia es un eje fundamental, ya que es a través de esta que se logra explicar el funcionamiento del mundo. Desde esta concepción para poder estudiar al ser humano hay que fragmentarlo. La primera división ocurre entre el cuerpo, la mente y el espíritu. Del cuerpo humano se encarga la ciencia médica, que tiene sus fundamentos en todo lo que es visible y cuantificable, la cual desarrolla sus conceptos por medio de disciplinas como la biología molecular, la bioquímica, la anatomía, la fisiología entre otras. La mente se cree ubicada en el cerebro y de ella se ocupan otras áreas del conocimiento, como son la psicología e incluso un área propia de la medicina como la psiquiatría. Y lo espiritual se le delega a los credos religiosos que no forman parte del paradigma positivista.

En este ser humano fragmentado, la muerte se determina en el momento en que tres órganos fundamentales cesan su actividad para la adecuada fisiología corporal, estos son: el corazón, los pulmones y el cerebro. El avance de la tecnología médica ha permitido que se suplan las funciones del corazón y de los pulmones y debido a ello surgió un nuevo tipo de muerte, la muerte cerebral que se produce cuando el único órgano muerto es el cerebro, con la muerte del cerebro muere la mente ya que aún no

ha sido factible reemplazar sus funciones. El paradigma positivista reconoce que solo hay vida si el cuerpo está funcionando, por esta razón, se busca preservar la vida a través de tecnologías, que permitan sustituir órganos o funciones, aspecto que conlleva a que cada día surjan nuevos avances en áreas del conocimiento, que permiten que los seres humanos estén vivos por mucho más tiempo, pareciendo jóvenes y vitales para seguir produciendo dinero y utilidades.

El espíritu y el alma son ámbitos de los cuales no se puede encargar la ciencia; puesto que a estos no se les puede aplicar el paradigma positivista, ya que a través del método científico no se pueden cuantificar o demostrar su existencia. De estos aspectos se encarga la religión, y hay tantos argumentos en relación a lo que sucede con el alma al morir como credos religiosos existentes, incluso para aquellos que no creen en la presencia del alma.

El modelo positivista se ha quedado corto para explicar ciertos fenómenos y eventos que son reales y visibles; por ejemplo a través del modelo mecánico positivista y su causalidad no es posible explicar la dualidad onda partícula de la luz. Gracias a esta debilidad de la física clásica surgió y se ha venido consolidando la física cuántica. Sus teorías han transformado el proceso de pensamiento científico, ya que en ella se habla de probabilidades de posición de partículas en instantes de tiempo. Lo absoluto dio paso a lo relativo.

La profesión de la medicina, a pesar de tener una fuerte influencia del paradigma científico positivista, no ha permanecido ajena a la revolución que ha generado el advenimiento del posmodernismo; dentro de este nuevo modelo, los conceptos de complementariedad y holismo reemplazan al separatismo reduccionista; retornan con fuerza y aplicabilidad corrientes del conocimiento médico que fueron descalificadas por el canon positivista como son la Homeopatía, La Terapia Neural y la Osteopatía, además es posible incorporar corrientes médicas de Oriente, como la Medicina Tradicional China y la Medicina Ayurvedica. Esto, debido a que para todas estas medicinas hay un punto común, es el hecho de ver al ser humano como un todo, el retorno a la unidad.

Esta corriente de pensamiento transforma visiones del mundo de tal manera que la perspectiva de la muerte también se ve modificada por ella. Vista desde la física cuántica la idea de muerte es comprendida como: *“una transformación de la materia corporal, como un símbolo de intercambio energético, donde el ego individual es solo una imagen imperfecta de la conciencia cósmica. La concepción de la muerte en la ciencia posmoderna es la de un monismo energético, donde mente y cuerpo son manifestación de una sola estructura de energía-conciencia. Si en la física cuántica no existe un dualismo entre la materia y la energía, tampoco puede haber un dualismo entre cuerpo y mente. Sin embargo, este monismo energético no necesariamente implica la creencia en una deidad específica ni mucho menos la certeza en la supervivencia del yo individual de los seres humanos. De ahí la gran influencia en Occidente de filosofías como el Budismo zen, el budismo mahayanico y el Taoismo, movimientos que no creen en la visión antropocéntrica de la existencia de un yo individual y cuya concepción de inmortalidad es, de manera paradójica, la disolución de la ilusión del yo en el todo creativo”*. [1]

Muerte y medicina siempre han estado ligadas y al cambiar la manera de ver el mundo es probable que la interpretación que los médicos den a la muerte ya no sea la misma.

Este subproyecto pretende investigar la percepción que tienen de la muerte médicos alternativos y alópatas, aspecto importante dentro de la construcción del cuerpo de conocimientos que sustenta la medicina alternativa y forma parte del proyecto titulado “Conocimientos, actitudes y representaciones sobre el trauma y la reanimación básica y

Introducción

avanzada de pacientes críticos en un grupo de médicos alópatas y alternativos, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia”.

Por lo tanto, se presentan los resultados cuantitativos obtenidos en este subproyecto, el aspecto cualitativo (Representaciones Sociales) de la investigación se desarrollara en una fase posterior.

1. Capítulo 1 Justificación

La muerte es un concepto que siempre ha estado ligado al actuar médico, ya que constituye uno de los desenlaces posibles de las intervenciones que realizan a sus pacientes enfermos, resultado menos deseado.

En la literatura médica, hay una buena producción investigativa sobre las percepciones y los conceptos que tienen los estudiantes de medicina, los médicos y otros profesionales de la salud a cerca de la muerte. Algunos artículos describen la falta de espacios dentro de su formación médica para abordar temas relacionados con la muerte de los pacientes y las emociones que esta puede generar, producto de ello, muchos médicos, sobre todo los recién graduados, no se sienten preparados para asumir estas situaciones y no saben cómo enfrentar los sentimientos asociados a ellas [2-4]

Debido a estos resultados poco alentadores algunas facultades de medicina han empezado a crear espacios de formación sobre los temas de muerte orientada a los médicos, aspecto que ha llevado a generar un viraje en la concepción de la misma dentro de la práctica médica. El artículo "Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside" describe el cambio que se está generando en el paradigma organicista y biomédico en el que el cual el facultativo no debía dejar traslucir los sentimientos que se podían generar a través de la relación médico paciente para no perder objetividad, reconociendo que en la interacción cotidiana con los pacientes y sobre todo en momentos trascendentales como: hablar acerca de la muerte; comunicar diagnósticos en los que medicamente hay poco para ofrecer o en los que la muerte será el desenlace; el médico puede sentir emociones como cualquier ser humano (miedo, tristeza, frustración..) y esto no lo hace menos objetivo o menos científico.[5]

De igual forma se ha considerado la muerte como un espacio de aprendizaje para el médico en formación, como lo describe Rhodes-Kropf, J en su artículo "This is just too awful; I just can't believe I experienced that ...: Medical Students' Reactions to Their "Most Memorable" Patient Death : *"... una rica experiencia de aprendizaje se pierde cuando no se apoya la reacción emocional del estudiante durante la muerte del paciente. Los alumnos perciben la necesidad y quieren ayudar en esta situación un aprendizaje, ... esta es una oportunidad paradigmática para hablar de profesionalidad, de conciencia de sí mismo, y de autocuidado (Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH)..."* [6]

Otros artículos abordan el concepto que tienen los profesionales de la salud sobre la muerte utilizando las representaciones sociales como teoría: *"La estructura de la*

representación social de la muerte en la interfaz con las religiosidades en equipos interdisciplinarios de salud”, en este artículo exponen la percepción sobre la muerte vinculada a la religiosidad del individuo y evidencian una fuerte correlación entre estas [7].

Asimismo se encontró un artículo sobre la representación social de las medicinas alternativas para un grupo de profesionales de la salud y profesores de la Escuela de Medicina del ciudad de Campiñas en Sao Pablo; en él se evidencio: *“que la postura de la Medicina Alternativa no se coloca en oposición a la medicina alopática sino que procura abarcarla y trascenderla...hay un sentido de unificación, el tomar al individuo como un todo y su noción de vida y muerte son fundamentales dentro de esta perspectiva . Dentro de esta concepción la empatía no excluye la razón, y a partir de ella el médico construye una mejor relación con su paciente”*. [8]

Aunque se evidencia que existe una buena cantidad de investigación acerca de la percepción que los médicos tienen sobre la muerte, no se encontró alguna que aborde los temas: muerte y medicina alternativa.

Como se señaló en el apartado anterior este subproyecto investiga la fase cuantitativa que da el contexto para desarrollar la fase que se ejecutara posteriormente como es la cualitativa; la cual se sustenta en la teoría de las representaciones sociales. Esta teoría permite una interpretación bastante acertada de la apreciación de fenómenos o eventos por parte de comunidades específicas, ya que ellas son formas de conocimiento construidas y compartidas colectivamente que se crean a partir de las experiencias, informaciones y modelos de pensamiento transmitidas a través de la tradición, la educación y la comunicación; en este caso los médicos alternativos y alópatas.

Además aporta datos para la construcción del cuerpo de conocimientos de la Medicina Alternativa y por ende enriquece la Medicina en general.

2. Capítulo 2 Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar las representación social de muerte que tiene un grupo médicos alternativos y alópatas.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de médicos participantes en este estudio.
- Establecer la relación que tienen los médicos encuestados con la muerte y si esta genera algún impacto emocional en ellos
- Reconocer la influencia de la profesión y el credo religioso en el pensamiento que tienen sobre la muerte los participantes.
- Describir la representación social que ambos grupos de estudio tienen sobre la muerte.
- Analizar la representación social de la muerte que emerge de ambos grupos.

3. Capítulo 3 Marco Conceptual

3.1 Sistemas Médicos Complejos

Estos son sistemas abiertos que se generan a partir de la necesidad de explicar las vivencias de enfermedad, salud y muerte para un determinado grupo humano. A través de ellos *“se construyen los modelos que explican y fundamentan la noción de salud y enfermedad, con base en modelos epistemológicos específicos que sustentan las prácticas médicas y diferencian los medios para validarse y legitimarse a sí mismos”*. [9]

Tienen una dimensión conceptual definida por los siguientes componentes [10]:

- Anatomía Humana: que explica la estructura y organización del cuerpo.
- Fisiología: que define el equilibrio o desequilibrio entre los diversos sistemas que componen el cuerpo.
- Una doctrina médica que determina lo que es el proceso salud-enfermedad, las causas de la enfermedad, lo que es factible de tener tratamiento y ser curado, y aquello que no lo es y por lo tanto no pertenece al cuerpo médico.
- Un sistema de diagnóstico que permite comprobar si existe o no la enfermedad, su causa, la fase en la que se encuentra y su posible evolución.
- Y por último un sistema terapéutico en el que se establece el tipo de tratamiento más adecuado para cada enfermedad.

Cuentan también con una dimensión conductual en la que se explica el modelo de atención en salud, la manera como se conoce la enfermedad a través de procedimientos y acciones que buscan restablecer la salud siguiendo el proceso terapéutico determinado en la dimensión conceptual [9].

Si tomamos como ejemplo el sistema médico moderno, su dimensión conceptual está dada por el positivismo científico, que busca objetivar los síntomas del paciente e identificar la estructura afectada por la enfermedad dejando de lado el contexto social, ambiental y cultural en el que se desarrolla el enfermo. [9]

Teniendo en cuenta la definición de sistemas médicos complejos, la homeopatía la medicina tradicional china, la osteopatía y la terapia neural se pueden considerar como tales; a continuación se describirá la dimensión conceptual de cada una de ellas

3.1.1 Homeopatía

Hipócrates, el padre de la medicina moderna enunció dos postulados terapéuticos fundamentales: la ley de la curación a través de los opuestos y la curación a través de los semejantes. La mayoría de los tratamientos de la medicina moderna ortodoxa están cimentados en la primera premisa, mientras que la homeopatía está fundamentada en el segundo.

Samuel Hahnemann(1755 – 1843) médico alemán poliglota, al traducir un texto de medicina descubrió que los trabajadores de plantaciones de quina presentaban síntomas similares a los enfermos de malaria, para la cual la quina era el tratamiento. Dedujo entonces, que si la planta puede producir en el hombre sano los mismos síntomas de la enfermedad que es capaz de curar, se podría suponer la curación a través de la similitud. Después de plantear esta hipótesis empezó probándola en el mismo; tomó quina y sintió los síntomas y las fiebres periódicas que caracterizan la malaria. Posteriormente continuó su experimentación con otras sustancias[11, 12].

A este nuevo sistema médico, Hahnemann lo denominó *Homeopatía* palabra que etimológicamente se deriva de dos raíces griegas: *homeios* = semejante y *pathos* = padecimiento o enfermedad.[11, 12]

A partir de ese momento Hahnemann se dedicó a construir los principios en los cuales se fundamenta en la actualidad la homeopatía, estos son [12]:

- **Energía Vital o Vitalismo:** el ser humano está constituido por un cuerpo físico, un espíritu y un cuerpo mental que se integran a través de la energía vital. Desde esta perspectiva la salud es el equilibrio dinámico entre los elementos anteriormente descritos se manifiesta como una sensación de bienestar; la enfermedad es el desequilibrio de la energía vital que se expresa a través de síntomas que son únicos para cada individuo.
- **Similitud:** Es el primer principio descubierto por Hahnemann, enunciado anteriormente, en el cual una sustancia es capaz de curar a un enfermo que presenta los mismos síntomas que ella produce en una persona sana.
- **Individualidad:** Cada enfermo tiene una manera única de enfermar supeditada a su fenotipo y genotipo, a su manera de ver el mundo, sus sentimientos, y el entorno en el que vive, lo que hará que para cada persona exista un único medicamento.
- **Experimentación Pura:** Es el proceso que hizo Hahnemann con la quina. Al administrar una sustancia a un ser humano sano en ella se producen unos síntomas, que serán los que esta curara en el enfermo. A través de esta se logran develar las propiedades curativas de un elemento.
- **Dosis Infinitesimales:** Este principio sintetiza la técnica de preparación de los medicamentos homeopáticos a través múltiples diluciones y sucusiones. Estos procesos eliminan los posibles efectos tóxicos que puede manifestar la sustancia medicamentosa. Los procesos anteriormente nombrados constituyen la dinamización que logra potenciar la capacidad curativa del medicamento.

- Acción y Reacción: Representa las interacciones entre el remedio y la energía vital del enfermo cuando este lo toma.
- Teoría de los Miasmas: Describe las tres tendencias a enfermar que pueden tener las personas: la psora, la sycosis y la syphilis.
- Remedio Único: Para cada individuo en un momento particular de enfermedad solo se debe administrar un único remedio.

El último principio formulado por Constantino Hering (1800-1880), homeópata alemán seguidor de Hahnemann que introdujo la Homeopatía en Norteamérica [13], plantea la Ley de la Curación la cual manifiesta el orden en el cual se curan los síntomas luego de suministrar el remedio homeopático; si se administro un medicamento totalmente similar al enfermo la curación se dará de arriba a abajo; del centro a la periferia ; para una enfermedad aguda en el mismo orden que aparecieron los síntomas, mientras que para una enfermedad crónica se curaran primero los últimos síntomas que sufrió el enfermo [12].

3.1.2 Medicina Tradicional China

"La vida del hombre es el resultado de la concentración de energía. Si la energía se concentra aparece la vida, si la energía se dispersa sobreviene la muerte"

Zhuang Zi.

Esta medicina se fundamenta en la modulación de la energía Qi actuando en concordancia con las leyes del universo. La Medicina Tradicional China (MTCh) explica sus principios a través de analogías con los fenómenos vitales que se dan en el universo.

El origen de todo cuanto existe en el universo se explica por el Tao, el tao verdadero no se puede definir, tal como lo dice el primer verso del *Tao Te King*: *"el Tao que puede ser expresado no es el verdadero Tao, el nombre que puede ser revelado no es el verdadero nombre, sin nombre es el principio del Cielo y de la Tierra. El equilibrio dinámico que se expresa en la MTCh se basa y se sustenta en el Tao o el Uno. Cuando esta unidad se manifiesta en lo concreto se divide en dos dando origen a la dualidad. Esta dualidad se expresa en todos los fenómenos de la cotidianidad y de la naturaleza: día y noche, hombre y mujer, caliente y frío, los cuales en los términos de MTCh son el Yin y el Yang". [14]*

Estos conceptos determinan una serie de características y cualidades, el *Yin* se asemeja al agua por lo tanto será oscura, fría y descendente; el *Yang* se asocia al fuego por ende a la luminosidad, calor y ascenso. En el cuerpo del hombre esta dualidad se materializa de la siguiente manera: el lado derecho es *Yin* y el izquierdo es *Yang*, la cabeza es *Yang* mientras los pies son *Yin*. El equilibrio de la vida es producto de la interacción constante de *Yin* y *Yang*, y esta está conducida por 4 leyes interdependientes: ley de oposición, complementariedad, dependencia y transformación. A través de ellas se explican los fenómenos biológicos médicos y al profundizar en su estudio se logran hacer diagnósticos y tratamientos[14]

El *Tao* origina otro sistema que haciendo analogías con la naturaleza explica las interacciones entre los diferentes sistemas del cuerpo humano, este es el sistema de los cinco movimientos o elementos los cuales tienen su representación en pares de órganos macizos y vísceras huecas : el *agua o gran Yin* se encarna en el riñón y la vejiga; *la madera o pequeño Yang* en el hígado y la vesícula biliar; *fuego o gran Yang* en el corazón y en el intestino delgado; *la tierra o el elemento central* en el bazo y el páncreas; por último *el metal o pequeño Yin* en el pulmón y el intestino delgado. Este sistema integra toda la información de la naturaleza; el órgano trasciende el significado anatómico para transformarse en un holograma ya que es una parte que contiene información del todo.[14]

Una de las terapéuticas más reconocidas de esta medicina es la *Acupuntura*. Consiste en la colocación de agujas muy delgadas en puntos energéticos que constituyen trayectos por los que fluye el Qi llamados *Meridianos*. Según la necesidad del enfermo estas agujas tonifican o dispersan la energía de ese meridiano.

Aunque la técnica de tratamiento más conocida es la Acupuntura no es la única, también utilizan la moxibustión, la dieta, la medicina manual, las ventosas y la herboterapia.

3.1.3 Osteopatía

Su creador es el médico estadounidense Andrew Tayllor Still (1828 – 1917). Este galeno descubrió que el equilibrio en el funcionamiento corporal es producto del equilibrio de las estructuras óseas. Ya que estas son responsables de una interacción armónica del sistema muscular, en primera instancia, y aunque no sea evidente también influyen en los sistemas circulatorio y neurológico. A partir de esta deducción se formula el principio básico de la osteopatía “ *La estructura gobierna la función*” [11]

A partir de esta primera inferencia se consolidan otros cuatro principios o leyes que constituyen los fundamentos de la osteopatía[15]:

- Ley de la arteria: Las alteraciones orgánicas o viscerales en su mayoría pueden deberse a mala irrigación sanguínea. De esta manera garantizar una buena nutrición al órgano es primordial para restablecer su funcionamiento.
- Ley del nervio: Puede que una restricción vertebral interrumpa la transmisión de impulsos nerviosos generando una alteración orgánica y visceral. Por lo tanto con precisas manipulaciones vertebrales se podría restablecer el funcionamiento orgánico.
- Ley del todo: Todos los sistemas corporales son interdependientes, por lo tanto su función no debe ser estudiada y entendida de manera aislada.
- Ley de autocuración del cuerpo: el cuerpo cuenta con todos los mecanismos necesarios para su autocuración; la tarea del médico es realizar lo necesario para restablecer la función normal.

El eje fundamental del cuerpo es la columna vertebral, si ella presenta una alteración en la movilidad de cualquiera de sus vertebrales podría ser responsable de grandes alteraciones de la función neurológica y circulatoria de su correspondiente zona metamérica. Gracias a finas movilizaciones articulares y de los músculos respetando la amplitud mecánica natural de cada segmento se logra restablecer el funcionamiento corporal adecuado. Cabe aclarar que estas manipulaciones no solo se realizan en la

columna vertebral ya que la movilidad puede verse afectada en cualquier otra estructura corporal. [8]

3.1.4 Terapia Neural

En 1928 a través de la publicación del texto "**Aspectos desconocidos de los efectos a distancia de la anestesia local**" los hermanos Ferdinand y Walter Huneke dieron a conocer al mundo las conclusiones de sus observaciones al aplicar procaina a pacientes que sufrían de dolores crónicos y gracias a esta en segundos desaparecían sus dolencias. Su principal hipótesis fue pensar que estas respuestas estaban dadas por procesos eléctricos a través del sistema nervioso vegetativo.[16]

Desde ese entonces hasta hoy los avances de la medicina en sus diferentes áreas permiten dar la siguiente definición a la terapia neural *"es una técnica de regulación y restablecimiento del equilibrio perdido, el cual, es en última instancia, la causa de la enfermedad; esta regulación se produce directamente en la zona afectada, por medio de cualquiera de los componentes del sistema nervioso y a través de sustancias circulantes como neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas pero con la participación del sistema nervioso autónomo, como cerebro donde se almacenan todos los estímulos que afectan el equilibrio biológico; la terapia se realiza en su totalidad mediante la desconexión de un campo interferente"*[17]

Para este sistema médico el concepto de campo interferente es fundamental, esta definido como : *"un tejido patológicamente prelesionado, el cual debido a un estímulo demasiado fuerte o largo, o la suma de estímulos que no pudieron ser silenciados o eliminados, se encuentra en un estado de irritación permanente y antifisiológica, lo cual produce una enfermedad a distancia"* [17]. Un ejemplo claro es un foco epiléptico que afecta a las zonas cerebrales contiguas y manifiesta síntomas en toda la corporalidad.

La procaina administrada en microdosis es la sustancia que logra desconectar el campo interferente. Ella tiene la capacidad de aportar cargas eléctricas a la membrana celular para lograr el restablecimiento de su polaridad y de esta manera restablecer la comunicación intercelular y así lograr el equilibrio dinámico dentro de los tejidos y la resolución de los síntomas [10].

3.2 El personal médico y su actitud frente a la muerte

Acerca de la muerte y los conceptos que tienen sobre ella los estudiantes y profesionales del área de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos) se encuentra una buena cantidad de producción investigativa. Incluso hay investigaciones realizadas utilizando las representaciones sociales como estrategia metodológica; pero no se encontró ninguna que aborde la apreciación que tienen los médicos alternativos sobre la muerte.

3.2.1 Respecto del concepto de muerte

El avance de la ciencia médica ha generado la creación de dispositivos mecánicos y electrónicos que suplen funciones vitales como respirar y la aparición del trasplante de órganos como alternativa terapéutica.

Considerando estas tecnologías ha surgido dentro de la investigación en bioética y en medicina un área que ha abordado la definición de la muerte, ya que emergen dos nociones de muerte desde la concepción anatómo-fisiológica: la muerte dada por el cese de la actividad cardio-pulmonar y la llamada muerte cerebral.

En el artículo *The debate about death: an imperishable discussion?*, publicado en *Biological Research* en 2007 [18], se hace una revisión sobre cómo ha cambiado el concepto de muerte con la surgimiento de los avances médicos en los últimos 50 años, y producto de ellos la aparición de "criterios neurológicos de muerte" que se deben unir a los ya conocidos criterios cardiovasculares para poder determinar si un paciente ha fallecido o no. Pero como aun no conocemos al cien por ciento el funcionamiento de nuestro cerebro determinar los criterios neurológicos no es sencillo y así se evidencia que aún no hay verdades absolutas al respecto.

El uso de la ventilación mecánica inició en Estados Unidos en los años cincuenta a causa de una epidemia de poliomielitis. Para estos casos en particular los pacientes no tenían alteraciones en su estado de conciencia ni en su capacidad cognitiva; estaban en "*estado crítico cerca de la muerte pero conscientes*" [18], para solucionar esta situación apareció un dispositivo llamado el "pulmón de hierro" el cual era capaz de suplir la función ventilatoria de los músculos paralizados por la enfermedad, hasta que esta era controlada y dichos músculos recuperaban su funcionalidad.

Se supuso que al igual que en la poliomielitis personas con patologías diferentes (en las que el estado de conciencia estaba alterado y el paciente se encontraba en coma) luego del uso de la ventilación artificial podrían tener de nuevo autosuficiencia en su función ventilatoria y lograr alguna mejoría en su estado de conciencia; como era de esperarse esto no sucedió y hubo pacientes que nunca recuperaron la conciencia o la capacidad de respirar espontáneamente. Este hecho generó la aparición de la disociación entre "cuerpo y cerebro", ya que el cuerpo conservaba su capacidad respiratoria aunque el cerebro no evidenciara señales de funcionamiento, este estado fue inicialmente descrito como "coma dépassé" [18]. Después de un tiempo estos pacientes fallecían con daños cerebrales severos, que posteriormente se confirmó eran consecuencia de la exposición a ventilación mecánica prolongada [18].

Esta disociación entre el funcionamiento del sistema cardio-respiratorio y el cerebro generó que el hecho "biológico y físico" de la muerte se pusiera en duda. Por primera vez se estableció una discusión sobre la definición de la muerte donde incluso la Iglesia Católica intervino; un ejemplo de esto es el discurso del Papa Pío XII (1957) titulado "La prolongación de la vida" uno de sus apartes le confiere la responsabilidad del dictamen de muerte a los médicos: "*Esto le pertenece al médico ... dar una definición clara y precisa de la muerte y el momento de la muerte de un paciente que fallece en un estado de inconsciencia*" [18]

Para tratar de poner fin a la controversia en 1968 en la Universidad de Harvard se conformó un comité para determinar los criterios de muerte cerebral. La definición de muerte basada en criterios de función cerebral independientes de la función cardiopulmonar condujo a la reevaluación general del significado de la muerte; pero el establecimiento de estos criterios no puso fin a la polémica y por el contrario aún a diario se encuentran dificultades para definir el momento de la muerte de pacientes en coma, asistidos con ventilación mecánica y con otros soportes tecnológicos y medicamentosos, que permiten que excepto por la falta de funcionamiento del cerebro el cuerpo tenga un funcionamiento casi normal[19]

Además el concepto de muerte cerebral tiene a su vez otras categorías: muerte del neocortex, muerte cerebral total(de todas las áreas del mismo) y muerte del cerebro incluido el tallo cerebral. Para confirmar los signos clínicos de muerte cerebral total y de muerte del tallo cerebral existen exámenes diagnósticos como el electroencefalograma; angiografía y doppler trascreaneal; y el petscan (el primero es la prueba confirmatoria en muchos países dada su sensibilidad y especificidad). Con estas pruebas comprobar las dos últimas categorías se hace confiable y se pueden tomar decisiones respecto del retiro de soporte vital o se puede expresar a los familiares la posibilidad de que el paciente sea considerado donante de órganos. [18] .

Pero cuando se evidencia la muerte del neocortex o solo de algunas áreas del cerebro y el enfermo conserva algunos movimientos reflejos como abrir los ojos espontáneamente o respirar hablar de muerte se torna algo complejo; ya que aunque esa persona conserva algunas de sus funciones corporales adecuadamente la muerte de su neocortex no le permite tener interacciones con su entorno. Para una corriente de investigadores representada por Brierley quien adelanto sus primeros estudios en 1971 y Veatch quien realizo otro en 2005 la definición de muerte neocortical es la siguiente *“la muerte puede definirse por el cese permanente de las funciones superiores del sistema nervioso que diferencian al hombre de los primates más bajos y otros animales. Esta definición de una muerte cerebral neocortical o superior tiene su base conceptual en la premisa de que la conciencia, cognición y la interacción social, no la integridad corporal fisiológica, son las características esenciales de la vida humana”*[18] .

Esta definición de muerte neocortical se aleja totalmente de los conceptos de la fisiología, y se acerca muchísimo a conceptos filosóficos, probablemente porque no existen exámenes de diagnóstico que confirmen con una alta sensibilidad y especificidad la muerte del neocortex. Las pruebas que existen hasta ahora son pruebas conductuales que buscan evaluar la conexión y la receptividad de estos pacientes con su entorno y la validación de las mismas es subjetiva ya que depende totalmente del criterio del evaluador.[18].

Este artículo muestra que la determinación de la muerte en ciertas condiciones médicas no es un proceso fácil, debido a que los avances en la tecnología médica que han logrado suplir funciones cardiopulmonares, pero aún no se ha logrado un avance tecnológico que supla la función cerebral; y probablemente nunca se logre el punto en que un dispositivo desarrolle toda la funcionalidad de un órgano tan complejo y estructurado como el cerebro.

En una de sus conclusiones se logra evidenciar la percepción de los escritores respecto de la muerte: *“Finalmente, tenemos que considerar que la muerte es un acontecimiento natural e inevitable y aunque los pacientes, sus familias y médicos tienen el derecho de luchar contra enfermedad, un día el momento de la desintegración va a llegar. Independientemente de las creencias de cada ser humano, es importante ser*

consciente que la muerte no es una derrota, pero define parte de la naturaleza de vida”. [18]

En torno a este tema hay un debate permanente y para algunos autores como Ari R Joffe el concepto de muerte cerebral aún no está definido del todo y puede que se esté tomando a la ligera solo con el fin de facilitar el proceso de donación de órganos, el afirma: *“La muerte cerebral amenaza la vida y conduce a la muerte, por lo tanto no debe ser la misma muerte. La unidad de cuidados intensivos sólo interrumpe la manera en que la muerte cerebral conduce a la muerte ya que al garantizar la irrigación cerebral el proceso por el que se llega a la muerte se detiene”.*[20] Con la inferencia anterior bajo esta postura los pacientes con muerte cerebral no se encuentran realmente muertos.

Con el panorama anterior se vislumbra que el debate continuará. Además se ve que incluso definir la muerte a partir de eventos anatómo- fisiológicos no es fácil; por lo tanto la elaboración de su percepción teniendo en cuenta además la concepción individual que cada médico puede haber elaborado a largo del devenir de su ejercicio profesional, junto con sus experiencias personales y sus creencias hace que la construcción de este concepto sea un evento complejo.

3.2.2 Estudiantes de Medicina y concepto de muerte

Se revisaron algunos artículos en los que se investigaron las percepciones que tienen sobre la muerte, y en algunos además sobre la autopsia, los médicos en formación.

Debido a la mayor incidencia de enfermedades llamadas terminales como el cáncer o el sida y el aumento de la expectativa de vida en la mayoría del mundo, los médicos tienen que enfrentarse con mayor frecuencia a interactuar con pacientes moribundos y sus familias y por ende con la muerte.

Uno de los artículos más recientes muestra que se han incluido dentro de la formación de los médicos en diferentes países, programas para el desarrollo de herramientas que faciliten la interacción del futuro médico con su paciente moribundo y la familia: *“muchas escuelas de medicina han añadido cursos a sus planes de estudios médicos que se centran en el cuidado durante el final de la vida y la muerte de los pacientes (Campo, 1984; de campo y Wee, de 2002, MacDonald et al., 1993; Billings y Block, 1997; Hill, 1995; Dickinson, 2002)”.*[21]

Pero la inclusión de este tipo de programas ha sido fruto de estudios como el Rhodes-Kropf en el que se evidenció que los estudiantes se sentían abrumados con las emociones que sentían al presenciar la muerte de sus primeros pacientes y no se sentían preparados para comunicarse con el paciente próximo a morir o sus familiares; *“los estudiantes consideraban que el sistema médico estaba haciendo caso omiso de sus emociones y evitaban el debate entorno de la muerte, por lo tanto se “acostumbraron” a percibir las emociones y la muerte como aspectos negativos de la medicina”*[6]. Además en ella se concluye que se debe posicionar el proceso de muerte

como una experiencia de aprendizaje: "Demos asumir que todas las muertes son potencialmente y emocionalmente poderosas. Médicos y residentes rutinariamente deberían preguntar a los alumnos acerca de sus reacciones ante la muerte del paciente y reconocer sus sentimientos.Cada muerte es una oportunidad para el aprendizaje acerca del final de la vida y sobre la conveniencia del manejo médico cerca a morir"[6].

Con respecto a la relación entre la percepción de muerte y la autopsia la investigación *Students' Opinions on Autopsy and Death* concluye: "Las reacciones emocionales de los estudiantes son un elemento importante, pero lamentablemente descuidado, de la formación médica. La enseñanza tiene que hacer frente de una forma eficaz a estas reacciones a través de su comprensión para no generar respuestas opuestas durante la disección de cadáveres y otros procedimientos médicos. El Médico debe graduarse como una persona emocionalmente bien equilibrada" [22].

Aunque ya dentro de las facultades de Medicina se están creando espacios para hablar de muerte, los profesores y los residentes probablemente no contaron con esta posibilidad, por lo tanto el afrontar la muerte para muchos médicos en ejercicio actual, ha sido un proceso autoconstruido a partir de sus propias vivencias e influenciado por su visión personal de la muerte, ya que dentro de su escuela de formación la muerte era un evento no considerado parte del ejercicio médico, y en muchos casos podría ser el contendiente a vencer.

3.2 .3 Los Médicos y la muerte

Se encuentra un buen volumen de artículos con investigaciones cualitativas y algunas con enfoque cuantitativo sobre la percepción que médicos generales y especialistas han construido a lo largo de su ejercicio profesional a cerca de la muerte, el cuidado de pacientes con enfermedades terminales y la relación del médico con su paciente moribundo y la familia.

En algunos de ellos se reconoce que los médicos en los primeros momentos de su práctica clínica (internos, residentes, médicos recién graduados) son quienes tienen mayor dificultad para el manejo de las emociones que genera la muerte de un paciente, y se evidencia que el soporte que debería brindar un médico con mayor grado de experiencia es muy poco, ya que dentro de la formación y el actuar médico son escasos los espacios construidos para tal fin[2] [3, 4]

El artículo *"If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician": a qualitative study about existential experiences among physicians* describe que algunos médicos se han sentido solos o con poco soporte por parte de sus colegas ante situaciones donde tuvieron que enfrentar la muerte de un paciente y comunicárselo a los familiares, incluso exponen que ante el desgaste emocional que pudieron experimentar al tratar enfermedades incurables en sus pacientes finalmente, decidieron especializarse

en un área que ofreciera opciones prácticas para el tratamiento y la cura de los mismos.[23]

En contra parte hay artículos en los que se reconocen las diferentes emociones que se pueden experimentar dentro de la relación médico paciente moribundo y algunos de ellos brindan una guía para los galenos.

Dentro de las especialidades médicas, la oncología en especial implica interacción cotidiana con la muerte y con informar a los pacientes diagnósticos que cambian las perspectivas de vida de estos. El artículo *On Saying Goodbye: Acknowledging the End of the Patient-Physician Relationship with Patients Who Are Near Death*. reconoce la complejidad de su relación dado que se crean vínculos emocionales con pacientes que están próximos a morir, y el médico muchas veces no sabe como “finalizar” esta relación de manera que él o el enfermo no se sientan mal. Se reconoce entonces, la importancia que la relación tiene para cada uno de ellos y exponen las ganancias emocionales de la “despedida” para los dos.[24]

Dentro de esta línea de artículos, Baider explica que la empatía es el sentimiento desde el cual particularmente el oncólogo (y en general todos los médicos) pueden acercarse a su paciente durante esas situaciones trascendentales: *“La empatía genera sentimientos de afecto y ternura, que son terapéuticos en sí mismos y pueden servir como un brújula moral para recordar al oncólogo actuar en el mejor interés para el paciente y no el interés propio(...). La empatía se describe como un proceso neutro de relaciones interpersonales de comunicación. Fenichel lo define como la “concientización” de dos actos: a) una identificación con la otra persona, y (b) la conciencia de los propios sentimientos después de la identificación, y de esta manera una toma de conciencia del paciente se decir, del objeto de los sentimientos”*. [5]

Durante el proceso de aprendizaje de los pediatras, The American Academy of Pediatric's creó un seminario en el que los residentes se exponen a situaciones en las que la tanto la familia como el pediatra experimentan emociones extremas: informar la muerte de un niño en el servicio de urgencias, solicitar consentimientos para realización de autopsias o para donación de órganos. En estos encuentros se busca que el residente viva estas situaciones a través de juegos de rol para que pueda experimentar con situaciones ficticias las emociones que podría sentir, las exteriorice y las elabore con tranquilidad. También se reconoce la importancia durante este proceso del equipo interdisciplinario que está en el hospital como soporte a la familia e incluso lo importante que puede ser la presencia de un ministro religioso en ese momento.[25]

En Estados Unidos la Sociedad Americana de Medicina familiar considerando la conformación multicultural de su población elaboró una guía para que el médico genere diferentes maneras de transmitir la información sobre enfermedades terminales, y ayude a la toma de decisiones respecto de las directivas avanzadas sobre el cuidado al final de la vida, para los pacientes y sus familias según el grupo étnico al que pertenezcan. La creación de este instrumento ratifica que en los temas relacionados con el final de la vida las costumbres, organización familiar, percepciones colectivas la esperanza, la individualidad, y las creencias religiosas poseen un papel fundamental para la concepción de este proceso.[26] Uno de los puntos de contraste se da porque en la cultura Norte Americana priman preceptos como la individualidad en la toma de

decisiones respecto de que hacer durante el proceso de muerte, y para ello se considera básico que el paciente conozca la verdad sobre su diagnóstico y pronóstico. Incluso se afirma : *“A diferencia del énfasis en “decirle la verdad” en los Estados Unidos, no es raro que profesionales de la salud fuera de este país oculten el diagnóstico a los pacientes graves, porque la divulgación de una enfermedad grave puede ser considerada como irrespetuosa, descortés, o incluso perjudicial para el paciente...”*[26]

Se evidencia que aunque hay profesionales médicos que manifiestan que no cuentan con espacios para manifestar sus emociones y elaborar de manera guiada un proceso para apoyar y guiar al paciente moribundo y su familia, se está presenciando un cambio en el paradigma médico respecto de la aceptación de las diferentes emociones que puede sentir un médico al enfrentar situaciones complejas emocionalmente como la muerte de su paciente. Esta evolución en la concepción del rol del médico dentro del proceso de muerte lo acerca más a su paciente y la familia, le brinda seguridad y lo hace emocionalmente más equilibrado.

3.2.4 La muerte para otros profesionales de la salud y equipos interdisciplinarios

El médico se encuentra inmerso dentro de un equipo de profesionales de la salud del cual habitualmente es el líder, ya que el rumbo y las “órdenes” son dadas por él ; pero en un equipo balanceado para definir directrices el médico se apoya en los conocimientos y las destrezas de las enfermeras, los terapeutas, los psicólogos, entre otros. Cuando el equipo se encarga de la atención y el cuidado de pacientes moribundos su muerte es experimentada por el equipo en su totalidad y por ello se han desarrollado investigaciones en las que se consideran a participantes de las diferentes áreas de las ciencias de la salud.

El estudio *“La estructura de la Representación Social de la Muerte en la Interfaz con las Religiosidades en equipos interdisciplinarios de Salud”*, de gran importancia en esta investigación debido a que utiliza la teoría de las representaciones sociales como estrategia metodológica, parte del hecho que la religiosidad tiene una fuerte injerencia en el significado atribuido a la muerte para esta población en específico. Se utilizó un instrumento con preguntas abiertas y cerradas sobre la muerte y el morir, así como la experiencia religiosa singular de los participantes. Protocolos escritos fueron recogidos en una muestra de 80 profesionales (49 médicos, 13 psicólogos, 18 enfermeras) pertenecientes a 10 equipos de de salud multidisciplinarios. Estos fueron analizados mediante análisis de contenido y Análisis de la Estructura de similitud (SSA) e interpretado por la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos indicaron una la influencia significativa de las creencias religiosas en la estructuración de la representación de la muerte para los equipos de profesionales de la salud.[7]

En este estudio se afirma: *“El fenómeno de la muerte por su multidimensionalidad y multicausalidad requiere un tratamiento teórico completo desde múltiples perspectivas. A través del análisis metateórico de Davies (2005), varias disciplinas contribuyen para el abordaje de este interrogante. La historia, la filosofía, la antropología, la sociología, la psicología y la teología. El enfoque de esta última es uno de las más exitosos y amplios ya que la religión ha proporcionado una de las más valiosas maneras de tratar con la*

muerte en las sociedades. Este enfoque da prioridad a la reflexión formal sobre la idea de lo divino o lo sagrado, la relaciones entre estas y los seres humanos, la especulación sobre la postmuerte y su relación con la historia de vida, los rituales tanáticos y la cuestión específica del culto asociados con estos. La hipótesis central de esta investigación esperaba localizar una estructura conceptual consonante y expresiva de las creencias religiosas relativas a la muerte de los profesionales de la salud considerándose las creencias en su calidad de elementos de conocimiento y también el de sentimientos subjetivos en el orden del afirmación". [7]

El estudio se realizó en la parte norte de Brasil donde además de la religión católica y la protestante se encuentra como creencia religiosa representativa la de los espiritistas. Luego de las entrevistas encontraron 12 conceptos que englobaban las percepciones de muerte y las ubicaron en tres categorías. La primera denominada metafísica localiza a los espiritistas (dogma religioso que cree en la reencarnación y a través de esta la posibilidad de evolucionar en el campo espiritual) en esta categoría se enmarcaron los siguientes conceptos: pasaje, natural, verdad y sueño. La segunda categoría denominada triste sitúa a los católicos y los protestantes, allí se agrupan las nociones de: pérdida, tristeza, retorno, misterio, abstracta. La última categoría, cercana a la anterior, es la de lo macabro en la que se encuentran las ideas de: fin, macabra y tribunal que revelan un lado de la muerte más lúgubre y trágico no asociado a algún credo religioso en particular. Estos resultados demuestran que la religión tiene una fuerte influencia en la concepción de la muerte y aunque tengan profesiones que implican un contacto cercano con esta al hablar de ella sus creencias personales son fundamentales [7].

Este estudio tuvo una segunda fase titulada: *Polifasia Cognitiva e a Estrutura Icônica da Representação Social da Morte*; un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas que trataba aspectos simbólicos, discursivos e icónicos sobre la muerte y el morir fue distribuido a los mismos profesionales; para develar las imágenes que los entrevistados asociaban con la muerte se utilizaron dos preguntas en particular: Cuando usted piensa en la muerte que imagen viene a su cabeza? Y A que formas o figuras la asocia?[27]

Al igual que en la primera fase los resultados se interpretaron a través de la metodología de representaciones sociales y se utilizó además una variación de estas denominada polifasia cognitiva. Los resultados se presentaron en relación al género y a la profesión de los participantes. Se encontraron 71 imágenes mentales asociadas a la muerte las cuales se clasificaron en 10 tipos: 1. Imágenes de naturaleza terrestre (abismos, agua); 2. Imágenes de naturaleza cósmica (cielo, espacio infinito); 3. Imágenes genéricas de la naturaleza (paisajes, bosques); 4. Imágenes de la figura humana o personificaciones (parientes fallecidos, bella mujer); 5. Imágenes de viajes o desplazamiento (camino, tren); 6. Objetos fúnebres (ataúd, cementerio); 7. Imágenes Macabras (cadáver, calavera vestida de negro con la hoz); 8. Entidades metafísicas (ángeles, conciencia de expansión); 9. Imágenes de reposo (cama, mundo pacífico) y 10. Imágenes inclasificables (cosas imaginarias personales). A su vez estos tipos de imágenes se agruparon en 3 categorías: 1. Imágenes de transformación: que contenía las imágenes de la figura humana, las de viaje y las de reposo, dentro de esta se encontraron las respuestas dadas por las psicólogas y las enfermeras; 2. Imágenes de la Naturaleza: incluye las imágenes, de naturaleza cósmica, terrestre y genéricas estas imágenes correspondían a las respuestas dadas por las médicas y la última categoría denominada imágenes ansiogénicas donde se ubican las imágenes macabras,

metafísicas y de objetos fúnebres allí se encontraron las respuestas de los médicos. En este estudio a diferencia del de representaciones sociales se observó que dependiendo de la profesión y el género se modificaban las respuestas probablemente porque la imagen mental bajo la teoría de Moscovici tiene un proceso de construcción social diferente al de las representaciones sociales [27]

En Brasil las enfermeras tienen una amplia producción investigativa en torno a la muerte; uno de los artículos escrito por Helena Eri Shimizu busca identificar y analizar las representaciones, sentimientos vividos, mecanismos de defensa y estrategias desarrolladas por los trabajadores de enfermería en el proceso de enfrentar la muerte de pacientes. Se trata de un estudio cualitativo que utiliza la Teoría de las Representaciones Sociales. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con cuatro jefes de enfermería y doce auxiliares de enfermería que trabajan en Centros de Cuidados Intensivos. La técnica utilizada para el análisis de datos fue la de análisis de contenido, exactamente el análisis temático. Los resultados muestran que los trabajadores de enfermería sufren terriblemente al cuidar de los pacientes que están en proceso de morir. Para enfrentar el sufrimiento cotidiano utilizan estrategias y mecanismos de defensa, individuales y colectivos, tales como la negación, la creación de nuevas rutinas y el alejamiento.[28]

Por último el artículo titulado *o jogo existencial e a ritualização da morte*. constituye una reflexión realizada por una enfermera desde su perspectiva de cuidado sobre el miedo a morir que acompaña el existir humano teniendo en cuenta que el ser humano es el único ser vivo que sabe que se va a morir. Esa conciencia lo lleva a anticipar ese miedo, haciéndolo un compañero en toda su vida. Para disminuir esa angustia mortal, el hombre negocia con la muerte, como manera de enfrentar su miedo. Al final de esta reflexión concluye: *“Nosotros profesionales de enfermería que lidiamos con el proceso de morir debemos comprender lo que ese proceso significa para lograr caminar en dirección a nuestra propia humanidad y entender lo que ella trae en sí, y solo entonces posicionarnos como profesionales del cuidado. Y entender que la muerte no es un problema para el que muere, el problema son los sentimientos de abandono, desesperanza y asilamiento que la acompañan unido a la certeza que enfrentan las personas de su propia muerte”*. [29].

Se puede inferir de esta revisión que hay una muy buena cantidad de estudios e investigaciones sobre la muerte y su percepción por parte de los médicos y los profesionales de la salud, desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa. En Brasil hay mayor producción de estos últimos y la metodología de las representaciones sociales se utiliza con frecuencia. Pero al momento de realizarla no se encontraron artículos en los que se estudien percepciones de la muerte por parte de los médicos alternativos.

3.3 El hombre frente a la muerte en Oriente y Occidente

“Tienes que aprender a hacerlo todo incluso a morir”

Gertrude Stein

Como se ha validado a través de uno de los artículos revisados anteriormente la percepción de la muerte está fuertemente relacionada con la cultura del individuo, y dentro de esta la religiosidad es un factor determinante. Por lo tanto a continuación se revisara el concepto de muerte para la cultura occidental y la oriental. Esta última debido a que la Medicina Tradicional China tiene su asiento allí.

Se revisara la concepción de la muerte a partir de los paradigmas religiosos hegemónicos de cada una de las culturas

3.3.1 El hombre frente a la muerte en Occidente

Para occidente se tomará el cristianismo como paradigma religioso predominante ya que para el 2005 según World Christian Database (Banco de datos del cristianismo para todo el mundo) el número total de cristianos era de 2,135,782,815 personas equivalente al 33.1 % de la población mundial [30]. Distribuidas en Europa Occidental y en las regiones que fueron colonizadas por ellos a partir del siglo XV: América, la zona central y occidental de África, el Archipiélago Filipino y Oceanía [31]. Cabe aclarar que el cristianismo está definido como : *“religión monoteísta de orígenes semíticos que se basa en el reconocimiento de Jesús de Nazaret como su fundador y figura central. Sus seguidores creen que Jesús es el hijo de Dios, así como el Mesías (o Cristo) profetizado en el Antiguo Testamento, que murió para la redención de los pecados del género humano, y que resucitó tres días después de su muerte”* [32]. Considerando lo anterior dentro del cristianismo hay diferentes corrientes de apreciación de las enseñanzas Cristo derivadas de la interpretación de la Biblia o por enfrentamientos de orden político, debido a ello este alberga credos religiosos como : Católica Romana, Griega Ortodoxa, Pentecostalismo, Reformada Presbiteriana, Anglicana, Metodista, Testigos de Jehová, Adventista del séptimo día entre otras.

Además de considerar la visión de la muerte desde el cristianismo se repasara también a lo largo de la evolución del hombre en esta parte del mundo.

Durante el trasegar evolutivo del hombre la muerte ha sido un tema de preocupación para él. Desde el hombre de Neanderthal se han tenido muestras de sus tumbas y fósiles de ofrendas florales que había en ellas, lo que evidencia que para ellos ese evento tenía un significado especial. Posteriormente con el surgimiento de la escritura se tienen registros que aún perduran de las creencias y rituales de civilizaciones como la Egipticia a través de su libro de los muertos, en Mesopotamia la Epopeya de Gilgamesh y en América los textos grabados en piedra [33]

La cultura griega, considerada como la precursora de la civilización occidental, predicaba que los hombres al morir partían hacia un lugar sombrío y oscuro, reino del Dios Hades; Allí serían juzgados por los actos realizados durante su existencia terrestre. Si las almas eran consideradas llenas de virtudes y sus actos habían sido intachables dentro de su existencia terrena irían al Elíseo o Isla de los Bienaventurados; si no eran consideradas virtuosas ni malvadas irían a los Campos de Asfódelos y si por el contrario eran consideradas malvadas eran condenadas a marchar al Tártaro.

Platón se alejaba bastante de esta visión y planteaba que solo el cuerpo moría, si el alma permanecía pura no era tocada por la extinción del cuerpo. Decía Platón *“De todas las cosas que un hombre posee, cercanas a los Dioses, la más divina y la más suya es el alma”*. Consideraba el alma inmortal y esta renacía muchas veces para aprehender conocimientos. Desde esta perspectiva el conocimiento era poderoso pues era aquello que permitía la inmortalidad. Para Platón: *“Morir es un cambio, es solo abandonar el cuerpo; vivir es tener residencia eterna en el verdadero conocimiento”*. [33]

La aparición de Jesucristo dentro de la cultura grecorromana cambio totalmente los paradigmas existentes en torno a la muerte. Las enseñanzas, creencias y vivencias de este personaje son transmitidas al mundo a través de los textos de hombres que convivieron con él durante su crecimiento espiritual y presenciaron el hecho trascendente de su muerte y su resurrección. Estos hombres llamados discípulos son los encargados de garantizar a través de la escritura que el legado cristiano no desaparezca. Estos textos serán llamados evangelios.

Mateo, Marcos y Lucas son considerados evangelistas sinópticos; en sus textos se despoja a la muerte de su significado trágico y se considera como un pasaje hacia la trascendencia. La resurrección de Cristo pone a la muerte en un segundo plano, y consideran que gracias a su muerte se logra comprender el propósito de su vida el cual era ofrendarla a otros [33]

Pablo, el apóstol de los gentiles, incluye en sus textos un concepto fundamental para el cristiano y el entendimiento de la muerte: La Fe. Uno de sus escritos afirma: *“El que crea en mí no ha de morir, dice Jesús”*. Ella es quien otorga la inmortalidad al alma [33]

En síntesis: *“Para el cristianismo la muerte de Jesús trae consigo para quienes creen en él, el premio de la vida eterna. Esta vida eterna es volver al lado del Padre Dios luego del trance de la muerte; gozar junto a él de la paz y la bondad de su presencia, lejos de los sufrimientos y angustias de la vida terrenal. Pero este retorno está condicionado al cumplimiento durante la vida terrena de los preceptos de amor al prójimo, perdón, caridad y fe en los que reposa la doctrina cristiana”*. [33]

En los primeros mil años de la era cristiana, el cristianismo consolido sus dogmas y esperaba la segunda venida de Cristo tal como el evangelista Mateo lo anuncio *“Yo estoy con ustedes todos los días hasta que termine este mundo”* [34] El retorno traía consigo la figura del juicio final relatada por el mismo evangelista de la siguiente manera: *“Cuando el hijo del hombre venga en su gloria rodeado de todos sus ángeles, se sentara en su trono como Rey glorioso. Todas las naciones serán llevadas a su presencia, y*

como el pastor separa las ovejas de los machos cabríos, así también lo hará el" [35] . En ese momento ese juicio era esperado sin temor

A partir del siglo XI este concepto giro y el momento del juicio empezó a ser temido y se hizo patente el miedo a la muerte, en especial si no se recibían antes de esta el perdón de la mano de un religioso. También ocurrió un cambio en el imaginario colectivo y la destrucción del cuerpo a polvo y cenizas se transformo en la corrupción de la carne asociada a malos olores y gusanos por lo que el habito de cubrir la totalidad del cuerpo con vendas e introducirlo en un cajón de madera tomo fuerza [33] .

A lo largo del transcurrir de la edad media se pueden entrever diferentes posiciones ante la muerte para los contemporáneos de esta época.

Para los Caballeros guerreros nobles, doncellas y monjes, existía una premonición de muerte que permitía realizar preparativos en torno a ella como pedir perdón a Dios y realizar testamentos; aunque fuera producto de una herida accidental la muerte daba tiempo para el aviso. Estos presentimientos podían ser visiones de antepasados anunciando la partida o escuchar el sonido de campanas; el anuncio de la muerte era algo completamente natural y hacia parte del proceso mismo, la muerte continuaba siendo temible pero con su anuncio se daba la posibilidad de esperarla de buena o de mala gana [36]

Por el contrario una muerte repentina salía de la naturalidad, podía ser considerada incluso como manifestación de la cólera de Dios; Esta muerte era vergonzosa, de la que no se hablaba, era una "muerte villana". En esta categoría también estaba la muerte clandestina, sin testigos ni ceremonias, la del viajero cuyo cuerpo se encontró a la orilla del camino. El cristianismo se esforzó por cambiar esta creencia y consideraba que estos muertos merecían la cristiana sepultura con el beneficio de la duda.[36]

Otro tipo de muerte muy vergonzoso era el de los condenados, hasta el siglo XIV se les negaba la reconciliación religiosa, ya que se creía que era preciso que continuaran malditos en el otro mundo; solo hasta el siglo XV los mendicantes, con el apoyo del papado, consiguieron el derecho de asistir a los ajusticiados.[36]

Durante esta época para el cristiano devoto la muerte física constituía el pasaje hacia la vida eterna conquistada por Jesucristo a través de su muerte y resurrección, por lo tanto un buen cristiano deseaba y esperaba su muerte con alegría pues esta constituía un renacimiento. [36].

A finales del siglo XV durante la transición de la edad media al renacimiento se escribió el *Ars moriendi* ("El arte de morir"); un texto de seis capítulos que contiene las directrices, bajo la óptica cristiana de la época, para un buen morir. Fue escrito al parecer por un fraile dominico anónimo; en el primer capítulo se explican las bondades de la muerte y sirve para consolar al moribundo y enseñarle que la muerte no es algo a lo cual temer; el segundo habla sobre las cinco tentaciones que sobrevienen durante la muerte: la falta de fe, la desesperación, la impaciencia, el orgullo espiritual, y la codicia; y la manera como evitarlas; en el tercer capítulo contiene las siete preguntas para hacerle

al moribundo, junto con una consolación a través de los poderes redentores del amor de Cristo, el cuarto capítulo expresa la necesidad de imitar la vida de Cristo par conseguir una muerte bienaventurada, el quinto está dirigido a los amigos y familiares indicando las pautas de comportamiento en el lecho de muerte, y por último el sexto capítulo incluye la oración adecuada para el moribundo.[37]

En el renacimiento con el despertar de los avances tecnológicos la fuerte apertura mental y el retorno al antropocentrismo, las ideas de muerte se alejaron del concepto de Dios y de religión. Morir se empezó a considerar un hecho natural, y era un evento que podía llegarle a cualquiera sin importar sus creencias ni su posición económica, esto producto de las muchas epidemias que mermaban la población en esos momentos.

Durante este periodo aparece el naturalismo, que valora la naturaleza y la vida sensible; esta corriente intelectual incentiva los viajes, las exploraciones y todo lo que represente contacto con lo natural. Se comienzan a reconocer los paisajes y a humanizar el arte. La cultura se va haciendo progresivamente laica e independiente de la autoridad eclesiástica y de los dogmas religiosos. Este cambio en el paradigma también toca la apreciación de la muerte. Ante su presencia todos los hombres se hacen iguales y todos sin importar su clase social serán tocados por ella. La creencia de la vida en otro mundo ya no es vigente y si el hombre y sus creaciones son el motor de la existencia, la fama, será la forma de sobrevivir tras la muerte en el Renacimiento.[38]

Desde finales del siglo XVII se producen importantes transformaciones sociales, ideológicas y culturales derivadas del desarrollo de las ciencias que caracterizaron al periodo de la ilustración. Durante este periodo se interpreto la muerte como una etapa dentro del desarrollo natural de los hombres y de todos los seres vivos, aunque las creencias que aun difundía la Iglesia Católica hablaban de temerle a la muerte si la vida no había estado adornada por las directrices de una vida piadosa cristiana [39]

El Renacimiento marca el inicio de la toma conciencia de la individualidad del hombre, por lo tanto empieza a tener aspiraciones de que su recuerdo permanezca aunque él hubiera desaparecido físicamente, por ello busca la gloria en vida a través del heroísmo o el triunfo en las guerras o de la prosperidad económica, pero esta fama podría ser efímera y desaparecer con su fallecimiento por lo tanto misas pagadas con anticipación le garantizarían su entrada al paraíso y para no perder su gloria indicaban repartir donativos entre los más pobres para que a través de su agradecimiento no fueran olvidados .[39]

La aparición de los cementerios municipales durante el siglo XIX permitió congregarse en un mismo espacio a todos los muertos de una población, en un terreno aparentemente común e igualitario, pero a pesar de ello había élites que debían marcar diferencias así que generalmente a la entrada de estos lugares construían grandes panteones que simbolizaran su estatus, aunque al morir todos fueran iguales [39]

A comienzos del siglo XX, la muerte de un individuo modificaba el espacio y el tiempo del grupo social al que pertenecía. Esa muerte era un acontecimiento público que

afectaba a la comunidad, la mayoría de sus miembros se enteraban de ella y lamentaban la pérdida, el duelo de la familia se podía extender a la sociedad y todos necesitan el espacio para procesarlo. A medida que las comunidades fueron creciendo y las pequeñas poblaciones se transformaron en grandes metrópolis, la desaparición de un individuo no afecta la sociedad, solo a su entorno cercano. Entre nosotros la limosina mortuoria suele pasar inadvertida dentro del tráfico.[33]

A finales del siglo XX e inicio del XXI se presencia una nueva postura ante la muerte unida a los cambios que trae consigo el pensamiento posmoderno con la globalización el avance de la tecnología, y la física cuántica. Orlando Mejía médico y filósofo colombiano lo sintetiza de la siguiente manera *“El dualismo vida/muerte comienza a desaparecer de la mentalidad científica postmoderna. La estructura cognoscitiva de las distintas disciplinas de la ciencia postmoderna tiene sus raíces en una concepción que fusiona de manera armónica la vida y la muerte que asimila en su esencialidad el hecho de que la vida y la muerte no son formas distintas de ser y no ser, sino formas diferentes de pensar”* [1]

▪ Interrelación entre el concepto de Muerte y Medicina en Occidente

Al realizar la revisión bibliográfica para esta investigación se encontró un texto del Doctor Orlando Mejía, médico y filósofo, quien dados sus estudios en ambas áreas del conocimiento sintetizó en un apartado de su libro *“Muerte, tecnocracia y postmodernidad”*[1] la transformación del concepto de muerte desde la perspectiva de los médicos en cada época de la evolución del hombre en este lado del planeta.

A continuación se encuentra un resumen de los conceptos más relevantes de ese texto y que aportan al desarrollo de la temática de este trabajo:

En las culturas arcaicas la muerte era un hecho accidental que interrumpía la inmortalidad del individuo y podía ser consecuencia de hechizos de los enemigos, los espíritus de los muertos o los demonios de la noche. El chaman era el único que podía a través de su magia contrarrestar este hechizo y por tanto vencer a la muerte; este es uno de los hechos que le confiere dentro de su comunidad.[1]

Con la aparición de la medicina Hipocrática en Grecia, aproximadamente en el siglo V A.C, se cambia la concepción de las enfermedades y se logra desligar este concepto de las prácticas mágicas. Para los médicos griegos existían 2 tipos de enfermedades las de *teckne* que podían ser tratadas y curadas por el arte de la medicina y las enfermedades de *ananké* o fatales con las que la medicina no debía relacionarse. Para estos médicos la muerte era un hecho que hacía parte del ciclo orgánico de la vida por lo tanto no era considerada como un acontecimiento a combatir. La labor del médico en este instante era la de aliviar el dolor y prevenir la enfermedad.[1]

Los romanos heredaron todo el conocimiento técnico y filosófico de los griegos; por lo tanto para los médicos romanos la muerte también constituía un suceso natural. Incluso para ellos la muerte podía ser una condición más deseable que la vida. Esto explica el gran conocimiento que tenían acerca de las diferentes clases de venenos estos médicos,

pues era parte de su rol el ayudar a los moribundos que quisieran agilizar su trance y a aquellos ciudadanos que quisieran suicidarse.[1]

Con el advenimiento del cristianismo y la concepción de la muerte como un castigo de Dios, la medicina medieval, nada tenía que decir o hacer ante este designio divino. La vida “real” se vive en el reino de Dios, y la vida terrena constituye solo un pasaje temporal, antes de llegar allí a través de una muerte justa y enviada como castigo por Dios, como consecuencia del pecado original de Adán y Eva. La muerte deja de ser considerada un hecho natural.[1]

Durante los siglos XIV y XV en la transición hacia el renacimiento gracias a las pandemias de peste bubónica, el galeno reconsideró la muerte como un hecho natural y a la vez esta se democratizó ya que esta enfermedad podía matar a cualquier persona.

El médico recuperó su papel junto al moribundo para aliviar su dolor y su agonía. Es más se empezó a reconocer cierto poder que los médicos podrían tener sobre la muerte ya que ellos recorrían lugares llenos de muertos y enfermos cubiertos con largas túnicas que le ocultaban los pies, una máscara de pájaro y un bastón en la mano, sin morir en estos territorios.[1]

El cambio de mentalidad total en el Renacimiento hizo que la muerte recobrara su significado de hecho natural asociado al cese del funcionamiento corporal, comprendido gracias al desarrollo de la anatomía y la fisiología. En esa época el médico y el sacerdote compartían la atención del moribundo y se vislumbraba la futura partición de dominios: el sacerdote reza y cuida el alma del enfermo mientras que el médico se encarga de mitigar el dolor corporal. El médico ve la muerte como una barrera entre su saber y la preservación de la vida.[1]

En los siglos XVII y XVIII la muerte deja de ser un asunto religioso y pasa a ser considerada un asunto médico. La nueva concepción del mundo dada por la Ilustración y el positivismo, promulga en los médicos y en los científicos una actitud de lucha contra la enfermedad, y la muerte se empieza a transformar en enemiga que se podría vencer gracias al conocimiento médico. Aquí el moribundo no lucha por su vida, esa batalla es asumida ahora por su médico. De este modo la muerte comienza a ser *medicalizada*. El médico Xavier Bichat escribe a final del siglo XVIII la siguiente definición de la vida: “*el conjunto de funciones que oponen resistencia a la muerte*”. Esta definición pone en evidencia la nueva dirección de la medicina: “*representar las fuerzas de la ciencia que ayudan a las fuerzas de la vida a enfrentar el poder de la muerte*”[1].

En el siglo XIX con el cambio del paradigma económico, la medicina ofrece a quien pueda pagarlo, una vejez saludable y un advenimiento tardío de la muerte prolongando así la productividad del individuo. Aun la muerte se considera un hecho inevitable, pero la medicina está logrando vencer ciertas enfermedades y de esta manera logra prolongar la vida. Ganándole así parcialmente la batalla a la muerte.[1]

Durante el siglo XX los médicos y toda su tecnología logran resolver las fallas de la naturaleza, y no solo eso además pueden generar condiciones consideradas como similares a las naturales para tener pacientes que deberían estar muertos con señales claras de vida a través del uso de sofisticados equipos médicos. Así se puede ver “ *un enfermo comatoso conectado a un ventilador mecánico, con un tubo endotraqueal, con sonda vesical, cables pegados a su pecho, para revisar su ritmo cardíaco, catéteres que miden la presión de arterias pulmonares, el murmullo monótono de las máquinas que vigilan y un médico sentado ante la pantalla de un computador revisando los parámetros numéricos del nivel de oxígeno en sangre, la presión y el gasto cardíaco del moribundo*”. [1]

Esta intromisión por parte del médico en los dominios de la muerte, mostrando como se vence la muerte “natural” dando paso a una “vida artificial” , puede hacer sentir y ver al médico como responsable de la muerte del paciente en el momento en que *la tecnología de mecanismos y medicamentos no puede mantener más esta vida artificial. “El sentimiento de culpabilidad de los médicos ante la muerte de sus pacientes surge de la negación de la ciencia médica contemporánea de la muerte natural. Siempre se debe buscar un culpable, fallan los médicos, no la medicina*”. [1]

Incluso se observa un cambio en el concepto de irreversibilidad de la muerte durante esta época. Los trasplantes de órganos, las técnicas de criogenización de cuerpos enfermos en espera de encontrar curas en el futuro, y las UCI son algunos de los instrumentos con que la medicina le quita poder a la muerte. Pero estos “beneficios” tienen un alto costo económico, así que el dinero puede comprar la inmortalidad del cuerpo. “*Este nexo entre inmortalidad y riqueza ratifica los valores capitalistas que obligan al hombre moderno a cosificarse para ser y les confunden el ser con el tener : se tiene para ser, ser para tener*”. [1]

3.3.2 El hombre frente a la muerte en Oriente

Para el desarrollo de los conceptos de muerte en oriente se tomara como referente las principales corrientes religiosas que se desarrollaron en China e India.

- **Concepción de muerte para la Religión Védica**

En el norte de la India desde el 1500 A.d.C. y durante más de mil años se desarrollo esta religión. Recibió su nombre gracias a sus libros sagrados, los Vedas, textos que aún se aplican dentro del culto hinduista. Estos son textos revelados, es decir, son producto de la inspiración de los dioses. [40]

Dentro de la religión védica los ritos eran muy importantes, estos eran dirigidos por los brahmanes y su ejecución debía ser la adecuada ya que creían que de ella dependía la conservación del orden del Universo. Era una religión politeísta con dioses para los elementos naturales como el Sol, llamado Surya o Savitar, la noche o Nakta y el viento o Vayu. Otros tenían funciones más específicas como Mitra, que presidía la amistad y los tratados; Varuna, dios del cielo y la magia o Agni, que era el fuego que en el altar quemaba la ofrenda y la hacía llegar a los dioses. [40]

Para la filosofía védica la actitud respecto a la muerte es muy clara: El hindú no teme a la muerte misma sino a lo que llaman la “segunda muerte” o “remuerte” un destino al que están sujetos aquellos que ya murieron pero cuyas vidas carecen de valor y que están condenados a volver a vivir y a volver a morir. Se detecta allí una antigua forma de la infinita rueda de la muerte y el nacimiento, asociada a la doctrina hindu de la trasmigración del alma.[33]

▪ Concepción de la muerte para el Hinduismo

El hinduismo surge a partir de la religión védica de los pobladores indoeuropeos del norte de la India, pero se consolida hace aproximadamente 3500 años, tomando numerosos elementos de diferentes orígenes, por eso resulta muy variada y por lo tanto incluye muchos dioses y distintos caminos para expresarla. El elemento común a todos los hinduistas es que siguen el *dharma*, entendido como el orden correcto de comportarse de acuerdo con quien se es, la etapa de la vida en la que se está y lo que se ha sido en vidas pasadas.[41]

El concepto de *dharma* es fundamental en el hinduismo pero es complicado de explicar. Gavin Flood, en su libro *El hinduismo*, ofrece algunas claves para entender a qué se refiere: «*El equivalente más cercano a dharma en español sería religión, pero incluyendo también los significados de verdad, deber, ético, derecho Es el poder que sostiene y fundamenta la sociedad y el cosmos que convierte las cosas en lo que son Un rasgo llamativo del hinduismo es que lo que se hace es más importante que lo que se cree. Seguir el dharma no es por tanto aceptar un cierto número de creencias, sino cumplir ciertos deberes específicos y comportarse según ciertas reglas relativas a la pureza y el matrimonio y realizar los rituales obligatorios, normalmente enfocados a alguna de los divinidades hindúes.*» [41]

Bajo el concepto anterior, ser hinduista sería actuar de acuerdo con el *dharma*, lo que abarca la realización de ritos solemnes y el comportamiento correcto en todos los momentos de la vida. Implica el cumplimiento de obligaciones entendidas como trascendentes y eternas, pero que se expresan o manifiestan entre los seres humanos en acciones concretas.

Una de las principales obras del hinduismo es el *Mahabharata*, allí entre otras se aprecia su percepción del tiempo; para ellos el tiempo no es lineal sino circular, una era sucede a otra. Tras una era como la actual que se considera decadente volverá la edad de oro, que marcará el comienzo de un nuevo ciclo. En este libro se encuentra el canto de lo Divino o Bhagavad Gita, este es un dialogo que se entabla entre el Dios Khrisna disfrazado de conductor de un carruaje de guerra y el renombrado príncipe Arjuna que se presta a librar una batalla en la que habrían de morir dieciocho mil personas. Es el Dios Khrisna quien induce al príncipe a entrar tranquilamente a la guerra con la seguridad de que nada en realidad puede morir. “*Tu tristeza, le dice Khrisna a Arjuna es en vano. Quien es verdaderamente sabio no se lamenta ni por los vivos ni por los muertos. Nunca hubo tiempo en el que yo no existiera, ni tu ni los demás príncipes. Ni tampoco futuro alguno en el que dejaremos de existir. Aquello que es nunca puede dejar de ser.*”.[33]

Las palabras dichas por Khrisna determinan una verdad indiscutible para los hindúes: la continuidad de la vida después de la muerte. En la continuación del diálogo, el príncipe le cuestiona acerca de la existencia de un alma que sobreviva después de la muerte; Khrisna le recuerda a Arjuna su naturaleza inmortal y le explica que la realidad es más profunda es *“el Atman (alma) que no nace, no muere, nunca cesa, nunca principia, inmortal, sin origen, inmutable por siempre”*. El Atman dice Khrisna, es el mismo Brahman o cabeza de Dios implantado dentro del ser individual[33]

Para la mente occidental la enseñanza de la transmigración ofrece a la persona otra vida, otra oportunidad de hacerlo toda una vez más pero con menos sufrimientos y errores. Para el hinduismo la trasmigración significa el terrible destino de continuar atado a la rueda de la vida y la muerte sin poder escapar. El renacer solo le da la seguridad de volver a morir, y persistir en la repetición infinita del ciclo de la vida y de la muerte sin poder escapar.[33] La razón para ese continuo repetir el ciclo vida y muerte está en el Karma, cuya ley establece que todas las acciones y aun los pensamientos de los seres humanos, tienen consecuencias positivas y negativas según la calidad que hayan tenido. Todo karma entonces es resultado de karmas anteriores. Por lo tanto aquel que por esfuerzo, mediante su propia acción individual, disminuya las cargas positivas y negativas del karma lograra la liberación de este ciclo. Aceptar el karma del presente, como resultado de karmas anteriores es una de las principales características del pueblo hindú y se manifiesta en su cotidianidad: aceptar sin protestar la casta a la que se pertenece, con el anhelo interior de mejorar el karma de vidas posteriores hasta alcanzar el fin supremo de la liberación. El mensaje consolador es considerar el karma como una fuerza educativa cuyo propósito es llevar al individuo a actuar en armonía con la ley de moral, sin interés egoístas y destructores, para finalmente lograr la liberación de la espiral del tiempo.[33]

▪ **Concepción de la Muerte para el Budismo**

El budismo se desarrolló a partir de las enseñanzas difundidas por su fundador, Siddhartha Gautama, alrededor del siglo V a. C. en el noreste de la India. El budismo inició una rápida expansión hasta llegar a ser la religión predominante en India en el siglo III a. C. En este siglo, el emperador indio Asoka la hace religión oficial de su enorme imperio, mandando embajadas de monjes budistas a todo el mundo conocido entonces. No será hasta el siglo VII D.C. cuando iniciará su declive en su tierra de origen, aunque para entonces ya se habría expandido a muchos territorios. En el siglo XIII había llegado a su casi completa desaparición de la India pero se había propagado con éxito por la mayoría del continente asiático.[42]

Buda nació con el nombre de Siddhartha. Después de su iluminación fue conocido también por el nombre de Sakyamuni (sabio de los Sakyas). Dice la leyenda que su madre, Mahamaya, poco antes de dar a luz soñó que un hermoso elefante blanco se introducía en su matriz. Ella falleció poco después de nacer su hijo. Se dice que los brahmanes examinaron al recién nacido y predijeron su destino como monarca universal o Buda. Fue educado por su padre y su madrastra en un ambiente de lujo y, al parecer, mostró una temprana inclinación hacia la meditación y la reflexión, lo que disgustó a su progenitor, que quería hacer de él un guerrero y un gobernante más que un filósofo religioso. En sus propios discursos Buda recordó que meditó y entró en su primer trance cuando aún era niño. Cediendo a los deseos de su padre, se casó muy joven y participó en la vida mundana de la corte. Tuvo un hijo, a quien llamó Rahula. Según la tradición,

Buda empezó a buscar la iluminación a los 29 años, cuando vio por primera vez un anciano, un hombre enfermo y un cadáver, descubriendo de pronto que el sufrimiento es el destino de toda la humanidad. Después se encontró con un pacífico y sereno monje mendicante, y a partir de entonces decidió adoptar su forma de vida, por lo que abandonó a su familia, la riqueza y el poder para iniciar la búsqueda de la verdad. Esta decisión, que el budismo denomina Gran Renuncia, es celebrada por los budistas como un momento crucial en la historia.[43]

A los 35 años de edad dio un gran paso hacia la Iluminación mientras estaba sentado bajo una higuera de agua en Bod Gaya. La tradición dice que una noche se sentó decidido a no levantarse hasta haber alcanzado el nirvana. Primero fue asaltado por los ejércitos demoniacos de Mara, señor de la ilusión, que intentaron sustraerle de su meditación. Mara se retiró vencido, incapaz de romper su concentración, y Buda siguió meditando. Durante la noche alcanzó niveles de conciencia cada vez más altos, llegando a conocer sus vidas anteriores y al "ojo divino" capaz de seguir la reencarnación de todos los seres, a este proceso se le conoce como la Gran Iluminación que le reveló el camino de la salvación y lo libero del ciclo de la reencarnación.[43]

A Buda se le presenta la posibilidad de predicar la verdad a todos o buscar solo la propia salvación, prefirió lo primero. La predicación que en adelante hizo, durante cuarenta años, estaba basada en las Cuatro Verdades y en el Octuple Sendero, que constituyen hoy en día las bases sobre las que se asienta el Budismo. Las cuatro verdades postulan que el nacimiento, el envejecimiento, la enfermedad y la muerte, son aflicciones, tan graves como adherirse a objetos terrenales. La cadena de reencarnaciones es el resultado directo de apegarse a la vida y al deseo y el único camino para extinguir el deseo es seguir el Octuple Sendero: libertad de la ilusión; recta intención; recta palabra que implica verdad y claridad; recta conducta: pacífica y pura; recto vivir: sin causar daños; recto esforzarse por el autocontrol; recto pensamiento aplicando la mente a la experiencia religiosa, y recta meditación en todos los misterios de la vida[33]

La doctrina y las enseñanzas de Buda constituyen el Dharma, que es en el fondo la ley moral. La expreso en cinco reglas que son análogas al decálogo de la Biblia: No matar ningún ser viviente; no tomar nada que no sea dado; no hablar en falso; no tomar bebidas embriagantes y no faltar a la castidad. Las ideas principales que se derivan del dharma budista son las que señalan la existencia inevitable del sufrimiento y la tristeza; la rueda de la vida con sus etapas de nacimiento, muerte y renacimiento, similar al hinduismo; el vacío o vacuidad de todas las cosas, posiblemente la más difícil de todas las enseñanzas budistas; y el nirvana la liberación última en la que se extingue finalmente toda vida y toda muerte[33]

4. Capítulo 4 Estrategia Metodológica

La investigación “Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos 2009 – 2011” para su ejecución implica dos fases; en este estudio se presenta la fase cuantitativa.

4.1 Enfoque cualitativo

4.1.1 Representaciones sociales

El término “Representación Social”, en la actualidad, es encontrado frecuentemente en múltiples investigaciones de las Ciencias Sociales y también en aquellas áreas del conocimiento en las que sus conceptos son aplicables para aproximarse al entendimiento de fenómenos que se construyen dentro de un grupo de individuos, como en la Medicina. Su origen ha estado ligado a elementos sociológicos como la cultura y la ideología, y a elementos psicológicos como la imagen y el pensamiento, por lo tanto en su fundamentación participan tanto la sociología como la psicología[44]

Teniendo en cuenta lo anterior se entiende que sus precursores sean un sociólogo y un psicólogo, Emile Durkheim y Serge Moscovici.

- **Conceptos de los precursores de la teoría de las representaciones sociales**

Se considera a Serge Moscovici como el pionero en el establecimiento de esta teoría pero él reconoce que una de sus principales influencias fue los conceptos del sociólogo francés de finales del siglo XIX Emile Durkheim.

- **Aportes de Emile Durkheim**

Sus primeros aportes a la construcción de esta teoría se evidencian en su obra *La división del trabajo social* publicada en 1893, allí plantea la existencia de dos conciencias dentro de la sociedad: la conciencia individual que está dada por los “*estados personales y distintivos del individuo*” y otra en la que se manifiestan los estados comunes a todas las personas que conforman la sociedad y representa las acciones del grupo de individuos que la constituyen y sin la cual no podría existir, esta se denomina conciencia colectiva.[45].

Su definición se amplía en los siguientes conceptos: “*La conciencia colectiva tiene un carácter definido pero ella cambia de naturaleza a medida que las sociedades cambian, se hace más abstracta y menos coercitiva, perdiendo parte de su fuerza en la búsqueda de razonamientos...las características que hacen colectivas a las conciencias son : el*

hecho de ser generales a un colectivo, de poseer un mayor grado de fuerza emotiva que las conciencias individuales y de ser más precisas que ellas.[45]

Posteriormente en su ensayo “Representaciones Individuales y Representaciones colectivas” se evidencia un cambio en su concepción ya que utiliza el término conciencia únicamente dentro del contexto de la vida psíquica y por primera vez utiliza el término de Representación Colectiva; allí explica la dinámica a través de la cual una representación individual adquiere una categoría social al combinar su acción con las demás representaciones individuales generando una nueva realidad que es común a toda la sociedad y no tiene las mismas cualidades de cada una de las representaciones individuales [45]

Para exponer más claramente la definición de Representación Colectiva Durkheim planteo la siguiente teoría: *“Se pueden explicar los fenómenos sociales a partir de las representaciones y de las acciones que esas representaciones autorizan, y su vez, las acciones y las representaciones se explican a través de su naturaleza social y de una red de condiciones objetivas, sociales y económicas que configuran la estructura social en la cual se desarrollan; en otras palabras; lo que las representaciones colectivas traducen es la manera como el grupo se piensa y sus relaciones con los objetos que afectan”* [45]

Para la teoría de la sociedad durkheimiana las representaciones colectivas desempeñan una función de control social ya que determinan formas de actuar y de pensar que deben ser aceptadas por el individuo para que él se incorpore activamente dentro de esa sociedad y además mantienen la forma de organización social.[46]

▪ **Los primeros postulados de Moscovici**

En 1961, Serge Moscovici presenta su Tesis Doctoral titulada “La Psychoanalyse son image et son public” (“El Psicoanálisis, su imagen y su público”). Por medio del análisis de artículos publicados en el periódico y de entrevistas realizadas a miembros de diferentes grupos sociales, Moscovici revela la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis. Aunque ese era su objetivo fundamental es en esta investigación es donde él expone su teoría respecto de las representaciones sociales y los elementos para su generación.

La hipótesis de su investigación era la siguiente: *¿Cómo se transforma una teoría científica en una representación social?. En su tesis la teoría científica estudiada era el psicoanálisis; respecto de la transformación que esta enfrenta al ser interpretada por la sociedad indica: “el análisis de los cambios que sufre una concepción científica a lo largo de su interacción social nos interesa en la medida en que estos tengan un sentido. No pretendemos aquí lamentar el desfase existente entre el bagaje intelectual del hombre promedio. El estudio del origen de la representación social del psicoanálisis debe tomar este fenómeno como un fenómeno sui generis, con una estructura y un dinamismo propios y no por la manifestación secundaria de una actividad de un nivel más alto.”* [47]

A lo largo de su trabajo empieza la labor de definición del concepto de representación social. Para ello define primero el término representación: *“la representación no nos parece ser una estancia intermediaria, sino un proceso que vuelve al concepto y a la*

percepción de alguna manera intercambiables, por el hecho de que ellos se engendran recíprocamente. Así, el objeto de concepto puede ser tomado como un objeto de una percepción, o el contenido del concepto puede ser percibido...”[47]

Respecto de porque es social la representación declara :” *Con el fin de que la calificación “social” tenga un sentido que se pueda delimitar razonablemente, es necesario darle más importancia a la función a la cual responde la representación, que a las circunstancias de su constitución. Se trata, obviamente, de indicar la naturaleza colectiva de su elaboración, pero de igual manera, de expresar una función que le es propia: la contribución de la representación en los procesos formadores y orientadores de las conductas y de las comunicaciones sociales .Esta función es específica y se da en este marco en que hablamos de representación social” [47].*

Estos son las primeras definiciones que Moscovici elabora respecto del término representación social. A largo de su tesis doctoral expone la siguiente explicación: *“...La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación... son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo...”[48]*

▪ **Definiciones del concepto de Representación Social**

Con el trascurrir del tiempo Moscovici fue alimentando su teoría y en 1981 planteo la siguiente definición: *“...Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividualesconstructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común...”[44]*

Pero no solo Moscovici reinterpretó su propia teoría. Otros profesionales de las Ciencias Sociales han interpretado sus conceptos y han generado definiciones para ella. Una de ellas es Denise Jodelet, Doctora en Psicología Clínica, quien plantea las siguientes nociones acerca de las representaciones sociales: *“ Son la manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano... Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida”.[44]*

Si Moscovici planteaba que una teoría científica se transformaba en una representación social, el psicólogo social Tomás Ibáñez Gracia propone lo siguiente: *“... las representaciones sociales producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. En este sentido, las representaciones actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las*

realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos...".[44]

Como se aprecia cada estudioso del tema da una interpretación para esta teoría que la enriquece y permite que se construyan ideas que no son excluyentes y aclaran un concepto que está en permanente transformación.

▪ **Características que se deben cumplir para la formación de representaciones sociales:**

Se ha analizado que los grupos solo crean representaciones sociales de los hechos u objetos que generan pensamientos comunes a todos los miembros del mismo, y por lo tanto son significativos para ellos; estos sucesos suelen tener las siguientes características [49]:

- Son eventos o cosas que presumen la generación de un cambio trascendente en la concepción del ser humano y del mundo, por ejemplo, desarrollos tecnológicos que producen gran impacto social como el internet
- Su inicio se da gracias a fenómenos que hacen parte importante de la vida social de los individuos y transforman la interacción entre ellos o la visión de sí mismo o de los demás.
- Se relacionan con acontecimientos dolorosos o trágicos para los individuos de la sociedad como enfermedades terminales o catástrofes naturales.
- A lo anterior se puede agregar lo afirmado por la Doctora en ciencias sociales María del Carmen Vergara, quien en su tesis doctoral, indica que las representaciones sociales solo emergen en grupos *reflexivos*, es decir aquellos en los que sus miembros se saben miembros del mismo y poseen criterios para saber quien pertenece a este. En estos grupos el conocimiento implícito de la representación social hace parte de su comunicación diaria y de esta manera la representación puede cumplir su rol de orientadora en las conductas cotidianas y ayudar en la interpretación de la realidad.[49]

▪ **Construcción de las representaciones sociales**

Moscovici plantea en su tesis doctoral que el proceso de construcción de las Representaciones Sociales está constituido por dos fases: La *Objetivación* y el *Anclaje* [47].

- *La Objetivación*

En esta fase los conceptos que constituyen la teoría científica dejan de ser ideas o imágenes y se transforman en entidades concretas. Moscovici lo define de la siguiente manera: *“En la objetivación los conceptos cesan de aparecer como imágenes establecidas y habituales para transformarse en verdaderas categorías del lenguaje y del entendimiento que se caracterizan porque organizan eventos concretos y son llenados por ellos... Cada término se consolida en el trascurso de su uso, mientras que es instrumento “natural” de comprensión, en un grupo que lo admite con este nombre El concepto ya no es solo una idea, ni tampoco una imagen, sino una entidad. La naturalización toma aquí toda su significación en la medida en que le confiere una realidad plena a lo que es una abstracción”* [47].

Dentro de esta fase Moscovici determina dos momentos: en el primero la teoría se transforma en imagen; mediante la confrontación de la concepción científica con otras representaciones esta se desintegra en sus elementos constitutivos generando un conjunto ordenado y coherente que se traduce en un esquema, que constituye el modo figurativo de la representación. En el segundo momento la imagen empieza la construcción de la realidad social, ya que la imagen se torna en un objeto propio de la sociedad para categorizar los individuos y los comportamientos y de esta manera el grupo social la identifica con la realidad [47].

Nuevamente Jodelet al estudiar y profundizar en la teoría de las representaciones sociales genera una definición para esta fase y sus componentes. Ella afirma: *“la objetivación es la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible”* [50].

Ella identifica tres pasos en esta fase : *la construcción selectiva*: es la selección de elementos que concuerdan con el código de valores vigente para el grupo social , estos elementos posteriormente son libremente organizados [50]; *el esquema figurativo*: en este paso el discurso se configura en una estructura simple y concreta de imágenes , es lo que Moscovici denominó el núcleo figurativo. *“Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural”*[50]; el último paso es *la naturalización* : ya que se han reemplazado los conceptos y la información por imágenes, estas constituyen las figuras naturales para asimilar y comprender la representación , estas imágenes serán las constituyentes de la realidad cotidiana para el grupo.[50]

- *El anclaje.*

Moscovici formula la siguiente definición para esta fase: *“Si la objetivación explica como los elementos representados de una teoría se integran como términos de la realidad social, el anclaje permite comprender la manera como ellos contribuyen a expresar y a constituir relaciones sociales”* [47]

El anclaje es lo que convierte a la representación en algo funcional para la sociedad ya que es en esta fase donde ella se convierte en la guía para la construcción de las relaciones del grupo.[47]

Para Denis Jodelet esta fase tiene tres finalidades: primero *interpretación de la realidad*, segundo lograr la *integración de un evento en el sistema ya existente de pensamiento grupal*, y por último *determinar las directrices de comportamiento* de los miembros del grupo ante ese nuevo hecho que han interiorizado.[49]

▪ **Funciones de las representaciones sociales**

Jean Claude Abric en su libro *Prácticas Sociales, Representaciones Sociales* (1994) interpreta la teoría inicial de Moscovici y plantea 4 funciones para las representaciones sociales que emergen luego de analizar las fases que se han planteado para su construcción, estas son [44] :

- *Función de conocimiento:* Ya que la representación social le permite al grupo integrar el nuevo conocimiento dentro del sistema cognoscitivo y de valores previamente construido por él.
- *Función identitaria:* Ya que las representaciones sociales participan en el proceso de construcción de identidad los miembros del grupo y le brinda especificidad al mismo.
- *Función de orientación:* Las representaciones generan una guía de comportamientos esperados en los miembros del grupo ante el suceso que generó la representación. Ella determina los canones tolerables dentro del contexto social ante esta situación.
- *Función justificatoria:* Unida a la anterior las representaciones aprueban el comportamiento de los individuos ante una situación particular.

4.2 Enfoque cuantitativo

4.2 .1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo exploratorio.

4.2.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por médicos generales y especialistas.

Se encuestaron un total de 132 médicos entre los meses de abril a junio de 2010. 107 encuestas fueron diligenciadas en formato impreso y 25 de ellas a través de correo electrónico.

Once encuestas fueron diligenciadas parcialmente pero para la descripción de los resultados se tomo el total de la muestra.

Los criterios de inclusión fueron médicos generales o especialistas graduados que aceptaron el consentimiento informado.

4.2. 3 Recolección, procesamiento y análisis de información

5.2.3.1 Plan de Recolección

- *Fuentes de información:* La información se obtuvo a partir de una encuesta aplicada a los participantes, esta fue diseñada teniendo como base cuestionarios revisados y validados por otros estudios. Se realizaron preguntas para caracterizar demográficamente los participantes, su situación académica y laboral, la relación entre la muerte y su profesión, la muerte y su vida personal, y la muerte y su credo religioso.

- *Instrumento:* Ver anexo Número 1

- *Prueba piloto* Se realizó pilotaje del instrumento con una población de 5 médicos los cuales diligenciaron el formulario, se reconocieron posibles dificultades para la recolección de los datos y se hicieron los ajustes necesarios.

- *Procedimiento de aplicación:* A los médicos que decidieron participar en el estudio se les explico el contenido de la encuesta y el fin que esta tenía, luego se hacía la lectura del consentimiento informado (Ver Anexo número 2) si estaban de acuerdo con él se les entregaba la encuesta para su diligenciamiento. Para las encuestas que se contestaron vía correo electrónico se envió el consentimiento informado junto con la encuesta para que el participante lo leyera antes de contestarla.

4.2.3.2 Procesamiento

Una vez finalizada la recolección de la información, la investigadora construyó una base de datos en Excel con las respuestas registradas en cada encuesta pregunta por pregunta. Con este fin todas las encuestas se numeraron y se describieron los resultados de cada encuesta y de cada pregunta siguiendo un código numérico para cada respuesta de la siguiente manera: si la respuesta dada correspondía a la opción uno en la base de datos correspondía al número uno, si contestaba la opción dos correspondía al número dos y así sucesivamente. Para las preguntas con respuestas abiertas como credo religioso o tiempo de ejercicio de la profesión según las respuestas obtenidas se construyeron grupos o intervalos y a cada uno de ellos se le asigno un número y este se consignaba en la base de datos.

La explicación de la pregunta 20 (ver anexo Número 1) se registro literalmente y su información será analizada e interpretada en el momento en que se desarrolle el enfoque cualitativo.

4.2.3.3 Análisis de la información

- *Análisis Univariado:* Se realizó el análisis de cada variable, utilizando para las variables cualitativas las frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión .
- *Análisis Exploratorio:* Se realizó análisis con técnicas de estadística inferencial. Ninguna asociación de variables fue estadísticamente significativa. Para la determinación de la significancia estadística se empleó la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas (significancia si $p < 0,05$) y la prueba Tstudent para diferencia de medias en las variables cuantitativas.

4.2.4 Control de Sesgos

Para garantizar confidencialidad de la información se garantizó a los participantes total anonimato ya que en la encuesta no se solicitaba el nombre del participante y no se tuvo en cuenta el número de orden al distribuir la encuesta.

Además se estandarizó el proceso de aplicación del instrumento.

4.2.5 Definición de Variables

Ver anexo número 3.

Se deben incluir tantos capítulos como se requieran; sin embargo, se recomienda que la tesis o trabajo de investigación tenga un mínimo 3 capítulos y máximo de 6 capítulos (incluyendo las conclusiones).

5. Aspectos éticos

Este proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina en el acta No. ocho del 14 de Mayo de 2009.

Se realizó consentimiento verbal informado a cada encuestado. (Ver anexo número 3).

Teniendo en cuenta que no se trata de una investigación biomédica o clínica con seres humanos, no aplican la Declaración de Helsinki, ni las recomendaciones de Ginebra dadas por la asociación médica Mundial para esos tipos de investigación.

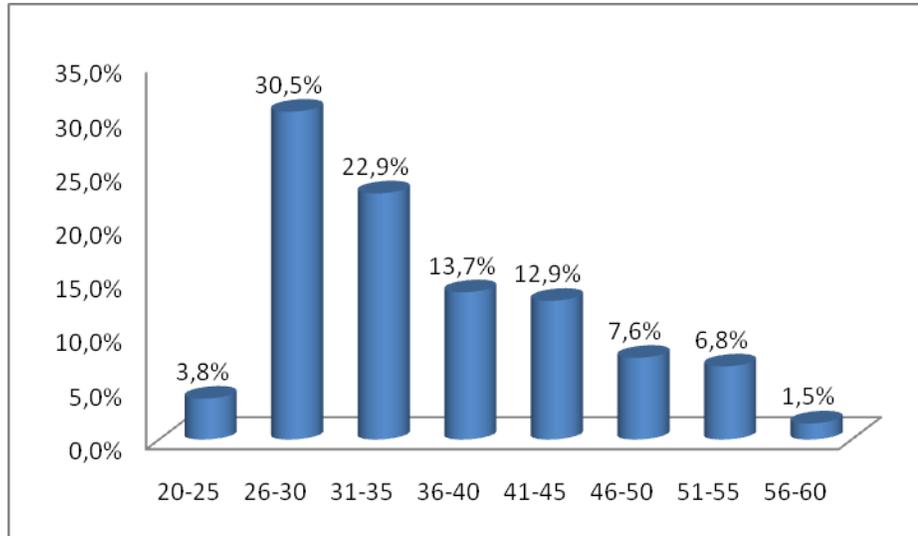
6.Resultados Enfoque Cuantitativo

La encuesta se aplicó entre los meses de abril a junio de 2010,a los médicos que se encontraban cursando la Maestría de Medicina Alternativa en sus diferentes áreas, y a médicos generales y especialistas. En total se encuestaron 132 personas.

6.1 Descripción Socio Demográfica

A continuación se presentan los datos que caracterizan la población de 132 médicos encuestados

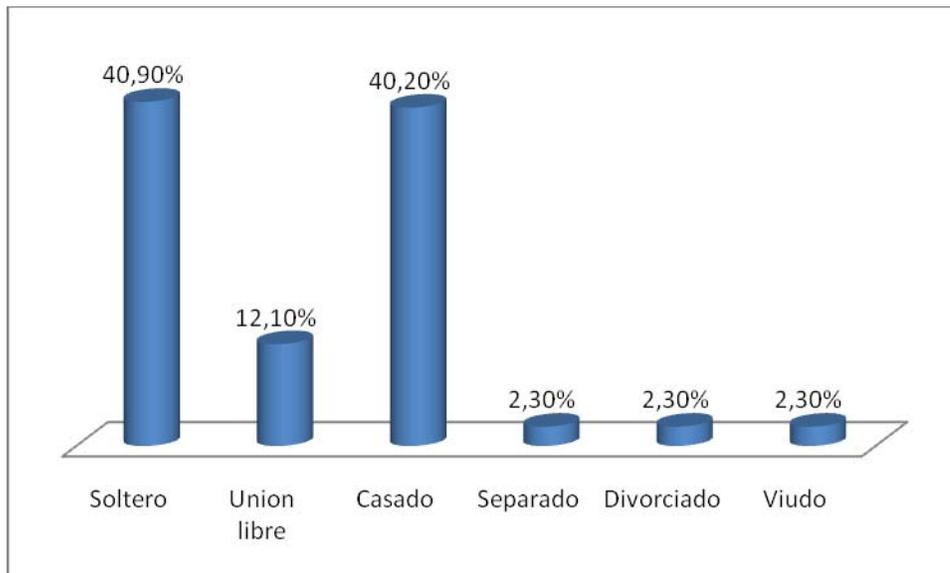
Para facilitar la descripción de la edad se distribuyo en grupos encontrando que el 40% de los participantes estuvieron en el rango de 26 a 30 años siendo este el rango de mayor porcentaje. El promedio de edad fue 36 años (Ver en la Gráfica número. 1).



Gráfica Número.1 Distribución de la variable Edad en años. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos. Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011.

Respecto al género de los participantes, la mayoría de los encuestados (58%) lo conformaron mujeres.

A cerca de la distribución del estado civil, se evidencia un predominio leve de personas solteras 40.9%, seguido muy cerca por las personas casadas; la distribución exacta se representa en la gráfica número. 2



Gráfica Número 2 Distribución de la Variable Estado Civil. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos. Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

En cuanto al número de hijos, más del 50% de los médicos participantes no tiene hijos, seguido por médicos con 2 hijos (ver gráfica número. 3).

Asociada a esta pregunta también se quiso saber si tenían hijos muertos, todos los participantes indicaron que no.

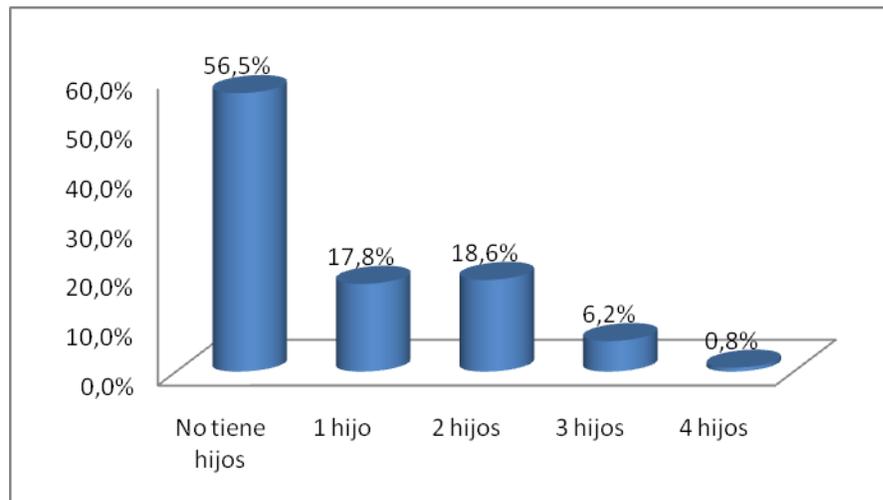


Gráfico Número 3 Distribución de la Variable Número de Hijos vivos Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos. Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Respecto de la sobrevivencia de los padres el 82.6% informaron que su padre se encontraba vivo, y con un porcentaje ligeramente mayor, 93.7% se registró la sobrevivencia de la madre.

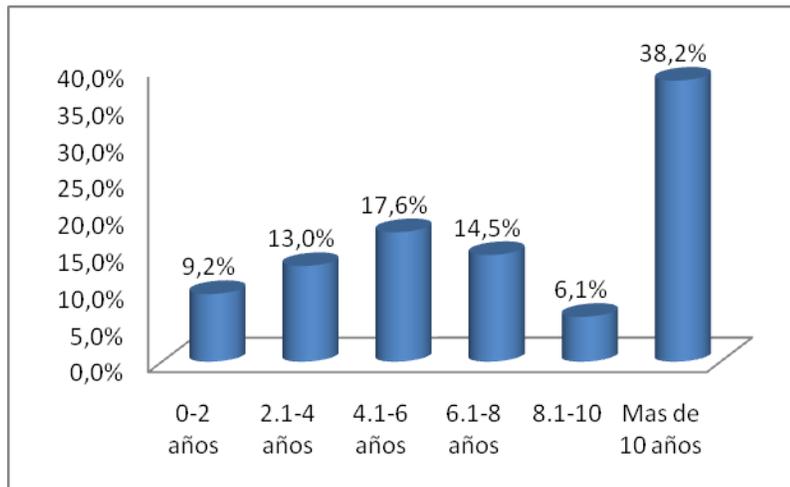
6.2 Descripción Situación académica y laboral

Respecto de la Situación Académica, el 5% de los participantes estudiaron durante el pregrado otra carrera además de Medicina.

Se investigó entre los médicos encuestados, la realización de estudios de postgrado: el mayor porcentaje corresponde a estudios de Medicina Alternativa con el 38.3%, seguido por 24.3% que no han realizado aún ningún tipo de estudio de posgrado. Dentro de las

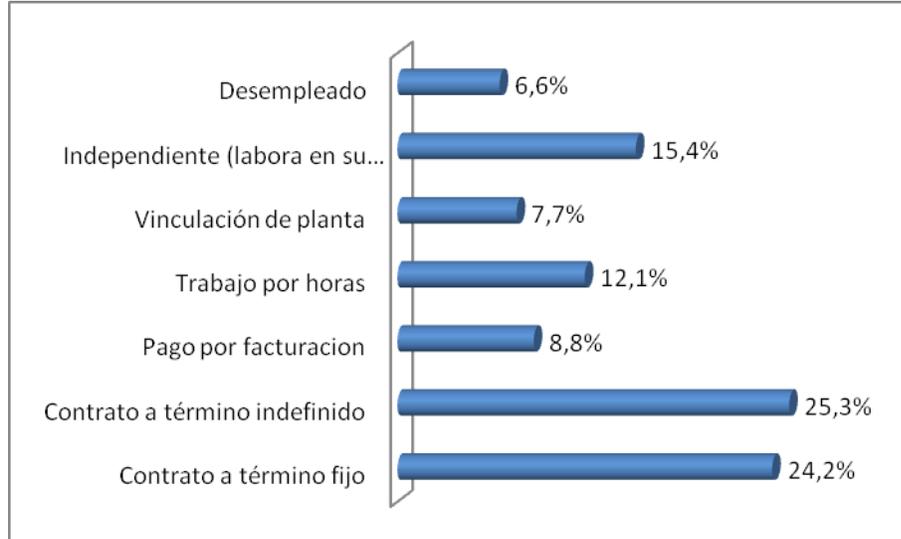
especialidades médico quirúrgicas el 5.6% curso estudios de Pediatría, Oftalmología el 3.7%, Salud Ocupacional el 2.8%, Fisiología 1.9 % y especialidades como Neurología, Neurocirugía, Cirugía, Dermatología, Medicina Física y Rehabilitación cada una con 0.9%. En cuanto a los posgrados de tipo administrativo se obtuvieron los siguientes resultados Administración en Salud (4.7%) Auditoría (3.7%), Epidemiología (1.9%), Derecho Médico (0.9%) y Gerencia en Salud (0.9%). El 6.4% de los participantes han realizado otro tipo de estudios.

En cuanto al tiempo de ejercicio de la profesión, este se distribuyó en intervalos para facilitar su interpretación; el mayor porcentaje se observó en el intervalo de 10 años o más con el 38.3% en contraste con el 9.2 % que representa a los médicos que llevan ejerciendo la profesión entre 0 y 2 años. Ver distribución total en la grafica número.4.



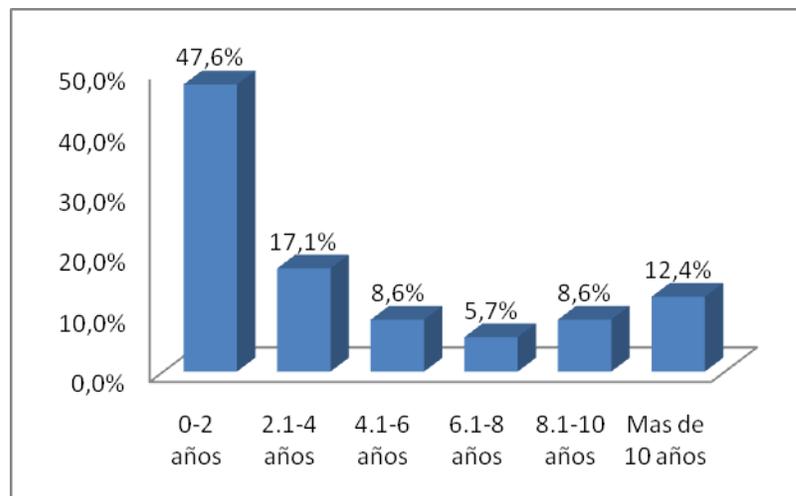
Gráfica Número 4 Distribución de la variable tiempo de ejercicio de la profesión. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos. Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Al interrogar acerca de la situación laboral actual, se encontró que el mayor porcentaje de los médicos encuestados (25.3%) cuentan con un contrato a término indefinido, seguido por el 24.2% con un contrato a término fijo, y solo 6.6% de los encuestados se encuentra desempleado. La distribución total se aprecia en la gráfica número. 5.



Gráfica Número 5 Distribución de la variable Situación Laboral. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos. Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

El grafico número 6 representa el tiempo que llevan en su empleo actual los encuestados, organizado por intervalos, el intervalo con mayor porcentaje fue el de 0 a 2 años con el 47.6%, mientras que el intervalo entre 6.1 a 8 fue el que ocupó el menor porcentaje (5.7%)



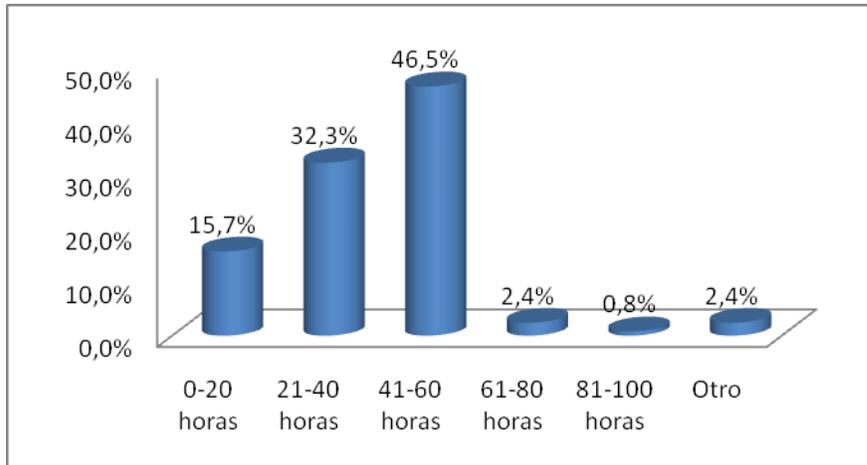
Gráfica Número 6 Distribución de la Variable Tiempo en el empleo actual Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos. Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Asimismo se sondeo acerca del cargo ejercido por los médicos, el mayor porcentaje de participantes está representado por médicos generales de consulta externa con el 44%. El 12 % ejerce como médicos alternativos. La distribución total de resultados se grafican en la tabla número1.

Tabla Número. 1 Distribución de la variable Cargo Ejercido . Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

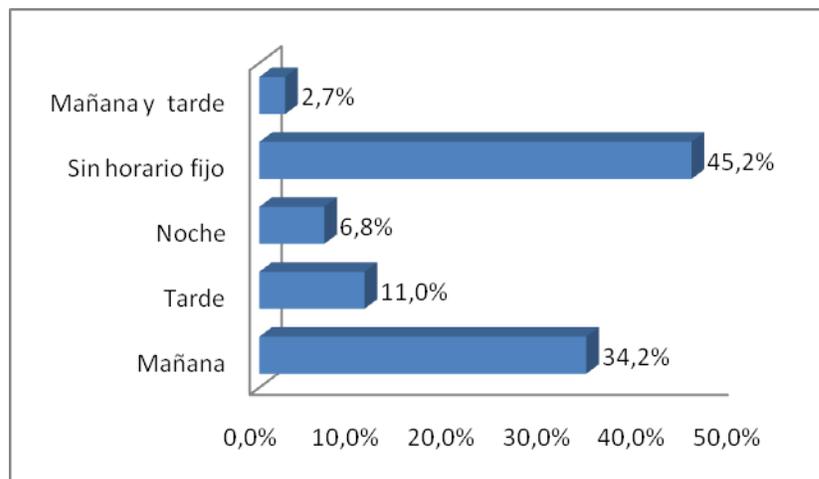
Cargo Ejercido	Porcentaje
Médico General Consulta Externa	44%
Médico General Urgencias	6%
Médico Alternativo	12%
Especialista	20%
Docente	7%
Administrativo	11%
Total	100%

Respecto a la variable número de horas trabajadas por semana, esta se organizó por intervalos. La mayoría de los participantes, 46.5% trabaja entre 41 y 60 horas a la semana, y solo el 0.8% trabaja entre 81 y 100 horas. El 2.4% corresponde a otros designados como tiempo completo o tiempo variable. (Ver gráfica Número 7)



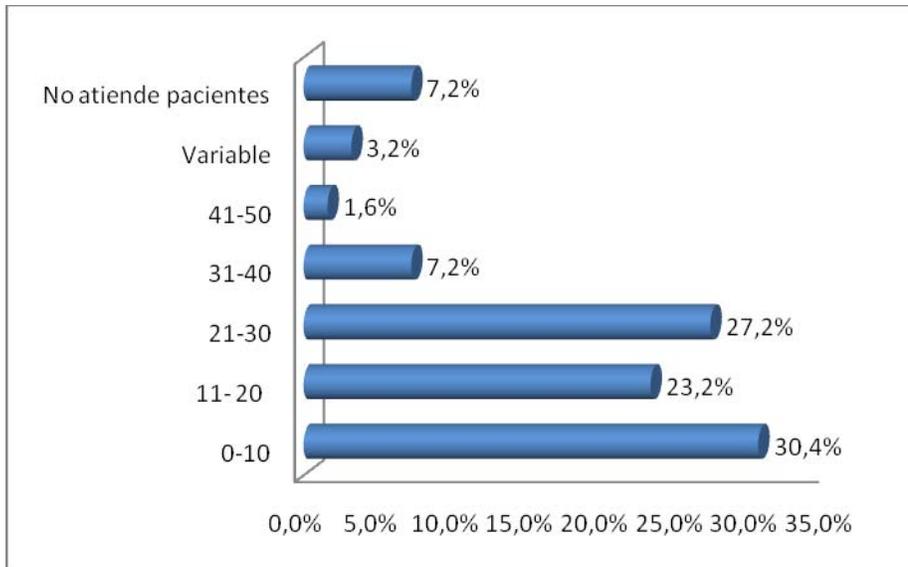
Gráfica Número 7 Distribución de la Variable Número de horas trabajadas a la semana Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

En cuanto a la distribución de los turnos trabajados el 45.2% de los participantes no tiene un turno fijo de trabajo, seguido por el 34.2% que trabaja en las mañanas, mientras que solo el 2.7% trabaja mañana y tarde. La distribución total se presenta en la gráfica Número. 8



Gráfica Número 8 Distribución de la variable Turnos Trabajados. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Se sondeó acerca de el número de pacientes atendidos por día, distribuido en intervalos; el 30.4% de los médicos atiende entre 0 y 10 pacientes, siendo este el mayor porcentaje, además se encontró que el 7.2% de los encuestados no atiende pacientes. Los resultados de esta variable se observan en la gráfica número 9.

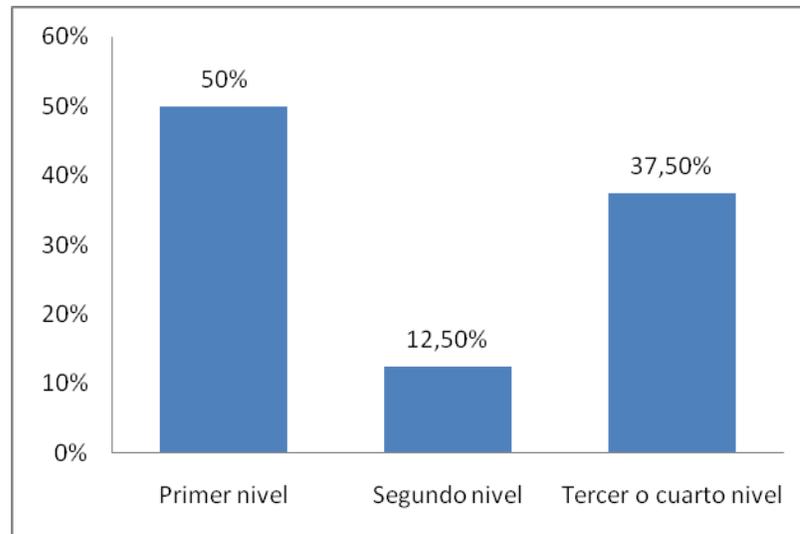


Gráfica número 9 Distribución de la Variable Número de Pacientes atendidos al día. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Del mismo modo se quiso saber si los entrevistados laboran en más de una institución; el 63.6% trabaja solamente en una y el porcentaje restante (36.4%) lo hace en más de una de ellas.

En cuanto al carácter de las instituciones en la que trabajan los encuestados, la gran mayoría el 80.9%, trabaja en instituciones privadas y el 19.1% lo hace en instituciones públicas.

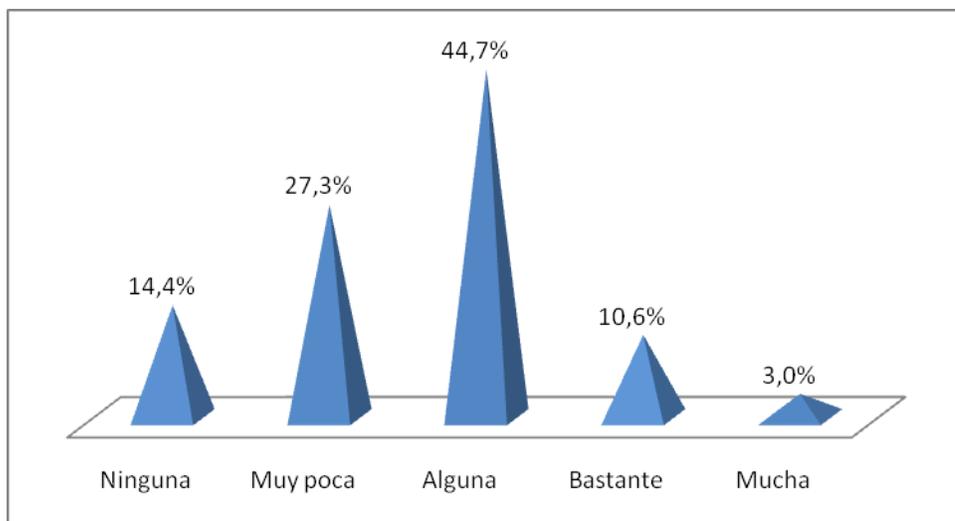
La mayoría de de estas instituciones son de primer nivel, el 50%, y el menor porcentaje estuvo dado por instituciones de segundo nivel con 12.5%. (Ver gráfica número. 10)



Gráfica número. 10 Distribución de la variable Nivel de Complejidad de atención de la institución en la que labora Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

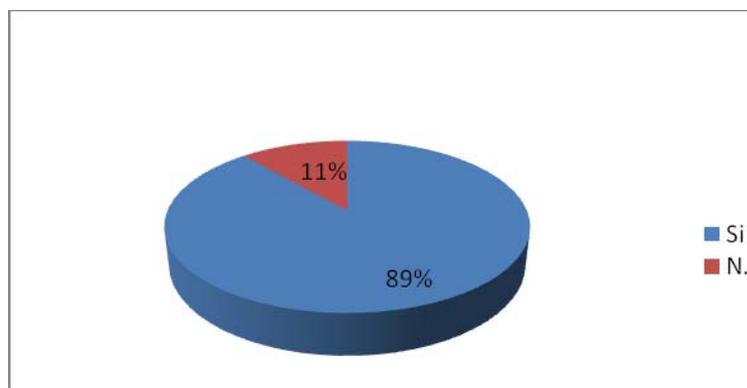
6.3 Descripción sobre muerte y profesión

Al interrogar a los médicos sobre la cantidad de información recibida durante su formación profesional, relacionada con cómo enfrentar la muerte de los pacientes; el porcentaje más alto, 44.7% considero que recibieron alguna información, seguido por el 27.3% que consideran que la información recibida fue muy poca, el menor porcentaje estuvo dado por el 3% participantes que consideran que recibieron mucha información sobre el tema. La totalidad de los datos se observa esquematizada en la gráfica número.



Gráfica Número. 11 Distribución de la variable Información recibida durante la formación profesional sobre cómo enfrentar la muerte de sus pacientes. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Se averiguó sobre la presencia de los médicos participantes durante la muerte de algún paciente, obteniéndose el resultado de que el 89% de los médicos han estado presentes en la muerte de algún paciente, mientras que el 11% no. Ver gráfica número 12



Gráfica número. 12 Descripción de la variable presencia durante la muerte de algún paciente Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

Conjuntamente con la información anterior se preguntó sobre cuánto tiempo había ocurrido la muerte de ese paciente; los resultados se esquematizan en la tabla número 2

Tabla número. 2 Distribución de la variable tiempo transcurrido desde la muerte del paciente en la que estuvo presente. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

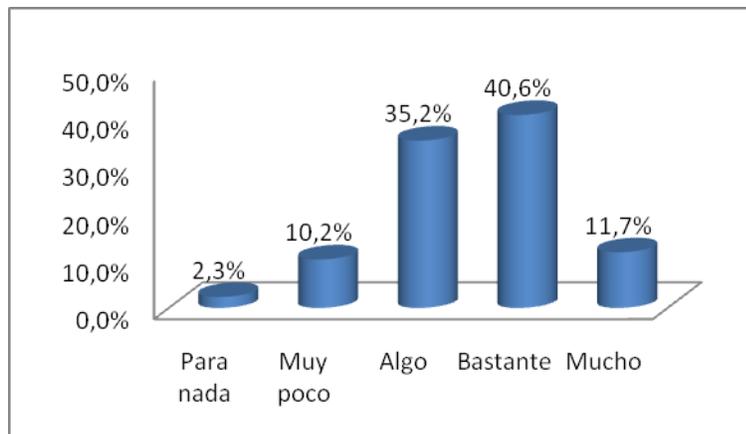
Intervalo en Meses	Porcentaje
0 a 1	26%
1.1 a 12	19.3%
12.1 a 36 (1.1 a 3 años)	16.3%
36.1 a 72 (3.1 a 6 años)	19.2%
72.1 a 108 (6.1 a 9 años)	3.8%
108.1 a 144 (9.1 a 12 años)	6.7%
144.1 y mas (12.1 años y mas)	8.7%
Total	100%

En la grafica número 13 se esquematizan los datos obtenidos relacionados con que tan frecuentemente están los médicos en contacto con pacientes próximos a morir; el mayor porcentaje (26%) está en contacto con estos pacientes 1 vez cada 6 meses, semejante al número de médicos que no están en contacto con estos pacientes.



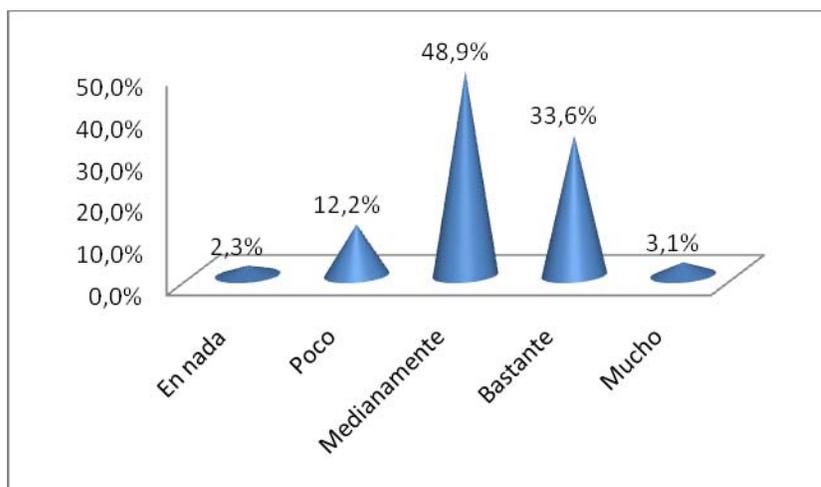
Gráfica número 13 Distribución de la variable Contacto con pacientes próximos a morir
Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos
Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

Se preguntó acerca de la cercanía en la relación médico paciente con pacientes próximos a morir; la mayoría de los encuestados establece relaciones cercanas con estos pacientes ya que el 40.6 % tiene una relación bastante cercana seguida por el 35.2% que establece relaciones algo cercanas. La distribución se esquematiza en la gráfica número. 14



Gráfica número 14 Distribución de la variable tipo de relación que establece con pacientes próximos a morir. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

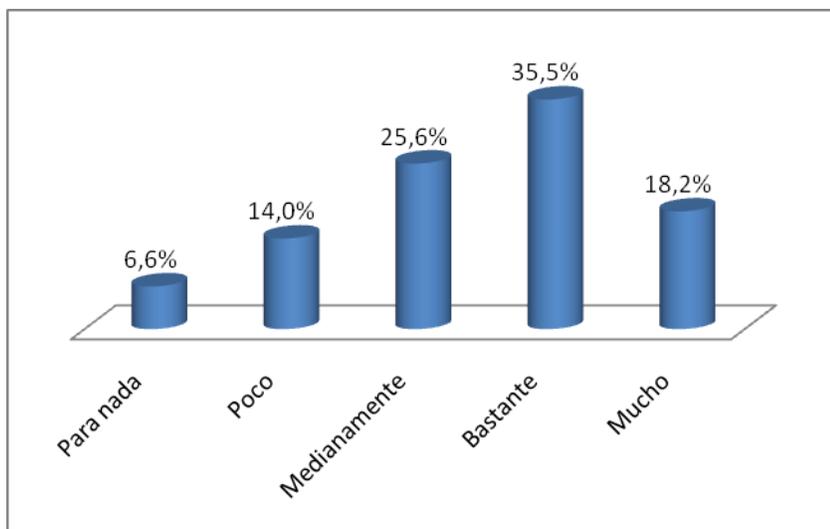
Teniendo en cuenta la información anterior, se exploró el impacto emocional que genera la muerte de los pacientes en los médicos participantes; los porcentajes más altos fueron registrados por médicos que se sienten medianamente impactados con un 48.9%, seguidos por el 33.6% que se sienten bastante afectados. Ver la totalidad de la distribución en la gráfica número 15.



Gráfica número 15 Distribución de la Variable Impacto emocional que genera la muerte de un paciente al médico Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

Se inquirió acerca de, si los participantes recordaban la muerte de algún paciente de manera particular; el 80.2% indicó que si, a estos se les pidió que realizaran una pequeña descripción de porque la recordaban. Estas respuestas se presentaran y analizaran en la fase descriptiva de la investigación.

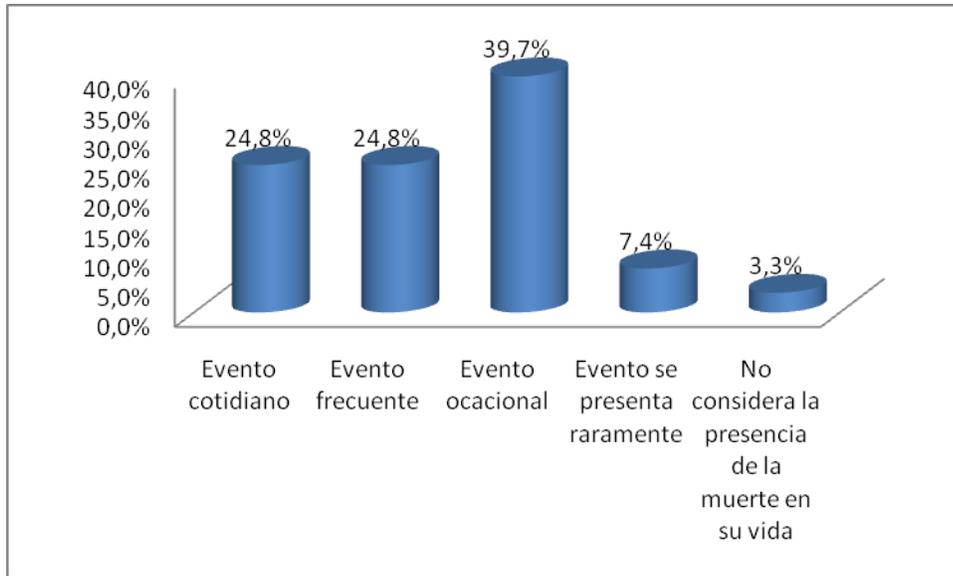
Se indagó sobre qué tan ligada esta la visión de la muerte de los participantes con su profesión; el 35.5% piensa que está bastante ligada en contraste con solo el 6.6% que piensa que no están ligadas para nada. La distribución total se representa en la gráfica número 16.



Gráfica Número. 16 Distribución de la Variable Relación entre visión de la muerte y profesión. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

6.4 Descripción sobre muerte y vida personal

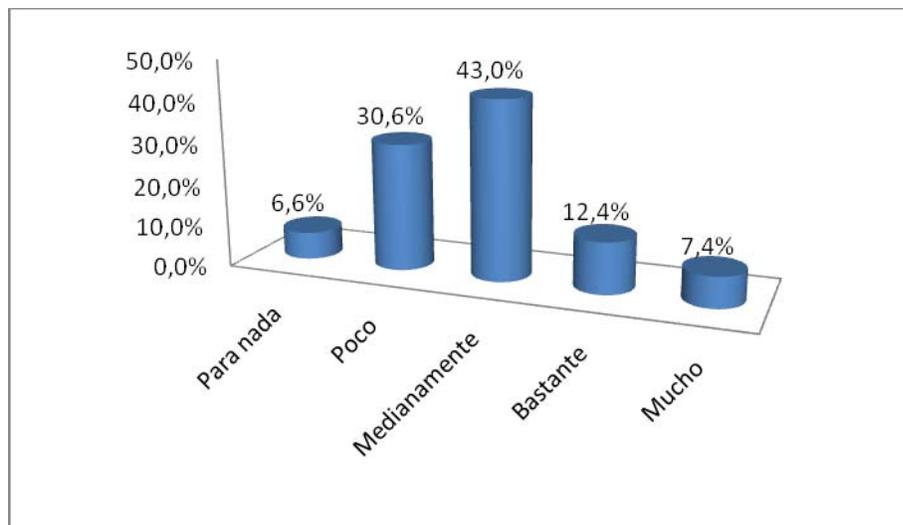
Respecto de la presencia de la muerte en la vida de los médicos; el 39.7% consideran que la muerte es un evento que se presenta ocasionalmente, seguido por el 24.8% que la consideran un evento cotidiano, un porcentaje igual de médicos que la consideran un evento frecuente. La distribución total se esquematiza en la gráfica número 17.



Gráfica Número. 17 Distribución de la Variable Presencia de la Muerte en su vida

Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos
 Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

Del mismo modo, se exploró acerca de que tanto piensan los médicos en su muerte; la mayoría (39,4%) piensan medianamente en su muerte, seguido del 30,6% que piensan poco en su muerte, el menor porcentaje (6,6%) estuvo representado por médicos que no piensan en su muerte (Ver gráfica Número.18)



Gráfica Número 18 Distribución de la Variable Pensamiento en la propia muerte
Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos
Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

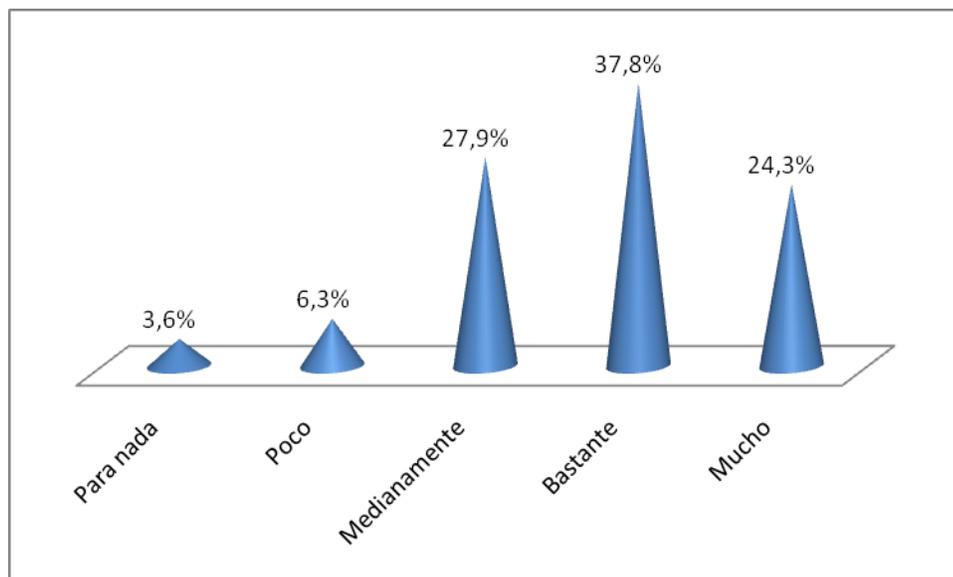
Se pregunto a los participantes sobre la muerte de sus seres queridos. El primer ítem que se indagó fue hacia cuanto tiempo había ocurrido el fallecimiento del ser querido, la distribución de los datos se observa en la tabla Número 3.

Tabla Número. 3 Distribución de la variable tiempo transcurrido desde la muerte de un ser querido Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

Intervalos	Porcentaje
Entre 1 y 3 meses	6.6%
Entre 3.1- 6 meses	5.8%
Entre 6 .1 meses y 1 año	7.4%
Entre 1.1 años y 3 años	12.4%
Entre 3.1 años y 5 años	17.4%
Entre 5.1 años y 10 años	24.8%
Más de 10.1 años	14.9%
No ha experimentado la muerte de un ser querido	8.3%
Entre 1 y 3 meses y hace mas de 10.1 años	0.8%
Entre 5 .1 y 10 años y hace mas de 10.1 años	0.8%
Entre 1 y 3 meses, entre 1.1 año y 3 años y entre 5.1 y 10 años	0.8%
Total	100%

El segundo ítem fue el parentesco; el mayor porcentaje 31.4% estuvo dado por los abuelos seguido por los tíos, 24.9%; otros familiares (primos, sobrinos, suegros, cuñados) 11.8%; Padres, 10.8%; Amigos, 4.9%; Hermanos, 3.9%; y el cónyuge el 1.0%. El porcentaje restante, 11.3%, está dado por combinaciones, es decir había fallecido más de un familiar, como abuelos y tíos, padres y hermanos, padres y tíos entre otros.

Por último, el impacto que ocasiono el fallecimiento de ese ser querido; encontrando en: bastante impacto (37.8%) y medianamente (27.9%) la mayoría de las respuestas; algo similar aunque con la distribución inversa a lo visto en el impacto que genera la muerte de los pacientes en los médicos (medianamente 48.9% y bastante 33.6%). Ver la distribución total en la gráfica Número 19

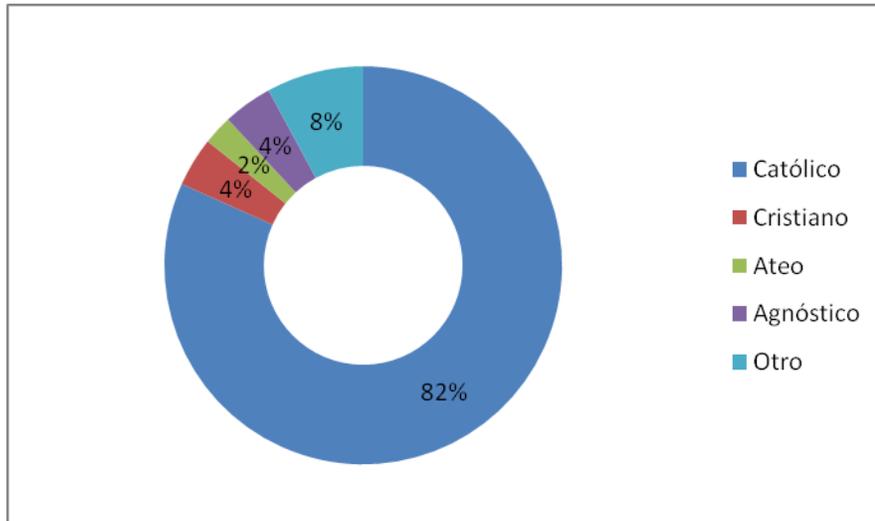


Gráfica Número. 19 Distribución de la variable impacto emocional de la muerte del ser querido Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011

6.5 Respeto de la muerte y la religión

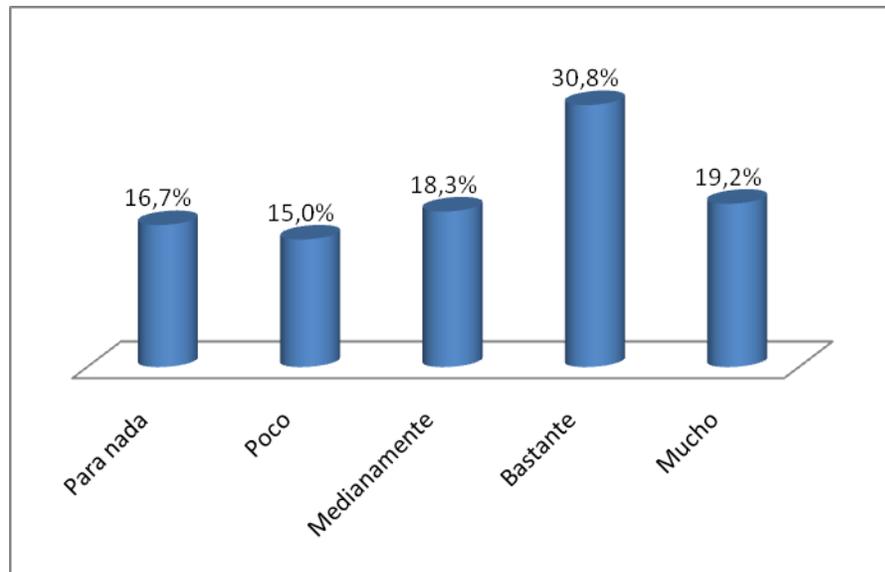
Lo primero que se buscó determinar fue el credo religioso de los médicos participantes, la mayoría estuvo representada por Católicos con un 82% y el menor porcentaje (2%) estuvo dado por personas ateas. Se encontró un 8% que corresponde a otros como (soy

creyente, taoísta, budista, testigo de Jehova, ancestralidad, fuerza universal creadora, religioso alternativo). La distribución total se ve en la gráfica número 20.



Gráfica número. 20 Distribución de la Variable Credo Religioso. Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

Finalmente se investigó si los médicos consideraban que su visión de la muerte estuviese ligada a su credo religioso. El mayor porcentaje (30.8%) piensa que está bastante ligada, al igual que lo visto en la relación entre visión de la muerte y profesión, donde: bastante ligada obtuvo el porcentaje mayor (35.5%). La totalidad de las respuestas se esquematizan en la gráfica número. 21



Gráfica Número 21. Distribución de la variable Relación entre Visión de la muerte y credo religioso Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009 – 2011

7. Discusión de Resultados Enfoque Cuantitativo

Los resultados encontrados arrojan datos tocantes con varios tópicos, teniendo en cuenta que se busca identificar aspectos relacionados con la práctica médica y su influencia en la intervención con el paciente.

Es importante resaltar que la población de estudio no se dividió entre médicos alternativos versus alópatas, por lo tanto sus respuestas no fueron comparadas sino que se tomaron como una totalidad para su análisis.

Así es que se encontró que la edad y el tiempo de ejercicio de la profesión, son factores que pueden influenciar las respuestas de los médicos participantes en este estudio respecto de su visión de la muerte. El promedio de edad de los participantes es de 36 años; y con respecto del tiempo de ejercicio de la profesión, el porcentaje mayor es el del intervalo de más de 10 años (38.2%). El artículo *Twenty Years Beyond Medical School Physicians' Attitudes Toward Death and Terminally Ill Patients* de Dickinson et al publicado en 1999 en *Arch Intern Med.* reconoce que luego de 20 años de ejercicio de la profesión y al ser más viejos, los médicos se sienten más seguros para hablar con sus pacientes y las familias de pronósticos adversos; igualmente pueden dialogar con sus pacientes a cerca de la muerte con más tranquilidad; 20 años después, los médicos se "acostumbran" a la presencia de esta, puesto que las situaciones que vivencian durante el ejercicio de su profesión los llevan a enfrentarla y a construir actitudes propias para poder asumirla ante los pacientes y sus familias.[51] Correlacionando los resultados del presente estudio con la información anterior se esperaría que los médicos no se sintieran tan afectados con la muerte de sus pacientes y que estuvieran medianamente acostumbrados a ella.

En el estudio de Dickinson, 20 años después de graduarse, cuando el promedio de edad era 48.75 años, los médicos pensaban más en su propia muerte que cuando se encontraban recién graduados y el promedio de edad era 28.74 años. Ellos explican el aumento de pensamientos sobre la propia muerte con los cambios físicos que ocasiona el proceso de envejecimiento, unido a que es más probable que hayan enfrentado situaciones personales como el fallecimiento de padres y amigos contemporáneos. En el actual estudio el 43% de los encuestados piensa medianamente en su muerte y al relacionar este dato con el promedio de edad (36 años) este resultado es coherente con él mencionado.

El género de los encuestados en este estudio mostro una mayor participación de las mujeres pero no se pretende comparar respuestas por género, aunque hay trabajos como: *Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors* de Redinbaugh et al publicado en 2003 en *BMJ*, que señala que las

médicas pueden mostrar más stress psicológico ante la muerte de los pacientes y que también requieren más soporte emocional después del fallecimiento de alguno de ellos[2] ;En la segunda fase del estudio de Medeiros evidencia que las imágenes mentales asociadas a la muerte varían con el género de los participantes.[27]

En el presente trabajo se identificó, en relación al estado civil de los participantes, un mayor porcentaje de médicos con relaciones de pareja estables (casadas y en unión libre). Aunque en ninguno de los estudios revisados hay una relación entre las percepciones de la muerte y el tener o no una pareja estable, es posible que el fallecimiento de la pareja sea un suceso que pueda condicionar fuertemente la percepción de la muerte, así como el fallecimiento de los hijos. En esta investigación ninguno de los encuestados reporto el fallecimiento de hijos y solo el 2.3% indico que era viudo.

Sucede algo similar con la muerte de los padres, y particularmente de la madre, ya que este es un hecho que marca de manera importante la vida de un ser humano, para el presente estudio pocos participantes han enfrentado este evento, solo el 6.3% informan el fallecimiento de la madre y el 17.4% del padre.

Los médicos reciben a lo largo de su formación muy pocas indicaciones acerca de la manera de enfrentar la muerte de sus pacientes, así lo evidencian los resultados obtenidos; el 75.3% de los médicos ha realizado algún estudio de posgrado(medicina alternativa, 38.3% ; otros posgrados, 37%)lo que establece que un mayor grado de formación no asegura mayor conocimiento y capacitación en este tema ya que el 86.4% de los encuestados indicó haber recibido alguna información , poca información y ninguna información acerca de este tema Estos resultados son similares a los mostrados por otras investigaciones.[23]. Teniendo en cuenta esto, se evidencia la imperiosa necesidad de que en todas las áreas de la educación médica se brinde información y formación sobre la manera de enfrentar la muerte de los pacientes.

Respecto al cargo, solo el 12% de los encuestados ejerce como médicos alternativos a pesar que el 38.3% de los participantes hayan realizado estudios de posgrado de medicina alternativa. Estos datos evidencian que hay un porcentaje importante de médicos con formación en medicinas alternativas pero pocos la ejercen.

Los resultados analizados a continuación forman parte de la caracterización de la muestra:

Se identifico que la mayoría de los médicos (56%) labora en consulta externa así que no sorprende que el 50% de los médicos ejerza en instituciones de primer nivel.

Los resultados del número de horas trabajadas muestran que la mayoría de participantes ,78.8%, laboran en rangos semanales que suponen promedios de entre 8 a 10 horas por día aproximadamente (21 a 40 horas por semana y 41 a 60 horas por semana), lo cual estaría de acuerdo a lo establecido en el Código Sustancial del Trabajo que en el Capítulo II, Artículo 161 enuncia : “ *La duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho (8) horas al día y cuarenta y ocho (48) a la semana*” [52]. Respecto de las jornadas de trabajo el mayor porcentaje de médicos (45.2%) no labora dentro de un horario fijo. La mayoría (80.9%) lo hace en instituciones privadas. Y el 63.6% de los médicos trabaja en una sola institución.

Llama la atención que el mayor porcentaje de encuestados, 53.6%, atiende entre 1 y 20 pacientes por día; esto lleva a inferir que este porcentaje de médicos cuenta con más de los 20 minutos, tiempo establecido como mínimo de consulta para el médico general

en el servicio de consulta externa, según el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud [53]. Este porcentaje podría aumentar si los médicos participaran activamente en los procesos de legislación y normatividad de su ejercicio profesional puesto que, ellos saben cuánto tiempo es necesario para atender apropiadamente a un paciente. Se puede suponer que si el médico tiene más tiempo dentro de su consulta podría escuchar sin premura al paciente y su familia.

Los porcentajes respecto del tipo de contratación que en este momento tienen los médicos encuestados, evidencian que el 57.2 % de los participantes cuenta con formas de vinculación laboral que generan estabilidad económica (contratos a término fijo, indefinido y vinculación de planta). Es interesante que el 15.4% de los encuestados labore como independiente, probablemente esta situación sea reflejo del número de médicos que ejercen como médicos alternativos (12%).

La mayoría de los médicos encuestados (64.7%) lleva en su empleo actual menos de 4 años, si se tiene cuenta que el 76.4% de los participantes lleva ejerciendo la profesión más de 4.1 años se podría deducir que la mayoría de los médicos ha tenido otro(s) empleos antes del que tiene en la actualidad.

7.1 La muerte

En cuanto a la presencia de la muerte en la vida profesional de los médicos el 89% de los participantes ha estado asistiendo a algún paciente durante la muerte; de estos el 45.3% lo ha estado en el último año; argumento que resalta aun mas, la importancia de que se incluyan aspectos específicos relacionados con la ayuda al paciente moribundo y su familia, como parte de la formación del médico.

El 87.5 % de los participantes establece relaciones cercanas con pacientes próximos a morir (algo, bastante y muy cercanas), aspecto que se correlaciona con el impacto emocional que genera en ellos (*82.5% se siente medianamente o bastante afectado*). Si conjuntamente a lo anteriormente señalado, se considera el dato respecto a la información recibida en cuanto a cómo enfrentar la muerte de los pacientes, (86.4% consideran que han recibido solo alguna, poca o ninguna información); se puede inferir que es indiscutible que los médicos al no contar con suficientes conocimientos sobre cómo enfrentar la situación de muerte de sus pacientes se ven afectados emocionalmente siendo significativo el tipo de relación que se establece con los pacientes próximos a morir.

En la actualidad cuando se viven situaciones cercanas a la muerte el primero en ser llamado es el médico, ya que él tiene el conocimiento para evitar o retrasar el proceso de muerte.

En el médico en formación, se exalta la capacidad de pensar clara y eficientemente cuando se enfrenta a un paciente moribundo, con el fin de lograr que el paciente siga con vida, siguiendo los protocolos establecidos, incluso aunque el pronóstico del paciente no sea el mejor.

La esperanza está cifrada en que al seguir todas las directrices que da el conocimiento médico, el paciente no muera. De esta manera el triunfo de la racionalidad y la tecnología médica sobre la enfermedad y la muerte le brindan al médico seguridad y sus emociones en ese momento son sublimadas por la racionalidad eficiente.

Pero cuando esto no ocurre, y el paciente fallece a pesar de haber hecho todo lo que se sabe se debía hacer, la racionalidad falla y las emociones aparecen; el médico recuerda que es un ser emocional y allí es donde se manifiesta el gran desconocimiento. El protocolo no indica como dar la noticia a la familia, como expresar las emociones que siente durante y después de la muerte de ese ser humano, con el cual genero algún tipo de vínculo emocional.

En el estudio de Rhodes-Kropf y otros; publicado en 2005 que investiga las percepciones de la muerte de estudiantes de medicina, se evidencia que desde ese momento los futuros médicos se sienten bastante afectados por la muerte de sus pacientes: *“la mayoría de los estudiantes consideraron que han recibido apoyo insuficiente por parte de los médicos para hacer frente a estas difíciles emociones. Los estudiantes pensaron que el sistema médico hace caso omiso de sus emociones y evita el debate sobre la muerte”* [6] . Considerar la muerte como un evento negativo puede asociarse al hecho que a partir el siglo XVIII, la concepción de esta para el médico, cambio; se empezó a percibir como un enemigo al cual se podía someter; desde esa época él era capaz de estar en lugares donde había gran cantidad de moribundos por diferentes enfermedades y no se contagiaba ni moría; de allí viene parte del poder que culturalmente se le ha otorgado al médico sobre la muerte. Por lo tanto, cuando el médico no logra vencer a su oponente, pueden generarse sentimientos de culpa y de no haber hecho todo lo que se debía hacer para evitar que el enfermo muriera. Y Si dentro de la educación médica, la expresión de los sentimientos del médico no está contemplada, ignorarlos, es una alternativa válida.

En el estudio anteriormente nombrado determinan mediante entrevistas las emociones que generó en los estudiantes de medicina la muerte del paciente que mas recuerdan; en esta investigación se indago si los participantes recordaban de manera particular la muerte de algún paciente el 80.2% informo que si y describió brevemente porqué, estas pequeñas narraciones harán parte de los resultados cualitativos.

Igualmente, se exploró que tan relacionadas están la profesión y visión de la muerte, los resultados evidencian que la mayoría de los encuestados, 79.3%, ubican esta relación en los ítems con relaciones más fuertes (algo relacionadas, bastante relacionadas y muy relacionadas). Esto ratifica que muerte y medicina son dos conceptos que están fuertemente unidos y definitivamente preocupa evidenciar que dentro de la educación médica casi no se tiene en cuenta.

Al analizar todos los datos citados anteriormente, se destaca que se debe empezar a reconocer la presencia de la muerte como un hecho que va unido al quehacer médico, independiente del área que se decida ejercer; por lo tanto dentro de ese proceso es muy importante que se den espacios para que el médico explore las emociones que se producen durante el fallecimiento de su paciente, al informar la noticia a los familiares; y

crear momentos y espacios para la expresión de las mismas con sus colegas; lograr que el médico integre dentro su práctica profesional las emociones con la tranquilidad de saber que no ha perdido objetividad para tomar decisiones; considerar el proceso de muerte como un momento de aprendizaje, sobre todo a nivel emocional, para todos los médicos desde las primeras etapas de su formación.

A los médicos encuestados se les consultó que tan cercana percibían la muerte dentro de la cotidianidad, la mitad de los participantes (49.6%) la percibe como un evento habitual en su vida, dato que puede relacionarse con lo dicho en el artículo de Rhodes-Kropf y otros; respecto de como el estudiante de medicina trasforma la muerte en un evento cotidiano y poco trascendente ante la falta de espacios para expresar las emociones que esta le ha generado. [6].

Se podría considerar que hay otros aspectos que pueden incidir en que la muerte sea vista como un evento cotidiano dadas las situaciones particulares de orden público que se viven en el país, y que a diario los medios de comunicación informan sobre asesinatos y accidentes; tampoco se puede olvidar el pasado violento del país, ya que dadas las edades de los encuestados todos vivieron los momentos más intensos del enfrentamiento armado.

Como la percepción de la muerte puede estar influenciada por las vivencias del fallecimiento de familiares y seres queridos, fue un ítem que se exploró; se indagó sobre los familiares que han fallecido, el mayor porcentaje fue el del fallecimiento de abuelos ,seguido por tíos. Estos familiares suelen ser personas mayores, para el caso particular de los abuelos, por lo tanto es menos difícil la aceptación del fallecimiento de ellos ya que debido a su edad la muerte es un evento esperable.

Dentro del duelo se tienen establecidas diferentes etapas y la percepción de la muerte puede cambiar en cada una de ellas, por lo tanto se indagó si la muerte de esos seres queridos había ocurrido recientemente o no. Para el Doctor Jhon Bowly el duelo tiene cuatro etapas, finalizando el recorrido de estas, aproximadamente a los tres años del fallecimiento del ser querido; si se ha seguido el proceso de duelo de una manera consciente y se han expresado las emociones que se han experimentado a lo largo del mismo; la persona ha aceptado la pérdida, se ha adaptado y ha reorganizado su vida asumiendo con tranquilidad la ausencia física [54]. Al respecto, la muerte de sus seres queridos de la mayoría de los médicos (57.9%) había acaecido hacia más de tres años.

Así mismo se preguntó acerca del impacto emocional que generó la muerte de ese ser querido; los porcentajes más altos estuvieron dados por medianamente, bastante y mucho (90%); siendo bastante la categoría con mayor porcentaje (37.8%). Al correlacionar estos datos con los obtenidos en la pregunta sobre el impacto emocional que genera la muerte de los pacientes, se observa también los mayores porcentajes en las mismas categorías de este ítem, aunque, el porcentaje mayor esta dado por medianamente (48.9%)

Al analizar los porcentajes relacionados con vínculo afectivo se evidencia que aunque el vínculo afectivo que se puede desarrollar con un paciente es diferente al desarrollado con un ser querido, el impacto emocional puede ser muy similar en ambos casos. De esta manera se reafirma que es prioritaria la generación de los espacios para que el médico exprese y elabore las emociones en torno a la muerte de sus pacientes; así como se cuentan con los momentos para hacerlo al morir un ser querido.

Desde que el hombre existe en la tierra, la muerte es un suceso que ha estado presente día a día y siempre ha buscado formas para comprenderla: el hombre de Neandertal dejaba flores en los sitios en los que estaban sus muertos; todas las culturas indígenas tenían rituales y creencias respecto de la muerte de sus miembros y explicaciones que trascienden el cuerpo físico; los griegos y romanos, considerados los padres de la estructura científica y filosófica de occidente, tenían sus propias teorías respecto de lo que sucedía con sus muertos, precisamente allí en el mundo romano surgió la religión con mayor número de creyentes en occidente, el catolicismo, que plantea buena parte de sus fundamentos en torno a lo que significa la muerte para sus creyentes y lo que les aguarda después de ella; oriente no es ajeno a este hecho y todas las corrientes filosóficas y las religiones que se han desarrollado allí tienen dentro de sus preceptos un apartado dedicado a interpretar la muerte.

Esto evidencia que independiente de la época o del lugar del mundo, el hombre percibe que la muerte no está asociada solamente a la corporalidad hay algo más allá: el alma, el espíritu; saber que sucede con ella cuando el cuerpo ya no tiene actividad es una tarea que cumplen las religiones. La medicina brinda una explicación para esta, desde lo corporal: la muerte se produce por el deterioro o cese de actividad de uno o varios sistemas de órganos; pero esta razón no es suficiente para muchos, puesto que no tiene en cuenta lo emocional o mental que hace parte del cuerpo que dejó de funcionar.

Los médicos antes de ser médicos son seres humanos y cada uno de ellos puede tener alguna creencia religiosa o espiritual que se integra a los conocimientos médicos y que influye en la visión de la muerte. Considerando lo anterior en este estudio se indago el credo religioso de los participantes obteniendo que el 82% de los participantes son católicos; el porcentaje restante está dado por creencias espirituales como el cristianismo, los gnósticos y otras como testigos de Jehová, el budismo o el taoísmo. Este resultado está acorde con lo expresado por la asociación “Jerarquía Católica” quien en 2005 elaboro un censo mundial que mostro que en Colombia el 86.2% de los habitantes son católicos [55].

Se exploró si los participantes consideraban si su visión de la muerte está ligada a su credo religioso, el 50% de los encuestados considera que esta bastante o muy ligada; esto evidencia que las creencias religiosas pueden influir de una manera importante en la concepción de la muerte y no solo el hecho de tener una profesión en la cual la muerte es un hecho que está presente frecuentemente.

El hecho anterior se ratifica en el estudio realizado por Medeiros do Nascimento y Roazzi en Brasil, utilizando la teoría de las representaciones sociales demuestran la influencia que tiene la religiosidad sobre la concepción de la muerte para equipos de profesionales de la salud que están en contacto frecuente con pacientes cercanos a morir. Allí también hay mayoría de creyentes católicos y se evidencio que los participantes con ese credo religioso asociaban la muerte con conceptos como pérdida, tristeza, retorno, un proceso abstracto y misterioso. Mientras que para el segundo credo religioso que se encontró en el estudio, los Espiritas (quienes practican el espiritismo), los conceptos asociados con la muerte son el de transito, verdad, un proceso natural y sueño [7]. Esto se asocia claramente al tener en cuenta que dentro de los fundamentos del espiritismo se considera que el hombre es un espíritu unido a un cuerpo (en este estado se denomina alma) y es un ser inmortal, inteligente e individual que a través de la reencarnación logra el perfeccionamiento[56].

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones

- La edad y el tiempo de ejercicio de la profesión, son factores que pueden influenciar la visión que tienen los médicos participantes de la muerte.
- Los médicos reciben a lo largo de su formación de pre y posgrado muy pocas indicaciones acerca de la manera de enfrentar la muerte de sus pacientes.
- En la vida profesional de los médicos se establecen relaciones cercanas con pacientes próximos a morir, aspecto que se correlaciona con el impacto emocional que genera en ellos el hecho de sentir que es poca la ayuda que pueden proporcionar al paciente moribundo y su familia. al no contar con suficientes conocimientos sobre cómo enfrentar esta situación
- El credo religioso aunado a la práctica de la profesión, en la cual la muerte es un hecho que está presente frecuentemente, influyen la visión que tienen sobre la muerte los participantes.

8.2 Recomendaciones

- Es necesario que en todas las áreas educación médica se brinde información y formación sobre la manera de enfrentar la muerte con el fin de lograr que el médico integre dentro su práctica profesional las emociones con la tranquilidad de saber que no ha perdido objetividad para tomar decisiones.
- Considerar el proceso de muerte como un momento de aprendizaje, sobre todo a nivel emocional, para todos los médicos desde las primeras etapas de su formación.

- Este estudio muestra la importancia de la participación de los médicos en la elaboración de las leyes con el fin de normar entre otros aspectos el tiempo por consulta para así darle un manejo integral al paciente vinculando a la familia en casos que lo requieran.

A. Anexo: Formato de Encuesta

Marque con una x frente a la opción que mas corresponda a su caso. En las preguntas en las que se solicita información adicional, por favor regístrela en el espacio en blanco destinado para ello:

1. Edad (años cumplidos)_____ 2. Género: Hombre___ Mujer_____
3. Estado Civil Soltero___ Unión Libre___ Casado ___ Separado_____
4. Divorciado___ Viudo___ Otro___ Cual? _____
5. Número de hijos _____ Vivos_____ Muertos_____
6. Su padre está vivo si___ no___ Su Madre está viva si___ no___
7. Credo Religioso_____
8. Estudios realizados: pregrado _____
posgrado(s)_____
9. Tiempo de ejercicio de la profesión en años_____
10. ¿Trabaja en más de una institución? Si___ No_____
11. Situación laboral: contrato a termino fijo_____ contrato a término indefinido_____
Pago por facturación _____ Trabajo por horas_____ vinculación de
planta_____ Independiente(labora en su consultorio)_____
desempleado_____
12. Institución(es) donde labora: Pública___ Privada___ Primer nivel ___ segundo
___ tercero o cuarto _____
13. Tiempo en e l(los) empleo(s) actual (es)_____
14. Cargo(s) _____

15. Turnos: Mañana ___ tarde ___ Noche ___ sin horario fijo_____ No turnos
16. Número de horas trabajadas en la semana _____
17. Número de pacientes que atiende durante el día _____
18. Durante su formación profesional ha recibido información sobre la manera de
enfrentar la muerte de los pacientes :
1. Ninguna___ 2.Muy Poca___ 3.Alguna___ 4.Bastante___ 5.Mucha_____
19. Durante el ejercicio de su labor está en contacto con pacientes próximos a morir:
Todos los días___ 1 vez a la semana___ 1 vez al mes___ 1 vez cada 6
meses___ No estoy en contacto con estos pacientes_____

20. Ha estado presente en la muerte de algún paciente : Si_____ No_____ Hace cuanto tiempo _____ 2 Semanas_____

21. Recuerda la muerte de algún paciente en particular Si_____ No_____ Explique por qué

22. Con pacientes próximos a morir establece una relación medico paciente cercana:

1. Para nada____ 2. Muy poco ____ 3. Algo _____ 4. Bastante____ 5. Mucho_____

23. El impacto emocional de la muerte de sus pacientes lo afecta:

1. En nada____ 2. Poco____ 3. Medianamente_____ 4. Bastante_____ 5. Mucho_____

24. Usted considera la muerte en su vida :

1. Un evento cotidiano____ 2. un evento frecuente____ 3. Un evento que se presenta ocasionalmente____ 4. Un evento que se presenta raramente _____ 5. No considera la presencia de la muerte en su vida_____

25. Ha experimentado la muerte de un ser querido :

Entre 1 y 3 meses_____ Entre 3 y 6 meses_____ Entre 6 meses y 1 año _____ Entre 1 año y 3 años_____ entre 3 y 5 años _____ Entre 5 y 10 años _____ Hace mas de 10 años____ No ha experimentado la muerte de un ser querido _____

26. Respecto de la pregunta anterior , el ser querido que murió fue:

27. La muerte de ese ser querido es un hecho que lo impacto:

1. Para nada____ 2. Poco____ 3. Medianamente_____ 4. Bastante____ 5. Mucho_____

28. Piensa usted en su muerte

1. Para nada____ 2. Poco____ 3. Medianamente_____ 4. Bastante_____ 5. Mucho_____

29. Piensa usted que su visión de la muerte está ligada a su profesión:

1. Para nada____ 2. Poco_____ 3. Medianamente_____ 4. Bastante____ 5. Mucho_____

30. Piensa usted que su visión de la muerte está ligada a su credo religioso:

1. Para nada____ 2. Poco_____ 3. Medianamente_____ 4. Bastante____ 5. Mucho_____

Agradecemos su participación y sinceridad. Los resultados de este estudio serán dados a Conocer una vez se haya realizado todo el análisis de los datos recolectados.

B. Anexo: Formato de Consentimiento Informado

Doy mi consentimiento para que me encuentre un miembro del grupo de investigación sobre “Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2009– 2011” efectuada dentro del Grupo de Investigación Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Este estudio permitirá determinar las representaciones sociales de muerte que tienen los médicos alternativos y los médicos alópatas.

He concedido libremente esta encuesta, se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie de manera separada del análisis general efectuado por el estudio y que en ningún informe de este estudio se me identificará por mi nombre. Entiendo y acepto que tal confidencialidad es la estrategia empleada por el equipo investigador para proteger mi intimidad.

Entiendo y acepto que por participar en este estudio no recibiré beneficio directo, más allá de aquel recibido por la comunidad médica y los futuros usuarios de servicios de las Medicinas Alternativas mediante el conocimiento que se genera por esta investigación. Se me pedirá información por escrito, sobre mis condiciones de vida, ejercicio de mi profesión y mis experiencias con pacientes y familiares que han fallecido.

Bibliografía

1. MEJIA, O., *Muerte tecnocracia y postmodernidad*. 2008, Medellín: Universidad de Antioquia.
2. REDINBAUGH, E., *Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors*. British Medical Journal, 2003. **327**: p. 185-189.
3. MEHRA, M., *Death messengers*. British Medical Journal, 2007. **335**: p. 1296-1297.
4. MOORES, T., *Memorable patient deaths': reactions of hospital doctors and their need for support*. Medical Education, 2007. **41**(10): p. 942-946.
5. BAIDER, L., *Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside*. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2001. **40**(2001): p. 97-103.
6. RHODES-KROPF, J., *"This is just too awful; I just can't believe I experienced that . . .": Medical Students' Reactions to Their "Most Memorable" Patient Death*. Academic Medicine, 2005. **80**(7): p. 634-640.
7. MEDEIROS DO NASCIMENTO, A., *A Estrutura da Representação Social da Mortena Interface com as Religiosidades em Equipes Multiprofissionais de Saúde*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2007. **20**(3): p. 435-443
8. QUEIROZ, M., *O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde*. Cad. Saúde Pública, 2000. **16**(2): p. 363-375.
9. PARRA, L., *¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud*. Rev. Cienc. Salud., 2006. **4**: p. 110-121.
10. LUZ, M., *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*. 1997, Buenos Aires: Lugar Editorial.
11. CARVAJAL, J., *Un Arte de Curar , aventura por los caminos de la bioenergética*. 1995, Bogotá: Norma.
12. GONZALES, F., *Introducción a la Homeopatía*, in *Introducción a la Homeopatía*. 2008, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. p. 7.
13. GARCIA, L. *Historia de la Homeopatía*. <http://www.infonegocio.com/lgp/homeopatia03.htm>.
14. DUQUE, F., *Medicina Tradicional China*, in *Medicinas Alternativas una Mirada Integral Simposio*, U.d. Antioquia, Editor. 1992, Universidad de Antioquia. p. 65-77.
15. WIKIPEDIA. *Andrew Taylor Still* http://es.wikipedia.org/wiki/Andrew_Taylor_Still 29 de Marzo de 2011.
16. ROBINAT, X. *Terapia Neural*. <http://www.terapianeuralbcn.com/EI%20ARTICULO%20que%20nunca%20vio%20Wikipedia.html>.

17. MARIN, E., *Terapia Neural*, in *Medicinas Alternativas: Una mirada integral Simposio*, U.d. Antioquia, Editor. 1992, Universidad de Antioquia. p. 55-64.
18. BACIGALUPO, F., *The debate about death: an imperishable discussion?* Biological Research, 2007. **40**: p. 523-524.
19. APPEL, J., *Defining death: when physicians and families differ*. LAW, ETHICS, AND MEDICINE, 2005.
20. ARI, J., *The ethics of donation and transplantation: are definitions of death being distorted for organ transplantation?* Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 2007. **2**(28): p. 1-7.
21. OZCAKIR, A. (2008) *Students' Views about Doctor-Patient Communication, Chronic Diseases and Death*. EDUCATION FOR HEALTH **21**, 1-9.
22. DE VILLIERS, F., *Students' Opinions on Autopsy and Death*. South African Family Practice, 2005. **47**(1): p. 47-50.
23. AASE, M., *"If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician": a qualitative study about existential experiences among physicians*. Journal of Medical Ethics, 2008. **34**: p. 767-771.
24. BACK, A., *On Saying Goodbye: Acknowledging the End of the Patient-Physician Relationship with Patients Who Are Near Death*. Annals of Internal Medicine, 2005. **142**(8).
25. SERWINT, J., *"I Learned That No Death Is Routine": Description of a Death and Bereavement Seminar for Pediatrics Residents*. Academic Medicine, 2002. **77**(4): p. 278-284.
26. SEARIGHT, R., *Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians*. American Family Physician, 2005. **71**(3): p. 515-522.
27. MEDEIROS DO NASCIMENTO, A., *Polifasia Cognitiva e a Estrutura Icônica da Representação Social da Morte*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2008. **21**(3): p. 499-508.
28. ERI SHIMIZU, H., *Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer*. Revista Brasileira de Enfermagem, 2007. **60**(3): p. 257-262.
29. BELLATO R, *O JOGO EXISTENCIAL E A RITUALIZAÇÃO DA MORTE*. Rev Latino-am Enfermagem, 2005. **13**(1): p. 99-104.
30. *Estadísticas sobre religiones*.
http://www.editoriallapaz.org/estadisticas_religiosas.htm.
31. WIKIPEDIA. *Catholic Population*.
http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Catholic_population.svg 10 de Marzo de 2010.
32. WIKIPEDIA. *Cristianismo*. <http://es.wikipedia.org/wiki/Cristianismo> 14 de Abril de 2011.
33. DE FRANCISCO, A., *Sobre Ideas de Vida y muerte*. 1 ed. 2001, Bogota: Academia Nacional de Medicina. 223.
34. *San Mateo*, in *La Sagrada Biblia*. 1991, Stampley Enterprises Inc.
. p. Capitulo 28 Versiculo 20.
35. *San Mateo*, in *La Sagrada Biblia*. 1991, Stampley Enterprises Inc.
. p. Capitulo 25 versiculo 31 y 32.
36. ARIÉS, P., *El hombre ante la muerte*. Cuarta ed. 1999, Madrid: Grupo Santillana de Ediciones S.A.
37. BLAKE, N., *"Ars Moriendi"*. *Dictionary of the Middle Ages*. Vol. 1. 1982.

38. CASTILLO, C. *El Renacimiento: ciencia y humanismo en el origen de la modernidad*. <http://www.filosofia.net/materiales/index.html> 2009 [cited 2009].
39. PEINADO, M., *Muerte y Sociedad en el siglo XIX*. Revista de Antropología Experimental, 2005. **5**(Texto 3): p. 1-7.
40. *La religión vedica*. http://www.kalipedia.com/religion-cultura/tema/religion-vedica.html?x=20070718klpprcryc_155.Kes&ap=1.
41. FLOOD, G., *An Introduction to Hinduism* 1996, Londres: Cambridge University Press.
42. HARVEY, P., *El Budismo*. 1 en Español ed. 1998, Madrid: Cambridge University Press.
43. PELLINI, C. *Buda y el Budismo*. <http://www.portalplanetasedna.com.ar/buda.htm> 2003.
44. ALFONSO, I. LA TEORIA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES. http://www.psicologiaonline.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml 2007 [cited 2007].
45. BAUTISTA, L., *DE LA CONCIENCIA COLECTIVA A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES, EVOLUCION Y AREA DE CONOCIMIENTO EN LA PSICOLOGIA SOCIAL*, in *PSICOLOGIA*. 1995, NACIONAL DE COLOMBIA: BOGOTA.
46. AGUIRRE, E., *REPRESENTACIONES SOCIALES*. 1 ed. 1995, BOGOTA: UNAD. 158.
47. NOBOA, R.A., *REPRESENTACIONES SOCIALES :TRADUCCION DE ALGUNOS CAPITULOS DEL LIBRO La Psychoanalyse son imàge et son public"*, in *IDIOMAS*. 1994, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA: BOGOTA
48. PERERA M (1998) *A Propósito de las representaciones Sociales. Apuntes Teóricos, trayectoria y Actualidad* <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf>.
49. VERGARA, M.D.C., *REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD QUE ORIENTAN LA EXPERIENCIA DE VIDA DE ALGUNOS GRUPOS DE JÓVENES DE LA CIUDAD DE MANIZALES*. *REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD QUE ORIENTAN LA EXPERIENCIA*, in *CINDE*. 2006, UNIVERISDAD DE MANIZALES: MANIZALES.
50. ARAYA, S., *LAS REPRESENTACIONES SOCIALES: EJES TEORICOS PAR SU DISCUSION*, F.L.D.C. SOCIALES, Editor. 2002: SAN JOSE DE COSTARICA.
51. DICKINSON, G., *Twenty Years Beyond Medical School Physicians' Attitudes Toward Death and Terminally Ill Patients*. Archives of Internal Medicine, 1999. **159**(15): p. 1741-1744.
52. *Código Sustantivo de Trabajo*. 1951, Diario Oficial No 27.622, del 7 de junio de 1951, : Colombia.
53. Salud, M.d., *Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. , in *Resolución 5261*. 1994.
54. ROJAS, S., *El manejo del Duelo*. 2005, Bogota: Grupo Editorial Norma.
55. CATOLICA, J. *Statistics by Country by Catholic Population* <http://www.catholic-hierarchy.org/country/sc1.html> 2005 [cited 2005].
56. WIKIPEDIA. *Espiritismo*. <http://es.wikipedia.org/wiki/Espiritismo> 11 de Abril de 2011.