

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Educación

EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA PARA LA MUERTE:

Representaciones sociales en estudiantes y profesores de medicina, acerca del cuerpo vivo/muerto,
durante sus procesos de formación

Trabajo de grado Maestría en educación

Línea: prácticas educativas y procesos de formación

Presentada por: Diego Alejandro Osorio Castañeda
Óscar Oswaldo Rodríguez Munar
Elisabeth Paz Gaviria.

Orientada por: Jhon Alexander Vargas Rojas

Colombia, 2018

NOTA DE ADVERTENCIA

“La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vean en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia.”

Artículo 23, resolución No 13 del 6 de Julio de 1946,
por la cual se reglamenta lo concerniente a Tesis y Exámenes de Grado en la Pontificia
Universidad Javeriana.

Resumen

Esta investigación tuvo como tema de análisis las representaciones sociales en estudiantes de medicina, acerca de cuerpo vivo/cuerpo muerto, durante sus procesos de formación y está enmarcada dentro de la educación y pedagogía para la muerte, como una manera de pensar y hacer reflexiva la formación de los estudiantes y médicos, los cuales de forma constante están en contacto con el cuerpo vivo y muerto a través de sus prácticas. Para ello se indagó sobre experiencias de vida personal y profesional de tres médicos docentes y tres estudiantes de la facultad de medicina de cuatro universidades, lo cual ayudó a visualizar cómo operan y se construyen sus representaciones sociales sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto. El estudio se abordó desde el método biográfico narrativo en donde los participantes por medio del lenguaje y la memoria trajeron al dialogo intersubjetivo experiencias de vida que dan sentido a sus prácticas y le permiten autoformarse de manera compasiva frente a pacientes en estado crítico de salud o un cuerpo ya sin vida. De esta forma se logró comprender, por medio de tres ejes de análisis, que los estudiantes y médicos han ido conceptualizando y movilizand o experiencias que situadas en sus prácticas médicas producen referentes de sentido pragmático para actuar de manera justificada. En conclusión es imprescindible que la academia le permita a la educación y pedagogía para la muerte generar procesos de reflexión en los diferentes momentos de la formación de los médicos y le posibilite en sus prácticas referentes que, desde la compasión y la ética, le lleven a tener un trato más humano hacia los pacientes.

Palabras claves: Educación y pedagogía de la muerte, representaciones sociales, formación, cuerpo.

Abstrac

This research was the subject of analysis of social representations in medical students about body alive / dead body during their formation processes and is framed within education and pedagogy for death as a way of thinking and doing reflective the training of students and doctors who are constantly in contact with the living body and died through their practices. To do this he inquired about experiences personal and professional lives of three teachers and three medical students from medical school four universities, which helped visualize how they operate and their social representations are built on living body and dead body. The study was approached from the narrative biographical method where participants through language and memory brought to dialogue

intersubjective life experiences that give meaning to their practices and allow you to self-train compassionately versus patients in critical health condition or lifeless body. In this way it was possible to understand, through three analysis axes, students and physicians have been conceptualizing and mobilizing experiences located in concerning their medical practices produce pragmatic sense to act justifiably. In conclusion it is imperative that the academy will allow education and pedagogy to death generate reflection processes at different stages of the training of doctors and enable their practices referents, from compassion and ethics, lead him to have a more humane treatment towards patients.

Keywords: Education and pedagogy of death, social representations, training, body.

Agradecimientos

A los médicos docentes Oscar Miguel Contreras Amorocho, Martha Patricia Rodríguez, Diego Iván Lucumi y a los estudiantes de medicina Jesica Marín, Juanita Cáceres y Carolina Romero, apreciados participantes gracias por compartir con nosotros sus experiencias de vida a nivel personal y profesional en su práctica médica, relatos biográficos narrativos que permitieron pensar de una forma distinta, construir otras significaciones sobre el cuerpo vivo y cuerpo muerto, narrativas que sin ellas no habría sido posible esta tesis.

Nuestro reconocimiento a Jhon Alexander Vargas, quien con sus *globos*, dedicación, acompañamiento y conocimiento en este largo proceso, fue nuestro guía permanente, confrontante y generador de nuevas inquietudes desde la teoría; los aprendizajes adquiridos fueron invaluable.

A la institución que hizo posible nuestra formación como magíster en educación: Pontificia Universidad Javeriana, a la docente Fabiola Cabra por sus palabras de apoyo y gestión para concretar el primer encuentro con uno de los médicos docentes.

A nuestras familias quienes con su apoyo y comprensión al generar un ambiente propicio para el desarrollo de esta investigación y continuar el camino de la maestría en educación.

Especialmente desde Elisabeth Paz gracias a Jasmid Meneses por ser ese soporte incondicional y su comprensión en cada momento, al rector del colegio donde laboro actualmente William Galvis quien con sus palabras de confianza y apoyo me acompañó, me guio en la toma de decisiones durante mi proceso de formación en la maestría, a mi familia María del Carmen Paz, Angela Andrea Paz, Claudia Paz, Edwin Paz y Rufina Gaviria por su preocupación de cómo iba mi proceso en la universidad y las palabras de apoyo para continuar la maestría y la tesis. A mis compañeros y amigos Fanny Amado, Raúl Ruiz, Jorge Lara, Alirio Beltrán, Miriam Núñez, Mirla Beltrán por su colaboración cada uno desde su campo y área de conocimiento.

Desde Oscar Rodríguez, gracias a Dios por darme la oportunidad de poder participar en un proceso tan grandioso como fue la maestría en educación, a mi esposa quien acompañó y entendió las duras jornadas de trabajo académico en mi proceso de formación y siempre con sus palabras de aliento me ayudó a salir adelante pese a las exigencias académicas de la institución, a mis hijos por estar siempre al tanto de mi rendimiento y por ser el motor que impulsa mis metas, a las institución

educativa Estrella del Sur en cabeza de su coordinadora Elvira Trujillo por facilitarme los espacios para poder realizar mis estudios.

Desde Diego Osorio, gracias a Dios por permitirme descubrir y reflexionar sobre el apreciable don de la vida y de la muerte; a mi esposa Alejandra Villarreal, por la motivación constante, el amor brindado y ser el soporte adecuado en la construcción de nuestros sueños; a mi madre Ligia Castañeda, por el apoyo y las palabras de ánimo durante mi proceso de formación; a mi suegra Teresa Parada por su ayuda y colaboración incondicional al momento de cuidar a mis hijos, a mis pequeños Juan David y Maria Camila por brindarme esos espacios para el aprendizaje y finalmente a mis compañeros Óscar y Elisabeth por su compromiso y disposición para sacar adelante este proyecto.

Tabla de contenido

| | |
|--|---------------------------|
| 1. Introducción | <u>11</u> |
| 1.1. Antecedentes | <u>11</u> |
| 1.2 Formulación del problema | <u>17</u> |
| 1.2.1 Preguntas que orientaron la investigación | <u>20</u> |
| 1.3 Justificación | <u>20</u> |
| 1.3.1. Motivación personal | <u>20</u> |
| 1.3.2. Motivación disciplinar y científico-académica | <u>21</u> |
| 1.3.3. Motivación sociocultural | <u>23</u> |
| 1.3.4 Motivación jurídico-normativa | <u>23</u> |
| 1.4 Objetivos | <u>24</u> |
| 1.4.1. Objetivo general | <u>24</u> |
| 1.4.2 Objetivos específicos | <u>24</u> |
| 1.5 Categorías del marco conceptual (Esquema de fundamentos) | <u>25</u> |
| 1.5.1 Formación, un ejercicio de constante reconstrucción del ser | <u>26</u> |
| 1.5.2 Significación y sentido de las representaciones sociales | <u>34</u> |
| 1.5.3 Cuerpo, un símbolo externo sujeto a interpretaciones | <u>42</u> |
| 2. Un camino metodológico para visibilizar representaciones sociales | <u>48</u> |
| 2.1. Una mirada metodológica desde lo biográfico-narrativo | <u>48</u> |
| 2. 1. 1. Lo biográfico y lo narrativo en la construcción metodológica de los relatos | <u>50</u> |
| 2.1. 2. Lo narrativo. Construcción de experiencias de vida. | <u>51</u> |
| 2.1. 3. La importancia de la experiencia dentro del ámbito narrativo. | <u>52</u> |
| 2.1. 4. Lo biográfico en la experiencia narrativa. | <u>53</u> |

| | |
|--|--------------------|
| 2.1. 5. La narrativa biográfica como historia de vida. | 53 |
| 2.1.6. Profesores y estudiantes desde su vivencia: Participantes. | 53 |
| 2.1.7. Una narración, una experiencia en construcción: | |
| Instrumentos de recolección de información | 55 |
| 2.2. Por el camino de lo metodológico | 56 |
| 2.2.1. Elaboración | 56 |
| 2.2.2. El otro tiene algo que contar de acuerdo con su contexto. | 56 |
| 2.2. 3. En construcción del Archivo | 57 |
| 2.2.4. Edificando el archivo | 59 |
| 2.2.5. Conclusiones metodológicas | 59 |
| 3. Hallazgos en la investigación. | 59 |
| 3.1. Ideas que se han configurado en los médicos con relación al cuerpo vivo y cuerpo muerto. | 61 |
| 3.1.1. Qué hay del cuerpo vivo | 61 |
| 3.1.1.1. La vocación de los médicos | 61 |
| 3.1.1.1.1. El cuerpo vivo es ser humano que necesita ser cuidado y salvado por el médico | 62 |
| 3.1.1.1.2. Hay que mejorar las prácticas del cuidado del cuerpo | 63 |
| 3.1.1.2. El cuerpo vivo se enferma y sufre | 64 |
| 3.1.1.2.1. Yo estoy aquí para combatir la enfermedad y ayudarte en el proceso del fin de la vida | 65 |
| 3.1.1.2.2. Cuerpo vivo permite la alteridad. | 68 |
| 3.1.2. Qué pasa con el cuerpo muerto | 69 |
| 3.1.2.1. ¡Todos nos vamos a morir! | 70 |

| | |
|---|---------------------|
| 3.1.2.2. Después de tanta dedicación y esfuerzo se murió | 72 |
| 3.1.2.3. Cuerpo muerto, emociones y sentimientos | 73 |
| 3.1.2.4. (...) Y ahora qué. Lugar donde inicia el duelo | 75 |
| 3.2. Las prácticas, una forma de rastrear representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y cuerpo muerto. | 77 |
| 3.2.1. Prácticas: formadoras de representaciones sobre el cuerpo | 79 |
| 3.2.1.1. Cuerpo, aún con vida. | 79 |
| 3.2.1.2. ¡Y cuando llega la muerte! | 83 |
| 3.2.1.3. El cuerpo muerto, se crea desde las prácticas. | 84 |
| 3.3. La formación, con una impronta responsable. | 89 |
| 3.3.1. Formarse frente a la muerte ¿es una opción? | 89 |
| 3.3.2. Formarse viviendo, observando e imitando a otros. | 92 |
| 3.3.3. Formación desde el hablar e interactuar con el otro | 94 |
| 3.3.4. Mi especialidad también me forma. | 95 |
| 3.3.5. El ego del médico y la muerte. | 96 |
| 3.3.6. La muerte responsabilidad del proceso formativo en la facultad de medicina, no del estudiante. | 97 |
| 4. Nuestra reflexión sobre una realidad que forma parte de la vida, la muerte | 100 |
| 4.1 ¿Se pueden encontrar las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y muerto? | 102 |
| 4.2. ¿La representación social acerca del cuerpo vivo y cuerpo muerto puede ser modificada durante sus procesos de formación? | 103 |
| 4.3. La educación y pedagogía para la muerte un desafío de todos | 105 |
| 4.4. Retos para educar desde una pedagogía para la muerte | 105 |
| 4.5. La muerte hace parte de la construcción de nuestro proyecto de vida | 108 |
| 4.6. Limitaciones | 109 |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Referencias bibliográficas | <u>110</u> |
| Anexos | <u>115</u> |
| Etapas del proyecto | <u>115</u> |
| Matriz de edificación del archivo | <u>118</u> |
| Entrevistas | <u>119</u> |
| Planes de estudios | <u>145</u> |

1. Introducción

1.1 antecedentes

Este proyecto se planteó con el fin de comprender, cómo se construyen las representaciones sociales acerca del cuerpo vivo / cuerpo muerto, en estudiantes y profesores de medicina en algunas universidades de Bogotá. Este trabajo inicia desde un ejercicio metodológico de decodificación y codificación de experiencias presentes en el ejercicio de formación académica.

Con el fin de comprender los fenómenos que rodean las representaciones, se trabajaron tres categorías; formación, representaciones sociales y cuerpo, las cuales se articularon desde el enfoque de la pedagogía de la muerte. Partiendo de la anterior premisa, se hizo la revisión de textos y programas educativos relacionados con la formación de médicos, con el fin de determinar la pertinencia de una educación superior en medicina, con un componente enfocado hacia la pedagogía de la muerte desde un punto de vista humano, compasivo y ético.

Con base en lo anterior, se mencionan las categorías de acuerdo con la forma en las que se trabajaron; la primera categoría fue formación la cual permitió comprender, qué tan importante puede ser para los estudiantes de medicina tener una formación enfocada hacia una ética que permita fomentar el cuidado sobre sí mismo y él de los demás.

La segunda categoría que se abordó fue la de las representaciones sociales, como sitio de origen para investigar sobre la construcción social que tienen los sujetos inscritos en una cultura y así poder ver la manera en que estas representaciones pueden cambiar con relación al enfoque educativo e institucional que se le dé al término de muerte dentro de los contextos relacionados con el área de la salud.

La última categoría que se trabajó fue el cuerpo y buscó indagar la manera en la que se visualiza desde la perspectiva de algunos autores y cómo estas visiones pueden permitir comprender la representación que se tiene del cuerpo con vida o como objeto inanimado pero lleno de significado simbólico desde el punto de vista cultural. Por esta razón, se hizo necesaria una búsqueda de textos y documentos que permitieron orientar y comprender de modo riguroso el contexto que rodea al tema y la problemática que se buscó resolver en el proyecto.

El rastreo bibliográfico inició con la categoría de educación o pedagogía para la muerte donde se encontraron artículos, trabajos e investigaciones relacionados con el tema y que lo abordan desde diferentes puntos de vista, con el fin de dar una mirada acerca del tema; sin dejar de lado los conceptos de formación y de cuerpo que también están presentes en los textos consultados.

En la revisión de textos para la propuesta de trabajo se abordó inicialmente la educación para la muerte en España y posteriormente en Latinoamérica, desde la perspectiva del área de la salud tanto en estudiantes y en como profesores de medicina.

Con respecto al análisis de los antecedentes, se encontró bastante información presente en trabajos e investigaciones sobre pedagogía de la muerte en Europa y algunos hechos en América. Por ende, se puede decir que es un tema emergente en nuestro país, donde hablar de muerte en educación se puede ser algo arriesgado, pues es discutir sobre lo cual no se está acostumbrado a escuchar, y que el solo mencionarlo puede causar algún tipo de resistencia o miedo (Mélích, 2002).

Hay que anotar que la pedagogía de la muerte, como propuesta innovadora en educación ha tenido un desarrollo amplio en España. A continuación, se nombran algunos autores que se consideran pioneros en el tema según la literatura encontrada como Agustín de la Herrán, Mar Cortina, Jean-Carles Mélích, Cobo Medina, Nolla, entre otros, que conciben “la pedagogía de la muerte como un ámbito de investigación, formación e innovación educativa emergente” (Rodríguez, Herrán y Cortina, 2012, p.175).

A partir de lo mencionado en el párrafo anterior, se dio el desarrollo y diseño de investigaciones relacionadas con el tema de la muerte, a partir de la última década del siglo XX en diferentes escenarios de la formación escolar y universitaria. En los artículos e investigaciones de estos autores se observó una metodología cualitativa en donde se indaga sobre el papel de la formación y propone una “pedagogía más abierta, más profunda y orientada por una teleología que tenga en cuenta las características esenciales del ser humano y su propia evolución” (Rodríguez, Herrán y Cortina, 2012, p.175)

Como primer documento se tomó el artículo, *Antecedentes pedagogía de la muerte* de Rodríguez, Herrán, y Cortina (2012), donde se incluyen contenidos de educación en el tema de la muerte y la finitud como aspectos radicales del ser humano en pro de mejorar personal y socialmente. Aquí se puede apreciar el recorrido que ha tenido la pedagogía de la muerte desde 1990 hasta 2012 en España, donde diversos investigadores desarrollaron estudios con relación a este tema enfocándose en la formación de estudiantes de diversos niveles educativos (Rodríguez et al, 2012).

Otro autor es el profesor Joan-Carles Mélích, quien plantea una pedagogía desde la ética de la compasión en la que se habla de una formación existencial desde la filosofía. Mélích (1989), en su tesis doctoral: *Situaciones-límite y educación. “Estudio sobre el problema de las finalidades Educativas”*, realiza una fundamentación filosófica sobre la necesidad de normalizar la muerte en la educación desde las aportaciones del filósofo alemán Karl Jaspers (Rodríguez et al, 2012). Se ve

entonces la importancia de presentar la pedagogía de la muerte dentro de lo que sería una propuesta en el ámbito educativo desde una mirada formativa desde la compasión.

En el año 2002, Mélich publicó su texto *Filosofía de la finitud*, en el que profundizó sobre la pedagogía de la finitud donde pretende “mostrar algunos aspectos de la finitud humana, es decir de los seres humanos inscritos en un tiempo y en un espacio” (Mélich, 2002, p. 12). Al explicar el significado de la condición de finitud, demuestra que no se reconoce de forma consciente en el proceso evolutivo del ser humano, lo que conlleva a no pensar en la muerte como el fin de estar vivo.

A continuación, está el profesor De la Herrán, quien junto con Mar Cortina publicaron una serie de artículos donde presentan lineamientos didácticos que ayudan a estudiantes, padres y maestros a educar sobre la muerte, ya que “Si no se incluye la muerte en la enseñanza —desde las Políticas Educativas hasta la propuesta de un maestro— no se educará para la vida” (De la Herrán y Cortina, 2008, p. 409). Igualmente, sus investigaciones y artículos abarcan de manera tácita el ámbito formativo de la pedagogía de la muerte, al presentarla como una reflexión válida y necesaria para educar a niños, jóvenes y adultos en pro de consolidar una sociedad más consciente de su realidad humana.

Una muestra clara de su trabajo y trayectoria son las publicaciones hechas desde el año 2005, donde publicaron dos artículos, *Cine y educación para la muerte II* y otro en el diario el País, *el valor formativo de la muerte*. De igual manera en el 2006 publicaron el libro *la muerte y su didáctica. Manual para la educación infantil, primaria y secundaria*; en el 2007 adelantaron una investigación de índole cualitativo y publicaron el artículo *introducción a una pedagogía de la muerte*; y en el 2008 publicaron los artículos *La educación para la muerte como ámbito formativo: más allá del duelo*. Sus trabajos, se han enfocado en la población infantil y juvenil, al ver pertinente formar en el contexto escolar a esta población sobre su realidad finita y contingente del ser humano, puesto que a nivel cultural se perciben distintas cosmovisiones en el tema de la muerte.

Los referentes anteriores fueron recopilados por Rodríguez, et al, (2012) en el trabajo *antecedentes de la pedagogía de la muerte en España*, el cual dejó ver de manera global el recorrido de pedagogía de la muerte en el contexto educativo español. A manera de síntesis ha brindado un aporte significativo al querer pensar la educación desde una perspectiva diferente y proponer estrategias didácticas en el aula que permitan la reflexividad sobre la muerte como realidad intrínseca del ser humano.

Lo anterior permitió pensar el tema de la pedagogía de la muerte y la formación, ya no desde la escuela sino dentro del ámbito médico universitario, porque como lo dice Vargas (2010),

El sentido de la educación es ofrecer al educando algo más que contenidos teóricos, o el aprendizaje de técnicas; esto tiene que ser complementado con la adquisición de la visión global propias de la formación y con una actitud de compromiso con el mundo, entorno social y político. (p.154)

En ese orden de ideas, se analizaron trabajos hechos en España donde se muestra la relación entre la pedagogía de la muerte y la formación en el ámbito médico y/o universitario, permitiendo delimitar y direccionar el propósito de nuestro proyecto de investigación.

Se inició entonces, con el artículo *Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte* de un grupo de investigadores conformado por, Jacqueline Schmidt-Rio Valle, Rafael Montoya-Juárez, Concepción P. Campos-Calderón, M. Paz García-Caro, Diego Prados-Peña y Francisco Cruz-Quintana (2010), quienes desarrollaron desde un método cuasi-experimental con 87 profesionales de la salud, un programa de formación de 15 semanas sobre cuidados paliativos que buscaba brindar una “atención adecuada a los pacientes en proceso de fin de vida y a sus familiares” (Schmidt-Río, et al, 2010, p.114). Como resultado, se encontró diferencias significativas respecto al afrontamiento de la muerte tras el programa de formación, que posibilitan un incremento de la calidad asistencial en los procesos de fin de vida por parte del personal de salud (Schmidt-Río, et al, 2010).

Lo anterior permitió reflexionar sobre la responsabilidad que tiene un profesional de la salud, independiente del rol que desempeñe, actuar de acuerdo con unos principios de solidaridad moral, que cada ciudadano debe interpretar y clasificar como justo o injusto en relación con el trato que se le dé al paciente (Vargas, 2010).

“*El miedo a la muerte en estudiantes de enfermería*”, investigación realizada por Montserrat Edo-Gual, Joaquín Tomás-sábado y Amor Aradilla-Herrero (2011), donde utilizó un método de diseño observacional, descriptivo y transversal aplicado a 243 estudiantes de enfermería junto con un instrumento multidimensional de 28 ítems, llamado la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (CLFDS). El cual evalúa 4 dimensiones, como el miedo a la propia muerte, miedo al proceso del morir propio, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros. Se tuvieron en cuenta las “diversas variables sociodemográficas: sexo, edad, curso académico, origen geográfico, estado civil y experiencias previas con la muerte” (Monserrat, et al, 2011, p. 129). Así se logró

describir que el alumno que inicia los estudios de enfermería, polariza más su ansiedad ante la muerte ajena y su proceso que ante la propia, a diferencia del personal que trabaja con pacientes en cuidados paliativos. (Monserrat, et al, 2011).

Por último, se encontró un artículo que relaciona el miedo y la ansiedad en los estudiantes de enfermería. Esta investigación fue adelantada por María Socorro Morillo-Martín, y su grupo de trabajo en el 2013, titulada *Factores sociodemográficos que influyen sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería*, la cual tuvo como objetivo “medir el miedo de la propia muerte y la de otra persona en estudiantes de Enfermería y analizar sus relaciones con variables sociodemográficas y con la formación realizada sobre cuidados paliativos” (Morillo-Martín, et al, 2013, p. 113). Como método se utilizó el diseño observacional, descriptivo y transversal a 188 estudiantes de enfermería que respondieron un cuestionario con variables sociodemográficas y la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (CLFDS).

Este estudio mostró por medio de la evaluación de actitudes y vivencias, la necesidad de incluir programas de formación que ayuden a los estudiantes de enfermería asumir de forma diferente la propia muerte y la de sus pacientes. (Morillo-Martín, et al, 2013).

Se continuó con la búsqueda y se indagaron documentos escritos en el continente americano con el fin de traer al contexto próximo investigaciones que aporten y delimiten nuestro proyecto; la tarea no fue fácil de realizar debido a la poca información o producción que sobre pedagogía de la muerte hay en nuestro continente y en especial en nuestro país. Dentro de las revisiones realizadas, hasta julio 30 del año 2017, se encontraron textos de Estados Unidos, México, Brasil, Chile y Colombia, de los cuales se citan sólo los más representativos para el objetivo del proyecto.

A continuación, se mencionan textos que presentan una relación precisa con el tema de educación y pedagogía para la muerte en el ámbito de la medicina. Se inició con un documento escrito por la investigadora, norteamericana, Hannelore Wass (2004), *A perspective on the current state of death education*, el cual da algunos puntos de vista acerca del estado de la educación para la muerte hasta el 2004, enfocándose en la atención que prestan los profesionales médicos y los consejeros del duelo a diversos casos o situaciones relacionadas con la muerte de una persona.

Así, la autora inicia su documento haciendo un homenaje a Herman Feifel denominado como el “primer educador para la muerte moderno” (Wass, 2004, p. 289), gracias a sus aportes al surgimiento de esta nueva disciplina en los estados americanos, Feifel impulso con sus escritos el dejar de lado el tabú que hasta entonces se tenía acerca del tema de la muerte, dando origen a la “educación para la muerte”. A partir de este momento se han realizado grandes esfuerzos para perfeccionar los

programas de educación para la muerte en las diferentes instituciones educativas de nivel básico y universitario con el fin de generar un pensamiento global sobre este tipo de formación, incluyendo varios objetivos de carácter multidisciplinar orientados hacia los estudios de la mortalidad.

Se menciona también el texto *cambios, retos y contradicciones en torno a la muerte. una mirada desde la medicina*, sobre la concepción que poseen los médicos acerca de la muerte, el cuerpo sin vida y el trato digno que se le debería otorgar al cadáver a partir de una reflexión biográfica, con enfoque formativo, que hace desde su quehacer laboral como ortopedista y profesor universitario el doctor Leonardo Garavito (2011).

El documento de Garavito, hace referencia a las creencias que se han entrelazado a lo largo de la historia (culturas arcaicas, griegos, romanos, época medieval, siglo XIV hasta XVIII y la actualidad), sobre la muerte y la forma de considerarla como un tabú; el cual ha pasado de ser un evento netamente social y humano a convertirse en una acción clínica o médica en donde la medicalización ha traído el fin de la muerte natural. Todo lo anterior, conlleva a que en su proceso formativo “el médico aprenda a tomar contacto impersonal con la muerte” (Garavito, 2011, p.133) ya que todo gira en torno al conocimiento.

Para finalizar, en el ámbito local se menciona la tesis doctoral *Educación para la muerte: imaginarios sociales del docente y del estudiante universitario en Colombia: un estudio biográfico narrativo*, realizado por la profesora universitaria Juliana Jaramillo para la universidad autónoma de Madrid, en el que se indaga sobre los imaginarios sociales de los docentes, de diferentes facultades, acerca de la pedagogía de la muerte con el fin de deducir las implicaciones que estos tienen sobre las prácticas de enseñanza a nivel universitario y así, proponer una serie de lineamientos pedagógico-didácticos que permitieron orientar las diversas construcciones metodológicas de los docentes pertenecientes a las facultades de medicina, enfermería y educación. Dicho estudio aportó una visión más holística de la concepción que se tiene de la muerte en los ámbitos trabajados y analizados bajo el método biográfico narrativo.

Con la revisión de los antecedentes, se pudo encontrar que el tema sobre la muerte en la actualidad puede ser tomado desde diferentes puntos de vista, por las personas que se encuentran directamente relacionadas con la interpretación o asimilación de la representación que forma un imaginario de lo vivo y lo no vivo. Como primer aspecto que se trabajó está el pedagógico, que es vital para una adecuada contextualización del objeto de análisis y para orientar de manera apropiada las categorías a trabajar, las cuales tuvieron una relación directa entre la formación y todo el desarrollo sobre la

idea alrededor de la muerte que ha sido enfocada hacia unas prácticas éticas y humanas desde lo profesional y lo académico.

1.2 Formulación del problema

En la actualidad se aprecia un sin número de adelantos técnicos, que, de una u otra forma, facilitan la vida del ser humano y la medicina no es ajena a este tipo de adelantos científicos, los cuales ayudan a mejorar las prácticas e intervenciones a nivel clínico y asistencial. Sin embargo, esto eventualmente ha llevado, según Détrez (2017), a que, en la medicina contemporánea, prevalezca una visión “biológica y anatómica del cuerpo mecanicista” (p. 28) en donde eventualmente se busca reparar los órganos averiados del cuerpo y se olvida posiblemente su humanidad. Lo cual puede orientar la formación médica a privilegiar un tipo de formación tecnicista y asistencial, que conlleva probablemente a un trato impersonal y menos compasivo con los pacientes.

Frente a esta problemática, Kübler-Ross (como se citó en Garavito, 2011), plantea la necesidad de que en las facultades de medicina se generen estrategias para enseñar a los estudiantes “el valor de la ciencia y de la tecnología al mismo tiempo que el arte y la ciencia de las relaciones interpersonales, del cuidado humano y total del paciente” (p. 133). Que permita a los estudiantes de medicina formarse y autoformarse en el trato compasivo con sus pacientes.

Considérese ahora, que nuestro objeto de estudio es abordar el cuerpo vivo y cuerpo muerto como una instancia analítica y profundamente compleja en relación a las prácticas médicas de los estudiantes de medicina, y la forma como es tratado a partir de la representación personal, dice Duch y Mélich (2005), que el cuerpo es tomado como “un simple objeto, con la disponibilidad y la capacidad de manipulación que son propias de los meros objetos” (p. 236). Y no como el ser humano que en relación con los otros es parte del contexto humano, es decir, “la genuina forma de presencia en el mundo que corresponde a los humanos” (Duch y Mélich, 2005, p. 236).

Las facultades de medicina y sus programas, pueden correr el peligro de entrar en procesos técnicos al ofrecer prácticas instrumentalizadas (Carr, 2001) que motivan al estudiante a ser más competitivo en el campo de la salud, olvidándose de formar seres humanos desde una praxis que los impulse a servir a los demás desde su ser, saber y qué-hacer médico (Carr, 2001). Es satisfactorio ver que en los programas de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ); La Universidad Nacional (UN), Universidad Antonio Nariño (UAN), Universidad de los Andes (UA) y Universidad

el Bosque (UB)¹, están muy bien fundamentados en el componente disciplinar que aporta a los médicos en formación, herramientas para desempeñarse como profesionales de la salud en los diferentes escenarios. Sin embargo, aún hace falta tener de manera clara y específica las competencias que le ayuden al estudiante de medicina a reflexionar y a darse cuenta de su propia realidad de finitud y contingencia (Mélích, 2002).

Se puede ver, que en los planes de estudios hay asignaturas como salud y vulnerabilidad, teología, población y salud (plan de estudios Universidad Javeriana, 2017), Bioética (Plan de estudios del Bosque y Antonio Nariño, 2017); salud y sociedad, medicina y sociedad (plan de estudios Universidad Nacional, 2017) que pretenden formar médicos eficientes en la prestación de servicios profesionales de salud, sensibles, respetuosos de la dignidad humana y defensores de los derechos de los pacientes.

Son planes de estudios que han sido diseñados disciplinar y curricularmente para responder a las necesidades propias del país. Sin embargo, sería interesante complementar la parte del ser y la finitud con temas que promuevan la educación para la muerte; la formación humana, ética, reflexiva y compasiva hacia el otro. De tal modo, se origina la siguiente pregunta ¿será que el modelo educativo puede llevar a la instrumentalización de la educación superior en el campo de la medicina, sin permitir establecer una relación de alteridad con los otros? (Mélích, 2002) y por ende, no sea capaz de compadecerse y reconocer al cuerpo como sujeto de respeto y compasión a través de su formación académica (Mélích, 2015).

Ahora bien, se cree que la educación debe propender por el reconocimiento de las emociones, la finitud y la compasión (Mélích, 2015) en el estudiante y profesional, para que sea capaz de relacionarse con los otros “desde la contingencia, desde un proceso de desarrollo humano y formativo que le lleve a construir con y para los otros mundos posibles y posibilitadores de sentido” (Campos y Restrepo, 1999, p.11). Por esto creemos, al igual que Mélích (2002), que es necesario que el ser humano sea consciente de su realidad, su contexto y su actuar que no se limite a un tiempo y un espacio determinado.

Se tiene en cuenta que la formación está relacionada con la *experiencia* es importante formar también, desde el fracaso y la contingencia, las cuales hacen parte importante del proceso de crecimiento espiritual, personal y social del ser humano (Vargas, 2010). De este modo, la formación

¹ Se revisaron los planes de estudio de los programas de medicina de las Universidades que participaron en la investigación, con el fin de tener un panorama más preciso sobre la formación que reciben los estudiantes en cada una de las facultades.

permite que el cuerpo sin vida o cadáver, sea un signo de interpelación para el personal médico, ya que “al aceptar el trato con el cadáver implica no solamente un aspecto práctico, y si se quiere de higiene; sino humano, de dignidad y decoro ante la buena memoria de la muerte, que nunca se olvida de nadie” (Garavito, 2011, p. 135).

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta investigación sobre las representaciones sociales de los docentes y estudiantes de medicina en el marco de su proceso formativo se utilizó el método biográfico-narrativo, como una forma de conocer y comprender desde la experiencia individual, cultural, social e intersubjetiva de un contexto dado, las representaciones sociales acerca del cuerpo vivo y cuerpo muerto. Ya que son las experiencias narradas las que facilitaron el acceso a los significados sobre el cuerpo vivo y cuerpo sin vida, latentes en la formación de estudiantes y las prácticas médicas de los docentes de las facultades de medicina.

Con base en lo anterior, se quiso comprender la forma en que se relacionan las representaciones sociales que se tiene sobre el paciente que está a punto de perder la vida y el cuerpo que yace sin vida; a partir del proceso de formación académica proporcionado a los estudiantes de pregrado y profesionales de medicina desde la cátedra, el contexto laboral, la experiencia y las prácticas intrahospitalarias en las que se encuentran inmersos.

En otras palabras, se cree que la representación, según Abric (2001) “funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determina sus comportamientos o sus prácticas” (p. 13). En donde, las connotaciones, el discurso y el intercambio intersubjetivo con el contexto médico le pueden permitir a los facultativos construir nuevos significados y símbolos a través de las experiencias vividas con los otros (Hall, 2002).

Por tanto, es posible que una formación enmarcada dentro de la educación para la muerte puede favorecer o fortalecer prácticas más humanas que le ayuden a los estudiantes y profesionales durante su proceso académico o laboral a “comprenderse y comprender a los demás en el tiempo, como sujetos finitos, contingentes, promotores de justicia y reconciliación” (Mélich, 2015, p. 169).

En otras palabras, la formación debe posibilitar a los profesionales de la salud crecer en sus procesos de humanización, por medio del desarrollo de capacidades que le ayuden a aceptar y asumir desde la compasión, la alteridad y reconocer en el cuerpo sin vida un sujeto válido de compasión y respeto (Mélich, 2015).

Por consiguiente, el cuerpo sin vida o cadáver, como un signo de interpelación para el personal médico no se puede convertir solamente en un aspecto práctico o de salud pública, sino en un ser

humano, que merece ser tratado con dignidad y decoro ante la buena memoria de la muerte, que nunca se olvida de nadie (Garavito, 2011).

Desde este punto de vista y con la revisión de los planes de estudios de las facultades de medicina mencionadas anteriormente, se sospecha que los parámetros estipulados por la facultad para formar a sus médicos no se deberían enfocar única y específicamente al qué-hacer de la medicina desde una mirada netamente científica, sino plantear propuestas innovadoras donde el estudiante tenga una “formación integral que le permita desarrollar sus potencialidades y reconocerse como un ser para el servicio, capaz de construir y vivir en sociedad, en mutuo reconocimiento y respeto, consciente que es un ser para los demás” (Remolina, 1997, p.74), a partir de asignaturas que fomenten el trato compasivo hacia los demás.

1.2.1 Preguntas que orientaron la investigación.

General

¿Cuáles son las representaciones sociales que los estudiantes y docentes universitarios de las facultades de medicina, tienen sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto en relación a su experiencia formativa y prácticas médicas?

Específicas

¿De qué manera las prácticas de formación académica y de oficio médico, forman a los estudiantes de la facultad de medicina hacia el manejo ético y humano del cuerpo vivo y el cuerpo muerto?

¿Por qué razón el cambio de concepción acerca de la representación social sobre tema de la muerte puede transformar el trato de los estudiantes y profesores hacia el paciente, el cuerpo sin vida y la familia?

1.3 Justificación

1.3.1. Motivación personal

El trabajo nace inicialmente de una serie de interrogantes sobre la muerte, siendo este un aspecto del que casi no se habla en la cotidianidad por temor, miedo, el pensar que nunca nos va llegar entre otras razones, también se tiene presente algunas experiencias de vida sobre el trato que dan las instituciones de salud (hospitales, clínicas entre otras), desde la parte médica, hacia el paciente que acaba de morir, el paciente que padece una enfermedad terminal o hacia los familiares de dichos pacientes

Así mismo, surge un cuestionamiento centrado en que como individuos ubicados en un tiempo y espacio determinado vamos a morir y por ende se vuelve vital reflexionar y reconocer nuestra realidad de finitud. Ya que “al nutrir la habilidad de contemplar la finitud humana con placer, ayuda a la personalidad en su lucha con la ambivalencia y la indefensión” (Nussbaum, 2008, p.392).

Por lo tanto, se despierta una búsqueda por entender la manera en la que los médicos ven al cuerpo sin vida y al trato que le dan después de que este pasa a las morgues, si se siguen considerando como un sujeto válido de respeto y compasión o antes bien se convierte en un objeto con el cual es lícito experimentar, desmembrar, estudiar, entre otros. De la misma manera como miran a los actores que están inmersos en la situación de muerte como es el entorno social conformado por familiares, amigos y conocidos.

De este modo el comprender las representaciones sociales de un médico acerca de la muerte puede dar luces sobre la manera en la cual este profesional aborda el trato del cuerpo sin vida, quien aporta información valiosa que se puede usar con el fin de propiciar en el futuro una transformación, hacia una visión deshumanizada, por una visión más humana, dentro del contexto práctico de la profesión de los galenos, lo cual sería un gran aporte para la vida de los mismos y la prestación de un buen servicio, en el cual el dolor y el sufrimiento del otro no le sea indiferente.

1.3.2. Motivación disciplinar y científico-académica

La muerte representa para nuestra sociedad un tabú, sobre el cual no se tiene conocimiento alguno y donde la especulación sobre la vida después de la muerte nos acecha. Sólo se puede tener la certeza ineludible de que se nace y se muere, que el ser humano es un ser netamente finito y que su miedo, temor o angustia ante la muerte es avasallador (Caicedo, 2007). Por consiguiente, en su percepción subjetiva es esencial o estructural “resistirse a la muerte, al paso del tiempo, al envejecimiento, pero también es propio de la condición finita del hombre la imposibilidad de lograr la eternidad, la inmovilidad” (Mélich, 2002, p. 30).

Ahora bien, en diversos contextos de la sociedad, en especial en el campo de las ciencias de la salud, la muerte se encuentra naturalizada y ha hecho que sus procedimientos, alrededor ésta, sean algo técnico, mecánico, hasta el punto de considerar, en algunos casos, al ser humano como objeto y los cuerpos como material de trabajo u objeto de sus prácticas académicas (Caicedo, 2007). Además, se ha podido apreciar que “los médicos y el personal de enfermería no tienen la formación necesaria para hacer frente al hecho de que la vida es frágil y finita” (Caicedo, 2007, p. 336) presentando dificultad al comunicar una mala noticia a los familiares, ya que la verdad y la franqueza se resienten frente a la muerte (Caicedo, 2007).

Acerca de la muerte y los conceptos que tienen sobre ella los estudiantes y profesionales del área de la salud se ha encontrado varias producciones investigativas. Incluso hay investigaciones realizadas utilizando las representaciones sociales como estrategia metodológica en las cuales se indagan sobre los vacíos que tienen los médicos durante su proceso de formación para afrontar estos acontecimientos con los pacientes. Como es el caso de la investigación realizada por Luisa Álvarez (2011) titulada *representaciones sociales sobre la muerte en un grupo de médicos Alópatas y Alternativos*. Utilizó el método cuantitativo para determinar las representaciones sociales sobre la muerte que tenían 132 médicos encuestados.

De manera 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” (Álvarez, 2011, p.8). Sin embargo, nadie se pregunta por las representaciones sociales que construyen los estudiantes y médicos a través de la formación y sus prácticas hospitalarias.

Se halló, una investigación que abordó el tema de las *representaciones sociales de la educación para la salud: docentes facultad de medicina, universidad de Antioquia* realizado por Margarita M. Gómez G., Hermes Osorio C (2015). Donde se utilizó el método cualitativo desde el enfoque de las representaciones sociales a 93 médicos docentes. Concluyen que las representaciones sociales sobre educación para la salud afectan y condicionan los discursos y las prácticas de los docentes alrededor de la formación de los estudiantes de la salud, dándose una educación informacional e instrumental. Esto permite analizar la manera como la formación puede intervenir en las concepciones y práctica médicas de los educandos.

Por ende, por medio de la comprensión de las representaciones sociales que se han construido en relación al cuerpo vivo y muerto por medio de la formación y las prácticas médicas se pretende mejorar la relación entre los vacíos académicos, metodológicos y teóricos sobre la cuestión del reconocimiento de la finitud y la compasión propia y de los otros, como herramienta útil para las instituciones de formación en el campo de la medicina, teniendo en cuenta que “la mayor parte de las personas muere en los hospitales separadas de sus familias y de sus seres queridos” (Caicedo, 2007, p. 337), en la soledad e inclusive en la indiferencia “ya que cuando los pacientes se encuentran en unidades de cuidados intensivos o están muriéndose sus familiares o sus seres queridos no pueden permanecer junto a ellos, tocarlos o hablar con ellos” (Caicedo, 2007, p.338). Por lo tanto, si el médico ha sido una persona con una formación en pedagogía de la muerte tendrá una visión totalmente diferente acerca del trato que deberá tener con los familiares y con el sujeto que fallece.

1.3.3. Motivación sociocultural

El concepto de muerte siempre ha sido algo que ha inquietado a la humanidad, pues se ha representado lo desconocido para el ser humano. La presencia del cuerpo muerto en el mundo, en la cultura, en la sociedad se hace inquietante y desprovista, ya que se encara a la incertidumbre de la vida, la muerte; la cual llega a todos por igual, sin hacer acepción de personas (Mélich, 2010). Así mismo, como dijo Caicedo (2007) “la muerte causa tanto miedo que ya no nos atrevemos a decir su nombre (usamos multitud de eufemismos), a su vez, este miedo se considera normal y necesario” (p.336).

Por otro lado, el cuerpo vivo, sin importar su condición económica está propenso a padecer largos periodos de enfermedad e inclusive puede llegar a fases terminales prolongadas en donde la tecnología, por más avanzadas y modernas que sean, no pueden evitar la muerte (Caicedo, 2007).

Ahora bien, aunque la propia muerte nos inquieta, es la muerte del otro la que nos hace repensar la vida y la muerte, lo que hacemos y lo que seremos, nos ha hecho temer e imaginar cómo será nuestra muerte y por qué nuestra existencia es tan efímera e insignificante en el mundo (Mélich, 2010). Por tanto, es importante ver que en Colombia, en el año 2015 hubo alrededor de 11585 homicidios (Forensis, 2015), acontecimientos frente a los cuales no permanecemos indiferentes pues “la muerte del otro me afecta en mi propia identidad” (Mélich, 2010, p.191). Y, por tanto, como conciudadanos no podemos acostumbrarnos a ver la muerte como un algo, como un objeto de conocimiento, como una cifra más en las estadísticas, sino, antes bien, como una “apelación, como una demanda, como un grito silencioso” (Mélich 2010, p.194), que nos lleva como colombianos, a una respuesta “imposible de planificar y de organizar, una respuesta siempre improvisada, la que configura la compasión” (Mélich, 2010, p.194).

1.3.4 Motivación jurídico-normativa

De antemano es importante aclarar que, para la constitución colombiana, y de una manera más explícita en el código civil (ley 57 de 1887) aparece que “la persona termina en la muerte natural” (art. 94), es decir, que después de que cesan las funciones vitales el ser humano muere se convierte en un cadáver, cuya naturaleza es descrita como “un residuo del ser humano que ha perdido la vida” (Quisbert, 2012). Es evidente que los decretos y leyes en relación a la definición del cuerpo muerto, como un objeto o residuo del humano, no han cambiado y se mantienen vigentes.

Por otro lado, en relación al trato del cadáver se encuentra la resolución 001447 del 11 de 2009 del ministerio de protección social en la cual se reglamenta la prestación de los servicios de

cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres. Sin embargo, no se habla en sí del cuerpo muerto sino de las disposiciones legales que se deben tener para el manejo de un cadáver.

Pasando al nivel hospitalario se presentó una referencia a los centros de docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres, a los cuales se les da la potestad para que aprovechen, traten o dispongan de los residuos generados en sus prácticas, lo cual da la posibilidad de investigar con el cuerpo muerto, es decir, tratarlo como un objeto de estudio (decreto 351 de 2014, artículo 2).

Ahora bien, para el proyecto es importante analizar las representaciones sociales sobre el cuerpo con vida en fase terminal y el cuerpo muerto en los estudiantes de las facultades de medicina de la PUJ, UN, UB, UA y UAN, es relevante citar la ley 30 de 1992 de la rescatamos en el capítulo VI, la autonomía que tiene la universidad para “crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas” (Artículo 28), es decir, que esta tiene la potestad de modificar e integrar en su programa o plan de estudios de la facultad de medicina una pedagogía de la muerte que contribuya al proceso de humanización de los docentes y estudiantes en relación las prácticas con sus pacientes, la muerte y el trato con el cuerpo muerto.

1.4 Objetivos.

1.4.1. Objetivo general

Comprender de qué manera la representación social acerca del cuerpo vivo y cuerpo muerto, se forma en estudiantes y profesores de cuatro facultades de medicina de la ciudad, a partir de sus experiencias académicas y laborales.

1.4.2. Objetivos específicos

Indagar sobre las experiencias formativas y prácticas que han tenido los estudiantes y médicos docentes con relación al proceso de muerte y el cuerpo sin vida a nivel hospitalario.

Comprender en qué medida las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y muerto le permiten a los estudiantes y médicos reflexionar sobre su quehacer y replantear sus prácticas médicas desde lo humano y compasivo.

Indagar sobre las experiencias que han tenido los estudiantes y médicos de las facultades de medicina, en relación con la muerte y el modo cómo se afronta este tema desde su proceso de formación.

Comprender en qué medida las representaciones sociales acerca del cuerpo vivo y el cuerpo muerto puede ser creadas o modificadas desde el proceso de formación académica en la facultad de medicina.

Para finalizar este apartado fue importante situar la revisión de los antecedentes desde la educación y la pedagogía para la muerte como una propuesta emergente en nuestro país y una apuesta que permitirá a los procesos de formación generar espacios reflexivos en el ámbito educativo. De esta forma, los objetivos de este estudio nos condujeron a la conceptualización teórica de las siguientes categorías; formación, representaciones sociales y cuerpo, con el fin de comprender las representaciones sociales de los médicos docentes y estudiantes de medicina acerca de cuerpo vivo y cuerpo muerto a partir de sus experiencias académicas y laborales.

1.5 Contexto conceptual (Esquema de fundamentos)

El siguiente esquema de fundamentos se planteó desde las categorías de formación, representación social y cuerpo, como conceptos que facilitaron el desarrollo del trabajo de grado en relación a la pregunta problema y los objetivos. Con el fin de rastrear y analizar las representaciones sociales que han construido por medio de la formación los estudiantes y profesores de la UN, UA, AN, UB y PUJ, con respecto al trato del cuerpo vivo y muerto, dentro de su labor académica e intrahospitalaria.

Categorías

1. Formación.
2. Representaciones sociales.
3. Cuerpo.

Estas tres categorías fueron seleccionadas debido a que se relacionan directamente con la pedagogía de la muerte, eje articulador del proyecto.

1.5.1 Formación, un ejercicio de constante reconstrucción del ser

A continuación, se presenta la elaboración de la categoría de formación a partir de la visión y concepción que tienen los autores acerca del tema, y que permitió analizar la manera cómo la formación a través de la prácticas educativas, ha permeado las representaciones sociales que los estudiantes de medicina han construido al alrededor del cuerpo agonizante y sin vida. De esta forma, se vuelve fundamental indagar sobre la formación que reciben los estudiantes desde la academia, particularmente en sus procesos de construcción profesional y aquellos intereses intrínsecos que pueden existir en las facultades de medicina.

Desde esta perspectiva, se hizo importante considerar los aportes de Ferry Gilles (1990), al analizar la conceptualización que se da alrededor de la categoría formación, la cual dice, que ha sido manipulada y se ha convertido en dispositivo ideológico para abordar las problemáticas que giran en torno a la educación. Es decir que, la formación tiene diferentes aristas, -política, social, cultural, instrumental o institucional-, desde las cuales puede ser abordada y que pueden influir en el sujeto sobre el cual recae la enseñanza. Por esta razón, la formación se convierte en una de las categorías a trabajar debido a su complejidad y a su papel de eje articulador en los procesos académicos de los médicos. Por eso, es importante aclarar, en qué consiste y sobre qué punto de vista se tomará.

Así mismo, los aparatos discursivos que se emplean en la formación pueden ser políticos, económicos, institucionales, asociativos, académicos y sindicalistas entre otros, que tienen sus propios intereses y han llevado a que no se tenga claridad sobre el término de formación. Como dice Ferry (1990) “No solamente las connotaciones son distintas de acuerdo con los campos de actividad y las posiciones ocupadas dentro del campo de la formación, sino que la connotación misma del término se encuentra como flotando en el aire” (p. 50). Es decir, que existen una serie de concepciones que difieren sobre lo que se puede denominar formación la cual es trastocada por las intencionalidades de cada actor o sector que la emplea.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la definición de formación depende del enfoque discursivo y temático desde donde se observe y que puede tomar significado e interpretarse de múltiples maneras; en este proyecto se abordó desde autores que permitieron tomar decisiones a nivel metodológico y elegir el concepto, que desde lo ético se adapte al objeto de estudio, para construir la categoría formación.

Se tomaron algunos aportes que hace Gadamer (1977) en *verdad y método* sobre la formación entendida como *bildung*. Continuando con Foucault (1994), que, con su libro *hermenéutica del sujeto*, sin mencionar literalmente el término formación, dio luces para comprender lo que un proceso formativo puede lograr en los individuos. También se tomó algunos artículos en los cuales se indaga sobre la formación a nivel universitario y se hace alusión a otras subcategorías como formación integral, ética y humana.

Se referenció también a Ferry (1990) el cual, en su texto, *trayectoria de la formación*, examina el funcionamiento pedagógico de ciertos dispositivos de formación propuestos en la actualidad, los cuales han ido concibiendo a la formación desde una perspectiva esencialmente administrativa, desplazando así lo pedagógico y la reflexión sobre sí mismo de los sujetos. Se visualiza entonces la

formación desde tres ámbitos: primero, como una función social de trasmisión del saber hacer y ser en beneficio de la cultura dominante y la economía. Segundo, como un proceso de desarrollo y de estructuración de la madurez personal a través del aprendizaje. Tercero, como institución en donde los dispositivos organizacionales determinan el énfasis de enseñanza, generando así el mercado de la formación. De esta manera, el último dominio conlleva a indagar si este tipo de dispositivos organizacionales se dan en las facultades de medicina y de qué forma influyen en el proceso educativo de los estudiantes estas acciones de orden administrativo.

De esta manera, las universidades negocian los efectos y beneficios de una educación tecnicista e instrumental, lo que refuerza y construye, el yo consciente y voluntario del individuo que ellos quieren, por medio de sus procesos formativos (Ferry, 1990). Propuesta que nace de los modelos del mercado y de las políticas económicas mundiales y que han sido asumidas por las universidades para ser más competitivas en el mercado de la educación.

La formación no se puede confundir con las acciones educativas, las cuales son medios e instrumentos para que se dé la formación de los sujetos. Por lo tanto, dirá Ferry (1990) que "formarse es reflexionar para sí, para un trabajo sobre sí mismo, sobre situaciones, sobre sucesos, sobre ideas" (p.54). Sin perder de vista que el ser humano es un ser social, que necesita interactuar con los otros, de modelos o puntos de referencia y de normas y estructuras que orienten su proceso de desarrollo humano. Y es ahí donde la institucionalidad ayuda en este proceso sin ser invasiva sino dejando que el sujeto experimente sus éxitos y fracasos, descubra y perfeccione sus capacidades de sentir, actuar, imaginar, comprender, aprender y ser consciente de su cuerpo (Ferry, 1990). En pocas palabras, las universidades por medio de sus procesos formativos posibilitan que los estudiantes se reconozcan como seres humanos finitos y contingentes permitiéndoles ser compasivos frente al dolor y el sufrimiento de los otros que comparten su misma humanidad.

A continuación, Gadamer (1977) propone desde otro lugar de conocimiento la formación pensada en términos culturales y explicada desde el concepto de *bildung*, como un proceso constante de configuración inagotable, lo cual lleva a que la formación no dependa estrictamente de la escuela o de las intenciones de los docentes sino del mismo sujeto "ya que en la formación uno se apropia por entero de lo que lo forma" (Gadamer, 1977, p. 39). Es decir, que aunque se nace inscrito en una cultura y en ella hay unos referentes formativos, dependerá de cada uno de los sujetos tomar lo que le es importante para formarse como ciudadano, para esto tendrá como apoyo sus tradiciones y el lenguaje.

En otras palabras, pese a que la formación en las facultades de medicina está permeada por la cultura y la política administrativa mostrada en los programas de formación y las prácticas docentes, se hace indispensable que el docente decida qué y cómo asumir lo que se le ha dado como insumo para su vida y la forma de ejercerlo con sigio mismo y con los otros. Ya que se encuentra en un proceso de constante devenir no desde un proceso técnico sino como dice Gadamer (1977) “desde un proceso interior de la formación y conformación del sujeto en un constante desarrollo y progresión” (p. 40).

De este modo, se puede observar que la naturaleza del ser es transformarse constantemente, con base en las dinámicas propias de la cultura en la que está inmerso y es así como Gadamer (1977) afirma que la “formación pasa a ser algo muy estrechamente vinculado al concepto de la cultura, y designa en primer lugar el modo específicamente humano de dar forma a las disposiciones y capacidades naturales del hombre” (p. 39). Y en este sentido, la formación para Gadamer no se agota, sino que el sujeto redescubre constantemente en su contexto y experiencia cultural lo que le permite ser humano y crecer como tal. Su conocimiento no tiene límites, ya que está en continuo redescubrimiento de su humanidad, formación de sus conocimientos y superando las falencias de su cotidianidad.

Desde esta perspectiva, es válido preguntarse hasta qué punto las dinámicas formativas de la facultad de medicina permiten a los estudiantes propender a procesos formativos que realmente les ayude a construirse como seres humanos capaces, no solo de conocer los parámetros teórico-científicos sino de reconocer la contingencia e importancia de que sus prácticas se desenvuelven desde un ámbito compasivo tanto con esa persona que está en proceso de muerte como el que yace muerto.

Ahora bien, para complementar lo dicho hasta ahora con Ferry (1990) y Gadamer (1977), se toman unos conceptos claves para la formación que da Foucault en su libro *hermenéutica del sujeto*, como es el concepto griego de epimeleia, “que equivale a una actitud general, a un determinado modo de enfrentarse al mundo, a un determinado modo de comportarse, de establecer relaciones con los otros” (Foucault, 1994, p.34). Lo cual sumerge a la formación en un espacio en el cual los sujetos seleccionan todo aquello que es útil para ellos desde su contexto social y cultural, pero desechan lo que no les permite, dentro de sus propias construcciones representacionales, ser auténticos, y así poder edificar relaciones desde la alteridad.

De este modo, epimeleia lleva al sujeto a “un determinado modo de actuar, una forma de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través de la cual uno se hace cargo de uno mismo, se

modifica, se purifica, se transforma o se transfigura” (Foucault, 1994, p.35). Entendiendo la formación como un ejercicio de inflexión, de volver sobre sí, está muy relacionado por lo dicho por Gadamer (1977) y Ferry (1990), pero desde una connotación más subjetiva, en el sentido que el sujeto busca por medio de la formación descubrir su propia identidad, lo que lo hace diferente en medio de los otros, no como un pretexto para apartarse sino como una forma de contribuir desde su propio ser a la construcción de realidades comunes. En este caso será romper con las representaciones que llevan a la deshumanización y a la indiferencia del dolor ajeno.

Así mismo, Foucault (1994) propone el concepto de Chresis el cual designa la pasión “en cierto modo singular, trascendente del sujeto en relación a lo que lo rodea, a los objetos de los que dispone, y también aquellos otros con los cuales tiene relación, a su cuerpo mismo y, en fin, a uno mismo” (p.48). Para la investigación se hace importante que el sujeto cuide de sí mismo, de su cuerpo, el cual le permite relacionarse con los otros. Ahora bien, cómo propender que los estudiantes y médicos se apasionen por el cuidado de su cuerpo y por ende incentivar el cuidado de sí mismo, de sus pacientes, y de este modo tratar el cuerpo que yace muerto con respeto y reverencia.

De esta manera los conceptos de formación se enmarcan directamente en un proceso de humanización y reconocimiento del otro respetando su singularidad y comprendiendo sus realidades, esto permitió analizar los enfoques formativos de los cuales son partícipes los estudiantes y docentes de las facultades de medicina. Ya que si se quiere reencontrar el sentido de la formación, como proceso del desarrollo de lo humano para los humanos y que las prácticas se humanicen un poco más para que haya una construcción de las representaciones sociales, resignificando los conceptos de cuerpo a partir de la compasión, la finitud y la muerte; es necesario que se ubique transversalmente el conocimiento y el cuidado de sí mismo, como requisito necesario para comprender nuestra manera de ser, de enfrentarnos al mundo, de comportarnos y reflexionar sobre los fenómenos que afectan nuestra realidad individual y colectiva (Foucault, 1994).

Igualmente, Campo (1999) asegura que la formación del ser humano es constante y se encuentra en permanente construcción del ser, de la persona, del ser sí-mismo y concuerda con Hans Gadamer (1977) cuando asegura “que el resultado de la formación no se produce al modo de los objetos técnicos, sino que surge del proceso interior en constante progresión entre formación, conformación y transformación” (Campo, 1999, p. 9), en ese orden de ideas, se pudo entender que el concepto de formación es mucho más amplio en su significado y va más allá que el cultivo de una serie de capacidades en busca de eliminar la ignorancia (Campo, 1999), por lo tanto, transgrede las barreras

de la educación y va hacia la responsabilidad por sí mismo y por los demás dentro de un mundo en construcción permanente como un ser inacabado.

Es posible entender, que en el proceso de formación hay unos agentes activos que juegan un papel trascendental: los docentes. “El maestro, con su conducta y con su ejemplo transmite una vida, una forma de ser, una actitud y un estilo para afrontar la realidad; así se distingue de quien es simplemente profesor e instructor” (Remolina, 1997, p.73). De lo anterior, surgieron las siguientes preguntas ¿Cómo incide el medico docente en la formación del estudiante? y en las clases u orientaciones sobre la intervención de un paciente ¿Lo dicho por el médico o sus observaciones de la práctica de los estudiantes conllevan a cambios de percepción y representación sobre el cuerpo vivo o muerto en los estudiantes? De esta manera, las motivaciones éticas, profesionales y de responsabilidad de los maestros, implica por parte de estos, repensar sus estrategias didácticas y aportar a los estudiantes de la facultad de medicina, una formación para la vida y la muerte, por medio de la reflexión profunda, la autoevaluación de sus prácticas de enseñanza y el ejemplo.

Si bien es cierto, que el contexto brinda una serie de situaciones que le permite al sujeto formarse, también es claro que la responsabilidad total de la formación la tiene la persona misma con todas sus facultades, es así como, “la formación integral se refiere primordialmente al ser de la persona, es decir a su estructura y a lo que la constituye en su realidad profunda” (Remolina, 1997, p.73). Cada sujeto en su proceso de formación integral coloca en juego sus potenciales para elegir y construir lo que necesita para su bienestar, pero el contexto y las instituciones educativas deben generar ambientes donde los estudiantes desarrollen la capacidad de autoformarse.

De igual manera, es importante reconocer, que el sujeto se forma desde su propia realidad basándose en el entorno dado por la sociedad en la que se desenvuelve, es así, como dentro de su formación el docente de educación superior debe velar por su ser interior, revisando su forma de pensar, de sentir, de hablar y de actuar ya que con su ejemplo está formando.

Por eso, al hablar de formación integral del docente universitario, la primera preocupación no ha de ser acerca de los cursos que debe realizar, ni de las nuevas tecnologías educativas, sino acerca del trabajo interior que cada uno debe hacer sobre sí mismo: es decir sobre su ser y no sobre su poseer. (Remolina, 1997, p.73)

Ahora bien, la categoría formación se refiere tácitamente a la noción de práctica educativa, la cual a nuestro modo de ver es importante, ya que a partir de ella los docentes pretenden formar a los estudiantes desde unas disposiciones y representaciones sociales y culturales por medio de los cuales

proponen una forma de ver y de concebir la verdad y al ser humano, determinando así su funcionalidad y rol profesional en la sociedad.

Así mismo, los docentes médicos han asumido concepciones teóricas y han establecido protocolos de sus prácticas hospitalarias que los hacen arquitectos de la formación de los individuos. En palabras de Ferry (1990),

El modelo pedagógico adoptado por los formadores, cualquiera que sea, tiende a imponerse como modelo de referencia de los ‘formados’. Estos se ven conducidos a reproducir los procedimientos, las actitudes, el estilo de comportamiento desarrollado por los formadores y las instituciones de formación. (p. 61)

Es decir que, de alguna manera, las prácticas educativas tienden a moldear o modelar las ideas con las que el estudiante inicia su labor educativa.

Es así como, la educación superior les brinda a sus estudiantes una formación integral que les permita encontrar un significado y un sentido a cada cosa que hacen en su cotidianidad. En este caso los estudiantes y profesores universitarios de medicina son quienes constantemente se enfrentan con el fenómeno social y natural de la muerte, junto con todas aquellas circunstancias individuales o generales que la rodean, debido a la relación directa que se tiene desde la posición de médico a paciente. Dicho de otro modo, una formación integral puede propiciar encuentros desde la compasión entre pacientes y médicos que garanticen el crecimiento personal y una atención más humanizada.

Para Remolina, (1997) “La formación es integral cuando el proceso educativo se refiere al desarrollo armónico del conjunto de dichas facultades y abarca la totalidad potencial del ser humano” (p.71); es aquí, donde los estudiantes y los profesores de la universidad se ven obligados a poner en juego sus talentos para desempeñar su labor, por esta razón las instituciones deben concebir al ser humano como multidimensional, potenciando así las facultades y talentos de sus estudiantes, definiéndose como poderes, fuerzas o energías para realizar las actividades propias del ser humano.

Por tal motivo, fue imprescindible reconocer el concepto de formación para poder orientar e interpretar desde esta noción el papel de las instituciones no simplemente como mera formadora disciplinar e instrumental a partir de sus programas académicos sino como instituciones que se preocupan por desarrollar en el sujeto capacidades que le ayuden a conocerse, a cuidarse y transformarse a sí mismo en relación con los otros y para los otros. En donde las prácticas educativas

están orientadas desde la dimensión ética a la edificación de “relaciones de convivencia, respeto, armonía y construcción social” (González B y Pulido O, 2013, p, 140)

En este orden de ideas, se hizo importante tener presente la ética de la compasión como uno de los pilares en el proceso de formación donde se ve la necesidad de que las instituciones de educación superior puedan generar prácticas, espacios y conocimientos que permitan a los estudiantes fortalecer su conciencia sobre sí mismo y reconocer en el sufrimiento de los otros su humanidad. Es decir que la ética de la compasión facilita a los médicos acercarse al otro desde la sensibilidad y sentir el dolor ajeno, Mélich (2010). Por tanto, esta noción debe estar presente en los procesos de formación de los profesionales en medicina para que al ejercer su labor contemplen la posibilidad de tener una mirada compasiva frente a la situación que esté viviendo en el otro.

Igualmente hay que resaltar, que la ética de la compasión permite que los sujetos, profesionales en medicina desde su quehacer diario tengan en cuenta, que todo lo que sucede puede tener múltiples significados según el contexto en el que se encuentre. Esto les permite cuestionar lo que consideran como una verdad establecida y darse la oportunidad de entender el sufrimiento del otro de una forma compasiva. Es decir que una formación centrada en la ética de la compasión facilita a cada profesional tener una amplia cosmovisión para establecer una relación de alteridad con sus pacientes y sus familias y comprender que la vida no es una significación estable. (Mélich, 2010)

Butler citando a Foucault (2009), plantea que “una relación con el yo es una autoformación como “sujeto ético”. Y esto le exige actuar sobre sí mismo, supervisarse, probarse, mejorarse y transformarse” (p. 32). De este modo, reconoce que el proceso de formación lo decide cada sujeto a partir de sus vivencias y experiencias estableciendo una relación crítica constructiva sobre sí mismo, que le permite reinventarse y trascender en cada una de sus dimensiones a nivel personal, familiar, laboral y social. Por tanto, es necesario que las instituciones educativas en sus prácticas fomenten en los estudiantes la idea de lo trascendental, que es trabajar en sí mismos como *sujetos éticos* para así, lograr comprender al otro con responsabilidad desde la ética de la compasión.

Por otra parte, una formación instrumentalizada y tecnificada puede llevar a que “las sociedades se vean amenazadas por un hombre que ha perdido su norte al olvidar el sentido de su humanidad” (Remolina 1997, p.71). Es así que, se puede decir que la academia en su parte más fundamental se ha centrado en impartir una serie de conocimientos técnicos y científicos de alta calidad y de elevado contenido teórico, dejando de lado los potenciales del ser humano y olvidando el desarrollo de dichas facultades y del ¿para qué? de los conocimientos, por esta razón algunos profesionales como los

médicos en ocasiones solo aplican sus conocimientos teóricos, sin ningún sentido, ni significado de lo humano.

Es aquí, donde los docentes se pueden convertir en verdaderos mediadores en el proceso de la formación del conocimiento, el reconocimiento y la estructuración de las realidades que pueden modificar de alguna manera las representaciones en las cuales el sujeto se relaciona con los demás y construye continuamente a partir de sus relaciones sociales unas percepciones sobre una realidad pluriversa, desde la perspectiva del reconocimiento de lo humano que se transforma a sí mismo en algo distinto a través del impulso del amor (Foucault, 1994). Como diría Foucault (1994), “el maestro es un operador en la reforma de un individuo y en la formación del individuo como sujeto, es el mediador en la relación del individuo a su constitución en tanto sujeto” (p. 58).

Es interesante ver cómo a partir de la revisión teórica que fundamenta el proyecto, el término de formación fue tomando cada vez más importancia debido a que se encuentra presente en la esencia misma del ser, desde su inicio, desde su realidad y se mantendrá así durante la mayor parte de su vida, debido a que el ser humano es un ser no-terminado y esto es propio de su humanidad (Campo, 1999). Por lo tanto, el ser está en la obligación de formarse de manera permanente a partir de sus experiencias diarias con los demás desde los diversos ámbitos sociales en los que se desenvuelve.

Cabe indicar que la formación desde sus diversas fuentes se convirtió en una categoría importante por su relevancia en el contexto a trabajar en la propuesta del trabajo de grado, debido a que hace énfasis en los diversos procesos con los cuales la institución busca inculcar conocimientos técnicos a los estudiantes y no se enfocan en los procesos que humanicen al individuo desde la ética de la compasión, es en este punto donde se hace vital que la academia genere espacios que propicien los procesos de humanización basados en la ética de la compasión, sobre temáticas como la pedagogía para la muerte entre otras propuestas que queden estar presentes en los planes de estudio y que permitan a los estudiantes de las facultades de medicina humanizarse para sí mismo como individuo y para el otro como sujeto.

Por consiguiente, la categoría de formación en esta investigación se entendió como un ejercicio constante e inacabado de reconstrucción del ser, donde el sujeto se forma desde sus experiencias personales, familiares, sociales e intrahospitalarias, la cuales le permiten al médico y al estudiante reflexionar frente a su quehacer cotidiano desde la compasión y relación de alteridad (Campos, 1999 y Gadamer 1977).

Para finalizar, es importante aclarar que en este proyecto investigativo, concebimos la formación en relación a la pedagogía para la muerte. Ésta se convierte en un referente indispensable para

comprensión de la categoría formación, no como una teoría, sino como una apuesta de lo que debería ser la formación, no sólo de los médicos sino de la sociedad. Pero que en nuestro trabajo la quisimos hacer visible desde el contexto formativo de los médicos.

Desde este punto de mirada se hizo prescindible preguntar: ¿Si un médico que está en contacto permanente con el fin de la vida no lo forman desde una pedagogía para la muerte, desde dónde lo están formando? ¿Sólo lo están formando desde a idea funcional de cuidar, curar, salvar vidas y no para la contingencia y las relaciones compasivas? ¿Todo esto qué implica en términos de la formación? Por tanto, la pedagogía para la muerte es un referente para nuestro ideal de lo que debería ser la formación y una apuesta a pensar y reflexionar la educación

1.5.2 Significación y sentido de las representaciones sociales

Así como la categoría de formación es relevante en el contexto del trabajo de grado, hay que mencionar y darle un lugar a la categoría de representación social, debido a que es uno de los ejes sobre el cual girará el proyecto, teniendo en cuenta que una de las finalidades es tratar de comprender el cómo estas representaciones sobre el cuerpo vivo y cuerpo muerto cambian, y se reconstruyen en los estudiantes de medicina y sus profesores, con relación a sus prácticas académicas, profesionales y sociales .

Los textos revisados acerca de las representaciones sociales, permiten acercarse al tema de la comprensión conceptual desde la psicología cognitiva de Moscovici (1961), pasando por la psicología social de Abric (2001), hasta los planteamientos socio discursivos de los estudios culturales hechos por Stuart Hall (1997), donde se pueden identificar algunos aspectos claves para el entendimiento y comprensión de lo que significa la categoría de representación y el modo en el cual se podrá implementar desde la intención del trabajo.

El término surgió de la propuesta hecha por el psicólogo Rumano Serge Moscovici en 1961, el cual hace referencia a la reformulación del concepto de representación colectiva y propone que una representación social no es solamente un producto mental, sino que son una serie de diversos constructos simbólicos que se crean y se pueden recrear de manera permanente en el transcurso de las interacciones sociales, estas no tienen un carácter estático, ni son representaciones individuales y se pueden entender como maneras específicas de interpretar y comunicar la realidad en la que se encuentra inmerso el sujeto al interactuar con el entorno de su vida cotidiana, entendiéndose que estas representaciones sociales “se crean y se modifican en el curso de las interacciones y las prácticas sociales: este es su estatus ontológicos” (Castorina y Kaplan, 2003, p.12).

También, Moscovici afirma que las representaciones son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados; se podría decir que pueden ser equivalentes a las creencias de las sociedades tradicionales, pero puede incluso afirmarse que serían la versión contemporánea del sentido común (Mora, 2002).

Es así, que las diversas interacciones que genera el sujeto en su diario vivir coloca en juego su cultura, su forma de pensar y de sentir, las cuales se pueden percibir por medio de sus representaciones sociales. Vergara (2008) propone que

Las representaciones sociales dan sentido a nuestras creencias, ideas, mitos y opiniones para invadir de significado a las cosas y nos ayudan a comprendernos unos a otros, con base en las operaciones de las sociedades en las cuales vivimos con énfasis en los procesos de comunicación. (p.59).

Una acción que da sentido y que está relacionada con la exigencia social del sujeto en sus contextos. Es así que Stuart Hall (1997), sitúa a las representaciones en la base inmediata de las identidades culturales y políticas que se encuentran haciendo parte de la concepción de estos significados (Junqueira L, 2006).

La categoría de representación social puede estar constituida por una serie de elementos de carácter simbólico que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad, transformando lo desconocido en algo familiar, basándose principalmente en la apreciación individual del sujeto y debido a ello toma “un lugar relevante en las ciencias sociales, sobre todo en las últimas décadas, principalmente por su contribución al estudio de la construcción de la subjetividad social” (Castorina y Kaplan, 2003, p.11).

Con base en lo anterior, se puede pensar que una representación surge a partir de un trasfondo cultural que la sociedad ha acumulado a lo largo de la historia y que genera construcciones mentales que actúan como motores del pensamiento, es decir que estos tipos de pensamiento pueden desempeñar funciones sociales específicas que se orientan hacia la interpretación o construcción de la realidad guiando de esta manera las conductas propias de los individuos que se encuentran inmersos en una sociedad guiados por un sistema que les permite dar un significado a los hechos, dejando ver algunos sucesos y concebir afirmaciones sobre los individuos presentes en la vida cotidiana (Lacolla, 2005).

Es así, que a partir de las representaciones sociales se pueden construir modalidades de pensamiento práctico que se orientan hacia una serie de facultades como la comunicación, la

comprensión y el dominio del entorno social por parte del sujeto. Caracterizándose por la generación de productos que se pueden considerar como procesos de construcción de una realidad social y un conjunto de creencias, valores y conocimientos (Lacolla, 2005), esto a partir del uso del lenguaje como medio o método de formación y transmisión de una representación en particular, así como Hall (1997) hizo referencia a los aportes hechos por Saussure quien dijo que el “modelo del lenguaje perfiló el enfoque semiótico del problema de la representación que es válido para una gran gama de campos culturales” (p. 15), es decir que “la producción del sentido, según Saussure, depende del lenguaje” (Hall, 1997, p.15).

Se puede afirmar entonces, que las representaciones se construyen a partir de la cultura y el lenguaje circundante a la sociedad, proporcionando una serie de categorías a partir de las cuales se constituyen las condiciones o dinámicas económicas, sociales, políticas, históricas y el sistema de valores de una determinada sociedad, entonces se puede afirmar que “calificar de sociales a las representaciones no son tanto por sus soportes individuales o grupales como el hecho de que sean elaboradas durante los intercambios comunicativos y la interacción en las instituciones” (Castorina y Kaplan, 2003, p.12).

De ahí que, las distintas dinámicas sociales, son las que crean dichas representaciones de tipo social y es en este punto donde podemos apreciar de manera más precisa cómo pueden llegar a influir sobre diversos ámbitos como la convivencia y la educación. Es así como “las representaciones sociales intervienen en las prácticas educativas” (Castorina y Kaplan, 2003, p. 22), constituyéndose en un objeto pertinente para la investigación. Ya que, pueden influir en la configuración del proceso educativo de los estudiantes y también participar en la formación de los conocimientos básicos de éstos sobre la sociedad, el cuerpo, la muerte y la relación médico-paciente.

Ahora bien, si lo anterior se ubica dentro de una situación específica que relacione al sujeto y sus representaciones con un hecho desafortunado que lo ligue con la muerte; el sujeto que vive esta clase de contingencia, como lo diría Mélich (2010), o aquel que lo experimente desde su quehacer laboral como los médicos, los cuales saben que ese fenómeno es real, que hace parte de sus vidas, pero voluntariamente evitan hablar del tema (Estramiana, 2006). Es importante entonces que trate de interactuar con este fenómeno y logre manejar un lenguaje natural y familiar desde sus contextos con el fin de asumir sus realidades.

Habiendo contextualizado las representaciones sociales, se abordará el plano metodológico y algunos planteamientos expresados por Jean Claude Abric, en su libro *Prácticas sociales y representaciones*, donde expone un acercamiento teórico sobre las representaciones sociales

retomando algunos planteamientos de Serge Moscovici. Posteriormente se contextualiza el sistema representacional desde la significación, el cual se determina por los efectos del contexto discursivo y social, presentando las funciones de las representaciones en las prácticas sociales, las cuales servirán para indagar las prácticas de formación médicas a partir del entendimiento entre lo significativo y el significado de sus diversas actividades académicas y profesionales.

A continuación, se propone una nueva comprensión del actuar social de la representación, la teoría del núcleo central, la cual tiene dos funciones una generadora y otra organizadora, que posee dos dimensiones distintas: funcional y normativa. A partir de estas comprensiones dadas por Abric podremos preguntarnos y avanzar en la siguiente pregunta ¿En qué medida intervienen las representaciones sociales en la construcción de una representación acerca de la muerte y las prácticas sobre el cuerpo muerto en los procesos de formación en la facultad de medicina?

La representación social, según Abric (2001), es “producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le imputa una significación específica” (p. 17). Así pues, la representación social es una construcción del sistema cognitivo de los individuos que tienen un escenario de actuación en él que además de interactuar se relacionan, y no es un simple reflejo de la realidad.

Ahora bien, las representaciones sociales de los estudiantes y médicos sobre la muerte poseen un componente cognitivo, pero también uno social, ya que todos ellos pertenecen a un grupo específico o una cultura, donde han construido relaciones sociales y discursos que los permean y les dan significación a sus concepciones acerca de la realidad a la que se enfrentan desde su quehacer académico o laboral.

Por tanto, la pretensión de abordar este estudio desde la perspectiva de las representaciones sociales, lleva a preguntarse también por la influencia que tienen estas en los procesos de formación y en las prácticas educativas que desempeñan un papel fundamental en las prácticas y dinámicas de las relaciones sociales, que responde a 4 funciones esenciales (Abric, 2001).

En primer lugar, la función de saber: El cual le permite al sujeto comprender y explicar la realidad, con base en la implementación o uso de diversos signos que muestran el significado cultural que puede rodear una representación particular creada mentalmente y expresada por medio de un lenguaje particular (Hall 1997). Es un saber práctico, que representa el sentido común de cada uno de los individuos sociales permitiéndoles adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren facilitando así, la comunicación social (Abric, 2001).

En segundo lugar, están las funciones identitarias: las cuales sitúan a los individuos y a los grupos en el campo social, posibilitando la construcción de una identidad social y personal gratificante; es decir, compatible con las normas y valores estructuralmente aceptados (Abric, 2001). Tanto así que las representaciones que definen la identidad de un grupo determinado desempeñan un papel de control social de sus miembros en los procesos de socialización (Abric, 2001). En este sentido nace la pregunta, ¿de qué manera los procesos formativos e institucionales influyen la identidad social de los individuos? ¿Las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo o muerto cambian por medio de estos procesos institucionales y formativos?

En tercer lugar, se presentan las funciones de orientación: estas conducen los comportamientos y las prácticas que determinan directamente el tipo de gestión cognitiva que el individuo debe adoptar, durante su proceso de formación, así como la forma en que se estructura su pensamiento y se comunica con los otros. Por tanto, la representación es prescriptiva de comportamientos o prácticas, en el sentido que define lo lícito o inaceptable en contextos sociales por parte del individuo (Abric, 2001). Teniendo en cuenta esto, hasta qué punto es válido ¿Que un estudiante de medicina le tenga ciertas prevenciones con el término muerte o sienta algún tipo de desazón al tratar con un cuerpo muerto? ¿Un estudiante o un médico representan a sus pacientes como un objeto o un sujeto de su labor? En el caso de concebirlo como un sujeto ¿En qué medida esta representación puede cambiar cuando éste ya muere?

Por último, se menciona las funciones justificadoras: las representaciones sociales desempeñan un papel esencial antes y después de la acción, lo que permite a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación específica (Abric, 2001). Una representación social es la figura de una cosa expresada por alguien, lo que implica que la representación no existe en tanto realidad externa, sino en la construcción del sistema cognitivo del individuo en interacción social y la manera en la que puede “organizar, agrupar y clasificar conceptos, y de establecer relaciones complejas entre ellos” (Hall 1997, p.4).

Las acciones y emociones de los seres humanos, están motivadas por los pensamientos y creencias de base que configuran esquemas mentales determinantes de la conducta, perspectiva que puede ser válida para indagar sobre cómo las representaciones sociales pueden ser modificadas o reproducidas por una institución mediante sus procesos de formación y las prácticas educativas de los actores que intervienen en el proceso a partir de una utilización específica y determinada de un lenguaje lleno de signos y conceptos que de alguna manera permitan una transformación de la representación que se tiene del cuerpo con vida y sin ella (Hall, 1997).

Otro aporte que hace Abric a las representaciones, es la teoría del núcleo, en la cual plantea que “toda representación está organizada alrededor de un núcleo central” (Abric, 2001, p.6). Convirtiéndose éste en un elemento fundamental que determina la significación y organización de la representación. El núcleo central, garantiza en la representación dos funciones esenciales: Una función generadora: la cual crea y transforma, la significación de los otros elementos constitutivos de la representación, podría decirse en el caso de la medicina, que el cuerpo se podría ver como un objeto de experimentación, ya que es por su conducto que estos elementos toman un sentido, un valor.

La otra función es la organizadora: es el núcleo central que determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos los elementos de la representación. Que en nuestro caso sería la muerte como algo contingente y real del hombre, pero incontrolable, convirtiéndose, en este sentido, el término en un elemento unificador y estabilizador de la representación (Abric, 2001).

Este núcleo central está constituido por uno a varios elementos que en la estructura de la representación ocupan una posición privilegiada: son ellos los que dan su significación a la representación. Es determinado en parte por la naturaleza del objeto representado, por la relación que el sujeto —o el grupo— mantiene con dicho objeto, y finalmente por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo. (p.6).

Lo cual, se presenta interesante a la hora de indagar por las representaciones que puedan tener del cuerpo muerto los estudiantes y médicos, la cual durante su formación se va reconstruyendo debido a sus relaciones con los otros y al trato que le pueden dar al cuerpo vivo de sus pacientes o al cuerpo muerto.

En donde la naturaleza del objeto, el cuerpo vivo o muerto, tiene unos referentes epistemológicos y culturales que hace fácil la representación para ellos, sin embargo, como dice Abric (2001) la finalidad de la situación, es decir concebirlo en un ambiente médico, le da unos rasgos característicos y unas nuevas concepciones, al tener en cuenta que el núcleo central de la representación puede tener dos dimensiones totalmente distintas: funcional o normativa.

En el primer caso las imágenes son deformadas para lograr en los sujetos un mayor desempeño en las tareas que debe realizar. Y en el caso normativo, la finalidad está ligada al ámbito moral, social, afectivo o ideológico que conlleva al sujeto a estructurar su comportamiento frente al fenómeno. En el ambiente médico profesional pueden darse estas dos finalidades, ya que cada sujeto

llega a la carrera con representaciones normativas brindadas por el contexto sociocultural y por las vivencias que éste posee frente al fenómeno de la muerte. Pero a través de la carrera de medicina puede suceder que estas representaciones se transforman debido a la finalidad funcional que acarrea las prácticas médicas y su ejercicio laboral.

Stuart Hall (1997) brinda varias herramientas para comprender desde el discurso, la connotación subjetiva, las codificaciones y decodificaciones como las representaciones sobre el cuerpo, sea vivo o muerto, teniendo un asidero conceptual y representativo que se ha construido culturalmente y que la forma de nombrarlo, al igual que el contexto de donde se le nombre está cargado de significación y sentido. Por tanto, no es lo mismo la forma en que ve y se relaciona con la muerte un estudiante de cualquier otra profesión, que uno en medicina. Ya que las perspectivas y las intenciones frente al objeto-sujeto cambian, inclusive la forma de nombrarlo y representarlo a nivel personal como colectivo. Desde este punto de vista las representaciones sociales sobre el objeto tienen unas connotaciones diferentes, aunque sea el mismo objeto de referencia.

Así mismo, la representación viene a ser “Un proceso por el cual los miembros de una cultura usan el lenguaje (ampliamente definido como un sistema que utiliza signos, cualquier sistema de signos) para producir sentido” (Hall, 1997, p.42). Por tanto, el objeto, fenómeno, persona, el cuerpo vivo o muerto, no poseen un sentido fijo, final o único ya que es el sujeto quien influenciado por la cultura hace que las cosas signifiquen lo que significan para ellos.

Por consiguiente, para Hall (1997),

La representación es la aceptación de un grado de relativismo cultural de una cultura a otra, una cierta falta de equivalencia, y por tanto la necesidad de traducción a medida que nos movemos desde un conjunto conceptual o universo de una cultura a otra. (p.42)

Es decir, que el significado de las cosas, inclusive el sentido de cuerpo vivo o muerto, es cambiante según el contexto cultural desde el cual se nombre. Dice Hall (1997) que:

No hay garantía de que un objeto de una cultura tenga un sentido equivalente en otra, precisamente porque las culturas difieren, a veces radicalmente, una de otra en sus códigos –la manera como ellas inventan, clasifican y asignan sentido al mundo. (p. 42)

Desde la perspectiva anterior, se puede decir que las representaciones que logran darse en el contexto de una comunidad educativa, pueden generar o construir sistemas conceptuales, sentidos, lenguajes y códigos propios para representar de una manera académica el significado y el

significante sobre el cuerpo y la manera de ejercer sus prácticas médicas en relación con los otros (colegas y pacientes).

Entonces de las herramientas a utilizar, se puede mencionar la denotación y connotación del cuerpo moribundo y del cuerpo muerto que a nivel cultural se van construyendo o transformando a través del tiempo por las interacciones que se presentan a nivel académico, laboral y profesional de los estudiantes y docentes universitarios de la facultad de medicina.

Por tanto, los conceptos *denotación* y *connotación* se convierten en “herramientas analíticas útiles para establecer, en contextos particulares, no la presencia/ausencia de ideología en el lenguaje, sino para distinguir los diferentes niveles en los cuales las ideologías y discursos se interconecta” (Hall, 1980. p.6).

La denotación y la connotación va permitir diferenciar cuales son los puntos de encuentro de las ideologías que tiene esta población las cuales han generado sus representaciones sociales sobre cuerpo moribundo y cuerpo muerto.

Es de esta manera, en la que a partir de estas connotaciones habituales a la cultura propia de los estudiantes de medicina, se puede conocer el modo en el que sus representaciones, formadas desde lo lingüístico se pueden o no ir transformado con base en los diversos procesos de formación a los que se ven sometidos durante toda su carrera y cómo esto puede llegar a ser determinante en su quehacer laboral cuando tengan que interactuar con una sociedad que posee unas representaciones diferentes y que maneja códigos y conceptos diferentes a partir de sus sentimientos y comprensiones.

Teniendo en cuenta la construcción de esta categoría, se hace indispensable situarla en el proyecto de manera operativa, es así que las representaciones sociales fueron entendidas en palabras de Hall como una significación y sentido de un contexto, que generan construcciones mentales en los sujetos, que tienen validez en el colectivo para nuestro estudio el campo médico. En este sentido, se debe aclarar que no pretendemos buscarlas o hallarlas, sino entenderlas y comprenderlas a través del lenguaje y los sentidos expresados por los estudiantes y médicos en sus narraciones. De ahí, la importancia del lenguaje para poder entender las significaciones o sentidos que le dan los médicos al cuerpo vivo y al cuerpo muerto en su vida cotidiana desde las prácticas, lo cual permitirá encontrar ausencias que tiene la formación desde una pedagogía para la muerte.

Para terminar, más que encontrar o rastrear representaciones sociales es saber cómo funcionan, se materializan por medio del lenguaje y le dan sentido al contexto, a la experiencia y a las prácticas intrahospitalarias.

1.5.3 Cuerpo, un símbolo externo sujeto a interpretaciones.

Al tener en cuenta, que uno de los principales aspectos que se indaga durante la investigación fueron las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto, se hizo necesario a nivel conceptual y metodológico entender la construcción social y cultural que se ha hecho del cuerpo a través de la visión y análisis de algunos autores acerca de este tema y relacionándolo de alguna manera con las ideas de cuerpo vivo y la muerte.

En el desarrollo de esta categoría se tuvo en cuenta los puntos de vista de varios autores como lo son Bryan Turner (1989), el cual plantea un desarrollo categórico y conceptual del cuerpo a través diferentes disciplinas y escuelas, teniendo como eje transversal el punto de vista filosófico y sociológico. También se abordó algunos apartes del libro *Construcción social del cuerpo* de Christine Détrez (2017), el cual intenta hacer una construcción social y cultural sobre el cuerpo a través de la época moderna, contemporánea y los usos que puede tener éste a nivel social y cultural desde los diferentes puntos de referencia como lo son la medicina, el deporte, el teatro. De igual manera Judith Butler (2002), sugiere que los cuerpos, como los comprendemos desde la cotidianidad, sólo surgen, sólo perduran y sólo viven dentro de un grupo de limitaciones que son producto de ciertos esquemas que son reguladores y en alto grado generalizados por las concepciones sociales.

Otro autor fue Michel Foucault (1966), con su locución sobre *cuerpos utópicos* en la cual pretende despejar la concepción de cuerpo de las connotaciones que le ha hecho las diferentes culturas por medio del lenguaje, los discursos y las disciplinas de pensamiento que lo fragmentan haciendo que éste pierda su esencia y verdadera presencia en el mundo signifiante y simbólico. Relacionado a lo que propone también Duch & Mélich (2005) en el libro, *escenarios de la corporeidad* donde afirma, que “en los diferentes universos culturales el cuerpo ha sido denominado como un territorio sobre el que se asienta la humanidad del ser” (p. 133).

Bryan Turner (1989), en su libro *el cuerpo y la sociedad*, define desde la sociología al cuerpo como “límite y medio que constriñe y restringe nuestros movimientos y deseos” (p. 13). Sobre el cual el sujeto tiene la soberanía total, hasta el punto que puede decir que tiene un cuerpo que ocupa un lugar en el espacio, pero también soy cuerpo el cual dirijo y gobierno. En palabras de Turner (1989) el cuerpo “es una presencia inmediata vivida, más que un simple entorno extraño y objetivo” (p. 13). Por tanto, no hay una dicotomía entre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto, pues describe que “el fallecimiento de mi cuerpo es el mío, y la terminación de mi presencia es co-terminal con la historia de mi cuerpo totalmente único y particular” (Turner, 1989, p. 13). En vista de lo anterior y

retomando a Norbert Elías (2008) es evidente que el problema social de la muerte “resulta sobremanera difícil de resolver porque los vivos encuentran difícil identificarse” (p. 22) con personas que perdieron la vida o están a punto de perderla.

Por consiguiente, el cuerpo se presenta de manera particular y significativa en cada uno de los escenarios sociales en los cuales interactúa con los otros. Hasta el punto de considerar al cuerpo “como una apariencia externa de interpretaciones y representaciones, y como un medio interno de estructuras y determinaciones” (Turner, 1989, p. 66). Es decir, que en el cuerpo están implícitas su naturaleza, las necesidades fisiológicas, como su presencia actuante en el mundo y la cultura por medio de su ser político y social, el cual puede ser transformado por las diferentes lecturas que, desde las diferentes disciplinas o intenciones, se pueden hacer del cuerpo en la sociedad.

Desde el punto de vista anterior, el “cuerpo constituye un blanco de la racionalización moderna pues se convierte en el objeto del poder y del saber” (Turner, 1989, p.15). En donde la ciencia y el deseo avanzar en la exploración del cuerpo humano en pro de salvar vidas, el cuerpo deja de ser un entorno espontáneo y natural para convertirse en un instrumento de la industrialización y la comercialización de los cuerpos. Un ejemplo de esto lo da Turner (1989) cuando menciona que “el cuerpo, por medio de la medicina y de la dieta, se convierte en el blanco de estos procesos políticos, por los cuales nuestros cuerpos son regulados y administrados en aras del orden social” (p. 66).

Por tanto, será importante robustecer esta categoría para adentrarnos en algunos aspectos de nuestro sujeto-objeto de estudio y preguntarnos: ¿El cuerpo vivo es sujeto u objeto para los estudiantes y médicos de la facultad de medicina? y más aún en estado muerto ¿Hasta qué punto permanece en él estatus de sujeto? y ¿En qué medida la formación ayuda a entenderlo? Entonces es de aclarar que la cuestión no es la pérdida de la vida del cuerpo, sino la idea que se genera alrededor de la muerte y la actitud que esta representación mental puede provocar en las personas (Elías, 2008).

Cuando se piensa en el cuerpo vivo, se viene a la mente la forma como el ser humano interactúa de manera consciente con los otros, expresa sentimientos, sensaciones, emociones y sufrimiento. Así mismo, “comen y duermen; sienten dolor y placer; soportan la enfermedad y la violencia” (Butler, 2002, p.13), de igual forma tienen necesidades físicas, afectivas, espirituales, con las cuales pretende ser tenido en cuenta y valorado como una unidad corporal y no ser clasificado o codificado como un objeto a nivel social o a nivel médico como un caso clínico o de estudio, cuando su estado de salud desmejora. Ya que como dice Détrez (2017) “la enfermedad es ciertamente una afección del cuerpo, del organismo, pero también una manifestación social del cuerpo del paciente, dotado de la identidad social del enfermo” (p. 68).

Por otro lado, está el cuerpo sin vida o muerto, como presencia significativa y prolongada del sujeto, que carga en sí, un sin número de sentimientos, aberraciones, desilusiones, desesperanza, dolor, sufrimiento, nostalgia, entre otros aspectos que lo hacen altamente significativo y digno de compasión por aquellos que lo rodean. Por tanto, como dicen Duch y Mélich (2005) “la cumbre insuperable de la ética, es decir, la responsabilidad por el otro, se consigue precisamente en el momento de su total debilidad e impotencia, es su muerte. Soy responsable del otro en tanto que es mortal” (p.335).

Por consiguiente, desde este punto de vista se puede deducir que, el cuerpo humano no es sólo una “colección de órganos y de funciones dispuestas de acuerdo con las leyes de la anatomía y de la fisiología, sino que por encima de todo es una estructura simbólica, es decir un ente en un continuado estadio de metamorfosis” (Duch y Mélich, 2005, p.247), que siempre dirá algo a los otros. Es decir, el cuerpo después de muerto sigue ocupando un lugar en el espacio y comunicándose a través de su presencia con los otros de una manera significativa. Como apertura simbólica es interpretado y representado cultural y socialmente por aquellos que le rodean.

Teniendo en cuenta lo anterior, el cuerpo del otro sea vivo o muerto interpela, debido a que como dice Duch y Mélich, (2005), es “una estructura simbólica que, desde el nacimiento hasta la muerte, tiene como marca propiamente humana el hecho de ser una obertura interrogativa” (p. 248). Que siempre está en contacto con los otros y de la cual no se puede escapar, ubicando a los sujetos en un tiempo y espacio específico, como diría Foucault (2008) “es el lugar absoluto, el pequeño fragmento de espacio con el cual me hago, estrictamente, cuerpo. Mi cuerpo, implacable topía” (p.11).

Por tanto, el cuerpo como lugar de encuentro, es donde los seres humanos, en él y a través de él, se humanizan o, por el contrario, se deshumanizan (Duch y Mélich, 2005). Ya que el cuerpo ubica geográfica e históricamente al hombre en la multiplicidad de sus relaciones con los otros en el mundo, en el cual coexistimos y habitamos, construyendo nuevos lugares que posibiliten nuevas relaciones éticas en contra de la objetivación del cuerpo como “una neutralidad impersonal, una figura sin rostro, abandonada como carne de laboratorio en manos de la ciencia y de la tecnología” (Duch y Mélich, 2005, p. 346).

Dentro del contexto cultural las percepciones de cuerpo muerto y cuerpo moribundo varían según las creencias, costumbres y normas establecidas por la sociedad, lo que determina la forma como el sujeto se comporta frente a un cuerpo sin vida y un cuerpo a punto de morir. Según Thomas (1983) “el cadáver impulsa al hombre a conductas ambivalentes: repugnancia o respeto, deseo de conservarlo o motilarlo, cuidados minuciosos de que se lo rodea o abandono sistemático” (p. 298).

Son actitudes que como lo dice el autor son contradictorias, pero al mismo tiempo pueden estar relacionadas por el vínculo invisible que se ha establecido con dicho cuerpo desde el campo personal, familiar, laboral, profesional y social.

En relación con lo anterior, desde el campo de algunas disciplinas académicas el cuerpo muerto es considerado de varias maneras según los objetivos de cada una. Para Thomas (1983) “El médico forense que disecciona los cuerpos con fines científicos o judiciales” (p.297), toma al cuerpo como un objeto de estudio y desde la rama de criminalística su sentido inmediato o visión del cuerpo muerto es de un lugar donde se puede dar paso a la identificación de los hechos que posiblemente rodearon a la muerte.

Desde el punto de vista anterior, dijo Détrez, (2017) que “las representaciones occidentales modernas, dominadas, en particular, por la visión médica legítima que considera al cuerpo como conjunto mecánico y construcción anatómica, y haber impulsado las reflexiones sobre el lado altamente simbólico de la representación del cuerpo” (p. 86). Lo cual ha llevado a la ciencia médica a enmarcarse en una serie de procedimientos y acciones que buscan “el dominio científico de la objetivación del cuerpo” (Détrez, 2017, p. 144).

En ambos casos, cuerpo vivo o muerto, el sujeto hace presencia significativa y comunica sensaciones a los otros. Sin embargo, en muchas ocasiones por no tener vida es considerado o entendido como nada; especialmente por aquellos que ven en el cuerpo muerto un objeto, un instrumento que puede ser manipulado, desmembrado, estudiado y hasta comercializado, ya que no hay entre ellos un vínculo afectivo o sentimental que los una y lo cargue de significado. Hasta el punto que la “investigación médica trata el cuerpo como un objeto; el cuerpo es una máquina que se puede reparar, cuyos órganos desfallecientes o arruinados pueden ser reemplazados” (Détrez, 2017, p. 144).

Caso diferente, sucede con los familiares o supervivientes cercanos los cuales experimentan crisis dramáticas frente al cuerpo de su familiar que fallece y se le impide, en muchas ocasiones a nivel intrahospitalario, convertirse en posibilitadores de acogida, en donde en su lecho de muerte, el moribundo experimenta el amor de sus próximos, haciendo que el acontecimiento de la muerte sea más llevadero y se convierta en un lugar de encuentro, de acogida y de transición tanto para unos como para los otros (Duch y Mélich, 2005).

Ahora bien, dentro del contexto de nuestra investigación ¿Qué nos dice, que representa la presencia del cuerpo muerto?, ¿Es esta presencia inquietante o cuestionable para los médicos y estudiantes de medicina dentro de su proceso de formación?, ¿Qué significa o simboliza un cuerpo

muerto en una unidad intrahospitalaria, donde se encuentran estudiantes practicantes y profesores médicos? y “¿Qué es lo que hace que la sociedad le otorga ciertas características a este hecho biológico? (Elias, 2008, p.13).

Entonces, la concepción de cuerpo que se tuvo desde lo cotidiano hace que su definición o significado varíen dependiendo del punto de vista con el que se observe, pero lo que sí es claro y se mantuvo es su relación con la muerte, debido a que el cuerpo se concibe generalmente desde la vida y no desde la muerte, siendo esta la posible razón que ha llevado a generalizar una idea de cuerpo-objeto o en nuestro caso Sujeto-objeto, el cual será visto y analizado desde las representaciones que de él se tengan desde los estudiantes de medicina y cómo esto puede llegar a incidir en su labor médica desde las prácticas éticas de su oficio.

Así mismo, en el ámbito de la medicina, los espacios de formación le han permitido al estudiante y a los médicos decodificar la idea de cuerpo vivo y muerto; conceptos que a través de las prácticas han codificado teniendo en cuenta las construcciones representacionales que surgieron desde el lenguaje y el contacto con el otro. Por consiguiente, las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto, están sujetas a las experiencias y al contexto médico, el cual posibilita la interlocución y a representación de nuevas realidades tanto de forma personal como social en los diferentes actores.

Ahora bien, para nuestra construcción conceptual y de análisis el cuerpo fue concebido como un sujeto simbólico, afectivo, emocional e inteligible, el cual debe ser pensado desde la formación médica de manera distinta, debido a que la labor del médico tiene que ver con cuerpos vivos y finaliza con la muerte de éstos. Esto nos genera interrogantes tales como ¿Qué tipos de cuerpos están formando en las facultades de medicina? ¿Qué hace que el médico o estudiante piense el cuerpo vivo como una patología, o un enfermo y el cuerpo muerto como un deshecho del ser humano o un conjunto de órganos? ¿Qué implica estas significaciones en los sentidos que estos le pueden imprimir a sus prácticas con los otros? Y ¿Qué tipo de reflexión puede generar allí una formación permeada por la pedagogía para la muerte? Los cuales trataremos de dilucidar en la medida que podamos comprender los sentidos, referentes y prácticas cotidianas de los estudiantes y médicos.

A manera de conclusión nuestro objetivo de estudio fue comprender las representaciones sociales de los médicos docentes y estudiantes de medicina acerca de cuerpo vivo y cuerpo muerto a partir de sus experiencias académicas y laborales, para lo cual se conceptualizó teóricamente las siguientes categorías formación, representaciones sociales y cuerpo.

Así, formación en esta investigación se entiende como un proceso constante e inacabado que su mayor responsabilidad es del sujeto quien forma y se forma desde sus experiencias personales, familiares y sociales, lo que le permite reflexionar frente a su qué hacer cotidiano desde la compasión y relación de alteridad (Campos, 1999 y Gadamer 1977).

De la misma manera cuerpo se comprende desde la concepción de vida, mas no desde la muerte surge una pregunta ¿Qué pasa con el cuerpo cuando está muerto? ¿Será que se considera un objeto de estudio en el campo médico?

Y las representaciones sociales entendidas en palabras de Hall como una significación y sentido de un contexto, que generan construcciones mentales en los sujetos, que tienen validez en el colectivo para nuestro estudio el campo médico.

Después de conceptualizar las categorías en el siguiente capítulo se va a trabajar el camino a seguir para indagar las representaciones sociales acerca de cuerpo vivo y muerto que han construido los médicos docentes y estudiantes de medicina.

2. Un camino metodológico para visibilizar representaciones sociales

2.1 Una mirada metodológica desde lo biográfico-narrativo

El método biográfico narrativo tiene como característica la posibilidad de contar experiencias significativas, la introspección del sujeto que narra sus experiencias desde la subjetividad y la alteridad y la oportunidad como investigadores de entender la construcción de una representación social a partir de una práctica. Este método está situado en el enfoque cualitativo e interpretativo, con una visión epistemológica que da validez a procesos que permiten la generación de un conocimiento más comprensivo, facilita la manera de dar respuesta a una pregunta y da veracidad a los resultados que se obtienen.

En el campo de las ciencias sociales la investigación cualitativa permite dar voz a los sujetos que han sido silenciados desde la metodología positivista, por consiguiente, “los métodos biográficos, los relatos de vida, las entrevistas en profundidad delinean un territorio reconocible, una cartografía de la trayectoria -individual- siempre en búsqueda de sus acentos colectivos” (Arfuch, 2010, p.17).

Por lo tanto, la construcción del marco metodológico se dio desde la propuesta de Leonor Arfuch (2010), Stuart Hall (1980) y Bolívar, Domingo y Fernández (2001), Los cuales nos orientaron en la forma de rastrear, comprender, entender e interpretar las representaciones sociales de estudiantes y

médicos docentes en relación al cuerpo vivo y muerto en su proceso de formación. En ese orden de ideas, hablamos del enfoque biográfico narrativo, un método que permite obtener datos que se originan desde las experiencias y se expresan a través del lenguaje en forma de narración (Arfuch, 2010).

Hall (1980), ayudó a entender que el problema de las representaciones sociales está vinculado a la manera como los sujetos codifican y decodifican, es decir, la forma en que el sujeto se sitúa frente a un conjunto de acontecimientos simbólicos que él debe codificar y decodificar para poder comunicarlo a los otros, convirtiéndose en una acción social y cultural. Arfuch (2010), permitió comprender que los sujetos son sujetos históricos y que lo narrativo es un ejercicio vital para su proceso de comprensión individual y colectiva. Bolívar et al. (2001), posibilitó acercarnos a las experiencias de los sujetos, a comprender sus narraciones y reconocer la importancia de los relatos biográficos para el campo de la investigación, del mismo modo, a entender lo biográfico narrativo como una forma diferente de investigar y de tomar datos debido a que es una escritura disímil que permite analizar y describir datos en forma de relato.

De esta forma, permite que el sujeto sea pensado a partir de la alteridad, del contexto dialógico heterogéneo que da sentido a su discurso y le permite ser enunciado y pensado desde el ámbito social en donde el sujeto, es llevado a pensar y actuar de determinada manera (Arfuch, 2010). Desde esta perspectiva en los sujetos de estudio, la experiencia personal, los relatos y las narraciones construidas entre el investigado y el investigador no escapan de unos enunciados y por ende de unas representaciones sociales que están enmarcadas en la propia experiencia de la facultad, donde lo que se considera propio, interno, vivido se presente como conocimiento válido.

Es necesario, tener presente que para una construcción de sentidos y significados es importante lo social y lo colectivo en la interacción con el otro donde se dan esos cimientos generados en un mundo de intersubjetividades que se exploran de una forma dialógica. Como lo diría Arfuch (2010) “Trazar el umbral incierto entre lo público y lo privado, por ende, la naciente articulación entre lo individual y lo social (p. 67).

Con base en lo anterior, se puede suponer que los estudiantes y médicos ya traen consigo una serie de significados sobre la muerte que han sido construidos a través del tiempo en sus interacciones con el otro; experiencias de vida a nivel individual, social y cultural (Hall, 1980), y desde los mismos procesos de formación académica básica y profesional, situando así, la

construcción de la representación en una línea de tiempo constante y permanente que puede generar o reafirmar los sentidos que se tenga sobre un tema particular, en este caso, la concepción sobre el cuerpo vivo y la muerte.

Situados en esta apuesta metodológica, vamos a usar el método biográfico narrativo como herramienta, que nos permite presenciar al sujeto frente a la realidad de su experiencia y nos lleva a comprenderla. En donde lo privado como un espacio propio del sujeto se vuelve un espacio de resistencia y emancipación de lo público, pero del cual el sujeto no puede escapar por ser partícipe de la construcción social de su contexto cultural, donde se han construido significados y codificaciones propias sobre la realidad (Hall, 1980). En esta dinámica entre lo social, lo privado y lo público, hay una constante interrelación de la cual no se puede separar lo uno de lo otro.

Por lo tanto, cuando preguntamos por la historia de una persona no estamos indagando por su individualidad, ni por su espacio privado sino por la manera en que sea construido su espacio privado en relación a lo público y lo social. Es así que la búsqueda no apunta a la validación de reglas universales desde lo interno y lo externo, sino más bien a la “definición de tendencias y regularidades, cuya primacía las hace susceptibles de características en cierto escenario cultural” (Arfuch, 2010, p. 50). Encontrar el punto donde las significaciones son codificadas de una manera particular por los médicos y estudiantes en las facultades haciéndose difícil la decodificación e inclusive lugares donde se construyen codificaciones diferentes (Hall, 1980).

De esta manera, las representaciones sociales que se identificaron por medio de lo biográfico narrativo, están construidas por el sujeto en un contexto y se representan desde lo más íntimo y lo vivido en un tiempo y espacio específico. Por tanto, para develar esto, dice Arfuch (2010) es indispensable

Proponer relaciones, en presencia – y también en ausencia-, entre formas de diverso grado de vecindad, relaciones ni necesarias, ni jerárquicas pero que adquieren su sentido precisamente en un espacio de temporización, en una simultaneidad de ocurrencias que por eso mismo pueden transformarse en sintomáticas y ser susceptibles de articulación. (p. 49)

Codificaciones dadas por parámetros hegemónicos de los cuales los sujetos asumen como propios los acontecimientos creados (Hall, 1980).

2.1.1. Lo biográfico y lo narrativo en la construcción metodológica de los relatos

Es importante aclarar que lo biográfico es diferente a lo narrativo, y que esta diferencia es la que permite el uso de este método con el fin de permitir la obtención de información que ayuda a la construcción de datos, los cuales son el reflejo de una realidad que se crea a través del tiempo de manera permanente, como lo diría Leonor Arfuch (2010), y que se pueden transmitir a partir de la narrativa.

Se puede asegurar entonces, que por medio de las narraciones biográficas es posible dar un orden al conjunto de acontecimientos pasados y encontrar una línea guía que permita establecer relaciones entre lo que el sujeto era y lo que en la actualidad es; de esta manera es posible afirmar que la “narración media entre el pasado el presente y el futuro” (Bolívar et al. 2001, p.92) de las experiencias que cobraron significado y que ahora han tomado importancia significativa para el sujeto. Se puede entender entonces que la narración del sujeto no es solo una recolección de recuerdos sin significado, sino que son construcción cronológica de la identidad en función a la trayectoria de su vida.

2. 1. 2. Lo narrativo. Construcción de experiencias de vida.

Vemos, así como “el enfoque narrativo centrado en el relato como género específico del discurso” (Bolívar, et al., 2001, p.19) presenta una relación directa con el lenguaje y cómo esta interacción da sentido a un significado, que es codificado por unos discursos hegemónicos que producen experiencias en los sujetos (Hall, 1980). En este punto, la narrativa se convierte en un marco que dota de sentido al mundo creado por el hombre proporcionando guía para su acción en coherencia con el enfoque hermenéutico que no se limita a mostrar una realidad única, sino que permite al ser humano dar sentido a su vida, a partir de la reconstrucción de las experiencias vividas o aprendidas (Bolívar, et al., 2001) y decodificar los acontecimientos de manera diferente.

Desde este punto de vista, la narrativa sirve al hombre para organizar sus experiencias a partir de acontecimientos que marcaron de alguna manera su realidad y que dan sentido de manera general a su presente, y que influirá en su futuro debido a que las narrativas individuales y culturales están interrelacionadas por medio de un actor fundamental que es el lenguaje. Este nuevo protagonista es el encargado de dar significado desde lo narrativo, de esta manera el ser humano da sentido a su existencia (Bolívar, et al., 2001).

Se entiende, la narrativa como:

La forma por excelencia de estructuración de la vida y por ende, de la identidad, a la hipótesis de que existe, entre la actividad de contar una historia y el carácter temporal de la experiencia humana, una correlación que no es puramente accidental, sino que presenta una forma de necesidad transcultural. (Arfuch, 2010, p. 88)

En donde los sujetos atraídos por las construcciones narrativas de los otros van dando vida a los acontecimientos culturales, los cuales son asumidos como propios, significados y transignificados según la experiencia individual y colectiva. Tanto así que el tiempo de enunciación se convierte en una acción lingüística que permite a los individuos dar cuenta de topos y cronos específicos, lugares de mención determinados por la experiencia y el contexto, que son enmarcados en tiempos anacrónicos y diacrónicos que dan cuenta de lo vivido personal y socialmente.

2.1.3. La importancia de la experiencia dentro del ámbito narrativo.

Para acercarnos al término experiencia mencionaremos lo dicho por Teresa Lauretis (como se citó en Arfuch, 2010), la cual

redefine la experiencia como el trabajo de la ideología, trabajo en el cual la subjetividad es construida a través de relaciones materiales, económicas, interpersonales, de hecho, sociales y en la larga duración, históricas, y cuyo efecto es la constitución de sujetos como entidades autónomas y fuentes confiables del conocimiento que proviene del acceso a lo real. (p. 92)

Y desde esta perspectiva en qué medida las representaciones sociales son influenciadas por la experiencia, es decir se convierten en construcciones hegemónicas que el sujeto codifica de manera intersubjetiva, hasta el punto de asumirlas como propias y del colectivo.

Desde este punto de vista, las significaciones que hacen los sujetos de los acontecimientos y la objetivación de los mismos no son gratuitos ni transcurren “en un universo neutral y atemporal, sin relación con la experiencia humana.” (Arfuch, 2010, p. 93). Ya que toda experiencia, no escapa del diálogo intersubjetivo, de las intencionalidades de los discursos y de lo transcultural, Es decir, que no se puede ubicar fuera de los sujetos que comparten la cultura, lo social y la vida.

En este punto las experiencias son tomadas y reconstruidas por medio de las narrativas que ayudan a ampliar el conocimiento de los otros y de sí mismos, se plantean relatos “de nuevos

parámetros articuladores del lazo social de un ideal de comunidad, ante el debilitamiento de los valores del universalismo y la fragmentación política, cultural e identitaria de la escena contemporánea”(Arfuch, 2010, p. 84), donde las experiencias se convierten en realidades que permiten dar sentido a las acciones de un sujeto en el momento de tomar una decisión .

Esta investigación está vinculada principalmente con un ejercicio formativo del sujeto y que este proceso se relaciona de manera directa con la experiencia personal, la cual es considerada como una verdad narrada de forma subjetiva. Para Arfuch, (2010) “la noción de experiencia aparece como testimonio subjetivo, como la más auténtica clase de verdad como fundamento de todo (subsecuente) razonamiento y análisis” (p. 92). Por lo tanto, recordamos que en este trabajo debemos tener en cuenta la experiencia adquirida por los docentes y estudiantes de medicina sobre la muerte a través de su historia de vida a nivel personal, familiar, laboral y social, en la interacción con el otro. Son los testimonios de las experiencias que se expresan en espacios intersubjetivos generados de forma dialógica, narraciones que están sujetas a un razonamiento y análisis de comprensión e interpretación, en la construcción de sus representaciones sociales de cuerpo vivo y cuerpo muerto desde su proceso de Formación en la academia universitaria en la facultad de medicina.

2.1.4. Lo biográfico en la experiencia narrativa.

Lo biográfico, entendido -para nuestra investigación- como los datos sobre los cuales se pueden construir relatos desde la experiencia del sujeto, permite rastrear representaciones sociales tienen un valor biográfico que más allá de organizar las narraciones sobre la vida del otro, son una experiencia que ordena nuestra vivencia y nuestras propias narraciones como una forma de “comprensión, visión y expresión de la propia vida” (Arfuch, 2010, p. 47). Es decir, que ordena la vivencia, el valor de la propia vida y la del otro, influyendo de una u otra manera en la investigación dando visiones distintas de la realidad.

Las narrativas biográficas se entienden desde el “carácter abierto, inacabado, cambiante, del proceso vivencial, que se resiste a ser fijado, determinado, por un argumento” (Bajtín como se citó en Arfuch, 2010, p. 57). Dichas narrativas tienen validez dentro de un contexto en el cual, a través de la experiencia del sujeto, se da un proceso dinámico de vivencias que se consideran inacabadas y cambiantes.

De esta manera, la biografía se convierte en un vector de análisis indispensable para comprender las representaciones sociales, ya que desde allí podemos indagar sobre las construcciones que los

sujetos plasman en sus vidas de una manera analítica, reflexiva. Narrar su experiencia vivida “apoyado en la garantía de lo real” (Arfuch, 2010 p. 58).

2.1.5. La narrativa biográfica como historia de vida.

La narrativa inscrita en la historia de vida como un devenir del sujeto en la historia “lo vivido se traduce en una voz que testimonia por algo que sólo ella conoce” (Arfuch, 2010,p. 59). Por tanto, se hace necesario entender el contexto narrativo para comprender las representaciones, dado que

no importa la verdad de lo ocurrido sino su construcción narrativa, los modos de nombrar en el relato, el vaivén de la vivencia o del recuerdo, el punto de la mirada, lo dejado en la sombra (...) en definitiva, qué historia (cuál de ellas) cuenta alguien de sí mismo o de otro yo. Y es esa cualidad autorreflexiva, ese camino de la narración, el que será, en definitiva, significativo. (Arfuch, 2010, p. 60)

Por esta razón, una narrativa expresada por el investigado está sujeta a la interpretación (propia y de los otros), por tanto, se toma como referente el discurso perteneciente a su contexto. Para Bolívar et al, (2001) “cada relato narrativo forma parte de una determinada comunidad del lenguaje, que suele ser compartida por cada grupo social, dentro de la que los individuos dan sentido a su experiencia” (p.26). De esta manera, un relato narrativo es una verdad, si hace parte de un contexto en cual hay un discurso ya establecido lo que permite al sujeto dar sentidos a su experiencia de vida en un tiempo y un espacio.

El sujeto construye sus narrativas haciendo uso de un conjunto de representaciones en un espacio biográfico caracterizado por la movilidad y las transformaciones infundadas por los contextos o lugares en donde el sujeto se desplaza, “diversos momentos biográficos que surgen, aun inopinadamente, en diversas narrativas, en particular, las mediáticas” (Arfuch, 2010, p. 60). En donde se manifiesta de manera singular lo plural por medio de la “búsqueda de la plenitud de la presencia –cuerpo, rostro, voz-, como resguardo inequívoco de la existencia de la mítica singularidad del yo” (Arfuch, 2010, p. 61).

Para Arfuch (2010), lo biográfico es un modo de

acceso al conocimiento de sí y de los otros – la vida como totalidad que iluminará una escritura, un descubrimiento, una actuación, una

personalidad (...) un derrotero siempre único a la que se suman hoy otras tecnologías de la presencia, que la globalización extiende al infinito. (p. 61)

Que han permitido obtener información en tiempo real, donde lo privado se hace público y compartido con los otros y hace que las codificaciones de lo simbólico se presenten de manera más rápida y viral. Es la realidad que vive el estudiante y docente dentro de la facultad, en donde las tecnologías de la información pueden haber construido y afincado representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y muerto, lo cual sólo se puede comprender desde la vida contada por medio de un relato que se pueda ubicar en un tiempo específico.

2. 1.6. Profesores y estudiantes desde su vivencia: Participantes

Con base en los criterios anteriormente mencionados, se procedió a seleccionar la población y muestra de acuerdo con lo planteado en el problema y los objetivos de proyecto, esto orientado desde lo propuesto por el enfoque biográfico narrativo.

Fue así que la población seleccionada se caracterizó por ser un universo homogéneo de la investigación con un perfil semejante entre ellos -estar relacionados con el ámbito educativo y profesional en el área de la medicina- para poder tener una visión más amplia de la forma como se construyen las representaciones sociales en estos sujetos.

La consecución del archivo se hizo difícil, ya que es una población que tiene diferentes ocupaciones; rotaciones, consulta, clases, parciales, difícilmente tuvieron tiempo para atendernos en las entrevistas. Para poder reunir la población participante se hizo necesario ampliar la oferta y no reducirla solo a estudiantes y docentes de la PUJ, por tal motivo participaron estudiantes y médicos docentes de diferentes universidades de la ciudad; la Universidad Nacional, la universidad Antonio Nariño, Pontificia Universidad Javeriana, La universidad de los Andes y la universidad del Bosque. Lo cual fue positivo ya que permitió comprender de una forma más global las representaciones que se construyen en relación al cuerpo vivo y muerto en la formación de los médicos en las facultades de medicina de las diferentes universidades.

Para cumplir con lo propuesto, se contó con la colaboración de tres médicos que ejercen su profesión y que también son docentes. Uno de ellos de la Universidad Nacional, otro de la PUJ y por último uno de la universidad de los Andes. De cada uno de ellos se pudo construir relatos donde se tuvieron en cuenta las experiencias vividas desde su quehacer como formador (docente) y como

médico, con el fin de poder identificar la relación que hay entre sus experiencias y las representaciones sociales que han formado sobre el cuerpo vivo y el no vivo. También se realizó un trabajo similar con tres estudiantes de la facultad de medicina pertenecientes a diferentes semestres los cuales colaboraron con su testimonio y vivencias.

Cada entrevista tuvo una duración de 45 a 70 minutos aproximadamente, donde los protagonistas fueron los sujetos que exteriorizan sus experiencias y emociones por medio de interrogantes que buscaron indagar sobre la vida personal y profesional de una manera amena y coloquial. Proporcionó, vivencias autobiográficas que llevaron a una reflexión sobre la propia vida y el quehacer médico, con la posibilidad de comprender realidades que validan nuestras intenciones investigativas.

2.1.7. Una narración, una experiencia en construcción: Instrumentos de recolección de información

A estos estudiantes y profesores se les aplicó una entrevista en profundidad y semiestructurada con un guion que contenga criterios centrales o ejes categoriales –formación, cuerpo vivo y cuerpo muerto-, que permitan construir relatos biográficos narrativos en los cuales se puedan evidenciar representaciones sociales sobre cuerpo moribundo y cuerpo muerto. Desde esta perspectiva las entrevistas, mediadas por un diálogo intersubjetivo entre los sujetos entrevistados y los investigadores, serán un pretexto para hallar en los relatos que nos interesa y son las representaciones sociales que se construyen a través de la formación en las facultades de medicina. La entrevista será grabada por el investigador con el consentimiento de los participantes de la investigación.

2.2. Por el camino de lo metodológico

2.2.1. Elaboración

En esta investigación las narraciones de las experiencias de vida a nivel individual, profesional, social y cultural de los médicos docentes y estudiantes universitarios de la facultad de medicina de diversas universidades de la ciudad de Bogotá, juegan un papel trascendental, puesto que dichas relatos biográficos se convierten en narraciones que son susceptibles de interpretación, teniendo en cuenta lo anterior, se presentará el recorrido y las decisiones que se tomaron para comprender las representaciones sociales que han construido los médicos docentes y los estudiantes de medicina sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto a través de su proceso de formación, del uso del método biográfico narrativo a partir de una serie de entrevistas en profundidad y. Las decisiones tomadas

permitieron ver con más claridad desde qué mirada se va a abordar la interpretación y comprensión de dichas representaciones sociales en los participantes de la investigación.

2.2.2. El otro tiene algo que contar de acuerdo con su contexto.

Este proceso de la toma de decisiones en nuestra investigación se dio teniendo presente algunas dificultades frente a conceptos y a la forma cómo se iba rastrear, comprender e interpretar las representaciones sociales de los médicos docentes y estudiantes universitarios de la facultad de medicina en relación con el cuerpo vivo y al cuerpo muerto en su proceso de formación.

Para empezar, se inició con la lectura de la autora Leonor Arfuch (2010) quien en su libro *el espacio biográfico* facilitó una serie de conceptos que nos han orientado a encontrar una línea a seguir, para interpretar y comprender los datos que se originan desde las experiencias de vida de los participantes las cuales se expresan de forma narrativa a través del lenguaje. Así mismo, ayudó tener claridad en lo que se debió preguntar y cómo se debió preguntar para que el investigado se sintiera el protagonista en un espacio intersubjetivo con el investigador. Es importante, resaltar que no fue fácil entender los planteamientos de la autora por el lenguaje que usa en su libro, el cual fue confuso para ser entendido en una primera lectura. Por esta razón, fueron necesarias varias lecturas y diálogos consecutivos con el tutor para aclarar interrogantes que se generaron a través de la lectura.

Para complementar, se abordó el texto; *La investigación biográfica – narrativa en educación*, de Antonio Bolívar, Jesús Domingo y Manuel Fernández, (2001), en el que se vislumbra, la manera en que el lenguaje permite al ser humano por medio de las narraciones dar un significado a sus experiencias de vida y un sentido a su existencia al interactuar con el otro dentro de un tiempo y un espacio determinado. Por esta razón, el contexto de los médicos docentes y los estudiantes está centrado en esta investigación en la facultad de medicina de diversas universidades Antonio Nariño, Nacional, el Bosque y la Pontificia Universidad Javeriana.

Además, se revisó los aportes de Stuart Hall (1980) en *Codificar/decodificar*, quien aclaró de forma sencilla el concepto de representación social, el cual para ser entendido se debe tener presente la manera como los sujetos codifican y decodifican, ósea como se sitúan dichos sujetos frente a un conjunto de acontecimientos simbólicos que deben ser comunicados a nivel social y cultural. Así se dio, la posibilidad de poder comprender cómo los médicos - docentes y estudiantes de la facultad de medicina codifican y decodifican al cuerpo vivo y al cuerpo muerto en su práctica cotidiana en relación con el paciente, con la familia y consigo mismo a partir de sus experiencias de vida.

2.2.3. Construcción de archivo

Se realizaron entrevistas a estudiantes de medicina y médicos que ejercen su práctica médica y son docentes universitarios en las facultades de medicina.

Se hace la entrevista en profundidad y semiestructurada con un guión que consta de ejes categoriales como formación, cuerpo vivo, cuerpo muerto. La entrevista es grabada en audio con el consentimiento del participante.

Para empezar, es importante mencionar que debido a las ocupaciones propias de los que ejercen la medicina de modo profesional y como práctica universitaria, se hizo difícil realizar las entrevistas que sirvieran de insumo a la investigación, por tal razón, se toma la decisión de ampliar la población de estudio a facultades de medicina de universidades como la Pontificia Universidad Javeriana, los Andes, Antonio Nariño y el Bosque.

En acuerdo mutuo, con los docentes médicos y estudiantes de medicina, se referencian en la investigación sus nombres y datos reales. Además, durante la entrevista dan la autorización para que la información narrada por cada uno, sea solo para fines académicos e investigativos que conciernen a proyecto.

Se entrevistaron a tres docentes médicos y tres estudiantes de medicina que se relaciona a continuación:

Se inició con el Médico -Docente Oscar Miguel Contreras Amorocho, médico general de la universidad Industrial de Santander, hizo medicina interna en el hospital San José, luego medicina crítica y cuidado intensivo en el hospital central. En ejercicio médico lleva 20 años. En los últimos 6 años, ha ejercido en medicina crítica y cuidado intensivo. En la actualidad trabaja desde hace 4 años en la clínica universitaria nacional y en el hospital universitario San Ignacio.

Se continuó con la docente médica, Martha Patricia Rodríguez quien es médica y especialista en medicina interna y nefrología de la Academia Nacional de Medicina, con una experiencia de 15 años en los cuales ha trabajado de forma interrumpida. En este momento se desempeña en áreas de nefrología, tanto a nivel clínico como en trasplante y diálisis. También, lleva 10 años vinculada como docente a la Pontificia Universidad Javeriana con estudiantes de todos los semestres y residentes de nefrología y medicina interna, junto con algunas ramas afines como urología y nefrología pediátrica.

Para finalizar con los médicos que se desempeñan como docentes, se presenta al doctor Diego Iván Lucumi Cuestas, quien es médico de profesión con maestría en salud pública de la universidad

del Valle y doctorado en Health Behavior and Health Education the University of Michigan Ann Arbor School of Public Health. Se desempeña como docente de la escuela de gobierno en la universidad de los Andes y docente de la maestría en salud pública y la universidad del Bosque. Durante un tiempo ejerció en la parte clínica y actualmente está dedicado a la docencia y a la investigación en la universidad desde hace más de 15 años.

El grupo de estudiantes participantes en la investigación, estuvo conformado, por la estudiante Jessica Marín de la facultad de medicina de la universidad Antonio Nariño quien se encontraba cursando séptimo semestre en el momento de la entrevista, la estudiante se desempeñaba realizando sus prácticas médicas en el hospital de Fontibón.

También, por Juanita Cáceres de 23 años, estudiante de la facultad de medicina de la universidad del Bosque, quien se encontraba cursando noveno semestre en el momento de realizar la entrevista y realizando sus prácticas académicas en el hospital de Kennedy.

Finalmente, Carolina Romero de 22 años, estudiante de la facultad de medicina de la universidad del Bosque, quien se encontraba cursando noveno semestre en el momento de realizarse la entrevista y realizaba sus prácticas en el hospital de Kennedy.

Cada uno de los participantes se contactó por vía telefónica y se les envió un correo electrónico para explicarles el tipo y el tema de la investigación. Se les informó que el tema de la entrevista se dividía en dos momentos. El primero abordó lo relacionado con la experiencia médica y el segundo tuvo que ver con el trabajo o experiencia como docente -médico en escenarios formativos.

2.2.4. Edificando el Archivo

A nivel deductivo, se han propuesto unas categorías que son importantes para develar las indagaciones que se formularon en el problema de investigación, para poder comprender y rastrear las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto, en relación con la formación que han recibido los médicos docentes y que reciben actualmente los estudiantes de medicina. De acuerdo a lo anterior, se definió la manera operativa de comprender las categorías en relación con el archivo a partir de unos ejes temáticos, unas categorías elaboradas y unas definiciones operativas que sirvieron de guía para la obtención de los relatos y su posterior análisis. Para lo anterior se realizó una matriz en donde se plasmaron de forma operativa las categorías, como se puede observar en el anexo 2.

2.2.5. Conclusión de lo metodológico

Las aproximaciones conceptuales hechas a cada uno de los autores que permitieron la construcción metodológica de nuestra investigación, posibilitaron el reconocimiento de cada uno de los sujetos participantes en su particularidad y acercarnos a las experiencias personales y profesionales. Relatos que ayudaron a construir el archivo, por medio del cual se pudo inferir y comprender las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto.

El método biográfico narrativo proporcionó herramientas conceptuales y prácticas para poder desarrollar de manera semiestructural guiones que admitieron el diálogo ameno y cercano con cada una de las personas que participaron de las entrevistas. Ahora bien, el hecho de que no fuera tan sistemático el guion permitió a los médicos y a los investigadores entablar charlas en diferentes espacios, que dieron paso a discursos que nacieron de la experiencia personal y profesional de cada uno de los actores; privilegiando las construcciones que se dieron desde la memoria, la imaginación y la reflexión de los entrevistados.

Pese a las dificultades que se presentaron al momento de conseguir la población fue una experiencia que permitió valorar el esfuerzo e interés de las seis personas que accedieron a participar de este proyecto, ya que siempre mostraron su disponibilidad a la hora de compartir sus experiencias.

3. Hallazgos en la investigación

Para poder articular las categorías fue necesario establecer tres ejes de análisis, los cuales fueron fundamentales para hablar del cruce que se da entre formación, cuerpo y representaciones sociales en las prácticas de los médicos es de rastreo. El primero hace referencia a las ideas que han construido los médicos y practicantes durante su proceso de la formación, acerca del cuerpo vivo y cuerpo muerto, las cuales están inscritas en el marco de una representación y son la manera como el estudiante y el médico conceptualizan experiencias y las sitúan en sus prácticas médicas; el segundo, consistió en comprender cómo las prácticas médicas o clínicas permiten acercarse de una manera particular al cuerpo del paciente y al cuerpo sin vida; y el tercero, es la relación entre las ideas y las prácticas sobre el cuerpo vivo y muerto, las cuales se movilizan de manera constante y producen referentes de sentido pragmático desde los cuales los médicos actúan de manera justificada.

3.1. Ideas que se han configurado en los médicos con relación al cuerpo vivo y cuerpo muerto

El trabajo desarrollado durante estos meses llevó a comprender la forma como los individuos decodifican y codifican cada una de sus experiencias, acciones y emociones en un contexto determinado. Por tanto, de una manera analítica, nos acercamos a las ideas que se han configurado

mediante el lenguaje en la relación médico-familia-paciente (moribundo o muerto), en el contexto formativo y hospitalario; para mostrar, mediante la comprensión intersubjetiva las representaciones sociales, que ligadas al proceso formativo y las prácticas educativas se han construido en los estudiantes de medicina y médicos sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto.

El método biográfico narrativo, por medio de las entrevistas a profundidad, nos permitió acceder a relatos, en los cuales se hallaron pistas acerca de las representaciones sociales que se han codificado en relación al cuerpo vivo o muerto en las facultades de medicina de las Universidades Antonio Nariño, El bosque, los Andes, Nacional y Javeriana.

Ahora bien, para el rastreo de las pistas o ideas, se tuvo en cuenta la construcción operativa acerca de lo que entendíamos por cuerpo vivo (ser que se mueve, respira y que pese a la enfermedad terminal establece relaciones con los otros) y cuerpo muerto como ser inanimado, sin signos vitales que genera reacciones en los otros. Teniendo en cuenta estas dos perspectivas y las categorías establecidas en el marco conceptual se analizaron los relatos con el fin de comprender dichas ideas.

3.1.1. Qué hay del cuerpo vivo

*"Como se puede reparar cuando se daña eso es lo mejor que uno sepa,
si algo falla saber de qué manera remediarlo"*

(J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018).

Son muchas las ideas que emergen sobre el cuerpo vivo en el campo de la medicina, las cuales están construidas desde la historicidad de los sujetos y las relaciones intersubjetivas que estos han tejido en su proceso de formación y práctica. Así mismo, estas significaciones giran alrededor de dos tópicos; el primero, la vocación de los médicos, que va desde salvar vidas hasta determinar quién puede o no tener un buen pronóstico, con base en su experiencia profesional. Como lo describe Juanita, cuando hace mención al trato que se le debe dar al paciente en estado de enfermedad terminal *"nuestro objetivo es mirar que tiene, vamos a ver cómo hacemos para que tu salgas de esta enfermedad"* (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018).

El segundo tópico, se refiere a la condición de enfermedad a la cual está predisuesto el cuerpo vivo en cualquier momento de su historia y que lo lleva a un ambiente intrahospitalario para ser tratado por un profesional. La estudiante Juanita, lo referencia con una paciente que tiene un diagnóstico que necesita un tratamiento determinado debido a su patología: *"Ella tenía el carcinoma*

en la pierna, pero le dolía hasta el pelo, ella sentía dolor en todo el cuerpo” (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018).

3.1.1.1. La vocación de los médicos

Del primer tópico se desprenden varias ideas relacionadas con el cuerpo vivo que han emergido de las concepciones antropológicas, ontológicas y disciplinarias de lo que implica ser médico y/o ejercer la medicina en el ámbito intrahospitalario. Donde los médicos, tomando la idea de Hall, (1997), a través del lenguaje han construido unos referentes o un sistema de signos propios de su labor que le dan sentido a su quehacer profesional.

3.1.1.1.1. El cuerpo vivo es ser humano que necesita ser cuidado y salvado por el médico

El punto de partida de esta idea se da cuando el médico o el estudiante inscriben al cuerpo vivo en la categoría de ser humano como ser que siente y necesita del cuidado de los otros. Desde esta perspectiva, ellos en su práctica médica reconocen en el paciente, que está en el proceso de fin de vida, su humanidad, como lo manifiesta Jessica: *“Yo lo veo como un ser humano que hay que respetar, atender y que hay que tratarlo con todo el cariño como si fuera mi papá o mi mamá” (J. Marín, comunicación personal, 10 de marzo del 2018).*

O bien, como lo expresa Juanita, cuando en sus prácticas de anfiteatro hace la distinción entre un cuerpo muerto que puede ser utilizado con fines médicos y un cuerpo vivo como una persona con la cual puede relacionarse.

Si claro, para mi fueron personas. Fueron, por que ya se murieron; lo único que están haciendo es como prestarnos su cuerpo para nuestro conocimiento, pero como tal que siga siendo una persona pues no, porque una persona es alguien que está vivo, que interactúa conmigo que tiene sus sentidos; en este momento las personas que están en el anfiteatro o lo que está en el anfiteatro son cuerpos. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

De esta manera, el estatus de persona solo se le puede dar al cuerpo vivo, el cual nos insta en el mundo y nos permite desde la cultura y el lenguaje la posibilidad de construir relaciones interpersonales (Hall, 2002). Es decir, somos seres sociales que reclaman ser tenidos en cuenta y exigen un trato desde la igualdad para tener una mejor condición de vida.

Ahora bien, después de que el médico o el estudiante reconocen en el paciente su condición de ser humano van a procurar salvar la vida de éste hasta donde las condiciones del mismo se los permita, pues la misión de Carolina con los pacientes *“es prolongar la vida lo más posible, si se puede y ya sino, entrar en un cuidado paliativo, pero no acabar con la vida”* (C. Romero, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018). Por tanto, el cuerpo enfermo terapéutica y paliativamente, independiente de su condición clínica necesita del médico, se convierte en su responsabilidad, es decir, el médico se hace corresponsable de la condición del otro, dado que acudió a él ya sea por voluntad propia o no, para que le salvara la vida.

La idea que surge, entonces, es que la misión y el compromiso del médico es salvar vidas, como lo refuerza el doctor Óscar, cuando manifiesta que su deber con el paciente en la UCI es hacer todo lo que está a su alcance para salvarlo de la muerte: *“Para curarlo si es posible o para salvarlo de la muerte hasta dónde es bueno, si es bueno uno diría, bueno yo lo salvó de la muerte y lo condenó a un sufrimiento enorme, si ves”* (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018)

De este modo, el médico o el estudiante, tiene la idea de que el cuerpo del paciente deteriorado por la enfermedad es la razón de ser de su vocación, para lo cual se ha preparado durante toda su carrera. Incluso, asume el papel de salvador, cuando puede identificar la patología y generar estrategias para sacarlo adelante o por el contrario dador de malas noticias cuando se da cuenta que por la condición de la enfermedad no puede hacer nada más que dejarlo ir. Esto último, evoca sensaciones del deber cumplido o de fracaso y cuestiona su ser como médico en relación a su profesionalismo y a ser como persona (Da Silva et al., 2016).

3.1.1.1.2. Hay que mejorar las prácticas del cuidado del cuerpo

Debido a su condición de fragilidad o vulnerabilidad, el cuerpo vivo tácitamente reclama de cada uno de nosotros prácticas de cuidado y de preservación, las cuales son omitidas, debido a que no somos conscientes de que somos cuerpo y que este nos permite ser en el mundo para relacionarnos con los otros, comunicar y participar de la naturaleza humana en el sentido de la epimeleia y la chresis (Foucault, 1994). Dicho de otro modo, el médico siempre se va a preocupar por el cuidado del cuerpo a través de acciones que propendan la promoción de prácticas saludables y la prevención de la enfermedad, para que éste no experimente el sufrimiento. Es por eso que sus intervenciones van a estar dirigidas a *“tratar de que el paciente lleve un estilo de vida mejor para que no se enferme y mantenga una buena calidad de vida”* (J. Marín, comunicación personal, 10 de marzo del 2018).

Así mismo, cuando se le preguntó a Juanita qué era para ella el cuerpo, fue enfática al resaltar que solo el cuerpo vivo es el que necesita de cuidado.

El cuerpo es algo sagrado que tenemos que cuidar siempre, hacer lo mejor para que esté en las mejores condiciones, disminuir todo lo que pueda hacer daño al cuerpo porque para mí si es algo importante, sagrado como los digo, muy importante. Mientras uno esta con vida hay que cuidarlo lo que más se pueda, pero después de la muerte, no sé, lo que venga. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

Cabe resaltar, que para las dos estudiantes sólo el cuerpo vivo puede ser objeto de cuidado por parte del médico y que su quehacer se dirige exclusivamente a prevenir las afecciones que lo puedan deteriorar y llevar a condiciones que no le permita tener una buena calidad de vida a nivel social. Por tanto, el cuerpo como sujeto de cuidado lleva a cada uno de los actores, médico o paciente, a un ejercicio de autoconocimiento y autocuidado que le permita valorar las posibilidades que el cuerpo le brinda a nivel social y cultural (Butler, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, el propósito del médico es velar por el cuidado del paciente para que éste tenga unos hábitos adecuados de autocuidado y mejore su calidad de vida. A pesar esto, pareciera que los médicos, por el ritmo laboral que llevan, no generan pautas para el cuidado de sí, que les permita tener mejores condiciones de vida, como lo dice la doctora Martha:

Mi autocuidado (...) trato al máximo de cuidarme, en la dieta, en la hidratación y en la mente (...) la salud es vital para poder trabajar de una manera muy eficiente. Que si la cuido al 100%. ¡No! Hay que descansar más, cuidarse más, hidratarte más, tratar de llevar una vida más sana, tranquila y saludable. Eso me diría y le diría a mis pacientes. (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).

La doctora Martha, manifiesta una dicotomía con el deber ser y el hacer, debido a que ellos tienen un profundo conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo y el cuidado que se debe tener con éste, para que no haya complicaciones que lo lleven a estados de sufrimiento. De ahí que uno pensaría que ellos tendrían un mayor autocuidado con el cuerpo, no obstante, sus prácticas en este sentido son mínimas y sólo se enfocan en los pacientes, con los cuales pretenden dar lo mejor de sí

para que sean ellos los que propendan pautas de cuidado y no ellos como personal de la salud. En síntesis, como dice el viejo y conocido refrán “en casa de herrero azadón de palo”.

3.1.1.2. El cuerpo vivo se enferma y sufre

El segundo tópico o lugar de encuentro entre el médico y el paciente está relacionado con la enfermedad y el sufrimiento, lo que permite unas dinámicas de alteridad entre los actores vinculados al proceso del cuidado del otro desde la compasión en el contexto hospitalario.

3.1.1.2.1. Yo estoy aquí para combatir la enfermedad y ayudarte en el proceso del fin de la vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad es considerada una “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” de esta manera todos los seres humanos al participar de esta condición humana estamos predispuestos a padecer en nuestros cuerpos la enfermedad. La cual, desde la perspectiva del médico es una patología que se debe tratar para que el cuerpo no sufra y padezca dolor. En este sentido el cuerpo enfermo está limitado al no poder relacionarse adecuadamente con los otros, es amenazado por el deterioro y ve más cercana la muerte, por tanto, necesita ser tratado para mejorar su condición de vida, como lo deja ver el doctor Óscar:

La gente sabe que cuando el paciente lo mandan a cuidados intensivos la cosa está grave, pero tienen la esperanza de que se va aliviar. Entonces hay que contextualizar la cosa, o saber que habrá pacientes que se podrá hacerles algo, pero hay pacientes que no tienen la opción de entrar por la patología que tienen dado que yo no puedo intervenir en la enfermedad. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Este cuerpo se convierte en un lugar de intervención, incertidumbre y esperanza, en el cual el médico entra a jugar un papel fundamental a la hora de determinar el tipo de patología y así ubicarlo en un lugar-Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)- para que sea tratado según la gravedad de su enfermedad. En la UCI, el paciente y el médico saben que la condición de su cuerpo no es la mejor, inclusive el médico y el paciente puede intuir que lo único que le espera es la muerte. La esperanza

del paciente se va diluyendo con el paso de la enfermedad que va avasallando de manera contundente su cuerpo, diagnosticado según su patología y apartado socialmente para ser tratado (Détrez, 2017). Así lo manifiesta el doctor Diego, en relación al dolor y sufrimiento que tiene el paciente a causa de su enfermedad:

Las patologías que tienen de base por las condiciones que tienen de base tenemos una circunstancia y es que hay el tema del manejo del dolor que es muy complejo muchas veces es muy difícil de controlarlo, entonces a veces ni siquiera la muerte resulta ser el elemento de discusión central para muchos de estos pacientes, sino que termina siendo como se les puede ayudar. (D. Lucumí, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

De esta forma, el cuerpo se convierte en un lugar que permite el sufrimiento, soporta la enfermedad, el desasosiego, experimenta la soledad y la violencia; es apartado y clasificado según su patología (Butler, 2002). Inclusive hay momentos que es tanto el dolor que “... es peor el sufrimiento que la misma muerte” (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018), lo cual le va cambiando la perspectiva médica de salvar vidas, en un acompañamiento del buen morir.

Desde esta perspectiva, la relación dialéctica entre la misión del médico y el cuerpo sufriente se encuentran en disputa y genera una serie de reflexiones alrededor del cuerpo que sufre y no quiere morir. Esto le diría Juanita, en un caso hipotético a un paciente en estado terminal que no quiere morir y le pide que le ayude: “Antes de que mueras vamos hacer todo lo posible para que su muerte no sea una muerte fea, no sea dolorosa, no sea traumática. Entonces vamos hacer todo lo posible, procurando que sea lo más tranquila posible” (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

Es así que el médico, sea docente o estudiante propende desde su saber evaluar la condición del paciente y según la patología elegir un tratamiento que mejore su condición de vida desde lo paliativo hasta la muerte como una alternativa que le va a permitir a ese paciente superar el dolor que sufre en su cuerpo y que les evoca el fin de la vida. Por tanto, es el dolor en el cuerpo y el sufrimiento del otro lo que de una u otra forma impacta a su ser y profesionalismo. En este punto el médico debe propender por ser lo más claro posible con el paciente y sus familiares, para que ellos sepan con honestidad lo que está y va a pasar con la vida del paciente (Caicedo, 2007).

Tal y como lo representa Juanita, al recrear hipotéticamente, la forma en que le diría a un paciente y a su familia que no hay nada más que hacer para mantenerlo con vida:

Lo haría. ¿Comoooo? No sé, es algo que tengo que hacer, pero lo diría pues – que estás pasando por un ciclo en el cual tu enfermedad llego a su estado máximo y pues ya no hay nada que hacer ya tu cuerpo no da más, tus órganos están muy débiles para lograr soportar la enfermedad y lo más probable es que fallezcas. O algo así. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

En consecuencia, la impotencia del médico conlleva a que este pretenda entablar una relación desde la compasión (Duch y Mélich, 2007) con los pacientes que están en estado crítico y donde el cuerpo vivo, compuesto de órganos deteriorados por la enfermedad, se ve amenazado por la muerte. Desde esta óptica, el pronóstico tiene un desenlace pésimo, real, propio del ciclo de la vida y donde se hace importante el acompañamiento médico y familiar (Caicedo, 2007).

Por consiguiente, la idea que se tenía del cuerpo como lugar de sufrimiento conlleva al médico a proporcionar cuidados paliativos que ayudan a su paciente a morir de una manera digna. Es decir, que el estudiante o médico al conocer las condiciones de su paciente acompaña y respeta las decisiones que éste pueda tomar frente a su cuerpo moribundo, como lo manifiesta Jessica: “*Mi paciente tiene mal pronóstico. Si él se quiere ir, lo dejaría ir; y si no, pues trataría de hacer todo lo posible para salvarle la vida o llamar a los familiares para que se despidan*” (J. Marín, comunicación personal, 10 de marzo del 2018).

Por tanto, se puede decir que el propósito médico de salvar vidas, se trunca con la capacidad de decisión y determinación que tiene el paciente con su cuerpo en proceso de muerte. Frente a lo cual, se percibe la idea de que el médico hace todo lo posible para que el desenlace de la vida del paciente se dé desde la compasión y el cuidado (Mélich, 2010).

Prueba de esto es la manera como la doctora Martha se preocupa por conocer los intereses del paciente, para que en sus últimos, días, horas o minutos se sienta cómodo y en paz. “*Conocer cómo se siente, qué quiere, qué desearía en su última morada. Es una cosa que a mí me gusta establecer con mis pacientes, en esas condiciones*” (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de Abril del 2018). Por tanto, en el fondo el médico sabe que no tienen la última palabra y que hay cosas que pueden pasar con la enfermedad y el estado de su paciente, pese a los conocimientos que ellos han

construido. Pueden morir o salvarse, lo cual en ocasiones no depende de ellos sino de las mismas circunstancias de la vida. Aunque cada cuerpo reacciona de forma diferente, no deja de ser único y por tanto sufre de manera diferente (Butler, 2002).

Ahora bien, se pudo percibir que los cuerpos enfermos, deteriorados por el sufrimiento padecido en el cuerpo creen que lo mejor para ellos es la muerte y desde esta perspectiva se van preparando para ella, se van haciendo conscientes de esta realidad, de la cual más adelante hablaremos. Es un juego de tensiones entre la esperanza y la desesperanza, porque no hay que desconocer que el ser humano siempre tiene la esperanza de tener una mejor condición de vida, pese al sufrimiento (Mélích, 2002). Pero cuando el sufrimiento se convierte en lo peor que le puede pasar a su cuerpo reclama compasión para que el advenimiento de la muerte le permita descansar.

3.1.1.2.2. Cuerpo vivo permite la alteridad.

El cuerpo como agente que permite a los seres humanos construir relaciones, en este caso el médico y el paciente llegan a compartir sentimientos, emociones que les ayuda a construir lazos de cercanía y compasión, en donde el médico redescubre su misión, como lo describe la doctora Martha al referirse al trato que se debe tener con el paciente que está en proceso de muerte:

Siempre me gusta que las personas además de poder aliviar el dolor y la sensación de angustia que genera el estar en una condición ya de muerte o fin de vida, tengan la posibilidad de expresar las cosas que sienten. (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de Abril del 2018).

Aunque se puede ver posiciones totalmente contrarias a estas en donde, el médico docente, evita relacionarse con el otro e involucrar sentimientos que lo encadenan en relaciones que conlleven al sufrimiento, como lo manifiesta el doctor Oscar:

La relación con los pacientes uno a veces, yo creo que puede ser distante de alguna manera, a pesar de que uno puede sentir y saber la complejidad del momento, uno trata de mantenerse a una cierta distancia con el paciente, aunque uno trate de explicarle la situación y todo. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del, 2018).

Es así que las relaciones intersubjetivas que el médico y el paciente pueden construir se ven limitadas por las barreras profesionales debido a que, *“sería invivable tener una cercanía muy, y meterse dentro de la situación de cada paciente, si, uno trata de ser lo más objetivo posible”* (O. Contreras, *comunicación personal*, 17 de Abril del, 2018)

El médico puede llegar a tener una gran empatía con su paciente hasta el punto en que se identifica con su dolor y sentir compasión frente a su realidad de enfermedad (Mélich, 2010). Como lo ha experimentado Jessica con sus pacientes, los cuales le *“han afectado emocionalmente por las circunstancias que cada paciente vive”* (J. Marín, *comunicación personal*, 10 de marzo del 2018).

Esto nos abre las puertas a la posibilidad de construir relaciones humanas y compasivas entre los médicos y los pacientes desde la perspectiva del reconocimiento de lo humano. Donde las transformaciones impulsadas por el amor posibiliten reconocer al otro como humano, por medio de las emociones que se hacen visibles en cada uno de nosotros y de las cuales no podemos escapar (Foucault, 1994).

En síntesis, el cuerpo vivo en el ámbito hospitalario adquiere unas connotaciones particulares frente a las cuales el médico reconoce su quehacer profesional y tipifica al paciente como una realidad patológica que debe ser tratada. En este punto entra en tensión lo que el médico ha recibido en la formación y el conocimiento práctico producto de los largos turnos en un hospital, donde alterna su vida social con su vida de estudio, ve en los otros -los pacientes- una forma de aprehender lo que desde la teoría que le han enseñado, pero que en la práctica se vuelve una realidad que conlleva a emociones reales propias al contacto con los otros, ya no desde una perspectiva de estudiantes sino de médico, pues ya se sienten médicos.

Interactúan con los otros, se involucran con sus pacientes más allá de lo que deberían, ven al otro con mayor compromiso moral y sentimental, sus patologías se convierten en posibilidad de conocimiento, el dolor en un reto y la muerte como un fracaso que impacta a sus vidas. Sin embargo, en ciertas ocasiones ese deseo de conocer puede conllevar a la instrumentalización del cuerpo a verlo como una máquina a reparar y para experimentar (Détrez, 2017).

Es así, que el cuerpo se convierte, en algunos casos en lugar de conocimiento y de indagación médica o herramienta para saber más de él, como lo manifiesta Juanita *“porque me gusta saber el porqué de las cosas y por qué de las enfermedades, el cómo funciona el cuerpo, como estamos*

compuestos nosotros (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018). Un deseo intrínseco de remediar, descubrir la solución al caso clínico para obtener conocimientos y tal vez, reconocimiento. Desde esta perspectiva, el cuerpo vivo se constituye como dice Turner (1989) “un blanco de racionalización moderna pues se convierte en el objeto del poder y del saber” (p.15). En Un trofeo del personal, ya que le ha permitido valorar sus capacidades de intervención y llegar a una conclusión frente al desenlace de la vida.

3.1.2. Qué pasa con el cuerpo muerto

En este apartado no podemos perder de vista que el cuerpo muerto es el mismo cuerpo vivo que el profesional de la salud ha acompañado durante su proceso de muerte, es decir, con el cual se ha generado una serie de estrategias para ayudar a salvarle la vida o acompañarle en su desenlace de muerte como lo describimos anteriormente.

Es preciso señalar que la muerte en el ámbito hospitalario es cotidiana y desprovista de formación a la hora de tratar lo contingente de la vida, como una realidad propia del ser humano (Jaramillo, 2017). La muerte, en cualquiera de los escenarios que se presente, no deja de ser un acontecimiento que impacta y genera en los estudiantes y médicos una reflexión profunda que afecta y confronta su ser personal y profesional. De esta manera, las experiencias narradas por los estudiantes y médicos de las facultades de medicina permitieron rastrear algunas ideas que estos han construido en relación al contexto social, cultural y hospitalario sobre el cuerpo muerto.

3.1.2.1. ¡Todos nos vamos a morir!

Una primera idea es que el cuerpo muerto hace parte de la propia condición humana y por ende es desenlace de la vida, como lo manifiesta Juanita cuando le preguntan sobre la percepción que tiene de la muerte:

Pero uno igual entiende que es un proceso por el cual todos debemos pasar, todos estamos destinados a llegar allá es algo que se mantiene, es algo natural, es algo que tiene que pasar conmigo, con mi familia, mis amigos, con mis pacientes es algo que se mantiene, yo soy consciente que tiene que pasar (...) que tiene que pasar independientemente de a quien le pase, es saber aceptarla. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018).

En esta idea, la muerte marca el fin de lo que nos representa como personas en un espacio temporal, social y cultural. Es la terminación de todo aquello que nos permite hacer parte del constructo social de una comunidad al tener voz y voto. Por tanto, el hecho de saber *aceptarla*, como dice Juanita, genera en el médico una serie de tensiones, pues por un lado, es consciente que es parte de la naturaleza humana, y por el otro le suscita incertidumbre la idea de pensar en ella (Estramiana, 2006). De esta forma, ver la muerte como parte de nuestra naturaleza humana, real y concerniente a la vida, permite que la representación que se tiene de la muerte sea apelación a la propia existencia que lleve al sujeto tener nuevos lugares de interpretación y contemplación (Mélích, 2010).

Ahora bien, esta noción está relacionada con el campo del desempeño médico, cuando posibilita la construcción de ideas de orden social y personal sobre el cuerpo sin vida, que son aceptadas por el contexto hospitalario y asumidas por los galenos como propias de su quehacer (Abrić, 2001). Como lo manifiesta el doctor Óscar y la estudiante Carolina cuando se les pregunta lo que significa para ellos el cuerpo muerto.

Desde la parte médica cuerpo muerto, mirándolo fríamente es el cuerpo que es inanimado, que no tiene signos vitales, que no respira, y que ya hace parte diría yo, aunque era una persona y todo, ya hace parte de algo que es completamente inanimado, eso un cuerpo muerto. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

Por su parte Carolina, se refiere trato, pues no es lo mismo la relación que se establece con cuerpo vivo que con un cuerpo muerto, así no lo tipifique como un objeto.

No, no, no, digamos que objeto, objeto no es palabra... no eran seres vivos, ya no se les da el mismo trato por su condición de muerto, me refiero al trato de un cadáver que en un momento inicial es el paso de una camilla a la otra y ya. (C. Romero, comunicación personal, 21 de Mayo de 2018).

Lo anterior manifiesta el abandono por completo y la ausencia de la condición humana del cuerpo muerto, al punto de ser considerado un objeto llamado cadáver, que en palabras de Quisbert (2012) es “un residuo del ser humano que ha perdido la vida”, porque no respira, no siente, no escucha y

no puede ver. Esto hace parte de la construcción social que han hecho los médicos, pues todas las respuestas de los entrevistados sobre el cuerpo muerto se dieron desde la perspectiva anatómica, en la cual el cuerpo representa la no existencia. Incluso, el médico, alegóricamente, lo puede considerar un frasco, una bombilla, un recipiente de aquello que posibilita la vida y que conlleva a un trato respetuoso por lo que contuvo en su interior; como lo refiere el doctor Óscar:

Uno tiene que respetar fue el frasco que contuvo alguien ahí, el frasco, el recipiente que contuvo una persona ahí, porque esa persona no está, el cuerpo sería como un frasco, si un frasco, un recipiente, realmente ya viéndolo de esa forma, porque ya se vuelve inanimado completamente, es decir ya perdió vitalidad, ya perdió todo lo que es ser una persona, eso ya no es lo que fue y ya no va ser definitivamente, uno puede decir ya no hay nada, pero no hay nada, un recipiente digo yo, como un bombillo, un objeto. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

Por ende, el médico, aunque se refiere al cuerpo muerto con respeto no deja de tener una mirada fría que anula inmediatamente el concepto de persona y lo codifica y clasifica según el contexto (Hall, 1997). Es decir, que la muerte se asocia a un acontecimiento completamente biológico, frente al cual, el médico, no puede hacer nada ya que las construcciones políticas (Elías, 2008) le han llevado a catalogar el cuerpo como un recipiente de algo, sin lo cual es nada. La muerte se convierte así en un paso que debe dar el cuerpo para poder llegar a la liberación de todo aquello que no le permite ser.

3.1.2.2. Después de tanta dedicación y esfuerzo se murió

“Los médicos de alguna manera también le rehúyen al asunto, y creen que haciendo más, interviniendo más al paciente se va evitar lo inevitable, ese es el problema”.

(O, Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

El cuerpo muerto, en el ámbito hospitalario, se puede considerar un fracaso de la intervención médica, la cual propende, como habíamos dicho más arriba preservar y salvar la vida. Desde este punto de vista el fracaso del médico genera un impacto mayor en la medida en que este ha generado unos lazos de cercanía con su paciente y se ha interesado por resolver su patología. Por ende, la muerte de éste le genera sentimientos de culpa y tristeza, por lo que pudo haber hecho y no hizo

(Carvalho et al., 2017). Imagen de esto es lo que relata el doctor Oscar al recordar la muerte de sus pacientes como un fracaso profesional:

Uno evita tener tantos recuerdos de tantos pacientes que fallecen (...) hay casos, los cuales lo marcan a uno, como un caso difícil (...) mira a la persona y dice ahhh que pude haber hecho mal y lo mira uno (...) pero uno siente como que fracasó sí, una frustración. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

El contacto con la muerte se vuelve algo tan rutinario que puede pensarse que no hay sentimientos e inestabilidad frente a la muerte del otro, pero esto no es cierto, simplemente su ritmo de vida es tan acelerado que pasan la página rápidamente para impedir ser afectados por la muerte, la cual no deja de generar incertidumbre y frente al cual nadie se acostumbra (Mélích, 2002).

Inclusive puede percibirse que acompaña a los pacientes y familiares en el proceso de la muerte, ya no para intervenir o evitarla sino para ayudarlos en su transición de la vida a la muerte. Como lo manifiesta el doctor Oscar a un paciente que tiene una patología crónica “uno dice a este paciente realmente no había mucho que ofrecerle y uno piensa, que era la hora de irse” (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

3.1.2.3. Cuerpo muerto, emociones y sentimientos

Como consecuencia de la muerte el cuerpo sin vida se convierte para el médico y sus familiares, en un lugar de emociones como la tristeza, el miedo y la ira; y sentimientos como el fracaso, la desesperanza y la culpa, todos estos generan apego y soledad y evocan interrogantes que conllevan a la incertidumbre o la indiferencia; lugares difíciles de nombrar y representar (Hall, 1997). Pues no hay palabras para referenciar lo que hay después de la muerte y cómo actuar frente a ésta, tal y como lo menciona la doctora Martha cuando interviene en el duelo de los familiares

Afrontar una situación puede ser mucho más fácil si hacemos conciencia de que las personas no somos eternas, sino que tenemos un momento de partir y que posiblemente si nos hacemos cercanos a la muerte desde una visión no de pérdida sino de ganancia para aquellas personas que se van, pues se va hacer mucho más llevadero el duelo y el sufrimiento para las familias. (M. Rodríguez, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

El mismo médico se involucra en el proceso de muerte, no habla de ésta como algo ajeno a él sino que se reconoce como un ser finito, que es tocado por ella (Mélích, 2002). Frente a la muerte impera los silencios y las palabras no son suficientes para ayudar a los familiares a sobreponer la pérdida de su ser querido. Por tanto, proponer, enfoques que ayuden a mirar el proceso de la muerte no como algo que genera desesperanza, apego y dolor sino sentimientos esperanza y agradecimiento, hacen que tanto médicos y familiares generen una mayor aceptación. Es hacer del ambiente clínico un lugar que posibilite la acogida, en donde en su lecho de muerte, el moribundo experimenta el amor de sus próximos, haciendo que el acontecimiento de la muerte sea más llevadero y se convierta en un lugar de encuentro, de acogida y de transición tanto para unos como para los otros (Duch y Mélích, 2005).

Así mismo, se evidenció en las entrevistas, que los sentimientos y emociones cambian cuando el sujeto de referencia es un familiar y no un paciente, como es el caso de Juanita cuando compara y describe los sentimientos que se dan frente a la muerte de su tío y un paciente.

Lo que pasa es que yo a mi tío lo quería era de mi familia, como dicen “es mi sangre”, lógicamente no me puse a llorar por la muerte de la niña, obviamente me sentí mal, con mal genio, con rabia, pero fue como un lo siento; con mi tío me sentí supremamente mal a pesar de que él era una persona joven y ella era una niña fue totalmente diferente porque era alguien al que tenía en mi corazón mientras que a la niña nunca la había visto; fueron cosas totalmente diferentes que uno siente. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018)

No importa la temporalidad, la muerte de las personas que son significativas para nosotros importa más que las otras (Butler, 2002) y permite que el punto de inflexión cambie, pues pasa del sentimiento de pesar a un dolor profundo por la pérdida de un ser amado. “*pero mi tío no se debió haber muerto porque era muy joven, fue una muerte dura la de mi tío*” (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018) Es decir, que el cuerpo es más importante cuando quien lo referencia es una persona, con la cual se ha construido relaciones de filiación y de amistad. Esto hace más difícil el desapego del cuerpo que yace sin vida en una camilla y que saben no volverán a ver más, ni a tener contacto con éste, donde lo único que pueden evocar es la memoria para recordar y hacer presente los bellos momentos que compartieron con esa persona cuando su corporalidad lo permitía. De esta manera, se hacen necesarios procesos de duelo que permitan a la familia hacer la transición

de lo vivo a lo muerto, como una realidad inherente a la condición humana (Duch y Mélich, 2005). Ya que el médico, pese a su conocimiento y a sus deseos, no puede evitar lo inevitable, la muerte. Como lo expresa Juanita: *“entonces yo me sentí súper mal e impotente al no poder hacer nada”* (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018).

Por lo tanto, en estos momentos de dolor y choque, los médicos generan una especie de normalización o indiferencia frente a la muerte, sin querer decir que sea una presencia inquietante, sino que se crea un mecanismo de defensa para no salir afectado. *“Las primeras veces que me pasó si fue como: ¡ayy que pesar!! Pero ahora soy como que pesar, pero sin meterle tanto corazón”* (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018). Dicho de otra manera, el médico ha construido cánones o protocolos que le permiten tener contacto con el cuerpo muerto y no salir tan afectado emocionalmente (Elías, 2008). En síntesis, retomo las palabras del doctor Oscar *“no es que uno se vuelva insensible (...) no es practicidad sino que es aceptación, más bien de la condición humana”* (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018).

3.1.2.4. (...) Y ahora qué. Lugar donde inicia el duelo

Por último, encontramos que el cuerpo muerto, es un detonante que impacta de manera positiva o negativa a las personas y las conlleva a una reflexión profunda sobre su propio ser de finitud de manera diacrónica. El cuerpo muerto, lleva a que los seres humanos entren en procesos culturales que llevan a rituales que les permite hacer la transición de la vida a la muerte mediante el duelo, como lo dice el doctor Óscar al referirse al cuerpo muerto desde el ámbito religioso: *“Yo pienso que el cuerpo es para hacerle el rito y todo eso hace una transición de que esa persona no va a estar más con ellos y es para liberarlo, es una cuestión espiritual”* (O. Contreras, comunicación personal, 17 de Abril del 2018)

Llama la atención las expresiones ‘todo eso’, liberarlo y transición, las cuales interpretamos como lo que se pretende representar por medio del rito. Dicotomía entre lo espiritual y lo científico, lo cual nos demuestra que el cuerpo evoca dos realidades una materialista y otra espiritual. Es así, que la muerte impacta la cultura, esta no sabe qué pensar y hacer frente a la realidad de la muerte pues siempre ha tenido una perspectiva desde la vida y es así que hace uso del rito para darle paso a la muerte y colocar en las representaciones sociales sobre el cuerpo muerto ideas del más allá, de partida, de descanso, de vida eterna, construcciones que representan las ausencias y lo no referenciado, para poder hacer la transición del cuerpo vivo al cuerpo muerto.

Por tal razón, los médicos y estudiantes reconocen la importancia del duelo, como una forma de afrontar el proceso difícil y natural de la muerte, como lo describe Juanita, cuando se le pregunta sobre este:

El duelo es el proceso que uno hace de pasar o lograr superar algo que antes estuvo con uno que lo hizo feliz de manera incondicional y aceptar que ya no va a estar, que ya se acabó y poder vivir con eso, saber que tenía que pasar; así fue como tuve que aceptar que mi tío se fuera. Obviamente me dio durísimo, pero pues viví el proceso y pues ya puedo hablar de eso con tranquilidad. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de Mayo del 2018.)

Por consiguiente, el duelo como construcción social que le permite a la cultura hacer conciencia de la muerte, es importante para generar una transición en las personas que han creado un vínculo afectivo con los cuerpos que han muerto (Elías, 2008) y hacer más llevadero el proceso de la muerte, frente al cual no estamos familiarizados y lo percibimos como un acontecimiento amenazante (Mélich, 2002). Es decir, que hay en el ser humano una afectación única cuando se trata de los familiares muertos. Por tanto, aunque la muerte del otro me impacta y cuestiona, es la muerte de las personas que considero cercanas o familiares la que me asombra y afecta desde el amor.

En conclusión, en el contexto médico se han construido significaciones sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto que generan unas actitudes y representaciones mentales que influyen en el actuar del médico como miedo y fracaso (Elías, 2008). Es la muerte del otro la que nos hace repensar la vida y la muerte, lo que hacemos y lo que seremos, nos ha hecho temer e imaginar cómo será nuestra muerte y por qué nuestra existencia es tan efímera e insignificante en el mundo (Mélich, 2010). De esta manera, el cuerpo del otro ya sea enfermo, en una situación de fin de vida o muerto le permite al médico reflexionar y hacer un ejercicio de inflexión que le lleve a traer a la memoria acontecimientos cercanos que evoquen actitudes de compasión y respeto frente al otro (Ferry, 1990).

Tanto los médicos docentes como los estudiantes han construido por medio de su experiencia formativa y práctica, unas ideas propias sobre el cuerpo muerto. La cual convoca y genera reflexión en cada uno de ellos, pese a que lo ven de manera natural. Los médicos docentes que fueron entrevistados manifestaron mayor respeto por el cuerpo muerto, y exigen al personal que lo traten con gran respeto, inclusive le permite a los familiares momentos de cercanía con el cuerpo sin vida,

lo cual se hace importante para sus acompañantes que por tener un lazo afectivo son tocados en sus emociones de manera profunda. Así mismo, ellos ven en el cuerpo muerto un fracaso de su labor como médicos. Debido a que desde su formación académica se ha planteado el cuidado, la preservación y la prolongación de la vida como algo inherente a su profesión (Da Silva et al., 2016) y (Carvalho et al., 2017). Por otro lado, los estudiantes mencionaron que en los primeros semestres sentían curiosidad por experimentar el cuerpo muerto para ser utilizado como una herramienta para su aprendizaje. Frente al fallecimiento de su primer paciente manifestaron emociones que con el paso del tiempo y con el contacto con la muerte se fueron disipando y normalizando.

Ver el sufrimiento de los otros y el contacto con la muerte lleva a procesos humanos de reflexión sobre la propia finitud (Mélich, 2001) y por ende a entrar en procesos de humanización que le permiten al médico y estudiantes acompañar a sus pacientes y al cuerpo muerto desde la compasión. De tal modo que, el médico no es ajeno al dolor del otro y por ende se preocupa por la situación clínica de sus pacientes y se entregan a tal punto que pierden su propia vida al servicio de los otros. Por lo tanto, el hecho que a los médicos se les haga cotidiana, la muerte, el sufrimiento y el dolor de los otros, siempre estarán expuestos a sentimientos de fracaso y satisfacción por el deber cumplido, pese a trabajar largos turnos y a estudiar cada caso de sus pacientes, donde la vida familiar en muchos de ellos pasa a segundo plano.

3.2. Las prácticas, una forma de rastrear representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y cuerpo muerto.

“Básicamente es eso, realmente después de que el paciente falleció, queda la familia; uno realmente da por terminado el proceso”

(O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018.)

Este apartado, surge después de realizar un minucioso ejercicio de análisis e interpretación de las entrevistas, con el fin de rastrear las representaciones acerca del cuerpo vivo/muerto, y cómo estas inciden en el desarrollo del quehacer profesional y personal desde las prácticas.

Teniendo en cuenta que el cuerpo y las representaciones que sobre él se tienen, hacen parte de nuestros ejes a analizar desde las entrevistas realizadas, nos sumergimos en las narraciones realizadas con docentes y estudiantes; con el fin de comprender más de cerca la manera en la cual las diversas interacciones entre maestros, estudiantes, pacientes y familia, dejan entender la visión

que sobre el cuerpo hay, dando relevancia a la condición en la que se encuentre el cuerpo, bien sea estando vivo o ya sin signos de vitales.

Por esta razón, partimos desde las experiencias narradas por los médicos docentes y los estudiantes de medicina, indagando sobre aquellas prácticas laborales y formativas que generan de alguna manera una influencia que permite afianzar o modelar unas representaciones sociales que se asocian al cuerpo vivo y al cuerpo muerto. Desde unas ideas de cuerpo, formadas por relaciones de tipo social, académico y laboral que se generan por la interacción entre el profesor y sus estudiantes durante las prácticas hospitalarias.

Nos interesa entonces, introducirnos al mundo de las prácticas hospitalarias que realizan los médicos y practicantes durante sus actividades académicas o laborales, donde se evidencia la forma y manera como el médico o sus estudiantes se relacionan y conciben a los cuerpos con los que lidian de manera continua. Es importante entender que muchas de esas prácticas están atravesadas por una dimensión ética que se relaciona con la idea del cuidado y la dolencia, dejando ver la existencia de prácticas más éticas que otras y como estas generan una formación diferente en los estudiantes que realizan su trabajo práctico a nivel hospitalario.

Dentro de las narraciones analizadas, la mayoría de los entrevistados mostraban un singular respeto por el paciente desde una ética enfocada hacia el cuidado, debido a su condición de salud; cabe destacar que en muchos casos argumentan que las dolencias de los enfermos terminales eran demasiado fuertes y eran ellos quienes debían de alguna manera luchar contra esa adversidad, intentando mitigar de alguna manera el desaliento moral y el dolor físico de sus pacientes.

También se pudo observar por medio de las entrevistas, la concepción e ideas que tienen los médicos o sus estudiantes sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto, ya que van a realizar unas prácticas específicas que determinan un manejo diferenciado entre los dos estados del cuerpo, lo anterior se debe a que el trato que tienen el médico con un cuerpo vivo es diferente a la manera en la cual va a manejar un cuerpo muerto, a partir de las diferentes concepciones que se tengan de estos dos estados del ser humano y es así que de manera contundente y a partir de los conocimientos en medicina, ellos distinguen entre un cuerpo vivo y uno muerto. Este es el caso del médico Oscar, Quien definió un cuerpo vivo como *“aquel que presenta signos vitales y un cuerpo muerto como el que carece por completo de signos, que no respira, que ya hace parte de algo completamente*

inanimado” (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018.), eso sería un cuerpo muerto.

De esta manera, se busca entender cómo a partir de las prácticas cotidianas a nivel hospitalario y desde la formación académica, podemos caracterizar o encontrar las representaciones que los médicos han creado o transformado acerca del cuerpo, dividiéndolo en dos estados distintos; el primero es aquel que se forma desde la práctica médica o desde el proceso de formación de tipo académico y el segundo que se da por la profunda relación que puede tener el cuerpo vivo con el cuerpo muerto, cuando esté pertenecen a una familia y a un contexto social específico.

3.2.1. Prácticas: formadoras de representaciones sobre el cuerpo

“Muchas veces, no pedían ni siquiera tanto el tema de la muerte o que les preocupara, sino como ayúdenme a vivir lo más, con la mejor calidad posible”

(D, Lucumì, comunicación personal, 7 de junio del 2018.)

3.2.1.1. Cuerpo, aún con vida.

Inicialmente nos interesa, hacer mención a las construcciones hechas por los médicos y estudiantes acerca de un cuerpo vivo, a partir de las prácticas académicas o profesionales que se hacen a nivel hospitalario y que en algunos de los casos, son independientes de las condiciones de salud del paciente o del impacto emocional que se pueda generar al paciente y a los médicos tratantes cuando las condiciones de salud del enfermo hacen difícil el manejo que se le deba dar al cuerpo; este es el caso que presenta el médico Oscar, quien propone un trato respetuoso del paciente, a partir de la honestidad hacia la condición de salud del ser humano que se encuentra tratando.

Uno busca explicarles la enfermedad, que la condición es tan mala que no hay mucho que ofrecerles, la idea es utilizar el vocablo más sencillos y uno tiene que también hacer una evaluación previa de estos pacientes desde su perspectiva social, religiosa, que esperan de la situación en sí, porque eso le da argumentos suficientes para hacer, dar la noticia de una mejor forma y que no sea tan dura a pesar de que uno dice la misma verdad y se la dice, lo que quiere decir sí, pero de una forma que lo pueda tomar y eso toca hacerlo muy cuidadosamente. (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

En la cita anterior podemos encontrar dos prácticas claras, una es aquella que permite indagar sobre el contexto del paciente y su percepción de la situación por la que se encuentra atravesando, la otra es aquella que se refiere a la forma de comunicar la mala noticia por parte del médico y el criterio con el cual debe escoger las palabras apropiadas para explicar la situación en la que se encuentra esa persona que tiene a cargo.

De esta manera, los médicos indagan sobre el contexto, con el fin de conocer y acercarse un poco más a la realidad de su paciente y para intentar mitigar la situación a la que se van a enfrentar tarde o temprano, generando un entendimiento acerca de su condición y la aceptación del desenlace que van a tener, y que en palabras de Norbert Elias (2008), se entiende la muerte como un problema social en donde la aceptación “resulta soberanamente difícil de resolver porque los vivos encuentran difícil identificarse” (p.22) con la realidad de la muerte.

Cabe destacar, que los galenos en su mayoría, muestran respeto hacia el paciente y sus dolencias, buscando hacer más llevadera la realidad a la que se enfrentan estos seres humanos, haciéndolos sentir tranquilos. Como lo comenta la practicante Carolina, en una experiencia formadora que tuvo con un maestro, que en aula era de los más exigentes, pero, que la sorprendió en el escenario de la práctica, porque extrañamente era de los más apreciados por los pacientes que atendía, debido al respeto y compasión que mostraba hacia ellos en el momento de tratarlos.

Él siempre tuvo un trato como tan especial, tan cercano como que no se, los pacientes confiaban completamente en él, lo que les decía, pedían que él fuera el médico que los viera. Entonces él decía que lo importante era –quien era uno dentro del hospital- que no importaba lo que dijeran de él, que era lo peor; pero él sabía quién era y estar tratando de salvar la vida de las personas y no solamente eso sino tratar con las familias de los pacientes que obviamente confían en uno, tiene la vida de las personas que ellos aman en las manos y decisiones de uno, fue como eso siempre fue muy dulce, muy dado al trato con los pacientes y con las familias. (C, Romero, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

Uno de los factores que posiblemente puede influir en el trato con los pacientes y con sus familias, en el momento de dar la noticia de una enfermedad grave o del deceso del ser querido, es que existe una percepción cultural de lo que es la vida y en particular de lo que representa el cuerpo

a nivel social, es aquí donde toma validez la idea de que “la enfermedad es ciertamente una afección del cuerpo, del organismo, pero también es una manifestación social del cuerpo del paciente, dotado de identidad social” (Detrez, 2017, p. 68).

Efectivamente se acepta que uno de los factores que incide sobre la manera en la que el médico puede dar la noticia a la familia, es la representación simbólica que posee el cuerpo en ese momento para sus seres queridos. Es entender que cuando se habla del cuerpo vivo y el cuerpo muerto, no se hace referencia a un cuerpo cualquiera, sino que tiene unas dimensiones de lo social que han sido dadas por su paso por la vida, adoptando roles diversos como el de padre, esposo, amigo, etc.

A partir de lo anterior, se puede relacionar la práctica de formación académica con lo que debería de ser el trato que se tiene con el paciente; esto, nos lleva a pensar que dentro del contenido temático de cada facultad de medicina, deberían existir cátedras que busque formar a los estudiantes desde una visión ética y moral, acorde con la responsabilidad que trae el trabajar con seres humanos en condición médica de vulnerabilidad. Sin embargo, en las entrevistas encontramos que los estudiantes, afirman que la posibilidad de formarse en ese campo es limitada excepto por algunas clases de bioética y proponen a título propio que deberían tener más cátedras que enseñen el manejo personal que se debe tener con pacientes en estado crítico o al trato que se debe dar a las familias en el momento de las malas noticias.

Este tema, fue un factor común entre los estudiantes de medicina entrevistados, y lo mencionó durante la entrevista Carolina, cuando recordó una materia llamada “*seminario de bioética en cuarto semestre, donde habla de cómo nacieron los principios de la bioética, qué se basa prácticamente en el trato con los pacientes desde un consentimiento informado*” (C, Romero, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

Incluso, se insiste de manera repetitiva en las entrevistas -por su relevancia- que es necesario hacer una revisión a los programas de formación en las facultades de medicina, porque los pensum, presentan componentes muy fuertes y nutridos en cuanto a lo disciplinar pero poseen falencias temáticas en cuanto a las asignaturas que tengan un enfoque o una intención formativa hacia la ética, la compasión, el duelo, el manejo de las malas noticias y muchos otros aspectos que se encuentran inmersos en las dinámicas que rodean al paciente y su contexto en el momento que pierde la vida; como diría Duch y Mélich (2005) “La cumbre insuperable de la ética, es decir, la

responsabilidad por el otro, se consigue precisamente en el momento de su total debilidad e impotencia, es su muerte” (p.245)

Esto es indicado también por Carolina(2018), al mencionar el seminario de bioética que recibe solo una vez en su carrera o a la ausencia absoluta de una cátedra de ese tipo, en la época que se formaron los médicos docentes como el doctor Diego y Oscar, quienes recordaban que durante su proceso de formación académica y profesional no tuvieron la posibilidad de recibir instrucción académica de la forma en la que se puede manejar ciertas circunstancias sociales relacionadas con el cuerpo de un paciente muerto; dicen ellos que lo aprendido fue producto de la experiencia y en ocasiones a partir del ejemplo dado por algunos maestros durante las prácticas formativas a nivel clínico.

En este orden de ideas, la estudiante de medicina Jessica Marín, afirmó que uno de los mayores aportes en cuanto la percepción del cuerpo vivo y la manera en la que se debe tratar a los pacientes que se encuentran en un estado crítico, fueron los consejos dados por sus profesores de práctica clínica, esas palabras guía que pueden servir en un momento específico de tu oficio, ese tipo de currículo no visible que se maneja en las prácticas hospitalarias y de la que ella resalta los aportes hechos a su formación profesional.

Los doctores que nos dicen que es mejor en ocasiones mantenerse alejado, mientras que hay otros que nos dicen que tenemos que ver de fondo, por que el paciente llega así con esa enfermedad, algo tiene que haber alrededor de ellos; entonces hay algunos que, si invitan a investigar más allá del paciente, ver alrededor del paciente e indagar porque es así ¿cuénteme? Y su familia como ha estado. Pero hay otros como que no, llegan y lo más alejadito, normal, con el paciente lo que es, pregunta lo que le pasa al paciente en cuanto a la enfermedad, pero hay otros médicos que si dicen que hay que acercarse porque algo interno debe tener ese paciente que hace que esté enfermo. (J, Marín, comunicación personal, 10 de marzo del 2018).

Con lo anterior se recuerda el apartado de Judith Butler (2002), donde dice “comen y duermen; sienten dolor y placer; soportan la enfermedad y la violencia” haciendo referencia al cuerpo vivo; y es desde aquí que se considera importante la labor interpersonal de los galenos con sus pacientes desde la práctica, porque el preguntar o el dialogar los puede hacer sentir mejor, dotando con algo

de vitalidad a ese cuerpo que se encuentra en decadencia y que puede estar próximo al final de su tiempo.

Aunque no siempre el que sufre es el paciente, en muchas ocasiones el médico también lo hace desde su práctica laboral, puede ser que ese ideal fundamental de salvar vidas, de mantener aún ese cuerpo funcionando, conservando aquello que representa ese cuerpo para la familia, se siga manteniendo por un periodo de tiempo más. Lo anterior puede verse frustrado por azares fisiológicos imposibles de controlar, desembocando en una muerte del paciente, viviendo la transformación mental y física de un cuerpo con vida a uno que ya ha perdido su funcionamiento como ser biológico y se ha convertido en otra cosa distinta, un cuerpo muerto, y así lo deja saber el médico docente Diego, cuando recordaba una de sus primeras decepciones:

No pues fue muy duro, yo no estaba a cargo de la atención, está el especialista, la residente. Yo estaba, yo era estudiante otra gente digamos de mayor nivel de formación que yo, pero no, fue muy traumático, fue una reacción de impotencia absoluta, ver cómo como digamos uno se enfrenta a esa situación en la que ser humano perdía la vida. (D, Lucumi, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

También está, la experiencia comentada en medio de su frustración por el médico Oscar, cuando se refería a un paciente que tenía una “*patología Crónica o cuando ya está avanzada, hay como que la gente entiende que en ese momento, que la muerte se le puede presentar en cualquier momento y de alguna manera lo aceptan más.* (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Desde este momento, Oscar (2018) se refiere a este hecho como un acontecimiento traumático. Cuando él recuerda la pérdida de su primer paciente, asegura que fue un momento que le generó mucho dolor y que marcó desde ahí su labor como médico en las prácticas profesionales siguientes.

Efectivamente lo más complicado de trabajar con seres humanos desde la parte médica es reconocer la decadencia biológica del cuerpo vivo, y como este empieza por una razón u otra un proceso gradual de deterioro, que debe ser afrontado por los médicos tratantes y aceptado por la familia, empezando por reconocer el acontecimiento de la muerte y como el sentido simbólico del cuerpo muerto se interpretará de ahí en adelante.

3.2.1.2. ¡Y cuando llega la muerte!

A partir de estas prácticas, se empieza a pensar acerca de la muerte o en el cuerpo muerto como algo completamente “biológico al que le dan un tratamiento social específico de acuerdo con el estado de evolución humana y proceso de civilización” (Elías, 2008. p. 13) debido a que el mismo cuerpo sigue ocupando un lugar y se comunica de manera representativa desde un lenguaje simbólico que puede ser interpretado desde puntos de vista distintos, desde la visión de la práctica médica, del familiar o del practicante de medicina porque “el humano no es una mera colección de órganos y de funciones dispuestas de acuerdo con las leyes de la anatomía y de la fisiología, sino que por encima de todo es una estructura simbólica”(Duch y Mélich, 2005, p. 247), que tiene una representación única formada por su paso temporal por este mundo y que deja un significado en todos aquellos con los que se relacionó de una manera u otra.

Desde el punto de vista expuesto anteriormente, resulta interesante ver cómo la idea de cuerpo muerto cambia de una persona a otra a partir del punto de vista que se utilice, por ejemplo, para un médico, y desde su práctica, el cuerpo de una persona que acaba de morir deja de ser.

Una parte física, que pueda expresar dolor o manifestar sufrimiento, pero pienso que es la misma consideración de los familiares y de los seres que están alrededor, de tratar ese cuerpo con muchísimo respeto, con muchísimo cuidado, de cubrirlo, de garantizar a la familia que no vea una persona completamente transfigurada, transformada. (M, Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).

Aunque, la parte biológica de un ser humano ha desaparecido cuando pierde la vida, es importante tener en cuenta que el cuerpo muerto aún conserva un sentido de tipo simbólico para la familia y de alguna manera también para su médico, porque para él, ese cuerpo sin vida empieza a tener una representación simbólica desde el significado que tenía para la familia. Para el médico ese ya no es un cuerpo muerto, sino que adopta la connotación del cuerpo de la familia y es a partir de su práctica laboral o académica que debe dar un manejo apropiado a esa situación, teniendo en cuenta el dolor presente en el ambiente.

Desde este punto de vista, se hace necesario un respeto particular sobre el cuerpo inanimado que yace postrado en la cama, el cual está siendo llorado por los familiares que lo acompañaron. Es, en este instante, en el que los médicos deberían reflexionar acerca del cuerpo sin vida, de un familiar o

amigo que se fue; y es por eso, que este proceso debe manejarse de un modo adecuado, aceptar que es: *Una transición, es un llorar, entonces, uno tiene que permitirles a las personas que ven en su ser querido, que falleció permitirles esa transición. (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).*

Así lo mencionó el doctor Oscar (2017) en el apartado citado anteriormente de su narración biográfica, la cual deja en claro que como médico se hace necesario el respeto y aceptación del rito de la despedida por parte de los seres queridos.

De igual manera es interesante ver cómo los médicos y practicantes de alguna manera generan un vínculo con aquel paciente que acaba de perder la vida, pero el vínculo desde la práctica no lo hacen al cuerpo como tal, sino a la memoria, al símbolo que llegó a representar. Como lo menciona el médico Oscar:

Es decir uno no hace un apego al cuerpo, uno hace apego a la memoria me explico, a lo que fue la persona, a lo que se le trabajo, por sacarlo adelante, lo difícil que fue y que desafortunadamente perdimos la lucha, pero el cuerpo realmente nosotros, uno lo mira, o puede ser que es parte de la frustración y para qué lo miro, no sé si de pronto sea una negación, una no aceptación del fracaso, es posible que sea eso. (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede entender el sentir de los médicos y practicantes, cuando uno de sus pacientes se muere. Es el sentimiento de impotencia y de frustración por no haber podido cumplir con su objetivo principal, el cual era salvar o prolongar la vida de un ser humano; dejando ver de esta manera cómo se forma una representación sobre el cuerpo vivo a partir de la vivencia o experiencia de pérdida de un ser humano desde un punto de vista médico.

3.2.1.3. El cuerpo muerto, se crea desde las prácticas.

Con referencia a las prácticas que realizan dentro de su labor académica y profesional los estudiantes y médicos, es preciso señalar que se relacionan de manera directa o indirecta con el cuerpo muerto, debido a que sobre este reposan algunas representaciones de tipo cognitivo y social, ya que todos ellos que ejercen la medicina, pertenecen a un grupo específico o una cultura, donde han construido múltiples relaciones sociales a partir de su interacción con el entorno y discursos que

los permean, dando significación a sus concepciones acerca de la realidad a la que se enfrenta desde su quehacer sobre la muerte.

Entonces, es importante tener presente que dentro del contexto en el cual se encuentran los médicos o futuros médicos, la percepción del cuerpo muerto, pueden variar según las creencias y normas establecidas o impuestas desde las prácticas de formación, por las que cada uno de los profesionales pasó. No obstante lo que determina la forma como el profesional en salud aborda al sujeto, o en este caso al objeto -según los términos médicos- en términos sociales es como lo dijo Thomas (1983) haciendo referencia a que “el cadáver impulsa al hombre a conductas ambivalentes: repugnancia o respeto, deseo de conservarlo o mutilarlo, cuidados minuciosos de que se lo rodea o abandono sistemático” (p. 298) dejando ver que el cuerpo puede recibir múltiples formas de trato, pero todas ellas parten desde las prácticas que se realicen con él.

Es decir, que desde la representación que se ha formado del cuerpo muerto, los médicos ven de buena forma el rito de la despedida que realizan los familiares, para con su ser querido, aceptando así, desde su condición de médico el momento de encuentro espiritual que hay entre el cuerpo sin vida y su familia.

Es una transición Si, es un llorar, Entonces, uno tiene que permitirles a las personas que ven en su ser querido que falleció permitirles esa transición Yo pienso que el cuerpo es para hacerle el Rito y todo eso hace una transición, de que esa persona no va a estar con ellos más y es para liberarlo, es más una cuestión espiritual. (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

En cuanto a lo mencionado por el doctor Oscar (2018) anteriormente, podemos evidenciar que desde de los distintos tipos de prácticas laborales o académicas que realicen los médicos, las representaciones que se pueden formar alrededor del cuerpo vivo o muerto, pueden ser variadas, partiendo de la percepción, la experiencia, la formación o cualquier forma de vínculo con un paciente en estado crítico, sin embargo la doctora Martha (2018), ve de manera distinta al cuerpo ya sin vida, sin dejar de lado el respeto por el cadáver y sus allegados.

Ya no hay una parte física que pueda expresar dolor o manifestar sufrimiento, pero pienso que es la misma consideración de los familiares y de los seres que están alrededor, de tratar ese cuerpo con muchísimo respeto, con muchísimo cuidado, de

cubrirlo, de garantizar a la familia de que no vea una persona completamente transfigurada, transformada. (M, Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).

Aquí, hay otra apreciación de lo que representa en cierta medida el cuerpo muerto para los médicos, sin sonar peyorativo, pero es una visión que representa lo que se ha formado al interior de la mente de los galenos, influenciados por procesos de formación académica o por la práctica hospitalaria de carácter permanente, fijando una posición de racionalidad frente a las dinámicas que rodean al cuerpo muerto, su manejo y al papel de la familia en esta etapa de duelo.

Un objeto, usted puede decir eso con toda la argumentación posible, agua y carbón un poco elementos y listo, pero usted tiene un apego qué es lo que yo respeto, ese cuerpo no porque yo sepa particularmente algo sobre ese cuerpo, hago transferencia con familiares que se han ido y que no me gustaría que lo maltrataran y que me gustaría hacerle el duelo, si me explico, porque es parte importante de esa construcción social que se tiene; en otras culturas lo quemaron, en otras culturas lo enterraron, en la cultura de nosotros y estamos sujetos a ese devenir de la construcción social que se ha hecho sobre los cuerpos ya, a esta época es quemarlos, pero hace 30 años eso era ni pensarlo en nuestra cultura. (O, Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Resulta interesante, ver que la óptica de los médicos sobre la muerte puede tomar connotaciones diversas, depende todo del punto de vista que ellos adopten y la relación de apego que se llegue a presentar, mostrando que la construcción social que se tenga acerca del cuerpo muerto, exhibe una relevancia a partir del contexto histórico y cultural en el que se encuentre el cuerpo como objeto simbólico para los actores presentes en esta escena de tristeza y dolor.

Entonces yo me sentí súper mal e impotente al no poder hacer nada, decir ¡oiga por que hacen eso! Por qué juegan con la vida de los niños así, sabiendo que el hospital de Kennedy está a cinco minutos, porque la tienen que traes acá, sabiendo que no hay UCI, acá no hay como realizar los procedimientos que necesita un código de estos, eso de rabia y a la vez impotencia como no poder coger a un tipo de eso y decirle ¡por que hace esto! (J, Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

En la cita anterior, se hace evidente el sentir propio de un practicante de medicina que siente indignación por los acontecimientos que rodearon a la muerte de una niña, que llegó por negligencia al hospital en el que ella se encontraba esa noche, y que por ser de un nivel básico no pudo prestar atención apropiada a la niña, razón por la cual falleció. No obstante, a este acontecimiento Juanita (2018), afirmaba que había sido muy triste pero que igual era un acontecimiento que se tenía que afrontar con tranquilidad y pasar la página porque su labor como médica aún continuaba después de ese triste momento.

Respecto a lo mencionado por Juanita, cabe resaltar que los médicos y familiares al estar en contacto con el cuerpo muerto de forma parcial, lo configuran como un lugar de encuentro, donde en el y a través de él, se puede humanizar o deshumanizar (Duch y Mélich, 2005), al cadáver, debido a que ese cuerpo sin vida, se ubica en un lugar y tiempo determinado donde posibilita la creación de relaciones éticas, que se dan a partir de prácticas compasivas que se pueden dar frente a la familia o con el cuerpo.

A partir del punto de vista anterior, se puede notar como los médicos y en este caso los practicantes, han desarrollado -por decirlo de alguna manera- una visión técnica sobre la muerte, que los hace ser más prácticos y eficientes dentro de su labor médica, pero que, en el contexto o perspectiva de la gente del común, sería entendida como insensibilidad hacia el acontecimiento fatal que acaba de ocurrir con su ser querido, lo anterior se puede ver en el testimonio de Juanita cuando afirma que: *Si un paciente no es muy cercano a mí, como que no tengo mucho trato, simplemente lo vi esa noche y esa noche falleció como que no toca muchas fibras en mí. (J. Caceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).*

Aunque, al ser humanos nos encontramos dotados de sentimientos y es inevitable que se genere un pensamiento acerca del cuerpo muerto. Es interesante ver como desde la perspectiva que se mire el cuerpo muerto, cobra cierta validez o no, es el hecho de dotar a un cuerpo muerto de humanidad.

Es una dualidad, porque en ambos casos, cuerpo vivo o muerto, el sujeto cobra un significado que comunica sensaciones a los demás. No obstante, en muchas ocasiones, desde el punto de vista médico es considerado como un objeto que puede ser manipulado y estudiado, ya que entre el cuerpo sin vida y el médico no hay un vínculo sentimental fuerte que le de un significado distinto al de un ser humano que dejó de funcionar, hasta el punto que la “investigación médica trata el cuerpo como

un objeto (...) cuyos órganos desfallecientes o arruinados pueden ser reemplazados” (Detrez, 2018, p. 144).

Aquí la gente con la muerte tiene cierto morbo al cuerpo y como es un cuerpo muerto y qué pasó con el cuerpo. Entonces yo creo que evitar esas exposiciones que generan ese tipo de novela y el morbo alrededor de lo que es la muerte y el cuerpo muerto. (D. Lucumi, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

Finalmente, y con base en la cita del médico docente Diego, se puede ver como la connotación de cuerpo vivo o muerto puede llegar a ser distinta, desde el punto de vista en el que se mire o el contexto en el que se encuentren las personas que rodean al cuerpo, sean allegados o médicos tratantes, la representación que adopta el cuerpo desde las prácticas será diferente por la manera en la que se constituyen, sea desde la práctica académica o desde la visión cultural que ha tomado el cuerpo. También se hace visible la manera en la cual las representaciones acerca del cuerpo vivo y muerto se van transformando de manera paulatina de acuerdo con las prácticas académicas o con la experiencia que se tenga a nivel hospitalario.

Es aquí, donde las prácticas de tipo académico que vinculan a los docentes y los estudiantes con los pacientes, generan de manera involuntaria una transformación de la concepción de la muerte, y su exposición permanente a ella, crea nuevas representaciones que determinan el modo en el cual se debe tratar a un paciente en estado crítico o a un cuerpo que acaba de perder la vida, es de este modo que se puede determinar que las prácticas médicas crean representaciones que determinan el actuar médico frente a un cuerpo con vida y uno que la acaba de perder.

3.3. La formación, con una impronta responsable.

*“Lo vivido se traduce en una voz que testimonia,
por algo que sólo ella conoce”*

(Arfuch, 2010).

En el análisis de los datos sobre las narrativas biográficas de la experiencia de los docentes médicos Oscar, Diego, Martha y de las estudiantes de medicina Carolina, Jessica y Juanita se produjeron dos subcategorías: la formación desde de la academia y, la otra desde la experiencia, las cuales muestran cómo los participantes han construido las representaciones sociales sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto a partir de su proceso formativo. Se encontraron referentes que les permiten

perfilar su actuar a nivel profesional como médicos y abordar de forma compasiva las situaciones concernientes al cuerpo vivo con una enfermedad terminal, al cuerpo muerto y a sus familias.

A continuación, se retoma el concepto de formación sin desconocer su amplia diversidad conceptual. Aquí, en el texto se entiende como un proceso de reflexividad frente al quehacer médico desde la compasión, el reconocer la condición de finitud y a la relación de alteridad con el otro. Formación que se da en aspectos mínimos desde la práctica académica adquirida en la facultad de medicina. Pero, los médicos docentes y estudiantes construyen dicha formación desde su experiencia a nivel personal, familiar, social, laboral y profesional. Vivencias que les han permitido formarse y autoformarse en los aprendizajes relacionados con la muerte, en el trato compasivo y en el respeto por el cuerpo vivo y cuerpo muerto.

3.3.1. Formarse frente a la muerte ¿es una opción?

Con base, en el estado del arte que se revisó en las narraciones de los participantes sobre la formación universitaria en medicina se encontró que, en algunas facultades, principalmente hacen un énfasis académico en lo que tiene que ver con formar a los estudiantes en términos de cómo curar, medicar y salvar vidas, pero muy poco sobre las implicaciones relacionadas con la muerte. Para el doctor Oscar *cuando uno está haciendo el pregrado, el entrenamiento de nosotros es básicamente, es a salvar vidas, realmente todo el entrenamiento de toda la carrera casi hasta noveno, décimo semestre es hacia salvar vidas. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).*

En dicha formación, no se tiene en cuenta el binario de muerte - vida, sino que la facultad de medicina se enfoca en formar en el sentido de vida, se centra en que la intervención sea para mejorar la calidad de vida de los pacientes, mas no para un buen morir. Según lo que expresan los entrevistados en las facultades de medicina no se tiene una intencionalidad explícita para formar a sus estudiantes en cómo establecer “una relación compasiva y de alteridad con los otros” (Mélích, 2002) y, por ende, que en la practicidad de la medicina reconozcan el cuerpo como sujeto de “respeto y compasión” antes y después de estar muerto (Mélích, 2015).

Las narrativas de las estudiantes Jessica y Carolina explicitan que en la academia de medicina hay una asignatura y algunos talleres que dan algunas pautas relacionadas con el trato a los pacientes en general, pero no hay un proceso formativo, ni temáticas que manejan lo concerniente a la muerte, el cuerpo vivo a punto de morir, el cuerpo muerto, ni con las familias.

Semiología clínica, esa materia es como tratar un paciente, es cómo abordar un paciente, ahora en medicina interna ya vemos seguridad del paciente y se ve ese taller de dar malas noticias, hemos hecho el taller de cómo te gustaría a ti que te dieran una mala noticia y como no te gustaría que te la dieran son ese tipo de talleres. (J. Marín, comunicación personal, 10 de marzo del 2018).

En bioética nos inculcan cosas muy de eutanasia de respetar la muerte digna entonces es más como eso. (C. Romero, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

También, se evidencia en las entrevistas, que las universidades en la facultad de medicina sugieren a los estudiantes asistir a eventos académicos como congresos, simposios, ponencias y revisar literatura sobre el tema de la muerte. Así, lo señala la doctora Martha, cuando afirma que: *Indaguen sobre áreas de interés respecto a estos temas y que cada vez que vean que hay eventos académicos; congresos, simposios. Sobre todo, en el área de bioética, que asistan. (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).*

Entonces, se podría decir que la muerte, es un tema que está presente desde el currículo oculto, pero al cual no se le da un espacio en el pensum académico de la facultad de medicina, sino que está pensado como un aspecto de decisión propia vinculada a eventos alternativos que además son optativos para los estudiantes, como si este tema fuera una opción en su práctica médica.

Otra alternativa, que usan los docentes médicos es la literatura al sugerir a los estudiantes, algunos textos que les facilita tener un acercamiento conceptual sobre la muerte, en algunos libros se resalta la parte cultural y las creencias religiosas sobre el tema, en otros la dimensión ética. Así, lo enfatizan las narrativas de los doctores Martha y Oscar.

El poder del ahora Eckhart Tolle. Que habla de las experiencias de las personas que han tenido situaciones muy críticas y que han tenido que regresar y estar acá. Y a ellos les cambia su propia visión de vida y de muerte y un libro de Tánatos, interesante en donde ponen ya la dimensión de la muerte desde las diferentes creencias religiosas de los individuos respecto a la muerte (M. Rodríguez, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

Hay un texto de ética, el de Torres fue el primer libro de ética que me leí, en mi universidad nos daban ética y medicina legal, entonces ese librito de un profesor Torres fue mi introducción (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

En el proceso formativo de la universidad se habla de las generalidades de la muerte, de ciertas técnicas entre ellas la eutanasia que consiste en una muerte digna sin sufrimiento de un paciente con una enfermedad terminal, pero no se da un entrenamiento sobre el manejo del cuerpo muerto, del cuerpo vivo a punto de morir, la forma como dar una mala noticia tanto al paciente como a la familia, el trato hacia los mismos. Este proceso formativo se va construyendo a partir de la práctica del quehacer médico, las experiencias vivenciales relacionadas con la muerte a nivel familiar y laboral.

Las facultades de medicina y sus programas según lo analizado hasta aquí en las entrevistas pueden correr el peligro de entrar en procesos técnicos al ofrecer prácticas instrumentalizadas, que motivan al estudiante a ser más competitivo en el campo de la salud, olvidándose de formar seres humanos desde una praxis que los impulse a servir a los demás desde su ser, saber y quehacer médico como bien lo presenta, sin referirse al plano médico (Carr, 1999). Los docentes médicos lo afirman con certeza por su práctica médica durante años de experiencia, que en las universidades hay una ausencia en la formación en los aspectos mencionados.

El doctor Diego en su relato lo señala centrándose en la enfermedad terminal y la muerte:

El acercamiento con la enfermedad terminal, siempre, yo creo que ha sido en general complejo, complejo porque incluso uno desde la formación que pueda tener de médico, no necesariamente siempre hay un entrenamiento suficiente alrededor de lo que implica el manejo de una persona en una condición ya terminal. Yo recuerdo que yo tuve en toda mi formación como médico, en el pregrado sólo tuve digamos como unas pocas horas de entrenamiento alrededor del tema, y conversación alrededor del cómo manejar el tema de la muerte (D. Lucumi, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

El docente médico Oscar refiere que en la universidad no se da una formación en relación con la pedagogía de la muerte. “Realmente formación como tal para esos escenarios uno no ha tenido un

entrenamiento y no ha visto las relaciones de la formación filosófica de todo lo que es morir” (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

3.3.2. Formarse viviendo, observando e imitando a otros.

De la misma manera, un estudiante de medicina expresa en su narración la falta de esta formación dentro de su pensum académico en la facultad, para Juanita el duelo como parte de la muerte es una responsabilidad de cada sujeto, por lo tanto, lo deben afrontar de acuerdo con sus propios recursos personales, a razón de no tener un entrenamiento en este tema.

La construcción de nuevos significados y símbolos a través de las experiencias vividas en la interacción con el otro permite codificar y decodificar las reglas que están establecidas en un contexto desde la interpretación del sujeto. Según Abric (2001) “funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determina sus comportamientos o sus prácticas” (p. 13).

No es que nosotros tengamos una cátedra en la nos dicen, miren ustedes tienen que manejar el duelo, así, tienen que enseñarles a sus pacientes o a la familia de sus pacientes a manejar el duelo, así, así, así. No lo tenemos y yo creo que cada uno maneja su duelo como piensa que tiene que manejarlo, como piensa que lo tiene que afrontar, si como lo está afrontando en ese momento (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

La formación de los estudiantes de medicina en relación con la muerte y con el trato compasivo hacia los pacientes y sus familias parte de la observación que hacen del ser y actuar de sus docentes, quienes dejan huellas significativas en su vida personal y profesional, lo que les permite a los estudiantes perfilar su actuar desde el ejemplo de sus docentes para enfrentar aquello que tiene que ver con el cuerpo vivo con enfermedad terminal y con el cuerpo muerto. Tal como lo afirma Remolina (1997) en su aporte “el maestro con su conducta y con su ejemplo transmite una vida, una forma de ser, una actitud” (p.73).

Así, los docentes médicos y los estudiantes de medicina en las narrativas de sus experiencias de vida muestran que la pedagogía de la muerte se construye a partir de los ejemplos que pueden imitar de sus pares como lo señalan los docentes médicos Diego, Oscar, Martha y Juanita en varios apartados, la manera como se formaron para dar una mala noticia a un paciente que se va morir y a

su familia, también sobre el trato al cuerpo vivo y al cuerpo muerto, aspectos para los cuales no son entrenados en la facultad de medicina:

A veces lo veía uno como en sus docentes, era un tema más de observación cómo hacían ellos y cómo se aproximaban, entonces uno podía tomar o no ejemplos. (D. Lucumi, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

Dar esas malas noticias, sino que las universidades realmente no lo entrenan a uno para eso, es un ejercicio que se hace permanentemente viendo a los profesores o viendo a los colegas que lo van haciendo son los que tienen más experiencia y uno de alguna manera aprende a como dar esas malas noticias y cómo hace uno con esos pacientes (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Ellos también, van tomando sus propios conceptos de aquello que están viendo de sus profesores, de las conversaciones que tienen con sus compañeros (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).

Hay algunos profesores que dictan la cátedra y ya, pero ha habido otros que han dejado una gran enseñanza para mí como persona y para mi carrera. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

Frente a este escenario cabría preguntarse ¿Qué implicación tiene para que la práctica médica aprenda este tema tan importante únicamente por observación, imitación y no desde la reflexividad a partir de una mirada epistemológica y filosófica de lo que comprende la muerte? Proceso formativo que le daría rigor, experticia al abordaje de este tema, además lo haría más responsable, más ético y compasivo en el trato con el cuerpo vivo y con el cuerpo muerto.

3.3.3. Formación desde el hablar e interactuar con el otro

La formación desde una mirada cultural, y explicada desde el concepto de *bildung*, como un proceso constante, inacabado, no depende solo de la escuela o de las intenciones del docente, sino del mismo sujeto “ya que en la formación uno se apropia por entero de lo que forma” (Gadamer, 1997, p.39). Los docentes médicos y estudiantes buscan sus propios referentes formativos al establecer relaciones de alteridad con el otro, a partir de diálogos con sus pares, formarse desde sus experiencias vividas y las narradas por el otro, lo que les va a permitir tener otras perspectivas y

así, tomar las decisiones frente a la intervención de un paciente con patologías complejas y así mismo, en temas relacionados con la muerte.

Para la estudiante Jessica y el doctor Oscar son diálogos necesarios en el quehacer médico para aprender de la experiencia del otro. Así, lo muestran en sus relatos:

Si, entre nosotros salimos al break y comentamos mucho, hay y tu paciente que tiene o hay tengo un paciente así y así o imagínate que tengo un paciente que tiene cirrosis que tampoco los familiares le colaboran si nosotros hablamos de todo tanto del diagnóstico como lo que le está pasando alrededor del paciente (J. Marín, comunicación personal, 10 de marzo del 2018).

Tenemos normas que nos permiten tomar una decisión, pero de todos modos cuando hay casos difíciles, nos decimos, nos comentamos entre colegas, mire tenemos este paciente, decimos que probabilidades consideramos que puede llegar a tener, y se toman decisiones cuando los casos están en una zona gris, que uno realmente no sabe, hacia qué lado van. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

En el proceso de formación, es vital hablar y escuchar al otro desde sus experiencias, sus dudas e inquietudes frente a la tensión sobre una determinada intervención médica en la cual el conocimiento adquirido en la universidad quizás no da respuesta, pero en la narración e interacción con el otro se encuentra diversas alternativas.

3.3.4. Mi especialidad también me forma.

Durante la práctica médica para formarse en relación con la muerte se tiene también presente la especialidad, porque según la frecuencia en que el médico en su labor esté expuesto a estas situaciones, construye una comprensión de la muerte como algo natural.

Para continuar, se toma un concepto clave para la formación que da Foucault en su libro *hermenéutica del sujeto*, el concepto griego de *epimeleia*, “que equivale a una actitud general, a un determinado modo de enfrentarse al mundo, a un determinado modo de comportarse, de establecer relaciones con los otros” (Foucault, 1994, p.34). Es clave porque en la medida en que se asume una especialidad sobre un tema, al cual se enfrenta de forma cotidiana por su disciplina y con la práctica

se vuelve una actitud que hace parte del ser, una acción del día a día que permite formarse de un modo distinto, en este caso sobre las implicaciones de la muerte.

Los médicos docentes Óscar y Martha lo afirman en sus apartados desde la experiencia en su especialidad ya que diariamente están expuestos a las implicaciones que trae consigo la muerte y una enfermedad terminal en un cuerpo vivo, constantemente se ven en la necesidad de dar una mala noticia, acompañar a sus pacientes y a las familias, quienes ven en ellos una alternativa de que van a mejorar la salud de su ser querido.

El hecho de ser intensivista creo que es una de las especialidades que más nos expone a los pacientes en fase terminal somos los médicos de medicina crítica y cuidados intensivos. (O. Contreras, comunicación personal, 17 abril del 2018.)

En este momento me desempeño en diferentes áreas de la nefrología, tanto a nivel clínico como en trasplante y diálisis, en nefrología es muy frecuente la muerte. En el caso de muerte, hablé con la familia para que haya una sensación de comprensión de la situación que se está viviendo y cómo puede esta situación impactar de una manera positiva o negativa sus vidas. (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).

Entender la muerte es un proceso, que también se da a través de la propia experiencia de vida a nivel personal y profesional. Los médicos docentes y los estudiantes de medicina tienen sus primeros contactos con la muerte por sus experiencias personales, por ejemplo, el fallecimiento de familiares cercanos que les permiten formarse y autoformarse en este tema y desde su labor médico al estar expuestos de forma continua según su especialidad. Según Bolívar et al, (2001). “Cada relato narrativo forma parte de una determinada comunidad del lenguaje, que suele ser compartida por cada grupo social, dentro de la que los individuos dan sentido a su experiencia” (p.26).

Así, lo muestra la doctora Martha especialmente en su experiencia frente a la muerte de su padre que le permitió resignificar el sentido de la muerte dando una connotación de gratitud y naturalidad. Mientras que para Juanita al ser de tan temprana edad solo se hace la pregunta ¿Porque murió?, aunque desde su experiencia como estudiante de medicina tiene una mirada de la muerte al igual que Martha es que es algo natural.

Yo he tenido experiencias de muerte cercana en mi familia, desde mi padre, fue una pérdida accidental muy traumática. Esta fue una experiencia propia que permitió modificar la forma de ver la muerte y poder asumir la muerte con más naturalidad, tranquilidad, responsabilidad y con más gratitud, pues siempre olvidamos que detrás de aquella persona que deja este camino terrenal, hay muchas otras cosas que quedan aquí que no se van con él. (M. Rodríguez, comunicación personal, 217 de abril del 2018).

Yo viví la muerte de mi abuelito cuando tenía 12 años, yo era chiquita y me decía “porque mi abuelito, no se debió haber muerto” pero uno igual entiende que es un proceso por el cual todos debemos pasar, todos estamos destinados a llegar allá es algo que se mantiene, es algo natural, es algo que tiene que pasar conmigo, con mi familia, mis amigos, con mis pacientes es algo que se mantiene, yo soy consciente que tiene que pasar. (J. Cáceres, comunicación personal, 21 de mayo del 2018).

3.3.5. El ego del médico y la muerte.

Narrar una experiencia biográfica significativa, en este caso desde el campo laboral es darle lugar a esas vivencias que han marcado la vida del médico en su práctica, dándole la oportunidad de formarse, y asumir la muerte desde una perspectiva compasiva, al reflexionar sobre su intervención como médico y entrar a respetar la voluntad del paciente con enfermedad terminal y por ende el cuidado del cuerpo vivo al entender su estado y acompañarlo para un buen morir. Siendo lo biográfico una forma de “comprensión, visión y expresión de la propia vida” (Arfuch, 2010, p. 47).

Los docentes médicos Óscar y Martha dan un nuevo significado, una visión diferente al abordaje de las patologías de sus pacientes dejando a un lado como lo menciona Óscar “*el ego del médico*”, que la preocupación no sea solamente la intervención técnica y mecánica de la medicina, sino entender todo el contexto de lo que realmente está pasando con el paciente con enfermedad terminal, y brindarle de un forma humana y compasiva la atención necesaria.

Ese fue mi primer paciente, y cómo reaccione, lloré, sí, lloré, pero bueno, de ahí aprendí que a veces no es, como diría yo, que a veces los pacientes saben que se van a morir y que a veces uno por hacer más técnicamente, se van a sentir mejor, uno por creer que, es más bien como el ego del médico, que trató de resolver el

problema, cuando ese no es el problema, es entender la voluntad del paciente, si me explico, porque sabe que se va morir, entonces el médico tiene que conducir eso a dejarlo tranquilo. (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Conocer cómo se siente, que quiere, que piensa, que desearía en su última morada es una cosa que a mí me gusta establecer con mis pacientes, en esas condiciones. Creo que es algo que también les enseña a mis estudiantes porque hace parte de la vida y sería algo que me gustaría que hicieran con mis seres queridos o conmigo (M. Rodríguez, comunicación personal, 27 de abril del 2018).

3.3.6. La muerte responsabilidad del proceso formativo en la facultad de medicina, no del estudiante.

La formación sobre la muerte no puede quedar en la responsabilidad de los estudiantes, las universidades están llamadas a replantear el abordaje de este tema y a involucrar la pedagogía de la muerte como parte de sus procesos académicos y formativos para sus futuros médicos, con temáticas que se caractericen por la humanización desde la ética de la compasión.

Las facultades de medicina no se deberían enfocar principalmente en el quehacer médico desde una mirada netamente científica, sino plantear propuestas innovadoras donde el estudiante tenga una “formación integral que le permita desarrollar sus potencialidades y reconocerse como un ser para el servicio, capaz de construir y vivir en sociedad, en mutuo reconocimiento y respeto, consciente que es un ser para los demás” (Remolina, 1997, p.74). Entonces, a partir de las asignaturas fomentar el trato compasivo hacia los otros comprende su propia realidad.

Así, los médicos docentes Diego y Óscar plantean que es una necesidad que las universidades involucren la pedagogía de la muerte en el proceso de formación académico de los estudiantes de medicina, desde una visión centrada en la ética de la compasión, en el reconocimiento de que somos seres finitos y contingentes en un tiempo y un espacio determinado, inculcando el respeto como sujeto al cuerpo muerto y al cuerpo vivo con enfermedad terminal que facilite un acompañamiento para un buen morir y entrar así en procesos de humanización.

Donde incluso los futuros médicos reciban un entrenamiento frente a cómo manejar estas noticias, cómo tratar a estos pacientes, creo que ya en muchas partes se hace eso, hay muchos ejercicios de simulación o de práctica donde los estudiantes durante

su formación aprenden, a comunicar este tipo de noticias, aprenden a acompañar este tipo de pacientes, yo creo que no se puede, que la responsabilidad le quede al estudiante, que la responsabilidad sea del proceso de formación (D. Lucumi, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

Básicamente que sean autocríticos los estudiantes, que sean críticos, que sean auto y que critiquen todo el escenario que tiene la medicina actualmente, que lo evalúen, que lo analicen y que tome una determinación, una argumentación de que es la muerte, es que ven la muerte como el producto final, pero a veces digo yo, es peor el sufrimiento que la misma muerte (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

Para Remolina, (1997)

La formación integral del docente universitario, como primera preocupación no ha de ser acerca de los cursos que debe realizar, ni de las nuevas tecnologías sino acerca del trabajo interior que cada uno debe hacer de sí mismo: es decir sobre su ser y no sobre su poseer. (p. 73)

La muerte al formar parte del ciclo vital del ser humano se debe abordar desde todo su componente teórico, filosófico, el cual debe ser explorado en la formación académica, a partir de los constructos conceptuales, las diversas perspectivas culturales, sociales, políticas y legales que tiene la muerte, son las universidades las que tienen la responsabilidad de ofrecer una formación integral a sus estudiantes sobre este tema.

Los médicos Óscar y Diego desde su experiencia como docentes lo muestran en sus narrativas.

Yo creo que sí debe tener unas herramientas conceptuales teóricas que les permitan tener una comprensión de lo que eso implica y, pero adicionalmente adquirir unas habilidades frente a cómo manejar esas situaciones. (D. Lucumi, comunicación personal, 7 de junio del 2018).

Primero la filosofía de la muerte, es decir toca enseñar filosofía, de las diferentes culturas, desde diferentes perspectivas. Se debería hacer una inmersión en cuidados paliativos, porque es que a veces no solamente es la muerte, la muerte no es mala en sí misma sí, pero el sufrimiento puede a veces ser peor que la misma muerte (O. Contreras, comunicación personal, 17 de abril del 2018).

El papel que juega la formación como un eje articulador de los procesos académicos de la educación superior, y de forma específica en la facultad de medicina de diversas universidades, resalta la manera como los estudiantes y médicos docentes se forman a partir de un sin número de referentes relacionados con cuerpo vivo y cuerpo muerto; tomados de su propia experiencia a nivel personal. Familiar, social y profesional. Así, Ferry (1990) dirá que “Formarse es reflexionar para sí, para un trabajo sobre sí mismo, sobre situaciones, sobre sucesos, sobre ideas” (p.54). Proceso en el que el sujeto experimenta sus éxitos y fracasos en un contexto en el cual está expuesto a relacionarse de forma cotidiana con pacientes con una enfermedad terminal y con la muerte, lo que los conlleva a autoformarse, moldearse desde el ejemplo del otro, de la academia, de la literatura, del autorreflexión de sus prácticas.

Lo vivido es una historia que le pertenece al sujeto que lo vive, en la narrativa biográfica de una experiencia se rastrea la construcción sobre las implicaciones en relación con la muerte se parte de evocar recuerdos de las vivencias experimentadas por sí mismo y entrar en un mundo autorreflexivo, que permite encontrar nuevos significados al codificar y decodificar, las realidades vividas.

Para Arfuch, (2010)

No importa la verdad de lo ocurrido sino su construcción narrativa, los modos de nombrar en el relato, el vaivén de la vivencia o del recuerdo, el punto de la mirada, lo dejado en la sombra... en definitiva, qué historia (cuál de ellas) cuenta alguien de sí mismo o de otro yo. Y es esa cualidad autorreflexiva, ese camino de la narración, el que será, en definitiva, significativa. (p. 60)

Los docentes médicos y estudiantes de medicina desde su “voz testimonial” (Arfuch, 2010), narran su experiencia biográfica que “solo ellos conocen” (Arfuch, 2010), en relación con la muerte desde su quehacer médico y proceso de formación.

Entonces, en relación con la formación del médico con el tema de la muerte encontramos que se da en diversos escenarios como: los diálogos intersubjetivos con sus pares, la imitación del actuar del otro, la práctica médica y su especialidad, la revisión de la literatura y asistencia a eventos alternativos sobre el tema, las vivencias a nivel personal, Familiar y social. Se evidencia la necesidad de que los futuros médicos se han formados en el tema de la muerte desde diversas perspectivas filosófica, epistemológica, social y cultural en la facultad de medicina de la universidad para que los escenarios mencionados entren a complementar este proceso formativo en un aspecto tan importante y trascendental en la práctica médica.

4. Nuevas aperturas de una realidad que forma parte de la vida, la muerte

Para iniciar esta reflexión es necesario tener presente las categorías y ejes que fueron fundamentales para el análisis y comprensión de los hallazgos. En primera instancia, la pedagogía para la muerte se entendió como un acto de reflexión válido y necesario para pensar de una forma distinta las prácticas educativas situadas en la educación para la muerte, que conlleva a que cada uno de los actores implicados en la formación tome una posición ética y reflexiva frente a sus prácticas, y así afrontar de una forma diferente el acontecimiento de la muerte como parte de nuestra vida.

En segunda instancia esta, la categoría de formación la cual se comprendió como un ejercicio de constante reconstrucción del ser, que le permite al médico reflexionar frente a su qué hacer práctico desde la compasión y relación de alteridad (Campo, 1999 y Gadamer, 1977). Es así como la formación, es un proceso constante e inacabado que no depende solo de la institucionalidad sino también del sujeto que toma para sí todo lo que le sirve para su aprendizaje personal y profesional; es decir lo que le hace diferente de los otros y le ayuda a afrontar los sucesos que surgen en las prácticas médicas y generar así nuevos lugares de sentido y enunciación de la representación social sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto.

En tercera instancia, categoría de cuerpo entendida como una elaboración social, simbólica, emocional, afectiva que hace presencia significativa y comunica sensaciones a los otros. Por tanto, la concepción de cuerpo que se tuvo hace que su definición o significado varíen dependiendo del punto de vista con el que se observe en su relación con la muerte, debido a que el cuerpo se concibe generalmente desde la vida y no desde la muerte, siendo esta la posible razón que ha llevado a

generalizar una idea de cuerpo-objeto o en nuestro caso Sujeto-objeto, el cual será visto y analizado desde las representaciones que de él han construido los estudiantes de medicina y cómo esto puede llegar a incidir en su labor médica desde las prácticas éticas de su oficio.

En cuarta instancia, categoría de representación social comprendida como una significación y sentido de un contexto (Hall). Es importante mencionar que las representaciones sociales se construyen a nivel sociocultural, que gracias al lenguaje orientan y dan sentido a la experiencia, al transformar lo desconocido en algo familiar, estas generan construcciones mentales que actúan como motores del pensamiento, es decir que orientan hacia la interpretación o construcción de la realidad guiando de esta manera las conductas propias de los individuos que se encuentran inmersos en una sociedad, dentro de un sistema que les permite dar una significación a los hechos presentes en la vida cotidiana (Lacolla, 2005)

A partir de lo anterior, se enfatiza que no se pretendió encontrar representaciones sociales sino rastrearlas desde las experiencias narradas por los participantes en el contexto médico, lo que nos permitió encontrar huellas en las prácticas cotidianas para comprender como se producen, se construyen algunas representaciones sociales sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto.

Teniendo en cuenta las categorías anteriores: formación, representación social y cuerpo que se encuentran enmarcadas dentro de la pedagogía de la muerte, se plantearon unos descriptores analíticos (concepciones sobre cuerpo vivo, experiencias sobre cuerpo muerto, prácticas compasivas, elaboración de la práctica formativa e Intencionalidades formativas) los cuales posibilitaron la configuración de tres ejes (ideas, prácticas y referentes) estos permitieron la operatividad y análisis de los relatos biográficos narrativos, expresados en los encuentros con los participantes a partir de las entrevistas.

Fue así, como cada uno de los ejes nos permitió entender y comprender la forma como las representaciones operan, se producen y dan sentido a las prácticas cotidianas de los médicos y estudiantes de medicina.

Con base en lo anterior se relaciona la forma como se comprendió cada uno de los ejes:

Ideas: como aquellas prácticas que se han configurado mediante el lenguaje en la relación médico-familia-paciente (moribundo o muerto), en el contexto de la formación y practica

hospitalaria, las cuales posibilitan rastrear mediante la comprensión intersubjetiva las representaciones sociales, las cuales ligadas al proceso formativo y prácticas educativas han construido los estudiantes de medicina y médicos sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto.

Prácticas: como el conjunto acciones que dan pistas de cómo se producen ciertas formas de representación y cómo esas formas de representación actúan y permiten tomar decisiones en relación con el cuerpo vivo y muerto.

Referentes: como las prácticas que influyeron en los estudiantes y médicos docentes durante su proceso formativo en relación con el manejo del cuerpo vivo y cuerpo muerto que conllevan a la construcción de representaciones.

4.1. ¿Se pueden encontrar las representaciones sociales sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto?

Los hallazgos encontrados nos permitieron acercarnos al objetivo planteado, pero no a dar respuesta concreta a la pregunta de investigación, si no a comprender que las representaciones sociales no son susceptibles de encontrarse, pero si fue posible rastrear las prácticas desde el lenguaje, las cuales dieron sentido y significado a las experiencias personales, sociales y profesionales, en el contexto formativo de los médicos y estudiantes de medicina. Prácticas que desde la formación dieron pistas para comprender como operan las representaciones sociales sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto en los médicos y estudiantes.

También se pudo observar a partir de los relatos que la formación práctica o académica de los estudiantes y médicos, influyo de una manera puntual en la transformación de las representaciones sobre el cuerpo vivo y cuerpo muerto que tienen los estudiantes de medicina y los médicos docentes.

Se afirma que las experiencias formativas y prácticas que han tenido los médicos y estudiantes con relación al cuerpo que está muriendo y al cuerpo sin vida a nivel hospitalario son influenciadas a partir de las distintas experiencias de tipo formativo y practico, a las que se encuentran expuestos durante su proceso de formación. De esta manera podemos afirmar que cada estudiante y medico toma para si todas aquellas experiencias que le permiten formarse como persona y profesional (Gadamer, 1977). Es así, como los estudiantes y los médicos docentes son quienes generan en sus relatos biográficos narrativos la necesidad de una pedagogía de a muerte en su proceso de formación en la facultad de medicina.

De ahí que, llamó la atención dentro de la ejecución de las entrevistas y su posterior análisis, el modo en el que las estudiantes practicantes, se refieren de una manera desinteresada o indiferente al hecho de la muerte de los pacientes propios o de otros médicos. Al mostrar de alguna manera esa carencia de formación académica en temas como la compasión y la consideración por aquel símbolo de humanidad que ha dejado de existir.

En contraste los médicos docentes que han tenido más años de experiencia muestran una actitud compasiva y considerada hacia el cuerpo muerto, cuerpo vivo y el trato con las familias. Dejando en evidencia como el sentido de la representación se transforma a partir de la acumulación de experiencias en los diversos contextos en los que interactuar de forma cotidiana.

4.2. ¿La representación social acerca del cuerpo vivo y el cuerpo muerto, puede ser modificada durante sus procesos de formación?

Los hallazgos mostraron como la construcción social de la representación acerca del cuerpo muerto se transforma a partir de procesos formativos presentes en los distintos contextos sociales y culturales, por medio de las palabras y sentidos que esta toma en cada uno de los momentos que es evocada o significada la experiencia.

Es decir, los puntos de referencia del sujeto enunciado y significado van cambiando en el estudiante, el practicante y el médico especialista por medio de la experiencia que a través de los años ha tenido con los pacientes que han muerto. Por esta razón, la representación de muerte es diferente en el estudiante que está en los primeros años de formación a la de éste mismo cuando tiene contacto con su primer paciente muerto, a cuando ha tenido que presenciar múltiples muertes, de tal manera que el punto de encuentro con el cuerpo muerto en el ámbito médico se da a partir de las prácticas y no durante sus primeros años de formación en donde su lugar de enunciación y representación es distinto.

Es por esto por lo que, la educación y pedagogía para la muerte pueden contribuir a desmitificar la muerte como una sentencia de la vida misma, que lleva al miedo, a la desesperanza y a la incertidumbre; con el fin de poder superar el tabú que gira alrededor de ella y así podernos mirar los unos a los otros y descubrirnos como seres mortales incapaces de evitar el desenlace de nuestra vida, la muerte (Méliç, 2002).

De esta manera, el trabajo nos dio la posibilidad de ver la muerte desde la perspectiva de la vida, pues, la intención no era solo rastrear las representaciones sociales sobre las implicaciones de la muerte como una realidad del sujeto, sino de proporcionar elementos que le permitan al ser humano comunicar y transformar sus experiencias de vida. Así mismo, valorar las relaciones con el mundo y con los otros; y construir vínculos desde la humanidad, que nos permita ver al otro desde el amor, el compromiso, la solidaridad, la finitud, la compasión y el respeto.

Así, se hace evidente que la formación es uno de los factores que influye en la construcción o transformación de las representaciones sociales que se tienen acerca de la muerte. Pero cabe enfatizar que la formación no es solo aquella que se imparte a nivel académico; es importante tener claro que este proceso se da en todos los contextos en los que se encuentra el ser humano debido, a que la construcción de una representación se da por la interacción socio-cultural de los seres humanos y es de esta manera que la formación ya sea en el ámbito social, familiar o académico crea y recrea distintas visiones sobre lo que es la muerte.

Lo anterior se ve afianzado en el caso de los médicos, los cuales dejaron ver en sus relatos que la muerte o su concepción de ella había cambiado debido a su cercanía con situaciones críticas. Ejemplo de ello es que los médicos referencian con más respeto el cuerpo muerto que los estudiantes, los cuales lo perciben como un sujeto/objeto de su aprendizaje. Es entonces, donde se puede sugerir a las instituciones de educación superior que brinden un proceso de formación a los médicos con un enfoque hacia un manejo ético de los momentos que rodean la muerte de un paciente.

Así mismo, en el ámbito de la medicina, los espacios de formación le han permitido al estudiante y a los médicos decodificar la idea de cuerpo; conceptos que a través de las prácticas han codificado teniendo en cuenta las construcciones representacionales que surgieron desde el lenguaje y el contacto con el otro. Por consiguiente, las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto están sujetas a las experiencias y al contexto médico, el cual posibilita la interlocución y la representación de nuevas realidades tanto de forma personal como social de los diferentes actores.

Para concluir este apartado, es posible pensar que una formación desde la pedagogía de la muerte pueda favorecer o fortalecer prácticas más humanas que ayuden a los estudiantes de diversos niveles académicos y profesionales a “comprenderse y comprender a los demás en el tiempo como sujetos finitos, contingentes, promotores de justicia y reconciliación” (Mélích, 2015, p. 169).

4.3. La educación y pedagogía para la muerte un desafío de todos

¿Es pertinente hablar de educación para la muerte en la formación de los médicos?

El debate de la pedagogía de la muerte es entender cómo vivimos, más que el acto mismo de morir pues este hace parte de lo que estamos viviendo (Mélich, 2002). Es decir que incita a que el ser humano recupere su conciencia de mortalidad y de compasión frente a los otros, en una sociedad que antepone los valores materiales y el egoísmo a los que son realmente vitales y nos hacen humanos. Por ende, se hace indispensable tener una visión más significativa de nuestra realidad finita desde las prácticas educativas situadas en la educación para la muerte y así comprender que no somos eternos y que la fragilidad de nuestras vidas, las emociones, la espiritualidad, el amor y la muerte hacen parte de nuestra práctica humana.

Lo anterior se hace evidente desde los hallazgos encontrados en las entrevistas donde los médicos docentes y estudiantes, hacen énfasis en la ausencia de una pedagogía de la muerte en el proceso de formación, este se convierte en un espacio de poca reflexión, por lo tanto, la pedagogía para la muerte como una posición ética le posibilita a la formación una mayor reflexividad, y no solo como un espacio para la bioética y el duelo.

La pedagogía de la muerte permite que se dé una reflexividad formativa del cuerpo para que este sea pensado de manera diferente como una elaboración sociocultural simbólica, afectiva, emocional, eufórica y que se construye de manera constante a partir de sus acciones y significaciones. Es decir, que una educación para la muerte deja de ver el cuerpo como una colección de órganos y de funciones de acuerdo con las leyes de la anatomía y lo promueve como una estructura simbólica, un ente en continuo estado de metamorfosis que siempre tendrá algo que decir a los otros desde sí (Duch y Mélich, 2005).

4.4. Retos para educar desde una pedagogía para la muerte

Es a partir de estos análisis que se propone la implementación de cátedras a nivel de formación médica, enfocadas hacia una ética de la compasión sobre el cuerpo vivo, el cuerpo muerto, el trato a la familia y en general al manejo de situaciones en las cuales la muerte esté presente y pueda hacer la diferencia entre la tranquilidad familiar y personal por parte del médico.

Por tanto, promover programas centrados en el desarrollo de la conciencia de finitud y la comprensión de la complejidad humana ante las diferentes circunstancias que le presenta la vida a

nivel de su salud, donde se vinculen prácticas compasivas en el cuidado de los pacientes que están en proceso de morir; al igual que comprender sus temores, desaciertos y ansiedad, frente a la muerte que conlleve a un trato más humano en la regularización de las emociones a nivel profesional con los pacientes y sus familiares de una manera donde se reconozca la complejidad de cada uno de los actores que intervienen alrededor del paciente, evitando choques culturales y angustias para todos.

Algunos estudios realizados mostraron aspectos favorables de la formación en personal de enfermería (Schmidt-RioValle et al., 2012), (Garavito, 2011), (Edo-Gual et al., 2011), (Álvarez-del Río et al., 2015) y (Morillo-Martín et al., 2016). Lo cual ha conllevado a conclusiones significativas en las cuales los procesos de formación sobre la muerte han llevado a una comprensión del fenómeno en los profesionales, disminuir el miedo a la muerte, a mejorar la competencia ante la muerte de los participantes, ayudando así el acompañamiento que estos le hacen a sus pacientes y a aumentar la conciencia de finitud en cada uno de ellos.

Según lo anterior, la intención es, que los profesionales que se han formado en el área de la medicina estén capacitados para trabajar con pacientes terminales y moribundos, brindándoles cuidados y acompañamiento asertivo en el proceso del fin de la vida. De esta manera se puede concluir, que es posible aprender sobre la muerte durante el proceso de formación a partir del entendimiento de las representaciones sociales que poseen los médicos de las facultades de medicina para que puedan afrontar la realidad de la finitud de cada ser humano, abordada desde la ética y la compasión.

Es importante resaltar, el aporte que la pedagogía de la muerte propone que es el rescate de esa posibilidad que tiene el profesional de la salud de relacionarse y acercarse a los pacientes que se encuentran atravesando por una enfermedad, es incentivar en aquellas personas que se encuentran en formación, al acercamiento de su labor hacia la realidad de cada paciente, es mostrarle que la compasión por el otro también se puede convertir en parte de su labor médica.

Es interesante ver, cómo a partir de este estudio se pudo evidenciar que la concepción de la muerte y del cuerpo con vida tiene múltiples connotaciones, a partir del contexto en el que se encuentre y es a partir de allí, que se hace una reflexión en la que nos aventuramos a proponer la pedagogía de la muerte como un área que puede estar inmersa en diversos niveles de la enseñanza y formación del ser humano.

Lo visto en este proyecto muestra a la pedagogía de la muerte como una posición ética y reflexiva que le permite al ser humano aceptar y entender de manera apropiada el hecho innegable de su finitud, y le enseña la manera en la que, a partir de su representación social de la muerte, puede asimilar o afrontar la pérdida material de un ser querido, pero respetando el significado simbólico que dejó ese ser humano que ya no hace parte de este mundo. Por lo tanto, la educación debe asumir el desafío de crear espacios formativos que posibiliten la reflexión sobre la muerte.

Desarrollar esta investigación con participantes de otras facultades como la de educación, sería interesante poder comprender las representaciones sociales que han construido sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto durante su experiencia y proceso de formación, daría unas bases para que la educación y la pedagogía de la muerte se inicie desde los primeros años de escolaridad primera infancia, primaria, secundaria y media, de la misma manera la universitaria, para que este proceso de formación permita a los futuros seres humanos afrontar de una manera distinta la muerte, reconocer su condición de finitud y le facilite establecer una relación de alteridad en los diversos contextos en los que se desarrolla.

Por consiguiente, la pedagogía de la muerte como campo emergente de la educación, debe propender una reflexión sobre la vida y sobre la muerte en las diferentes etapas de la formación, por medio de investigaciones que favorezcan la inclusión curricular de la muerte en las prácticas educativas. Y así, ayudar a los hombres y mujeres de nuestra época a transformar la conciencia personal, colectiva y social; cuestionar las creencias sociales predominantes sobre la muerte que se han instalado hegemónicamente a nivel cultural; y contribuir a la construcción de nuevos paradigmas desde los cuales, lo humano se hace visible a través de la naturalización de la muerte en la educación. Es decir, darnos cuenta de que el morir está en constante tensión con el vivir y entrelazados de una manera dialéctica.

De este modo, resulta indispensable crear programas de formación científica, emocional, actitudinal y biopsicosocial, que le ayuden al profesional de la salud a afrontar de una manera distinta la muerte, la cual en muchas ocasiones se vislumbra como un fracaso que lleva a la culpa y a la tristeza, dado que, desde su formación académica se ha planteado el cuidado, la preservación y la prolongación de la vida como algo inherente a su profesión.

Para finalizar este punto, sería importante seguir profundizando sobre la educación para la muerte en todos los niveles de la educación, en especial en el campo de la medicina, y proponer proyectos que indaguen sobre los factores que inciden en la transformación de las representaciones sociales sobre el cuerpo vivo y muerto en la formación y educación. También sería interesante desarrollar programas de formación sobre la muerte en las facultades de medicina que posibiliten comprender y analizar en qué medida una formación para la muerte puede permitir a los médicos relaciones más humanas y compasivas. Indagar como los estudios posgraduales que influyan en la construcción de las representaciones sobre cuerpo vivo y cuerpo muerto

4.5. La muerte hace parte de la construcción de nuestro proyecto de vida.

En este punto se hace importante, cuestionar las creencias sociales y culturales hegemónicas que giran alrededor de la muerte como acontecimiento lejano para el ser humano y ante el cual impera el miedo, y no como un escenario que le da sentido a lo más bello del ser humano, la vida, y sus relaciones con el otro en un contexto humanizador (Cortina, 2010).

Según lo anterior, la muerte no es un hecho que se deba esconder, ni mucho menos temer, sino sobre el que se debe educar ya que hace parte de la realidad humana. Es decir, existir para la vida y no para la muerte, donde aprendamos a vivir los acontecimientos maravillosos que se nos presenta cada día y valorar a las personas que caminan con nosotros a nuestro alrededor.

En otras palabras, normalizar la muerte mediante un paradigma emergente que busque comprender y dar sentido a nuestras vidas y a la de los otros, desde el respeto por aquello que llamamos cuerpo. La muerte entendida como un acontecimiento frente al cual no hay que temer pese a que es ineludible, sino asumir el desafío de admitir su presencia tácita, permanente y real en medio de nosotros como esencia propia de la vida (De la Herrán y Cortina, 2008).

De esta forma, la representación social de cuerpo vivo demarca la corporalidad que permite ubicarnos y ser signos interrogativos y sociales que comparten experiencias con el otro en la construcción de sociedad. Por tanto, somos cuerpo, somos muerte, dos realidades implícitas que desde la formación deben ser tenidas en cuenta, pues lo que somos permite relacionarnos como humanos o no. Pues, reconocer la finitud nos permitirá vivir la vida de una manera diferente, aprovechando cada momento de nuestra historia y las personas que caminan a nuestro lado no como

extraños sino como compañeros de una misma realidad que tarde o temprano llega en el proceso natural de la vida.

Es así como, vivir la vida como si no fuésemos a morir y ver la muerte como algo lejano y pesimista de nuestra realidad de vida, nos imposibilita darnos cuenta de lo que somos realmente, seres finitos. De esta forma, la muerte debe hacer parte de la construcción de nuestro proyecto de vida y la educación debe darle campo a una formación del sujeto para que comprenda la muerte en sus múltiples contextos.

4.6. Limitaciones

Volver sobre los relatos de las personas con el fin de ampliar los sentidos y prácticas desde otros escenarios en donde se puede tener un contacto más cercano con el cuerpo vivo y muerto. Por ejemplo las enfermeras y auxiliares de enfermería

Referencias Bibliográficas

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Coyoacán: México.
- Álvarez, T. Luisa, M. (2011) *Representaciones sociales sobre la muerte en un grupo de médicos Alópatas y alternativos 2009-2011*.(Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Asunción Álvarez-del Río, Uri Torruco-García, José Daniel Morales-Castillo, Margarita Varela-Ruiz (2015). Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa. *Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(5). 630-637
- Arfuch,L.(2007). Espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Buenos Aires: fondo de cultura Económica.
- Bolívar,A.Domingo J. Fernández,M. (2001). La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología. Editorial la Muralla S.A
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós. Buenos Aires.
- Butler, J., & Pons, H. (2009). *Dar cuenta de sí mismo: violencia ética y responsabilidad*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Caicedo B. Martha L. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(2). 332-339.
- Campo, R. y Restrepo, M. (1999). Formación integral. Modalidad de educación posibilitadora de lo humano. *Formas en Educación*, (1), 45-72
- Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. (2017). Educational process in palliative care and the overhaul of thinking. *Invest. Educ. Enferm*, 35(1). 17-25
- Carr, W. (1999). ¿En qué consiste una práctica educativa? *Una teoría para la educación*. Madrid: Morata
- Cortina, M. y Herrán, A. de la (2005). Cine y educación para la muerte II. *Making of: Cuadernos de Cine y Educación*, 36. 20-33.

- _____ (2008). Cine y educación para la muerte III. *Making of: Cuadernos de Cine y Educación*, 55. 30-42.
- Da Silva Machado, R, De Araujo Lima, L.A., Freitas da Silva, G.R., De Souza Monteiro, C.F. y Rocha, S.S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*, 20(45). 91-97. doi: 10.14198/cuid.2016.45.10
- Détrez, Christine (2017). *La construcción social del cuerpo*. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá.
- Dos Santos JL, Corral-Mulato S, Bueno SMV, Robazzi MLCC. (2016) Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. *Invest. Educ. Enferm*, 34(3). 511-517.
- Duch, Lluís y Melich Joan (2005). *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana*. Editorial Trotta: Madrid.
- Elias, Norbert (2008). *La soledad de los moribundos*. Fondo de cultura económica. Centzontle. México D. F
- Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*, 16(4). 430-446. doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.3
- Estramiana, A, Luis. F, Fernández, Beatriz (2006) *Representaciones sociales de la mujer*. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Farr, R.M. y Moscovici, S. (1984). *Social representations*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Ferry, Gilles (1990). *El trayecto de la formación. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. México: Paidós educador
- Foucault, Michel. (1994) *Hermenéutica del sujeto*. Traducción Álvarez-Uría. Madrid: Ed. de la Piqueta. pp. 33-74
- _____ (1966). Topologías. *Revista Fractal*, 48, 39.

- Gadamer, Hans Georg (1977). Conceptos básicos de humanismo. Formación. *Verdad y método*. (pp. 38-48). Salamanca: ediciones sígueme.
- Gómez M. y Osorio H. (2015). Representaciones sociales de la educación para la salud: docentes facultad de medicina, universidad de Antioquia. *Revista facultad nacional de salud pública*, 33(1). doi: 10.17533/udea.rfnsp
- González, Bibiana & Pulido Óscar. (2014). *Cuidado de sí como principio educativo*. Educación y ciencia. Número 17. Pp. 125-143
- Hall, Stuart. (1980). *Codificar y decodificar*. En Cultura, Media y Lenguaje, London, Hutchinson.
- _____ (1997). *Representation: Cultural representations and signifying practices*. Sage publications: London. p. 13-74. Traducido por Elías Sevilla Casas
- Herrán, A. de la y Cortina, M. (2005, 06, 27). El valor formativo de la muerte. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2005/06/27/cvalenciana/1119899882_850215.html
- _____ (2006). *La muerte y su didáctica. Manual para Educación Infantil, Primaria y Secundaria*. Madrid: Universitas.
- _____ (2007). Introducción a una Pedagogía de la muerte. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, 8. 127-144.
- _____ (2008a). La Educación para la Muerte como Ámbito Formativo: Más allá del Duelo. *Psicooncología*, 5 (2-3). 409-424.
- _____ (2008b). La práctica del acompañamiento educativo desde la tutoría en situaciones de duelo. *Tendencias Pedagógicas*, 13. 157-173.
- _____ (2008). La educación para la muerte como ámbito formativo: más allá del duelo. *I.E.S Pedreguer psicooncología*, 5(2-3). 409-424.
- _____ (2011). *Pedagogía de la Muerte a través del cine*. Madrid: Universitas.
- Herrán, A. de la (2011). Fundamentos para una Pedagogía de la muerte. En M. Cortina y A. de la Herrán (Eds.). *Pedagogía de la muerte a través del cine*. Madrid: Universitas.
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Sendai. Barcelona.

- Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses (2015). Comportamiento del homicidio. Colombia, 2015. *Forensis* 17(1). Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/2.+HOMICIDIOS.pdf/70a4c34b-920c-465b-9902-936ffeab4afd>
- Jaramillo Pabón J. (2017). *Educación para la muerte: imaginarios sociales del docente y del estudiante universitario en Colombia: un estudio biográfico narrativo* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Junqueira, Lilia. (2006). Notas sobre la noción de representación social en la sociología contemporánea. Los conceptos de simulacro y de habitus. *Revista colombiana antropología*. pp 157-177.
- Lacolla, Liliana. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista electrónica de la red de educación*.
- Ley 57 (1887)
- Lopera Betancourt M, Arias Valencia M. (2017). El interés de las enfermeras por el alma de los pacientes en proceso de morir: asuntos culturales y espirituales. *Imagen Desarr*, 19(1). 47-63. doi: 10.11144/Javeriana.ie19-1.iepa
- Mazzetti Latini Carolina (2017). Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. *Andamios*, 14(33). 45-76
- Melich Joan-Carles (2002). *Filosofía de la finitud*. Barcelona, España: Herder.
- _____ (2010), *Ética de la compasión*, Barcelona, España: Herder.
- Mora, Martin. 2002. Teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Atenea digital*. (2). Universidad de Guadalajara.
- Nussbaum Martha C. (2008) *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*. España: Paidós.
- Plan de estudios de la Pontificia Universidad Javeriana (20017). Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/documents/154364/0/Plan+de+estudios+Carrera+de+Medicina/0e689cf8-5498-4625-aa8f-3b4642a6e5fb>

- Quisbert, Ermo (2012). Derecho a la integridad física. *Apuntes jurídicos*. Recuperado de:
<http://jorgemachicado.blogspot.com/2012/10/dif.html>.
- Remolina, G. (1998). Reflexiones sobre la formación integral. *Rev. Orientaciones Universitarias*, PUJ (19), 71-84
- Rodríguez, P., Herrán, A. de la y Cortina, M. (2012). Antecedentes de Pedagogía de la Muerte en España. *Enseñanza & Teaching. Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 30 (2), 175-195.
-
- (2015). Pedagogía de la muerte mediante aprendizaje servicio. *Educación a Distancia*, 18 (1). 189- 212.
- Rueda, J., Garavito, L., Rodríguez, J., Solarte, R., Torres, N., Vanegas, S., & Villa, E. (2011). *La muerte: siete visiones, una realidad*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Thomas L.V. (1983). *Antropología de la muerte*, Fondo de cultura económica: México.
- Turner, Bryan (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. Fondo de cultura económica: México.
- Vargas Julio C. (2010). De la formación humanista a la Formación integral: *reflexiones sobre el desplazamiento del sentido y fines de la educación superior*. Universidad del Valle .
- Vergara, María del Carmen (2008). La naturaleza de las representaciones sociales, *revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 6(1). Manizales -Colombia.
- Wass Hennialore (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 24(4). 289-308. Doi: [10.1080/07481180490432315](https://doi.org/10.1080/07481180490432315)

ANEXOS

Etapas de trabajo

Fase 1.

Esta fase inició con la idea del trabajo de grado, la cual se compartió en clase y luego de aprobarse, en compañía de la tutora se procedió a plantear de los objetivos, la pregunta de investigación, la formulación del problema junto con los antecedentes y la justificación. Posteriormente se procedió a realizar el esquema de fundamentos con base en la construcción del documento.

Fase 2.

En los dos primeros meses de esta fase se realizó el contexto conceptual y metodológico. En los meses 3 y 4 de esta fase se elaboraron los instrumentos cualitativos, los cuales permitieron indagar sobre las representaciones sociales en estudiantes y profesores de la facultad de medicina de la universidad Nacional, el Bosque, Antonio Nariño, Andes y la PUJ.

Fase 3.

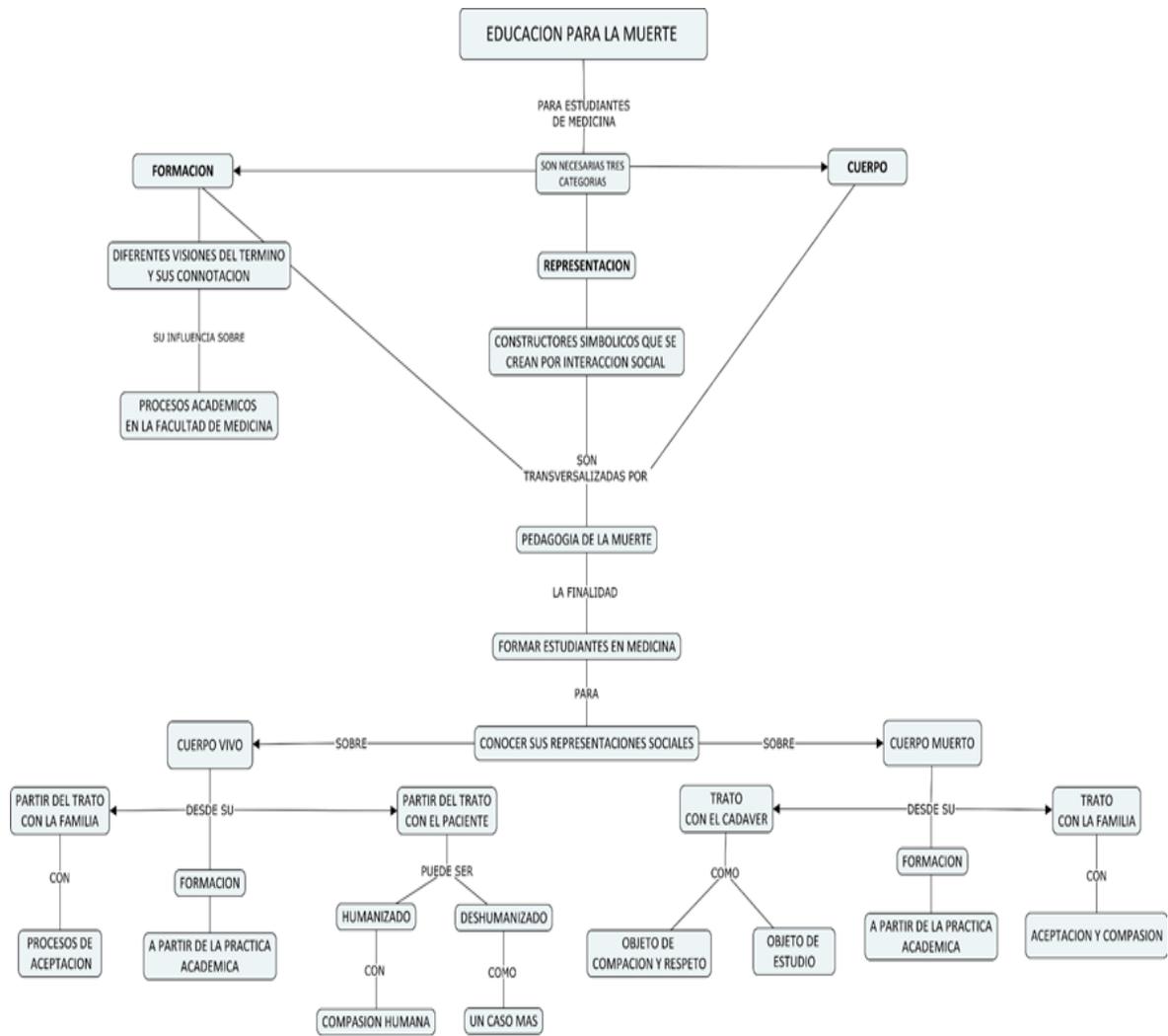
En el primer momento de esta fase se realizó la selección de la población de estudio a la cual se le aplicó el instrumento cualitativo en el siguiente mes. Con este se pretendió conocer y determinar las diversas representaciones sociales de los estudiantes y profesores de medicina. Posteriormente se realizó la tabulación de los datos obtenidos por medio de Nvivo y de forma manual con el fin de empezar a obtener información acerca de la investigación.

Fase 4.

En esta última fase se tomaron los resultados obtenidos mediante las entrevistas a profundidad y se realizó el análisis con el fin de determinar las representaciones sociales que la población de estudio tiene acerca del tema. A partir de los análisis se plantearon conclusiones y algunas recomendaciones acerca del tema trabajado.

Cronograma

| ACTIVIDADES | FASE 1 | | | | FASE 2 | | | | FASE 3 | | | | FASE 4 | | | |
|--|--------|---|---|---|--------|---|---|---|--------|---|---|---|--------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Objetivos, preguntas y formulación del problema | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Justificación, antecedentes, esquema de fundamentos y cronograma | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Contexto conceptual | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Contexto metodológico | | | | | | | | | X | | | | | | | |
| Elaboración del instrumento | | | | | | | | | | X | | | | | | |
| Selección de la población de estudio | | | | | | | | | X | X | X | | | | | |
| Aplicación del instrumento | | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| Tabulación de la información | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Análisis de los resultados | | | | | | | | | | | | | X | X | X | |
| Conclusiones y recomendaciones | | | | | | | | | | | | | | | X | X |
| Finalización del documento | | | | | | | | | | | | | | | | X |



ANEXO 2: Matriz de Edificación del Archivo

Las siguientes categorías de forma operativa se definen como:

| Código o eje temático | Categoría elaborada | Definición del código (operativa) |
|---|----------------------------|--|
| Concepciones sobre cuerpo vivo | Cuerpo Vivo | Es un ser que se mueve, respira, aunque está siendo deteriorado por una enfermedad terminal que genera reacciones en las personas que lo rodean. |
| Experiencias sobre Cuerpo muerto | Cuerpo Muerto | Es un ser inanimado, sin signos vitales que genera reacciones en las personas que lo rodean. |
| Prácticas compasivas | Prácticas compasivas | Son aquellas formas que se usan para relacionarse con un cuerpo vivo y un cuerpo muerto. |
| Elaboración de la práctica formativa | Práctica formativa | Son las acciones pedagógicas que se evidencian al ejercer la medicina en relación con cuerpo vivo y cuerpo muerto durante la práctica académica. |
| Intencionalidades formativas | Finalidad de la formación | Son los fines de un proceso de formación en la academia desde un proceso de humanización |

ANEXO 3: Entrevistas de los participantes

Nombre: Elementos internos\\entrevista médicos\\ENTREVISTA DOCTOR OSCAR

Buenos días doctor Oscar. Nosotros Diego Osorio, Óscar Rodríguez y Elizabeth Paz, somos estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de la maestría de Educación. Estamos haciendo una investigación sobre pedagogía de la muerte, nos interesa preguntarnos un poco ¿Cómo se construyen esas representaciones sociales a partir de la formación, alrededor del cuerpo vivo y cuerpo muerto en docentes y estudiantes de la Facultad de Medicina? Ok.

Doctor Oscar inicialmente voy a pedirle si acepta y autoriza que toda la información que se comparta en esta entrevista va a ser utilizada netamente para intereses académicos.

Ok no tengo ningún problema, autorizo.

Bueno la entrevista la vamos a tener en dos momentos uno se va a llevar a cabo, en primer lugar, en lo relacionado con su trabajo, su experiencia como médico y el otro momento está relacionado con la parte de formación Cómo es su trabajo y su experiencia en el desempeño en escenarios formativos de estudiantes médicos. Ok.

Bueno entonces vamos a iniciar con el primer eje, doctor ¿Cómo es su relación en función de los pacientes terminales?

Bueno, antes de hacer toda esa introducción voy a dar unos datos como: mi nombre completo es Oscar Miguel Contreras Amorocho, yo soy médico general de la universidad industrial de Santander, después hice medicina interna en el hospital San José, después hice medicina crítica y cuidado intensivo, en el hospital central, en ejercicio medico llevo 20 años de los cuales los últimos 6 años en medicina crítica y cuidado intensivo, actualmente trabajo en el hospital universitario de la nacional y en el hospital universitario san Ignacio, si, llevo 4 años trabajando en estas dos instituciones.

Bueno, la especialidad o el hecho de ser intensivista creo que es una de las especialidades que más nos expone a los pacientes en fase terminal somos los médicos de medicina crítica y cuidado intensivo.

La relación con los pacientes uno a veces, yo creo que puede ser distante de alguna manera, a pesar de que uno puede sentir y saber la complejidad del momento, uno trata de mantenerse a una cierta distancia con el paciente, aunque uno trate de explicarle la situación y todo, sí, porque pues a veces, hay momentos en los cuales puede ser muy doloroso, si, para uno y obviamente para el paciente más y para uno, yo creo que es como un mecanismo defensa, mantener cierta distancia, si, porque como estamos expuestos a estas situaciones con tanta frecuencia. Sería invivible tener una cercanía muy, y meterse dentro de la situación de cada paciente, si, uno trata de ser lo más objetivo posible, para esa situación y con la familia tratamos de expresar la situación médica, la situación del momento que tiene el paciente de la forma más sencilla para los pacientes para los familiares y explicarle la realidad a la cual se está enfrentando su familiar.

Doctor que interesante la relación que se establece a nivel de la familia y de los pacientes como tal ¿Usted cree que a los pacientes les da miedo morirse?

Eso depende, realmente uno ve una amplia gama, cuando son patologías agudas de muy reciente inicio la mayoría de las veces la gente tiene temor, cuando el paciente ya tienen una patología, de larga data, de mucho tiempo que pueden ser pacientes mayores o también pueden ser pacientes jóvenes con una patología de largo tiempo, de varios meses o años los pacientes como que han interiorizado de una manera su realidad y ven en la muerte como una cercanía, lo ven como que, de pronto puede ser un alivio, para su condición, porque ha sido de mucho sufrimiento, no, entonces uno ve de los dos agudos si hay como temor, pero cuando ya es una patología Crónica o cuando ya está avanzada, hay como que la gente entiende que en ese momento la muerte se le puede presentar o en cualquier momento y de alguna manera lo aceptan más.

Doctor Oscar usted me puede contar ¿Qué acciones practica usted para que el final de un paciente terminal sea mejor?

Sí, es como la aceptación que los pacientes hacen, bueno primero uno puede decir, en este ejercicio de dar malas noticias realmente es muy frecuente, todos los días por lo menos hay que dar una mala noticia, hay días que a veces pueden ser tres o cuatro o más, de alguna manera uno aprende a dar esas malas noticias, más adelante vamos a discutir la formación, no sé, sino que las universidades realmente no lo entrenan a uno para eso, sí, es un ejercicio que se hace permanentemente viendo a los profesores o viendo a los colegas que lo van haciendo son los que tienen más experiencia y uno de alguna manera aprende a como dar esas malas noticias, si, y como hace uno con esos pacientes, realmente explicarles que desafortunadamente, bueno desafortunadamente no, si no que uno busca explicarles que la enfermedad, que la condición es tan mala sí, que no hay mucho que ofrecerles, la idea es utilizar el vocablo más sencillos y uno tiene que también hacer una evaluación previa de estos pacientes desde su perspectiva social, religiosa, que esperan de la situación Sí, porque eso le da argumentos suficientes para hacer, dar la noticia de una mejor forma y que no sea tan dura a pesar de que uno dice la misma verdad y se la dice, lo que quiere decir sí, pero de una forma que lo pueda tomar y eso toca hacerlo muy cuidadosamente Sí, cuando se habla con el paciente, cuando se habla con la familia tiende a ser uno más descarnado realmente ,sí, más de pronto más franco diría yo ya, porque pues lo que uno de alguna manera no sé si sea paternalista no al paciente uno pues le dice pero trata de que ese sufrimiento de alguna manera depende como uno percibe el paciente, porque algunos pacientes ya dicen no doctor yo sé que me voy a ir, son pacientes que ya tienen claro el escenario, pero otros que uno sabe que tienen algo de esperanzas entonces a veces trata uno de modular el escenario, pero con la familia uno tiende a ser más descarnado para tratar de que de alguna manera ellos también ayuden a manejar el tema ,si, el tema de la despedida de él o que de alguna manera psicológicamente le expresen todo lo que le tienen que decir a su familiar Y de alguna manera eso ayuda a conducir la ida de ese paciente de una forma más tranquila, las estrategias son múltiples pero realmente hay que individualizar cada caso.

Doctor ahora me puede contar estos pacientes terminales ¿cómo se relacionan con los otros escenarios de su vida social, amigos, hobbies, ellos que hacen?

Cuando tienen enfermedades terminales hay de todo realmente, yo pienso que cuando son condiciones agudas yo creo que la primera fase es la negación, él porque, eso uno lo ve con mucha frecuencia, y entonces hay frustración y rabia, y eso uno lo nota en los pacientes y en las familias. La familia es importante porque cuando la familia y el paciente entran en un mismo tono a veces se

potencia esa negación en lugar de tratar de sublimarse alguna forma. Sí, pero, es entendible que entonces, uno tiene que ir diciendo si hay tiempo, pero si hay tiempo. Porque hay patologías agudas que dan tiempo y uno puede ir de alguna manera conduciendolos a decirles que el desenlace va a ser muy malo. Si todo ese tiempo uno le va diciendo poco a poco de una forma franca y sincera que el escenario es complicado, pero que hay que darle tiempo, que probablemente puede complicarse y posiblemente vaya a fallecer. Eso como un día a día dependiendo de cómo evolucione y hay otras patologías que definitivamente son tan rápidas que pues toca ser directos, dado que la condición y la premura del tiempo va a llevar un desenlace muy rápido de muerte entonces uno tiene que en esos casos ser franco y lo principal es la realidad a la familia. Usualmente cuando ocurren esos escenarios el paciente está intubado, el paciente ni se entera de la situación, se va a enterar más es la familia. Porque en esos casos él está desconectado y no puede autodeterminarse a sí mismo, excepto que haya una voluntad expresada del paciente con antelación.

Pero entonces todos los casos son particulares realmente y cuándo es una patología es crónica como lo mencione anteriormente, muchos de los pacientes realmente lo que están sintiendo es cansancio de la enfermedad y para ellos la muerte no es malo, algunos la mayoría me atrevería a decir que lo toman como un descanso para tanto sufrimiento realmente.

Doctor usted qué le dice ¿Qué palabras utiliza para un paciente terminal?

Hooo, usualmente yo trato, hay toca pues ser prudente pero siempre diciendo la verdad. Las palabras que yo utilizo es que hemos agotado todo el recurso para para poderle salvar la vida o para llevarlo a una situación de salud mejor sí, que desafortunadamente nuestra capacidad médica y humana se ha agotado y qué pues hemos hecho hasta lo imposible para poderlo sacar adelante pero que desafortunadamente esa lucha no la hemos ganado sí, y qué la hemos perdido y que al perderla pues va a suceder más temprano que tarde un desenlace como la pérdida de la vida, pero que nuestra función es evitarle el sufrimiento, que nosotros nos vamos encargar de que no sufra.

Doctor Oscar usted me decía que en el campo en el área en que usted más se desempeña pues está bastante relacionado con la parte de la muerte

Si, mucho

Entonces digamos que en este momento Si un paciente se le muere usted cómo reaccionaría?

Eso depende, Pero uno normalmente uno a estar en tanta exposición a tantos casos, no es que uno se vuelva insensible, a veces escucha uno, hasta la familia de uno dice usted se ha vuelto un insensible, es un insensible, no es que se trate de insensibilidad y sino que yo diría que es practicidad, pero no es practicidad si no, que es aceptación, más bien de la condición humana entonces como estamos expuestos a esos sucesos de muerte tan frecuente, pero también tenemos, unos escenarios muy favorables que uno cree que van a fallecer y así salen adelante pues no todo es malo sino también hay escenarios muy favorables pero bueno como estamos hablando de la muerte cuando sucede ese tipo de circunstancias, uno se pregunta siempre si lo que se hizo, se hizo bien. es un auto análisis y si había opciones para haberlo aliviado, para lograr más o haberle salvado la vida, y si ese salvarle la vida significa postrarse en una cama o significaba realmente restaurarle la salud, entonces ahí estamos en un dilema supremamente importante porque a veces, aquí aprendemos que a veces, la muerte no es mala, no es mala en sí misma, no es mala, es parte de la vida y a veces uno es mejor morir que quedar en una condición terrible, entonces hacemos ese análisis y si podemos salvarle, en que condición va a quedar entonces para nosotros no es solamente

la muerte sino también la condición de salud en la cual se vaya a quedar la persona a la cual le estamos ofreciendo todo nuestro saber y entender.

Si, en el ejercicio de la medicina, entonces son muchos aspectos que hay que evaluar. Sí, y si la pregunta específica es que siente uno cuando un paciente se le muere, uno piensa, uno dice a este paciente realmente no había mucho que ofrecerle y uno piensa, que era la hora de irse, o hay veces que también se ha llevado uno sorpresas, pacientes jóvenes que uno piensa que iban bien y en un momento a otro, falleció por una complicación, complicaciones por la enfermedad o por las complicaciones de las intervenciones que se hicieron, porque no todas las intervenciones son buenas, sí, es decir que tiene efectos secundarios y el paciente puede fallecer por eso, uno se dice será que si era conveniente haber hecho esa intervención o puede utilizar otra estrategia, pues como ven hay casos en los cuales es fácil dar la respuesta y hay casos en los cuales es supremamente difícil, tomar o decir uno, haaa si hice lo suficiente o no debí utilizar esa estrategia o debí utilizar otra. Hay veces que son cosas que van pasando día a día o en el momento y uno dice es fácil ver las cosas retrospectivamente, pero cuando ya uno está en el escenario del ejercicio médico uno actúa bajo ciertas presiones, condiciones que le pueden llegar a ciertas determinaciones y a veces pueden ser buenas las terminaciones o malas, pero pues todo se hace en función de tratar de aliviar la salud del paciente, es muy difícil pero la mayor de las veces uno dice era mejor que descansara sí, pero hay otras cosas que son particularmente difíciles y de los cuales podemos aprender también.

Doctor usted me decía sobre brindar situaciones favorables a los pacientes, a qué se refiere con ese aspecto.

Sí, me explico, hay pacientes que llegan en unas condiciones desfavorables, malas y uno dice voy a hacerle unas medidas de mortalidad y la mortalidad es muy alta casi el 100% y se hacen todas las intervenciones y como quien dice no, pero hacemos todas las intervenciones tratando de aliviar y pues buscando la solución del paciente, pero uno realmente no es que espere mucho, se piensa más que va fallecer que va salir adelante. Pero no todas las intervenciones funcionan y lo que uno esperaba como malo que era morir no era malo sino que pensaba que era que iba a fallecer, pues resultó en un desenlace favorable, uno a la familia en esos casos le dice que el escenario muy complejo que la probabilidad de muerte es muy alta en esos tantos pacientes están ventilados con soportes altísimos con todo con hemodiálisis con todo el soporte que podemos darle Sí y uno habla con la familia sinceramente y les dice mire la probabilidad de muerte es Casi el 100%, si, y entonces en esos casos y empieza a mejorar, sí, entonces uno inicialmente le miente a la familia por el escenario de muerte, pero luego por evolución favorable lo logramos salir y salen de la unidad como si no le hubiese pasado nada, momentos gratificantes que son varios, son muchos, Sí, pero también pues están los otros escenarios Si, eso depende también de los pacientes por ejemplo en unidad de cuidados intensivos, hay una particularidad importante, cuando se trae un paciente a la unidad de cuidados intensivos son pacientes que se puede recuperar de la enfermedad que son potencialmente recuperables de acuerdo a la condición de morbilidad extrema, que tenga el paciente, uno dice a este paciente se le puede trabajar con una aproximación muy alta, si, entonces esos pacientes se traen y hay chance poderlos sacar adelante, a pesar de que tienen su condición de mortalidad muy altas, uno dice que si se logra estabilizar, sacarlo adelante es un paciente que tiene el potencial para recuperarse, a diferencia de las patologías como el cáncer estadio 4 con metástasis y que ya está en cuidados paliativos son pacientes que no son recuperables dado que ya no podemos revertir la condición del cáncer, sí, me explico, porque ya ha avanzado demasiado, entonces yo lo que voy a hacer son de alguna manera una distansia, acciones que no van a aliviar la salud del paciente y voy

a prolongar la agonía de la persona que está en esa condición, entonces hay que evaluar bien los escenarios, sí, saber qué pacientes potencialmente son recuperables y que paciente definitivamente no lo son. Y entonces ahí, uno plantea otros escenarios, entonces toca individualizar cada caso, tenemos normas que nos permiten tomar una decisión sí, pero de todos modos cuando hay casos difíciles, nos decimos, nos comentamos entre colegas, mire tenemos este paciente, decimos que probabilidades consideramos que puede llegar a tener, y se toman decisiones cuando los casos están en una zona gris, que uno realmente no sabe, hacia qué lado van.

Bueno doctor me ha contado cómo reacciona actualmente si se le muere un paciente, Ahora doctor me gustaría que me contara un poco como reaccionaba antes frente a la muerte de un paciente

El problema es que cuando uno está haciendo pregrado, el entrenamiento de nosotros es básicamente, es a salvar vidas, sí, realmente todo el entrenamiento de toda la carrera casi hasta noveno, décimo semestre es hacia salvar vidas, uno ve que se mueren pacientes y los pacientes que le asignaban a uno pues, fallecen y para uno es un choque terrible, primero porque está en formación y segundo uno piensa que deje de hacer para aliviar ese paciente, sí, entonces uno se ve enfrentado, primero uno sabe que en los libros hay información sobre enfermedades terminales, pero usualmente uno piensa que solo es cáncer, pero hay otras enfermedades terminales como falla cardíaca, que es una enfermedad pulmonar, enfermedades infecciosas que pueden ser terminales, hay muchas patologías que son terminales, pero en su poco conocimiento, cuando uno está empezando, entonces, piensa que todo lo puede salvar uno, eso es un choque es duro, y entonces cuando usted ya se empieza dar cuenta y cuando está en internado, usted ya empieza a notar que cada vez es más frecuente, porque cuando uno está iniciando parece que está en una burbuja, y después ya se expone con la realidad de lo que es el internado a que eso ocurre más frecuente de lo que uno desearía al principio es duro, tengo una anécdota cuando yo estaba en sexto, séptimo semestre medicina, me recuerdo que me habían asignado, estaba en semiología 2 y me asignaron un señor que tenía una falla cardíaca, que tendría unos 75 - 80 años y me acuerdo que, el señor lo único que pedía era que, él se sentía malito y lo único que quería era irse para su pueblo y lo tuvimos hospitalizado casi como 15 días tratando de ajustar la falla cardíaca, no sé qué, se le hizo todo pues se mejoró, alcanzó parámetros de laboratorio, iba mejor, pero no sabía que tenía una falla cardíaca que era muy avanzada y que la probabilidad de que falleciera era muy alta, pues él lo único que pedía era irse para su pueblo, sí, yo me acuerdo tanto que llegué a las 6 de la mañana porque cuando eso eran hospitales públicos Y tratar de sacar los pacientes por la falta de recurso, el hecho fue que hicimos todo con trabajo social, cuadramos la ambulancia, cuando iba a darle la noticia al señor como a las 6:00 am de la mañana, que ya le daban salida para irse para su pueblo creo que era Málaga si mi memoria no falla, para que se vaya para su casa, cuando llegue estaba en paro, entonces se murió el paciente, yo dije mierda entonces duro, difícil.

Doctor Oscar usted recuerda cuando se le murió su primer paciente?

Ese fue mi primer paciente, y cómo reaccione, lloré, lloré, pero bueno, de ahí aprendí que a veces no es, como diría yo, que a veces los pacientes saben que se van a morir y que a veces uno por hacer más técnicamente, se van a sentir mejor, uno por creer que, es más bien como el ego del médico, que trato de resolver el problema, cuando ese no es el problema, es entender la voluntad del paciente, si me explico, porque sabe que se va morir, entonces el médico tiene que conducir eso dejarlo tranquilo.

Doctor a usted ¿dónde lo formaron para eso específicamente en lo que me acaba de decir y para dar la noticia?

Formación, realmente las universidades no trabajan sobre eso es decir me explico, uno lo ve esencial, pero realmente uno en medicina, lo que hace, es aprender haciendo, usted tiene toda la estructura, usted tiene los libros, usted tiene los pacientes, nos tienen a nosotros, pregunte lo que quieran, lean todo lo que quieran, si, entonces claro, uno está expuesto, pues uno lee, revisa, se documenta y no sé qué, uno revisa la literatura entonces cuando le surge el problema es cuando uno dice qué voy hacer en esos escenarios, obviamente los libros lo tocan, lo expresan y lo manifiestan, las formas de dar una mala noticia son de esta forma, mantenga la neutralidad, le puede decir de alguna manera mantenga algo de distancia, sea objetivo, utilice términos, es parte de la semiología misma si, evite expresiones, movimientos, miradas inapropiadas, bueno todo ese termino es parte de la misma construcción del ejercicio médico, entonces sí, uno lo lee en términos de la psiquiatría es una construcción que se va haciendo paulatinamente, progresivamente, adquiriendo conocimientos de lo que va leyendo del ejercicio que ve con los profesores todo eso, es una construcción lenta pero que no hay nada, usted puede tener e ir a un taller, pues talleres de dar malas noticias, no lo habido y no lo hay en ninguna universidad, que yo sepa, pues en mi universidad nunca lo hubo, y no sé si en san Ignacio lo haya o no sé si en la nacional lo haya, dado que todo el ejercicio médico está fundamentado en hacer, en hacer, en hacer y en realidad a los pacientes a veces sin preguntarse si eso es razonable, razonable lo digo yo, no tanto técnico porque uno podría como médico, pero es que se ve desligado, solamente se ha vuelto muy tecnicista, si, hacer solamente y lo estoy diciendo no porque soy intensivista, hay momentos en los cuales uno dice, bueno, y si tiene sentido hacer todo eso, mmya, porque le hemos preguntado al paciente o le hemos preguntado a la familia, aunque generalmente la familia dice que le hagan todo lo necesario, entonces uno tiene que individualizar los casos, eso puede ser muy complejo en casos que relativamente pueden ser sencillos dado que la patología es crónica y eso, pero uno tiene que ir individualizar los casos, realmente formación como tal para esos escenarios uno no ha tenido un entrenamiento y no ha visto las relaciones de la formación filosófica de todo lo que es morir, y más uno dice formación porque uno lo ve en el ejercicio médico y uno está expuesto a tener ese conocimiento pero como formación no lo tiene, y eso es un componente, un fundamento filosófico supremamente importante, que enseñen moral, uno ve ética como en noveno, décimo semestre, no sé, si ahorita lo están impartiendo de otra forma y yo pienso que eso debería ser una introducción mucho más temprana o hacer un ejercicio que le permitiera al estudiante tener una mayor bagaje que le permita tomar decisiones de una mejor forma, yo sé que es difícil, pero eso sí se puede hacer.

¿Desde su parte personal y desde su experiencia médica cómo cree usted que ha construido todos estos parámetros para dar la noticia como se la da a los pacientes en este momento y de alguna forma recordar significativamente su primera experiencia cuando murió su primer paciente?

Como lo construí, uno en la vida le gustaría tener un manual de instrucciones, pero realmente un manual de instrucciones, le va ayudar, le va a dar unos parámetros, Pero cada caso es completamente diferente, además si uno siguiera un manual de instrucciones rígido, sería peor que una máquina, entonces, no tiene mucho sentido, yo creo que debe tener sensibilidad, básicamente mucha sensibilidad, ser prudente, tener claridad, si, para dar la información, ya, bajar la información de acuerdo al nivel de cada paciente y familiar sí, para que sea comprensible, otra cosa es que poner al paciente y a veces más que la paciente mismo a la familia, porque realmente hay más dificultades

con la familia que con el mismo paciente, curiosamente, el contexto de lo que es la enfermedad y de lo que puede esperar de la enfermedad, de las opciones de tratamiento que se pueden brindar para que con esa información él pueda tomar una decisión tanto la familia sobre todo el paciente, porque yo me puedo quejar como médico, Es que a veces los médicos truncan mucha información, yo no sé si es, porque no quieren hacerle daño al paciente, aunque no creería, sino que cortar información cómo tratando no sé, me atrevería a decir que, como si fuera una manipulación, para inducir para que el paciente se haga los procedimientos, me explico, a veces no le explican todo lo que puede implicar un procedimiento o un tratamiento ya, ellos no cuentan todo, entonces, porque cuando y eso me molesta mucho, porque a nosotros nos llegan los pacientes muy malos y cuando uno habla con la familia, pareciera que no tienen toda la información de la situación del paciente, Pues es prácticamente es volver a iniciar, pues cuando llegan a nosotros ya en un escenario muy complejo, que no podemos recuperar y la familia viene con expectativa demasiado alta, sí, y pues uno no puede brindar, darle una expectativa favorable dado que la condición definitivamente va de mal en peor, sí, Entonces, yo digo, pero porque esta familia tiene tanta expectativa de que el paciente va a salir adelante, hablando médicamente y técnicamente, bueno técnicamente no, profesionalmente hablando, este paciente desde nuestro saber y entender y el conocimiento actual de la medicina, el desenlace es este y este y no hay más, y así no llegan con una expectativa tan alta, que no son reales, dada la condición, la gente se aferra a su condición, hay ciertas especialidades que hacen eso más que otras, no sé, si es un mecanismo defensa de los mismos médicos, porque no puede ser nada más frustrante que enfrentarse a una patología terrible sí, y ver que sus paciente se le van yendo poco a poco y entonces como me dijo un oncólogo una vez, no, los pacientes se van dando cuenta de la situación poco a poco. Y yo mmm interesante.

Bueno doctor ¿esa situación de no contar todo se puede decir que se presenta en los médicos que están iniciando su carrera profesional?

Yo diría que él no contar todo, yo lo veo desde los pequeñitos hasta los más grandes, hasta los más viejos y eso que los más viejos, tienden hacer menos eso, porque ya con la edad tienden a dar una información un poco más precisa, si, y también entienden más, de pronto yo podría decir que es más en los médicos jóvenes, o en los que llevan la mitad del ejercicio médico, ya después de ahí para allá, ya comprenden más la situación, pero es complejo el tema, la presión son de muchas índoles, sí. Hay mucha presión de muchos ámbitos.

Doctor, cuando el paciente terminal muere ¿usted qué cree que pasa después de eso?

Eso depende, si estamos hablando de pacientes crónicos terminales realmente el paciente la mayoría de las veces, yo diría en un 90% de lo que uno ve que ellos tienen una aceptación completa de lo que es morir, porque ven la muerte como un descanso, porque están sometidos a un sufrimiento enorme, por eso ven en la muerte como una condición de bienestar, diría yo, de descanso, ellos descansan y la familia también descansan.

Después de que muere el paciente ¿quién es importante en ese momento?

¿Quién es importante? toda la familia, la esposa, cuando son condiciones terminales son importantes así, el paciente haya sido joven o viejo y si ha tenido todo el suficiente tiempo, para que la familia haga la aceptación, la sublimación, y todos los cuentos del Duelo, la familia comprende, el paciente ya está claro, la familia comprende que el dejarlo ir lo va aliviar, sí, que va a ser lo mejor para ellos, para ese paciente y ellos lo comprendo sustancialmente cuando han tenido experiencias previas de

casos similar a esos es más fácil dar la noticia y que ellos comprenden a qué situación se están enfrentando, es decir que son pacientes que ya tienen conocimiento previo de lo que es el sufrimiento y agonía de una persona, es mucho más fácil si, lo que se hace, cuando el paciente ya falleció y todo, uno se enfoca a la familia, sí, usualmente nosotros, dependiendo la ocasión, si son religiosos depende si hay la opción usualmente pues llamamos al padre para que le haga la ayuda religiosa, le ayude a conducir ese Duelo y básicamente es eso realmente después de que paciente falleció y queda la familia uno realmente da por terminado el proceso, realmente uno, uno no vuelve a ver a la familia, muy pocas veces, hay veces que nos dan felicitaciones aunque su papá, su mamá, su hermano falleció, nos dicen yo sé que eso iba ocurrir, nos sentimos agradecidos porque fue atendido, bueno, entonces, también hay, yo sé que, muchos lo harán, pero muchos no lo escriben, a pesar de que fue un evento de una manera difícil, de alguna manera no, muy difícil se ha hecho el trato lo más humano posible para que la ida de esa persona, esa ida sea lo menos dolorosa posible por la situación como se ha presentado.

Doctor usted ¿cómo entiende el cuerpo muerto?

¿Cómo entiendo el cuerpo muerto? si usted me lo pregunta médicamente, desde la parte médica cuerpo muerto, mirándolo fríamente es el cuerpo que es inanimado, que no tiene signos vitales, que no respira, Y que ya hace parte diría yo, aunque era una persona y todo, ya hace parte de algo que es completamente inanimado, eso un cuerpo muerto.

Bueno desde la parte médica y desde la otra parte.

Desde la otra parte depende, uno desde la creencia judeo cristiana que uno tiene, entonces hace una reconstrucción uno dice bueno y uno entra en el problema positivista de las ciencias positivas y entonces a veces es como una confrontación No, si, usted dice ese cuerpo lo puede echar a quemar, a picar, hacer lo que sea, no pasa nada, entonces pero en la construcción judío cristiana te puede enseñar sobre ese cuerpo, hay una construcción de ritos, listo, de todo eso, y a veces me pregunto y para que todo eso sí, porque es una construcción social sí, porque si es un cuerpo muerto pues digo, podría ser aprovechado de otra forma diría yo, siendo frío, pero si, uno lo toma desde el otro punto de vista es un acto ritualístico que todas las regiones en general lo tienen, y eso yo creo que es una cosa más para permitir el duelo Es una transición Si, es un llorar, Entonces, uno tiene que permitirle a las personas que ven en su ser querido que falleció permitirles esa transición Yo pienso que el cuerpo es para hacerle el Rito y todo eso hace una transición, de que esa persona no va a estar con ellos más y es para liberarlo, es más una cuestión espiritual, sí, es decir es eso para mí, si uno lo mira fríamente, es eso, frío, científico pero si uno lo ve desde la otra parte desde una construcción social que le permite a usted hacer un puente para aliviar ese pesar, es lo que hace esa construcción social.

¿Cuál cree usted que es el papel del médico en relación con este cuerpo muerto?

Por esa misma construcción que uno hace, pues, obviamente la relación de uno directamente, no, el paciente fallece, realmente se vuelve muy rutinario sí, es envolverlo, a mortajar y trasladarlo a la morgue, si, así, sería el escenario, así de esquemático, si, amortajar, es decir uno no hace un apegó al cuerpo, uno no hace apego al cuerpo, uno hace apego a la memoria me explico, a lo que fue la persona, a lo que se le trabajo, por sacarlo adelante, lo difícil que fue y que desafortunadamente perdimos la lucha, pero el cuerpo realmente nosotros, uno lo mira, o puede ser que es parte de la frustración y para qué lo miro, no sé si de pronto sea una negación, una no aceptación del fracaso,

es posible que sea eso, me pongo a pensar en el fondo ahora que usted me hace la pregunta, podría ser una no aceptación del fracaso aunque te diría yo pues si es un señor de 80, 90 años con un infarto no sabe qué se va a morir si, con una falla cardiaca, uno lo ve y uno sabe que se va morir porque una persona con 80, 90 años, no va resistir, uno lo ve y lo respeta como persona, pero uno mira la condición que tiene, y sabe que hay que dejarlo morir, y por la patología que lo condujo, pero uno lo mira así, uno no mira tanto la persona, yo no sé si es que uno ya evita tener tantos recuerdos de tantos pacientes que fallecen, yo no sé si es que se le pierden esos recuerdos, pues uno lo mira y ya, trata de pasar ese capítulo, ese momento, aunque hay casos en los cuales lo marcan a uno, como un caso difícil, se hizo todo, se luchó por sacarlo adelante, tuvimos períodos de que nos fue bien y después volvió y se complicó por lo que fuera y uno tiene recuerdo a veces sí, y mira la persona y dice haaa que puede haber hecho más y lo mira uno, y puede ser que uno después ya no lo siga viendo, porque uno siente como que fracasó sí, una frustración diría yo, uno empieza a recapitular será que no hice algo, me faltó hacer algo, o definitivamente ese era el escenario o puede tener la tranquilidad de decir, pues hice todo pero desafortunadamente no se pudo, pero son casos que le pueden, pero uno trae más que la persona es la memoria de todo lo que paso, uno se le viene es eso, más que el cuerpo físico es todo lo que esa persona género a usted de trabajo y dificultad para poderlo sacar adelante.

Doctor ¿qué cuidados cree usted que se deben tener con el cuerpo que acaba de morir?

Por eso le digo yo, por respeto, es decir eso ya es como moral y podría ser ético, una mezcla, depende, primero uno tiene que respetar fue el frasco que contuvo a alguien ahí, el frasco, el recipiente que contuvo una persona ahí, porque ya esa persona no está, el cuerpo sería como un frasco, si un frasco, un recipiente, realmente ya viéndolo de esa forma, porque ya se vuelve inanimado completamente, es decir ya perdió vitalidad, ya perdió todo lo que ese ser una persona, eso ya no es lo que fue y ya no va a ser definitivamente, entonces pero el problema es que uno, de alguna manera tiene que hacer un duelo, y eso también influye personalmente porque si fuera un familiar, si fuera alguien ahí, ya toca transmitirlo con un antecedente que uno tenga si, si uno tiene una experiencia previa con familiares, uno tampoco le gustaría que le maltraran el cuerpo si, uno puede decir no hay nada, pero no hay nada, un recipiente digo yo como un bombillo, un objeto, si un objeto, usted puede decir eso con toda la argumentación posible, agua y carbón un poco elementos y listo, pero usted tiene un apego qué es lo que yo Por eso yo respeto ese cuerpo no porque yo sepa particularmente algo sobre ese cuerpo, hago transferencia con familiares que se han ido y que no me gustaría que lo maltrataran y que me gustaría hacerle el duelo, si me explico, porque es parte importante de esa construcción social que se tiene en unas culturas, en otras culturas lo quemaron, en otras culturas lo enterraron, en la cultura de nosotros y estamos sujetos a ese devenir de la construcción social que se ha hecho sobre los cuerpos ya, a esta época es quemarlos, pero hace 30 años eso era ni pensarlo en nuestra cultura, en nuestro país, Pero para otros países era normal, sí, eso depende pero ellos también lo utilizan de todos modos para hacer la transición sí, ustedes lo pueden quemar pero todo el mundo hace una misa o hace una despedida alrededor del cuerpo que se quema, u otras culturas lo dejaban metido allá en una montaña y que se lo comieran y era aceptado, sí, eso depende de la construcción que se tenga sí, pero se hace el duelo, hace todo el rito, yo creo que el Rito le permite hasta hacer como un equilibrio mental o emocional, si, un hacerle un desapego, como tiene un apego se da un desapego del cuerpo, entonces yo lo veo a ese cuerpo, no le voy hacer nada, pero que se trate con respeto, se amortaje como debe ser y que se lleve con cuidado eso es lo que se debe hacer como mínimo.

Cuando usted habla del respeto dónde lo formaron para eso y para tener ese cuidado tan especial

Sí, en la formación cuando nosotros hacemos anatomía, es algo que me sorprende a mí que ahora ya no hacen clase de anatomía comparada con los cadáveres, ahorita lo hacen es más con equipos de simulación con computadores y todo, cuando nosotros hacíamos anatomía comparada, el profesor nos instruía para que tuviéramos mucho respeto con el cadáver porque con él estamos aprendiendo los conceptos a nivel de medicina, tener ese respeto que es una persona y nos estaba permitiendo aprender de él, si, primero, y segundo hicimos misas a los cadáveres y cuando los cadáveres nos permitían ya todos los aprendizajes nos tocaba enterrarlos, entonces se les hacía todo un rito, los enterrábamos y listo, se iba al cementerio se les hacía como un rito, unos iban y otros no iban, pero había un proceso de eso y tercero el profe siempre era muy insistente en el cuidado de los cadáveres cuando los estábamos manejando, si, pues de alguna manera cada uno daba manejo a los cuerpos y la construcción judío cristiana tiene otros manejos de los cuerpos, que la mamá y el papá, que no sé qué, sí, eso se da una construcción ahí, que uno puede Mirarlo fríamente y uno dice y eso para que, no, pero eso está arraigado y en el fondo y pues de alguna manera, pues hace parte intrínseca de lo que es lo que es uno, no, que sea bueno o malo pues no sé, por qué puede ser que otras culturas dirán pero eso es tonto, pues hay que aceptarlo y no tiene ningún problema.

Es interesante la aclaración Que hace frente a la anatomía comparada doctor yo tengo entendido que los médicos utilizan guantes para tocar un cuerpo muerto eso ¿porque se da?

Es decir, el tema siempre de las infecciones, habrá casos en los que tocara hacerlo, sí, porque murió por una enfermedad altamente transmisible, entonces, por eso si no hay tutia como dice uno toca hacerlo, por protocolo, por protección, pero hay casos en los cuales la causa de muerte es otra cosa, un paro cardíaco no tendría por qué ponerse guantes, sí, es más uno puede revisar un paciente con patologías sin guantes, excepto tenga una patología que obligue hacerlo, de resto se puede manejar un paciente o tocar sin guantes, ahora si usted conoce el caso, si soy el médico que lo conozco y sé que no tiene una patología que me vaya a infectar, pero por protocolo por ejemplo el muchacho que llega o la enfermera que no conoce el caso y por eso habría que hacerlo es mejor, pero si usted lo conoce no es necesario, no tendría por qué hacerlo, no tendría ningún objeto.

Bueno, doctor creo que nuestro tiempo se está acabando vamos a pasar al segundo momento que tiene que ver con su experiencia como profesor en escenarios formativos de médicos, ¿cómo cree usted que se debe formar los médicos en relación con estos pacientes que se están muriendo?

Esta mañana hice una llamada, porque esa pregunta me llamó la atención y llamé a alguien que es profesor del San Ignacio y me dijo que no tenían un currículo, y que no hacía parte de un currículo formal, de pronto de ética, y pero no un currículo puntual de muerte, no lo tienen, es decir eso es, no se si es un tabú o que, mi facultad cuando yo estuve tampoco lo hizo y entonces Yo creo que es una construcción y sabe que es lo que más me preocupa, mas que todo esto es que con ese ejercicio que le expliqué cuando estaba en sexto es que nos volvemos altamente técnicos, intervenimos cada vez más y el problema cultural es otro, de la cultura occidental específicamente es que nos rehusamos a la muerte como si fuera, y cada vez nos alejamos más de la muerte, escondemos, ocultamos el tema, sí, pero porque, antes la gente era más cercana a la muerte, me explico, antes la gente moría en su casa, antes la gente decía me morí por una complicación o mi papá murió por una complicación de males, eran velados en su casa, si, ahora no, se muere, Y entonces ese contacto con

la muerte socialmente se ha perdido cada vez más, y los médicos de alguna manera también le rehúyen al asunto, sí, y creen que haciendo más haciendo más, interviniendo más al paciente se va evitar lo inevitable, ese el problema y qué ocurre Si usted, me lo pregunta desde otro punto de vista, cuando usted no acepta lo inevitable , primero aumenta el sufrimiento de las personas y segundo a un costo enorme sencillamente hablando, si, entonces se rompen unos principios éticos que son la beneficencia, la autonomía, la no maleficencia, Y la justicia y la justicia hace referencia a que usted en medicina uno no debe hacer Ni más ni menos por el paciente, me explico, si, tiene una patología usted va hacer todo lo que le genere beneficio, Si, pero no excederse, porque le puede causar daño y ese causar daño puede ser costoso, si me entiende, Se pierde todo y el sistema de salud de nosotros es justicia en todos los sentidos, en optimizar el recurso, no se le va negar nada al paciente, lo que se le puede hacer si le va dar un beneficio para aliviarlo, para curarlo si es posible, o para salvarlo y ese salvarle de la muerte, hasta dónde es bueno, si es bueno uno diría, Bueno, yo lo salvo de la muerte y lo condenó a un sufrimiento enorme, si ves, 57: entonces doctor usted qué cree que debe haber en un proceso de formación de estos futuros médicos, 58: primero la filosofía de la muerte, es decir toca enseñar filosofía, de las diferentes culturas, desde diferentes perspectivas, judío cristiana islámica, todo ese cuento, porque todos sabemos que nos vamos a morir, independiente y así tenga la plata que tenga, así se tenga el fluido tecnológicamente que se tenga y cuál es la percepción de todas las culturas, sí, el problema es que la cultura occidental ve cómo la muerte y se dice vamos a resucitar pero cuando no tenemos ni idea, las culturas orientales van a decir que la muerte es un paso a, es decir que van estar reencarnando, pues creo yo, a mi manera de ver, sin ser filosófico ni nada, es que de pronto ellos le tienen menos miedo a la muerte, porque ellos ven que su trasegar dentro de un curso de tiempo enorme, mientras que nosotros si nos morimos, la cultura occidental yo creo que tiende a intervenir, a intervenir y a intervenir más, tratando de evitar eso, y no hemos podido lograrlo, entonces hay que hacer una discusión sobre el tema, ya sabiendo la parte filosófica, definir que estrategias que nos permitan comprender hasta dónde podemos ir nosotros, que se le puede pedir a la ciencia, sí, hasta donde como médico podemos hacerlo, y la familia y los pacientes que comprendan esa situación que, nos enseñen a poder explicar a los pacientes, cuál es el escenario, si, básicamente que sean autocríticos los estudiantes, sí, que sean críticos, que sean auto y que critiquen todo el escenario que tiene la medicina actualmente, que lo evalúen, que lo analicen, si, y que tome una determinación, una argumentación de que es la muerte, es que ven la muerte como el producto final, pero a veces digo yo, es peor el sufrimiento que la misma muerte, muchos dicen déjeme ir doctor yo no quiero vivir más, y uno dice, será que está loco el señor, será que tiene autodeterminación, será que está interdicto, será que quiere un poco de cosas, entonces se llama a psiquiatría para que lo valore, es una cuestión netamente legal , pero todo esto en un escenario pero uno diría pero qué escenario se debe dar en ese caso, pero es más complejo de lo que uno cree, y hay algunos en los que dice la familia no doctor déjelo morir, y es un paciente que es viable, y uno dice pero como están diciendo eso, pero puede ser que va por otro lado, hay otras razones, otras intenciones, uno termina volviéndose como que no entiende la situación, Entre la ciencia y el paciente y entre los demás grupos tratantes, el médico que está para proteger, bueno para proteger no, sino para defender la autonomía del paciente o defenderlo de pronto de las agresiones de las otras especialidades ya es uno. Si es de manejo integral, entonces el aspecto de la integralidad es grave, porque todo el mundo le dice a usted tiene que tomarse la pastilla de no sé qué, haga lo uno y haga lo otro, pero nadie realmente hecha en una bolsa, las expectativas todos de los especialistas, del paciente, lo que se le puede brindar y echar todo eso en un bolsa y decirle al paciente mire este es el escenario, sí, cada uno en su especialidad fragmentada trata de hacer lo que desde su saber y entender pueden solucionar desde su especialidad, pero esto es más complejo que un fragmento.

Entonces doctor dentro de ese proceso de formación Definitivamente se debe manejar la integralidad en su totalidad,

Absolutamente, yo digo que de las cosas más integrales es el proceso de la muerte, me explico, porque usted tiene que definir, cuando usted dice paciente terminal, tiene que definir qué patología tiene, qué pronóstico tiene, luego que expectativa o expectativa de vida que puede llegar a tener las opciones terapéuticas que se le pueden brindar y Cuáles le pueden servir, definir si es todo lo que yo le haga le va a servir o no le va a servir, entonces uno empieza a definir los términos distanasia, términos a nivel terapéutico, otros dirán eutanasia activa o eutanasia pasiva y estos términos están muy mal enrutados realmente, entonces uno tiene que definir todo lo que es el escenario ya, porque usualmente nosotros nos vemos sujetos a que todos quieren intervenir sí, Y uno le toca decirle la especialidad y seguro que esa es la opción, por que él ve como paciente no, si tiene una probabilidad de muerte de la patología crónica, leucemia linfocítica aguda de mortalidad con un segundo esquema de quimioterapia, una sólida a 40% y yo le digo como técnico y yo le digo sí, pero el 40% en otro escenario, pero si tiene falla renal y tiene esto y esto, entonces la mortalidad de esa patología en esa agudización Crónica, la posibilidad de salvarlo es muchísimo menor, Casi está ya en el final. Entonces, cada uno maneja su pedazo, y los estudiantes empiezan que solamente les toca ese pedazo, el que está haciendo oncología, el que solo es de oncología lo que refiere a ese pedazo, en que está en necrología solo es ese pedazo, tienden hacerlo, no, hay especialidades que están más inhibidas que otras en la medicina crítica, son más de pronto de una mente más coherente podría decirlo uno, pero pues eso es.

En ese proceso formativo de médicos ¿usted me podría contar algunas diferencias entre los estudiantes que llegan y los que finalizan su proceso formativo en medicina?

Si claro, Es como todo, eso es parte de la vida de uno y parte de la vida de los estudiantes, ellos llegan pensando y creen que todo lo pueden, ven como la muerte, están en formación ven un caso y luego otro, pero a medida que se van metiendo más en el tema lo ven con más frecuencia, entonces pues mejoran poco, pero en la medicina hay algo que se llama paliativos, medicina paliativa que es para pacientes de cualquier causa que son patologías que no se pueden recuperar y que toca manejarlos paliativamente, pero Muchos médicos no rotan por paliativos, hay pocos médicos que les gusta ese tema, que son horarios intensos, que es difícil, que son de altas demandas, es difícil para la familia y todo, de pronto uno diría a parte de hacer lo de manejo de muerte, se debería hacer una inmersión en cuidados paliativos, porque es que a veces no solamente es la muerte, la muerte no es mala en sí misma sí, pero el sufrimiento puede a veces ser peor que la misma muerte, entonces para que ellos tengan contacto, pero ellos solo ven que la medicina siempre está en curar, curar y curar pero cuando ya ve ese paciente crónico queda uno como y ahora qué y los dejan, pienso que es como una deshumanización porque nadie, hay que trabajar mucho en esa parte, en la cuestión del cuidado del paciente, en general en Colombia Lo que es cuidado así sea agudo o crónico esta descuidado, es un punto a parte, osea le damos prioridad a la curación, el sistema está a lo que genera recurso, lo que genere plata, cierto, pero la persona que está en ese cuidado de cambiarle los pañales, que toca estar pendiente es tan importante, como el que hace el cateterismo, porque el cuidado es importante, dentro de ese cuidado paliativo qué es un brazo del cuidado, cuidados paliativos por eso uno tiene que hacer una inmersión para eso, para exponer al estudiante, a que sepa cómo puede pasar y pueda tener la comprensión de esa situación.

Doctor usted cómo ve a estos estudiantes en sus prácticas, osea cuando ya entran a manejar la parte médica

En general ellos son permeables como todo muchacho, eso que quiere aprender, aprende, si, ellos son permeables lo que pasa es que hay que saberlos conducir, el problema es que no hay una condición favorable de las mismas especialidades entonces, no los exponen a ese escenario, por ejemplo tiene falla cardiaca lo ven le hacen el tratamiento, ellos ven el paciente por ahí, que todo lo que está haciendo es q a p pero cuando llega a nosotros, pero doctor si le estaban haciendo esto y esto, ya hay otro escenario ya muriéndose, entonces ellos pueden tener ese conflicto, porque vieron allá que se le podía hacer pero aquí, nosotros digamos no, ya no lo vamos hacer así entonces es desesperante para ellos, Toca explicarles porque el escenario pero ellos ven como dos cortes transversales, de dos películas diferentes, pues ellos en general son permeables toca saberlos conducir, pero los profesores tiene que enseñar todos los escenarios, si, pero dentro de los mismos profesores hay resistencia, yo creo que para aceptar la muerte como tal, entonces dicen mandemoslo a la UCI, como es tanto como decir vaya allá que lo van a salvar, entonces hay una perspectiva que si lo mandan a cuidados intensivos lo van a salvar, imagínate que en general la gente sabe que cuando el paciente lo mandan a cuidados intensivos la cosa está grave pero tienen la esperanza que se van aliviar, entonces hay que contextualizar la cosa, o saber que habrá pacientes que se podrá hacerles algo, pero hay pacientes que no tienen ni la opción de entrar por la patología que tienen dado que yo no puedo intervenir en la enfermedad, Ellos lo mandan y nunca hablan con la familia, ellos no les explican, ellos no afrontaron, ni le explicaron al paciente ni a la familia que la condición era crítica y normalmente para que no traigan cuando el paciente llevaba cuatro, cinco, seis o 20 días en piso, o en otro escenario por fuera, entonces, se nota que no hubo ningún momento en el cual nadie le dijo que el escenario es este, este y este, si me explico, y porque nos llega nosotros no debería pasar, ese no es el deber ser, entonces la gente no tiene, y pues obviamente uno entiende que la gente se aferra a un momento de vida, a lo que se le puede ofrecer, pero desafortunadamente, eso no es así, entonces se ve que nadie le ha profundizado el tema y los estudiantes son expuestos a estas experiencias no, pero que los estudiantes son estudiantes van un momento entonces hay algunos que se exponen la mayoría de las veces no, porque están en sus clases, de pronto cuando ya estén en su rotación de internado ya la exposición de los estudiantes es más marcada y entonces empiezan a madurar el tema.

En qué semestre empiezan a rotar en último año, depende la metodología de cómo se esté haciendo, pero de pronto hay metodologías en la cual esa comprensión pueda mejorar no.

Doctor para el manejo de estos temas ¿qué autores usted les recomienda a sus estudiantes?

Mire usted, me la puso difícil, autores, bueno hay un texto de ética, el de Torres fue el primer libro de ética que me leí, en mi universidad nos daban ética y medicina legal, entonces ese librito de un profesor Torres fue mi introducción, casi que me leí ese librito de lado a lado porque era y es interesante leerlo, ¿Cual Otro? Uno realmente hace en medicina crítica y cuidado intensivo nos mandan los protocolos, no los protocolos no, sino las definiciones de los términos como eutanasia, distanasia, ortotanasia, nos definen los términos la parte legal, pero que uno tenga realmente una visión filosófica no, ha pero también hay guías en procesos terapéuticos, pero guías, es que en Colombia ese tema es más bien descuidado, pero ha ido mejorando obviamente, pero más son guías europeas, suizas y australianas para definiciones de esos términos y que ya se han incorporado a lo que es la medicina crítica y cuidado intensivo, pero que realmente que yo le puede decir algo de una producción ética, lo único el libro del profesor Torres que salió en el 96 si no me falla la memoria, ese libro fue el que fundamento en la ética, después de eso ha sido más un ejercicio, no he hecho una documentación profunda filosófica, pero yo leo filosofía pero en de otros aspectos, yo no me

he centrado en lo de la muerte no, no he hecho nada en profundización de la muerte como tal no, me leí ese libro, y alguna documentación y defíndase como pueda, he estado muy expuesto al día a día, pues ya uno coge la literatura y muy probablemente y ve si está de acuerdo o no con lo que se plantea en las perspectivas, pero definitivamente el libro de Torres. Pues tengo otro que es Juan Mendoza de la Vega que ha ayudado también en mi ejercicio como médico.

Bueno, Pues sí doctor, realmente creo que me le tomé un poquito más del tiempo que nos tenía disponible quiero agradecerle la verdad es una información muy valiosa para nosotros. Gracias Doctor Oscar.

ENTREVISTA A JUANITA CÁCERES ESTUDIANTE DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DEL BOSQUE

Buenas noches, tu nombre es. *Juanita Cáceres*, nosotros somos Diego Osorio, Oscar Rodríguez y Elizabeth Paz. Estudiantes de maestría de la universidad javeriana y estamos realizando una investigación sobre pedagogía de la muerte y la manera en la que se construyen las representaciones acerca del cuerpo vivo y el cuerpo muerto en estudiantes de medicina en diferentes facultades de la ciudad.

¿Ya estás enterada de lo que es el proyecto?

Sí señor.

Estás de acuerdo con que la información de esta entrevista sea usada con fines académicos, *sí señor*, estás de acuerdo con que aparezca tu nombre o deseas que se utilice un seudónimo o aparezcas como anónima,

No, mi nombre está bien.

Entonces iniciemos, **¿cuéntame cómo llegaste a la carrera de medicina?**

Pues ¿cómo llegué a la carrera? no se simplemente un día cuando termine el colegio, no tenía muy claro que estudiar, había pensado en medicina, pero pensaba que podría ser muy duro, entonces me empecé a presentar a universidades, me presente a esta (el bosque) y no sé, pase y pues ya fue algo muy espontáneo.

¿Por qué medicina?

Porque me gusta saber el porqué de las cosas y el porqué de las enfermedades, el cómo funciona el cuerpo, cómo estamos compuestos nosotros; entonces pues vi que en medicina se estudiaba todo eso como desde un inicio, hasta un final de cada uno de los procesos del cuerpo y pues me gustó. Porque quería saber él cómo podía mover un brazo, él porque podía caminar, como podía hablar entonces por eso elegí medicina.

¿Esa curiosidad cuando surgió?

Si eso fue como en 11 o sea el último año yo no tenía muy claro qué estudiar en el colegio sea como que nunca le preste atención a eso, como que dije bueno cuando ya se llegue la hora miro a ver qué hago. Entonces no fue que toda la vida haya pensado que quiero ser médico, no. Fue cómo de un

momento a otro que dije ¡me gusta saber cómo funcionan las cosas a ver cómo funciona el cuerpo humano! entonces pues me voy a escribir a medicina, me inscribí pasé y pues me ahí voy.

¿Lograste entender cómo funciona el cuerpo humano?

¡Sí claro! desde primer semestre en bioquímica, cómo funciona la célula, pues estamos compuestos a partir de células y cómo es la célula sus procesos y todo eso me parece bonito porque es como todo tan perfecto ósea y errores pero pues son poquitos, entonces he descubierto cómo funciona, cómo se puede reparar cuando se daña eso es lo mejor, que uno sepa si algo falla saber de qué manera remediarlo.

¿Qué intencionalidad tiene la medicina para ti?

Medicina tiene muchas cosas y depende del ámbito en el que no se quiera especializar. A mí me gusta cómo buscar la solución, pero de igual forma servir a las personas, colaborarle a la gente que piensa que como yo sé algo que ellos no saben puedo ser de ayudar con esa enfermedad que tú tienes y yo sé cómo tratarla, pudiendo hacer algo por alguien lo haré.

Dame un ejemplo de lo que acabas de decir.

Alguien que tenga una gripe y utiliza de mala manera los medicamentos al auto medicarse tomando antibióticos, entonces entró como médica aconsejando y ayudando porque yo sé que un antibiótico no sirve para curar ninguna gripe y prescribo unos medicamentos que sí puedan servir.

¿En qué semestre vas?

En noveno

¿Cómo ha sido tu experiencia personal en la facultad, con tus profesores, compañeros?

El estudiar medicina es una experiencia que te cambia la vida porque uno sale del colegio queriendo hacer nada sólo quería estar de fiesta, llegué a la universidad y fue como el golpe ¡bueno te tienes que poner pilas! porque no puedes estar de rumba tienes que cumplir con parciales, trabajos con todo eso. Entonces fue algo que como que lo cambia a uno, porque uno se vuelve más juicioso aparte que uno se proyecta en ser lo uno o lo otro, uno se ve como queriendo graduarse.

En cuanto a los profesores, como todo, he tenido profesores buenos como malos; hay algunos profesores que dictan la cátedra y ya, pero ha habido otros que han dejado una gran enseñanza para mí como persona y para mi carrera. **¿cuál era la otra pregunta?**

Con tus compañeros.

Ummm pues con mis compañeros no ha sido difícil, pero no soy una persona que sea muy amiguera, tengo mis compañeros del salón con los que presentamos proyectos, exposiciones, trabajos, pero hasta ahí.

Como todo, en las universidades también se ve la envidia como que yo quiero ser mejor que tú, que yo no me voy a dejar, que quiero ser el primero, quiero tener el mejor promedio y siempre está el otro que te quiere sobrepasar.

¿Dame dos experiencias, una positiva y una negativa con profesores y compañeros?

Con profesores, negativa: un profesor de semiología en quinto semestre, él es uno de los profesores (medico) que no se les ve, es solo vengo a dictar la cátedra y ya, porque no explicaba muchas cosas de semiología debido a que debemos saber muchos términos sobre las enfermedades, los signos, los síntomas bueno etcétera y él no lo hacía sino se fijaba más como a quién voy a invitar a salir hoy o con quién va a salir a tomarse un café. También me invito, pero eso está mal, por eso tuve choques con él, precisamente porque nos invitaba a salir y uno cómo ¡no voy a salir con usted! Esa fue como la experiencia negativa.

Experiencia positiva, he compartido con mi amiga (carolina) desde el colegio, en la carrera y nos apoyamos estando las dos haciendo trabajos, proyectos y obviamente hemos tenido trasnochadas, disgustos y compartido muchas cosas pero ha sido una experiencia bonita porque se ha visto el apoyo entre las dos y esto es lo que se necesita para sacar una carrera delante y más que una carrera como ésta (medicina) que necesita de todo el tiempo de uno que le absorbe la vida, es duro pero es una experiencia bonita.

A nivel de tus maestros, cuéntanos de alguno que te haya dejado una experiencia o enseñanza que consideres valiosa para la vida

¿Qué profesor me deja una enseñanza? ¡Ummm! mi profesora de crecimiento y desarrollo, eso fue en los primeros semestres, hace rato. Ella es una persona súper carismática, no sé cómo decirlo, muy linda con las demás personas; ella nos enseñó que uno siendo personal en salud tiene que poner primero a las personas que acuden a uno, porque muchas veces es como ¡Ay no yo soy el médico y se tiene que esperar! entonces uno como personal médico tiene que dar ese paso de apoyo, eso nos enseñó nuestra profe de crecimiento.

¿Cuéntanos tu rutina diaria?

Me levanto a las 4 de la mañana, tenemos que estar en el hospital a las 7 para recibir turno, pero depende en el servicio que estemos, se recibe el turno y empezamos a hacer lo que tengamos que hacer con cada paciente que nos entregan a nosotros y eso depende de cuántos pacientes hay en el servicio, nos dan un número de pacientes a los que tenemos que hacerle el seguimiento de cómo evolucionó. Bueno después a eso de las 12 salimos a almorzar y tenemos que volver a la universidad a recibir clase de 2 a 4 y de 4 a 6 ya a las 6 de la tarde salimos y me voy para mi casa a hacer trabajos, adelantar todo lo que tenga que ser estudiar para parciales; me acuesto en ocasiones ¡cuando me va bien! a las 11:30 y ya, esa es mi rutina.

En el hospital o la clínica ¿Cómo te ha ido con el trato con los pacientes?

Bien, pues yo considero que soy buena persona, siempre trato como de hacerlos sentir bien, trato como de hacerle saber que estoy ahí para ellos, que si necesitan algo me pueden decir por qué los pacientes muchas veces no preguntan o lo hacen a otra persona como a la enfermera auxiliar, por eso trato de hacer saber que ahí está uno (el médico) y que lo que ellos necesiten uno le puede dar solucionar, aunque uno no es el médico ya graduado pero uno tiene la facultad de ir a hablar con él con médico y preguntar para así solucionar el problema o lo que la persona necesite.

¿Has tenido experiencia con pacientes terminales?

Sí claro,

¿Qué aprendiste de esa experiencia?

He aprendido mucho del manejo de estos pacientes. Recuerdo una de una señora que tenía un carcinoma escamo medular en la pierna, ella necesitaba un cuidado súper cuidadoso porque ella le dolía mucho cualquier cosa, osea, ella tenía el carcinoma en la pierna, pero le dolía hasta el pelo, ella sentía dolor en todo el cuerpo. Con ella aprendí qué toca ser cuidadoso con la gente y más con la gente que lo está necesitando en ese momento; no porque la señora ya vaya a morir entonces ¡ahí no moleste que usted ya se va a morir! sino darle un buen trato para que ella pueda tener sus últimos días en armonía, tranquila. Ella sabe que hizo las cosas bien,

¿Qué recuerdo agradable tienes de cuando trataste a un paciente terminal y cual recuerdo quisieras olvidar?

Bueno para recordar, don Andrés, a él siempre lo recuerdo porque él era un paciente chiquito y él siempre me llamaba a mí, siempre quería que yo estuviera con él, yo tenía mil pacientes, pero el señor me llamaba, yo era como - Don Andrés Permítame momentico porque estoy ocupada tengo que hacer más cosas- entonces fue lindo porque a él le iban a hacer una, ¡no me acuerdo! le iban a hacer un examen y tenían que bajarlo del piso en donde se encontraba, pero él no tenía familiar en ese momento. ¡a una endoscopia! él no tenía familia entonces lo iban a bajar solito porque sin familiar y se necesitaba un permiso, tenía que firmar, pero el señor era ciego y no veía donde debía colocar la firmar, entonces él dijo que ponía la huella y me mandó llamar. No era mi paciente, simplemente yo tenía un acercamiento con él porque una vez hablamos y como que los dos nos cogimos cariño y me mandó llamar, en ese momento yo le cogí la mano y le firmé, obviamente con el permiso de él, pero va a firmar Andrés. Me dijo necesito que usted me acompañe a mi endoscopia me tomo fuerte la mano porque es un procedimiento invasivo, molesto, el como que se sintió tranquilo porque yo estuve ahí con él. Eso fue lindo para mí.

Algo que quisiera olvidar, fue lo que pasó con un paciente tenía de todo, había tenido un ACV (accidente cerebro vascular), tenía una nefrectomía bilateral, el señor estaba súper mal, él no se iba a salvar. Yo cometí un error al revisarlo porque el señor tenía una traqueotomía y tenía mioclonías, entonces el señor estaba en constante movimiento, al tener traqueotomía obviamente no podía tragar, deglutir. Yo le di un medicamento vía oral y el señor, obviamente estuvo a punto de broncoaspirar; estuvo de Dios que él no bronco aspiró, por que donde él hubiese bronco aspirado, sé habría muerto ahí, eso fue terrible para mí, lloré 3 días seguidos por que casi mato a este señor. Cuando él empezó como a toser lo que hice fue sentarlo levantar la cama y tratar como ¡yo no podía hacer nada porque ya le había dado el medicamento! fue como sentarlo y esperar a que pasara lo que tenía que pasar y gracias a Dios el señor no se murió ahí en ese momento, pero sí fue algo supremamente horrible para mí que quisiera olvidar, pero claramente no se puede.

Bueno, Complicada esa situación, si horrible, pero ¿Qué sensación tuviste en ese momento miedo, preocupación?

En ese momento yo estaba con el señor y la hija, pero ella tenía como un retardo leve y el empezó a toser no sé cómo reaccione subiéndole la cama, para sentarlo y que la secreción pudiera bajar de manera normal, después de eso él tosió un par de minutos en los cuales yo me asuste, se me bajó la tensión, me puse pálida, fría, temblaba y eso pasó en ese momento, luego el señor se estabilizó y yo

quede como más tranquila, yo salí de esa habitación corriendo y le dije de inmediato a mi profesora –como que la acabo de cagar- i espera una respuesta acerca de que si me puede broncoaspirar o no me puede broncoaspirar y ella me dijo que si ya dejo de toser y no paso nada, ya había pasado el peligro, en ese momento me tranquilice, pero ese sentimiento siguió ahí como ¡juepucha la cague, como le fui a dar ese medicamento!

Sentiste culpa

¡claro! Como ¡mucha bruta! Entonces me sentí súper mal y aparte llamé a mi novio en ese entonces y le conté lo que había pasado. Él también es médico y me dijo ¡que como fui hacer eso! El regaño de la vida, me sentí peor de mal después llamamos al papa de mi amiga le contamos lo que había pasado y le pregunte si el señor podía bronco aspirar más adelante y me dijo que si y yo en ese momento pensé ¡se murió! No me voy a poder graduar, me puse super mal con eso. Pues ya, como a los tres días, después de visitarlo todos los días a ver cómo estaba, dije que ya no quería saber más de ese problema, obviamente leí la historia clínica y estaba súper mal y dije que no quería saber nada más de él y pedí que no me lo dieran a mí, sin embargo, iba todos los días a verlo.

Al tercer día de que paso eso, fui a la habitación y estaba vacía, le pregunté a una auxiliar como que había pasado con don Leonel y me dijo que había fallecido ayer en la tarde.

¡Bronco aspiró! Noooo jajajajaja

Eso fue súper feo para mi

¿Ven, si por un error normal de una estudiante llega a morir un paciente que sucede?

Ummm es un proceso súper largo por que uno está a cargo de los profesores, docentes o médicos, pero uno no hace nada si ellos no se lo autorizan a uno ahí sería obviamente un proceso para el hospital por que lo hizo un estudiante y no un profesional; segundo el proceso en la universidad no me lo quiero ni imaginar, sería terrible.

Bien

¿Experiencias directas con la muerte, familiares o parientes cercanos?

Ummm, bueno, familiares cercanos si he tenido obviamente, murió mi abuelito y mi tío. Mi abuelo murió ya de viejito, él estaba enfermito ya era viejito pero mi tío si no debió haber muerto por que era muy joven, fue una muerte dura la de mi tío. Y con pacientes, hace poco en el hospital del Tintal en Kennedy de tercer nivel estaba haciendo un turno por la noche llegó una niña remitida no sé de qué hospital creo que el Pablo VI, la niña hizo paro el hospital el Tintal, no se la ambulancia la llevó a este hospital, aunque no debió de llevarla si en el hospital no hay USI (unidad de cuidados intensivos), la niña murió y eso que se le hicieron tres reanimaciones a la tercera falleció. Ahí estaba la mama. Yo no di la noticia, la dio el medico hospitalario, aunque yo estaba al pie del doctor. El hospitalario no dijo nada, llegó a donde estaba la mamá ella lo miró y se puso a llorar, pues el hospitalario como que no tengo nada que decir. Eso también fue súper duro.

¿Cómo te sentiste tú en ese momento?

Pues, me dio duro porque era una niña y fue por negligencia, debido a que hay una mafia entre empresas de ambulancias para llevar a los pacientes a diferentes hospitales. Ellos tenían que llevarla al hospital de Kennedy que tenía UCI, no sabemos por qué llegó al Tintal, pero llegó. Entonces yo me sentí súper mal e impotente al no poder hacer nada, decir ¡oiga por que hacen eso! Por qué juegan con la vida de los niños así, sabiendo que el hospital de Kennedy está a cinco minutos, porque la tienen que traer acá, sabiendo que no hay UCI, acá no hay como realizar los procedimientos que necesita un código de estos, eso de rabia y a la vez impotencia como no poder coger a un tipo de eso y decirle ¡por que hace esto!

¿Y qué diferencia hay entre lo que sentiste por la niña y lo que sentiste por tu tío?

Lo que pasa es que yo a mi tío lo quería era de mi familia, como dicen “es mi sangre”, lógicamente no me puse a llorar por la muerte de la niña, obviamente me sentí mal, con mal genio, con rabia, pero fue como un lo siento; con mi tío me sentí supremamente mal a pesar de que él era una persona joven y ella era una niña fue totalmente diferente porque era alguien al que tenía en mi corazón mientras que a la niña nunca la había visto; fueron cosas totalmente diferentes que uno siente.

Tu como crees que será el trato, tuyo cuando por algún motivo, por cosas de tu profesión en algún momento se muera un paciente a tu cargo, en tus manos.

Pues ya ha pasado y mi reacción es como –se murió, lamentablemente- pero depende de la historia clínica que tenga el paciente, si había algo que hacer o no y pues independientemente de todo falleció, no sé, se hizo todo lo que estuvo al alcance de uno pero las cosas no salieron bien o no como debían salir y pues lamentablemente falleció, pero si un paciente no es muy cercano a mí, como que no tengo mucho trato, simplemente lo vi esa noche y esa noche falleció como que no toca muchas fibras en mi.

Tu como médico –con lo que te entiendo- hay momentos en los que generas unos lazos de cercanía al paciente.

Hay momentos, sí.

No debería ser así pero sí hay momentos en los que yo digo ¡hay como tan bonito ese señor! Que pesar lo que le está pasando. Como te digo a nosotros nos dan unos pacientes y son los que uno trata; no sé, me dieron tres pacientes y esos son los que voy a tratar, hacerles la evolución, los que voy a ver cómo están el día siguiente son los pacientes con los que uno tiene más cercanía a diferencia de los otros que le tocaron a mi compañera

¿Por qué dices que no debería ser así? ¿Deberían ser tratados de una forma específica o no? ¿Qué les han enseñado a ustedes del trato al paciente desde la parte formativa?

Pues uno debe tratar a todo mundo por igual, a todos los pacientes se tratan por igual lo que pasa es que todo va en la persona, en el médico, en la forma de ser de uno. Obviamente hay médicos que tratan bien a todo el mundo y hay médicos que tratan mal a todo el mundo y por qué así son ellos, así fue la formación de ellos.

Mi formación es así, darles el trato a todas las personas por igual, el trato que se merecen; no voy a llegar a ser grosera con un paciente por que el paciente está de mal genio y dolorido, él llega de mal

genio y entonces yo me pongo de mal genio con el por qué llegó de mal humor, le voy a decir ¡hay usted como molesta! No, más bien me pongo como en el lugar del paciente y sé que el paciente está sintiendo dolor, sé que está pasando por un mal momento, yo no me voy a poner en la misma actitud de ser grosera no prestarle atención, de ignorarlo.

Desde la parte formativa ustedes reciben alguna orientación acerca del manejo que se le debe dar al paciente como tratarlo por ejemplo ¿cómo tratar el duelo con las familias?

Puesss, no tanto porque no le dicen a uno cómo debe manejar el duelo ¡así o así! Con la familia eso no, no lo enseñan a nosotros ¡pues a mí no me lo han dicho! Pero sí es tratar de decirle las cosas a la familia de la mejor manera, al acompañante del paciente para que ellos no se sientan a la deriva, abandonados por el servicio médico, es aprender a decir las cosas a la familia

Tú crees que el trato con los pacientes o con las personas a cambiado desde el momento en el que iniciaste la carrera a este momento que estás finalizando tus estudios.

No, siempre los he tratado igual, me considero una persona linda con los pacientes, me gusta hacer que se sientan bien, que los acompañantes estén a gusto que sepan que uno está ahí, que no están solitos, que se den cuenta que uno está haciendo lo posible para que su familiar salga de lo que le esté pasando. Incluso en los primeros semestres era como más apegada a los pacientes –que necesita, que le ayudó, que le traigo- con la familia. Obviamente eso ha cambiado con el paso del tiempo porque la carga aumenta, pues uno ya no tiene el mismo tiempo toca hacer diferentes actividades con cada paciente, pero igual siempre trato que se sientan bien, me gusta ser linda con los pacientes y con las familias.

Tus reacciones acerca de la muerte, la forma en que concibes la muerte. ¿Crees que han cambiado desde que iniciaste tu carrera, durante y ahora que estás finalizando? La percepción cambió o se sigue manteniendo hasta la actualidad.

No, se sigue manteniendo porque yo viví la muerte de mi abuelito cuando tenía 12 años, yo era chiquita y me decía “porque mi abuelito no se debió haber muerto” pero uno igual entiende que es un proceso por el cual todos debemos pasar, todos estamos destinados a llegar allá es algo que se mantiene, es algo natural, es algo que tiene que pasar conmigo, con mi familia, mis amigos, con mis pacientes es algo que se mantiene, yo soy consciente que tiene que pasar.

En cuanto al trato con los pacientes con una enfermedad norma o crónica y el trato con un paciente que tiene una enfermedad terminal. ¿Tu trato con esos pacientes cambia?

No.

Si sabes que ese paciente ya va a morir. ¿El trato es distinto, es el mismo?

Es el mismo, son dos personas a las que yo les tengo que dar seguridad y son dos personas a las que les tengo que decir que -a pesar de que tú no tienes el mismo tiempo de vida que va a tener la otra persona, ese tiempo que te queda vas a estar bien- y con la persona que no va a morir es lo mismo – estás acá, vamos hacer todo lo posible por curar esa enfermedad, trataremos tu sintomatología- y todo va a estar bien. Es lo mismo mi trato hacia las dos personas.

Y cuando la persona pierde la vida ¿cuál es el manejo clínico que se le debe dar al cuerpo, al cadáver?

Pues uno hace como su historia, anota todo y pasa a manos de No sé a manos de quien pasa, pero nuestro trabajo termina ahí, hacemos la nota de lo que paso, porque falleció y ahí acaba, llegan los camilleros lo envuelven en la sabana y se lo llevan.

Cuando has estado al pie de la cama viendo el cadáver de la persona ¿en qué piensas? Que se te viene a la mente cuando ves a ese señor, esa señora que antes era tu paciente, un ser vivo y ahora no lo es.

Obviamente lo lamento, digo como nooo. Depende también del paciente, si estaba super mal uno dice como –si era bueno que se fuera a descansar- como el caso del señor que les dije que fue mi historia mala, él necesitaba irse a descansar, estaba supremamente mal y no. Cuando uno ve el cadáver, ve al paciente ahí piensa en que dio el otro paso, acabó su sufrimiento, lo siento por la familia, pero es algo que tenía que pasar.

Entonces, no me pongo a pensar ¡hay que pobrecito! Que va a decir la mamá, la familia, el papa, como le vamos a decir, será que va a ir al cielo.

Tú lo dejas de ver como un sujeto y lo empiezas a ver como un objeto.

Ummm nooo, no lo veo como un objeto porque fue mi paciente que esté solamente el cuerpo ahí no significa que sea un objeto del cual yo pueda hacer lo que quiera, lo veo como alguien que ya cumplió su ciclo que ya tenía que irse.

Tu mencionaste la palabra cuerpo ¿Qué es eso para ti como persona?

El cuerpo es un templo, jajajajaja. No, obviamente para mí el cuerpo es algo sagrado que tenemos que cuidar siempre, hacer lo mejor para que esté en las mejores condiciones, disminuir todo lo que pueda hacer daño al cuerpo porque para mí si es algo importante, sagrado como los digo, muy importante. Mientras uno está con vida hay que cuidarlo lo que más se pueda, pero después de la muerte, no sé, lo que venga.

¿Y cómo médico que es el cuerpo?

Un con conjunto de órganos, jajajajajaja, un conjunto de órganos y sistemas, sí. Como médico.

¿Osea como objetos?

Siiii, son cosas que nos ayudan a cumplir con nuestras funciones vitales.

¿Ustedes dentro de sus prácticas tuvieron anfiteatro y de ser así cómo veían esos cuerpos, que imaginaban, que representaban para ustedes? Eran sujetos u objetos que significado tomaba para ustedes.

Obviamente uno entra al anfiteatro los primeros semestres con él ¡hay voy a ver un muerto! Pero eso no es así, uno entra con el objetivo de aprender y siiii fueron personas tuvieron su vida y hay que tener respeto y todo, pero es algo que nos está dando conocimiento a todos, es algo que nos da

nuestro conocimiento, por eso es que nosotros ahora podemos saber dónde están los nervios, los músculos, donde está ubicada cada vena cada arteria, gracias a ellos. Entonces lo veo más como por esa parte de agradecimiento por permitir que uno aprende sobre él.

¿Por qué esa reacción cuando te pregunte por el anfiteatro?

Pues no seee. Yo recuerdo que los primeros semestres uno siempre era ¡quiero ver anatomía, quiero ver anatomía! Para entrar al anfi y ver los cuerpos porque uno siempre se imaginaba una cosa totalmente diferente de lo que realmente es. Uno entra y ve en una bandeja el cuerpo y eso es una cosa horrible, osea uno no ve nada, eso en las piscinas es horrible, eso huele feo y uno se imagina un cuerpo intacto. Entonces uno es todo ¡si, voy a ver un cuerpo, los músculos, todos los nervios, las venas, las arterias y no! Eso es mentira, a uno le toca por haya rebuscar bien, cual nervio es, abrir, mirar. Entonces es esa expectativa que uno tiene los primeros semestres pero que se derrumba. Uno dice uyuy no que feo, al principio ¡qué tan chévere! Y al final ¡que feo!

Y cuando estas escarbando al interior de esos cuerpos no piensas algo sobre ese cuerpo, es una herramienta no más.

No, la verdad nunca lo pensé en todo el tiempo que vi anatomía, anato I y anato II nunca pensé ¡venga y este que! Siempre me concentré en venga tan chévere así se le ve el plexo braquial, este plexo está completo en cambio en este cuerpo que me toco a mi esta horrible, entonces venga mírelo en este cuerpo o miren este músculo como se ve ¡uy si en el suyo se ve horrible! Venga míralo acá. Uno siempre se concentra en querer mirar bien como se ven las estructuras anatómicas y no me concentré en pensar ¡hay este por que estara aca!

¿Eran simplemente objetos?

Osea, en ese momento yo creo que sí lo fueron la verdad nunca me puse a pensar en ¡hay que le pasaría a este señor! Porque estará acá.

Nunca te mencionaron por qué murió

No, nada. Siempre nos decían que eran persona que no reclamaban, son personas que vienen de medicina legal, entonces la universidad hace el trámite para poderlos tener acá, pero nada más

¿Pero para ti son personas o no?

Si claro, para mi fueron personas. Fueron, por que ya se murieron; lo único que están haciendo es como prestarnos su cuerpo para nuestro conocimiento, pero como tal que siga siendo una persona pues no, porque una persona es alguien que está vivo, que interactúa conmigo que tiene sus sentidos; en este momento las personas que están en el anfiteatro o lo que está en el anfiteatro son cuerpos.

Bueno, en ese sentido tú permitirías que en algún momento tu papá o tu mamá se usarán para eso

Umhhh de pronto si, lo que pasa es que hay muchos estudiantes que lo toman como con juego, no lo toman con el respeto que se debe tomar, de saber que si, alguna vez fueron personas, seres vivos

que tuvieron familia y que por cosas del destino terminaron ahí, pero si es algo con lo que yo pueda ayudar a otra gente, con lo que otros estudiantes puedan aprender y saber, puedan observar las estructuras que yo identifique en ese tiempo; siii, hasta yo misma me prestaría.

Tú dices que algunos estudiantes lo veían como un juego ¿Qué hacían?

Sí, lógico, uno entra a un anfiteatro y ese es un lugar de respeto porque hay cuerpos que alguna vez tuvieron vida y hay gente que se toma fotos con los cuerpos, ahí sí estoy aquí en el anfi o lo toman más de burla y no como aprendizaje, a eso me refiero.

En universidad aprueba ese tipo de comportamientos de los estudiantes.

Nooo, de hecho, en ningún anfiteatro se permiten ese tipo de actitudes como tomarse fotos es ilegal, los que lo hacen obviamente lo hacen a escondidas, pero uno siempre ve la foto en Instagram del chico con el músculo, eso es.

Y la muerte, tu concepción como persona.

¿La muerte como persona? Obviamente no quiero que me llega ni a mis familiares, pero en el fondo sé que es algo que en algún momento de la vida va a tener que pasar así sea duro el duelo, porque todos los duelos son difíciles, hay que afrontarlo y salir del duelo, ¡no!

Para ti ¿qué es el duelo?

El duelo es el proceso que uno hace de pasar o lograr superar algo que antes estuvo con uno que lo hizo feliz de manera incondicional y aceptar que ya no va a estar, que ya se acabó y poder vivir con eso, saber que tenía que pasar; así fue como tuve que aceptar que mi tío se fuera. Obviamente me dio durísimo, pero pues viví el proceso y pues ya puedo hablar de eso con tranquilidad.

Durante tu proceso de formación te han enseñado a manejar el duelo.

No.

No te han dicho cómo afrontarlo o cómo manejarlo con la familia de un paciente.

Ummm, lo que pasa es que le dicen a uno que el trato con la familia tiene que ser neutral, usted tiene que ir y dar la información y listo, no se puede involucrar con nada más. No es que nosotros tengamos una cátedra en la que no dicen, miren ustedes tienen que manejar el duelo así, tienen que enseñarles a sus pacientes o a la familia de sus pacientes a manejar el duelo así, así, así. No lo tenemos y yo creo que cada uno maneja su duelo como piensa que tiene que manejarlo, como piensa que lo tiene que afrontar, si como lo está afrontando en ese momento.

Creas que tu formación en esto nueve semestres te ha ayudado a tener una percepción diferente del cuerpo y de la muerte.

Concepción diferente del cuerpo ¡no! Porque siempre he tenido claro lo que es el cuerpo, ósea lo que les decía.

Cuando hablamos de cuerpo hacemos referencia a toda la dimensión del ser humano, todo lo que somos nosotros como corporalidad el poder socializar.

Pues ósea, obviamente ha cambiado porque uno en los primeros semestres no ve patologías entonces uno no tiene ni idea de cómo cuidar una cirrosis; empezando que uno no tiene ni idea que es una cirrosis, uno es como ¡ummm, pues sí cuídese! En cambio, ahora uno ve todas las patologías, las vive uno es como venga tenga cuidado con esto con lo otro porque le causar una cirrosis. Poniendo como un ejemplo.

Desde mis primeros semestres empecé a cambiar mi concepción, siii he tenido cambiío, porque ahora tengo mucho más conocimiento de las patologías, de las enfermedades de todo lo que le puede causar daño a uno, entonces sí ha cambiado eso.

Y sobre la muerte, que ha pasado al estar en contacto tan directo con ella. Cambio algo o no ¿Se naturalizó el proceso de la muerte?

Es como un proceso que uno como estudiante tiene que vivir porque uno no está con los pacientes siempre, uno no tiene ese lazo tan fuerte como para dejarse afectar tanto por la muerte del paciente, es como, no tengo tanta afinidad contigo entonces, lo siento, se murió, pero no le impacta mucho a uno el hecho de que una persona se muera durante el servicio. Por lo menos a mí no me pasa mucho; las primeras veces que me paso si fueren como ¡hay que pesar! Pero ahora soy como que pesar, pero sin meterle tanto corazón.

¿Ósea que hay como una naturalización de la muerte?

Yo creo que sí, yo lo veo como algo natural que tiene que pasar independientemente de a quien le pase, es saber aceptarla.

Y tú cómo ayudas a los pacientes en ese proceso de aceptación

¿A los pacientes o familiares?

Por ejemplo, con aquel paciente terminal que ya sabe que va a morir, cuando el paciente te dice que no quiere morir o tiene miedo de hacerlo.

Uyyy nunca lo he hecho

¿Cómo lo harías?

Lo haría. ¿Comoooo? No sé, es algo que tengo que hacer, pero lo diría pues – que estás pasando por un ciclo en el cual tu enfermedad llegó a su estado máximo y pues ya no hay nada que hacer ya tu cuerpo no da más, tus órganos están muy débiles para lograr soportar la enfermedad y lo más probable es que fallezcas. O algo así.

Si el paciente te dice ¡no me quiero morir!

Nadie se quiere morir

¡Ayúdeme por favor doctora! ¿Usted qué le dice?

Eeeee, no sé, eso es algo horrible, no sé, no sabría qué decir.

No sé, yo le diría –yo tampoco quiero que usted se muera- pero pues antes de que mueras vamos hacer todo lo posible para que su muerte no sea una muerte fea, no sea dolorosa, no sea traumática, entonces vamos hacer todo lo posible procurando que sea lo más tranquila posible.

Y cómo le dirías a un familiar. En el ejemplo de la niña que falleció Cómo le hubieras dicho a la mama de haber sido tu paciente.

Mama, se hizo todo lo que estuvo a nuestro alcance -porque en realidad se hizo- a la niña se le hicieron tres intervenciones, se hizo lo que estaba al alcance, pero lamentablemente no pudimos salvar la vida de su hija. Y ya, no diría nada más.

Creas que tu formación a nivel profesional, durante todos los semestres, durante las asignaturas que has visto te preparan para de alguna manera para dar malas noticias, para afrontar la muerte, hablar con el paciente.

No, a uno no lo forman para eso, a uno lo manda allá. Vayan y miren a ver cómo hacen, cómo interactúan con el paciente, miren haber como le dan malas noticias, eso uno lo va formando; depende del carácter de uno y como esté el paciente porque nosotros en si no tenemos nada. Lo mandan a uno, haber vayan aprendan.

¿Tú has visto o escuchado como un médico da malas noticias?

Si lo he visto y más que todo lo he escuchado.

Creas que lo hacen de forma adecuada

En algunos casos he escuchado y sí me parece apropiada la forma en la que lo hacen. Prácticamente me copie de lo que escuche “como se hizo lo humanamente posible, se le hizo tal y tal procedimiento, lamentablemente no respondió y pues falleció, no pudimos hacer nada más, después de lo que le hicimos”

Teniendo en cuenta que somos seres finitos y vamos a morir. Tiene algún sentido para ti ser médica.

Claro que si, por que a pesar de que tu estés enfermo yo no quiero que en este momento mueras a pesar que estas padeciendo una dolencia o una patología, entonces a pesar de que alguien llegue a mí a decirme –venga me siento mal, estoy enfermo- no es para que usted pues siga enfermo por que igual se va a morir. Ese no es el objetivo de uno, nuestro objetivo es mirar a ver que tienes, vamos a ver cómo hacemos para que tu salgas de esta enfermedad.

Lógicamente si tiene mucho sentido porque uno como médico lo que hace es sacarlos de la enfermedad tratando de prolongar la vida. No es porque como somos seres finitos entonces enfermese porque se va a morir. No, ese no es el objetivo.

Última pregunta. Hay un imaginario es que cuando uno va a estudiar medicina se cree que es por vocación. Al final de esta etapa ya como médica cuál es el sentir de tu profesión.

La verdad no creo que sea médica por vocación, por que como lo mencione al principio me interesó saber cómo funcionaba el cuerpo humano; más bien creo que soy medica de formación así me forme. Al inicio de la carrera no pensaba en quiero salvar a todos, no, esa no era mi vocación. Más bien de formación porque así me formo la universidad y es lo que voy a seguir haciendo, entonces me defino como médica de formación más no de vocación.

¿Y qué diferencia hay?

Lo que te digo, de vocación es que toda la vida añore ser médica, eso es ser médico de vocación, que lo ha querido ser desde pequeña, sentir el deseo de estar con la gente.

Mientras que yo entre a estudiar medicina fue porque quería saber cómo funcionaba el cuerpo humano.

¿Y ahora cómo te defines tú?

Soy medica de formación.

¿Cambio en algo tu percepción?

No para nada, sigo teniendo la misma percepción desde que inicie. Me gusta saber el funcionamiento de las cosas, me gusta saber por qué no puedo mover un dedo, como puedo caminar; eso es lo que realmente me gusta.

Se podría entender como algo más práctico que el encontrarte con las demás personas

Si como más de práctica. Tan chévere como suturan, tan chévere esta cirugía, más bien de eso.

Después de que te gradúes ¿te gustaría especializarte en algo?

Sí, me gustaría especializarme en obstetricia, me gusta ver el nacimiento de los niños, me gusta saber cómo una célula tan chiquita se convierte en algo más grande y luego más grande y poder saber que yo ayude a que esa persona saliera para que se convierta en algo grande, eso me gusta.

Bueno juanita, muchas gracias por tu colaboración en esta entrevista, te agradezco mucho y que chévere que ya hayas cumplido con tu proceso de formación.

No gracias a ustedes.

ANEXO 4: Planes de estudios de los programas de medicina



PROGRAMA DE MEDICINA (HASTA 2018-10)

Código SNIES: 20044, Título: Médico (a), Formación Universitaria: Pregrado, Modalidad: Presencial, Lugar: Bogotá,
Duración: 12 semestres, Número de créditos: 254, Jornada: Diurna,

Registro calificado: 5137 del 22 de junio de 2011 (7 años), Acreditación Nacional: Resolución 22803 del 9 de diciembre del 2016 (4 años)

| 1 | 5 | 3 | 4 | 2 | 6 | 1 | 8 | 9 | 10 | 11 | 15 |
|--|--|--|--|---|--|---|---|--|---|--|--|
| Introducción a la Profesión Médica MEDI - 1101 2 | Habilidades de comunicación MEDI - 1102 2 | Embriología MEDI - 1208 2 | Patología MEDI - 1216 4 | Semiología I MEDI - 2108 2 | Semiología II MEDI - 2110 2 | Turnos Clínicos I MEDI - 3409 0 | Turnos Clínicos II MEDI - 3415 0 | Turnos Clínicos III MEDI - 3434 0 | Turnos Clínicos IV MEDI - 3429 0 | Internado Obligatorio Cirugía MEDI - 3437 4 | Bitácora Clínica V MEDI - 3432 0 |
| Inducción MEDI - 1100 0 | | Histología MEDI - 1209 Laboratorio de Histología MEDI - 1229 2 | Farmacología MEDI - 1210 4 | Bitácora Semiología I MEDI - 3400 0 | Bitácora Semiología II MEDI - 3403 0 | Bitácora Clínica I MEDI - 3408 0 | Bitácora Clínica II MEDI - 3414 0 | Bitácora Clínica III MEDI - 3420 0 | Bitácora Clínica IV MEDI - 3435 0 | Internado Obligatorio Medicina Interna MEDI - 3439 4 | Internado Selectivo I MEDI - 35XX 8 |
| Física Básica I FISI - 1012 Laboratorio de Física Básica I FISI - 1013 4 | Física Básica II FISI 1022 Laboratorio de Física Básica II FISI 1023 4 | Anatomía MEDI - 1200 Laboratorio de Anatomía MEDI - 1219 7 | Epidemiología MEDI - 1105 1 | Genética Médica MEDI - 2300 3 | | Medicina Interna MEDI - 3406 6 | Cirugía MEDI - 3411 6 | Medicina Legal y Ciencias Forenses MEDI - 3417 3 | Comportamiento Humano, Sex y Toxi MEDI - 3426 1 | Internado Obligatorio Anestesia MEDI - 3436 3 | Internado Selectivo II MEDI - 35XX 8 |
| | Constitución y Democracia | Ética Médica y Profesionalismo I | Medicina Social | Parasitología Médica | | | | Módulo Selectivo I | Módulo Selectivo II | Internado Obligatorio Gineco- | Internado Selectivo III |
| | | Principios del desarrollo humano MEDI - 1104 1 | | Sistema Cardiovascular MEDI - 2303 7 | Sistema Nervioso MEDI - 2309 6 | Sistema Osteomuscular MEDI - 2312 2 | Oftalmología y Otorrinolaringología MEDI - 3412 1 | Urología MEDI - 3447 1 | Neurología MEDI - 3424 2 | Internado Obligatorio Pediatría MEDI - 3440 3 | |
| Biología Celular MBIO - 1100 Laboratorio de Biología Celular MBIO - 1101 3 | Biología Molecular MBIO - 2102 Laboratorio de Biología Molecular MBIO - 2103 4 | Biología molecular de la célula MBIO - 2310 3 | Microbiología Médica MBIO - 3502 Laboratorio de Microbiología Médica MBIO - 3503 2 | Sistema Respiratorio MEDI - 2306 5 | Sistema Urinario y Renal MEDI - 2310 5 | Sistema Reproductivo MEDI - 2313 4 | Anestesia MEDI - 3410 1 | Oncología MEDI - 3446 1 | Urgencias MEDI - 3427 1 | Internado Obligatorio Ortopedia MEDI - 3441 3 | |
| Química QUIM - 1103 Laboratorio de Química QUIM - 1104 3 | Química Orgánica QUIM - 1301 Laboratorio Química Orgánica QUIM - 1302 4 | Bioquímica MEDI - 1218 4 | | Sistema Endocrínológico MEDI - 2305 3 | Sistema Gastrointestinal y Nutrición MEDI - 2308 5 | Sistema Mucocutáneo MEDI - 2311 1 | | Gineco-Obstetricia MEDI - 3416 3 | Ética Médica y Profesionalismo II MEDI - 3114 1 | Internado Obligatorio Urgencias MEDI - 3442 3 | |

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Anexo No. 1
Asignaturas, prerrequisitos y correquisitos del Plan de Estudios
de la Carrera de Medicina

| Agrupación: Biología del Desarrollo I | | | | | |
|--|--|-----------------|--------------------|---|---|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2017988 | Embriología | 3 | SI | | |
| 2017979 | Anatomía I | 2 | SI | Embriología Histología I | Prerrequisito Prerrequisito |
| 2023103 | Anatomía II | 5 | SI | Embriología Histología II Anatomía I | Prerrequisito Prerrequisito Prerrequisito |
| 2017995 | Histología I | 2 | SI | | |
| 2021519 | Histología II | 4 | SI | Histología I | Prerrequisito |
| 2017994 | Genética | 2 | SI | Histología I Bioquímica I | Prerrequisito Prerrequisito |
| 2026320 | Química básica para Ciencias de la Salud | 3 | SI | | |
| 2017983 | Bioquímica I | 4 | SI | Química básica | Prerrequisito |
| 2021521 | Introducción a la Fisiología | 3 | SI | | |
| 2023104 | Fisiología I | 3 | SI | Introducción a la Fisiología | Prerrequisito |
| 2017981 | Biología molecular | 2 | SI | Bioquímica I | Prerrequisito |

| Agrupación: Biología del Desarrollo II | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------|--------------------|---|-------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2017993 | Fisiología II | 8 | SI | Fisiología I | Prerrequisito |
| 2023105 | Inmunología | 2 | SI | Fisiología I | Prerrequisito |
| 2015166 | Histología III | 5 | SI | Histología I | Prerrequisito |

| Agrupación: Salud Pública y Ciencias Sociales I | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------|--------------------|---|-------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2018012 | Salud y Sociedad | 2 | SI | | |
| 2021522 | Medicina y Sociedad | 2 | SI | Salud y Sociedad | Prerrequisito |
| 2017986 | Bioestadística y Demografía | 2 | NO | Salud y Sociedad | Prerrequisito |

Tabla 1. Objetivos de aprendizaje y estrategias curriculares de la Carrera de Medicina

| PERTINENCIA Y PROPÓSITOS DEL PROGRAMA | | | |
|---|----------------|--|--|
| Objetivos | Componente | Agrupación | Asignatura |
| Objetivos para el proceso de formación en salud | | | |
| 1. Promover el análisis crítico, la autorreflexión y la generación de conocimientos frente a los fenómenos de la salud y la enfermedad. | Fundamentación | Salud Pública y Ciencias Sociales I | Salud y Sociedad (2018012) Medicina y Sociedad (2021522) Bioestadística y demografía (2017986) |
| | Disciplinar | Enlace Básico Clínico II | Introducción a la Medicina Interna (2015584) Epidemiología (2017989) |
| 2. Propiciar la producción y asimilación del conocimiento científico universal requerido para la solución de los problemas sanitarios del país. | Disciplinar | Clínica I | Medicina Interna I (2018016) Habilitación Pediátrica (2021518) Psiquiatría I (2018009) Psiquiatría II (2018010) Medicina Interna II (2018017) |
| | | Clínica II | Pediatría (2018018) Rehabilitación (21018011) Cirugía I (2017984) Ginecología y Obstetricia (2018015) |
| | | Internado Clínico y Trabajo de Grado | Internado I Cirugía (20179998) Internado II Medicina Interna (2017999) Internado III Pediatría (2018000) Internado IV Gineco- obstetricia (2021524) Internado especial (2024213) |
| | | Profundización y Diversificación de Perfil Profesional | Administración (2017978) Medicina Familiar (2021525) Medicina de Urgencias (2018003) Ecología Médica (2017987) |
| 3. Favorecer la evaluación crítica, constructiva, independiente e integral de las políticas de salud. | Fundamentación | Biología del Desarrollo II | Bioestadística y Demografía (2017986) |
| | Disciplinar | Profundización y Diversificación de Perfil Profesional | Administración (2017978) Medicina Familiar (2021525) Medicina de Urgencias (2018003) Ecología Médica (2017987) |
| | | Internado Clínico y Trabajo de Grado | Internado I Cirugía (20179998) Internado II Medicina Interna (2017999) Internado III Pediatría (2018000) Internado IV Gineco- obstetricia (2021524) Internado especial (2024213) |

| | | | | | |
|---------|---|---|----|---------------------|---------------|
| 2025528 | Optativa en Salud Pública y Ciencias Sociales | 2 | NO | Medicina y Sociedad | Prerrequisito |
|---------|---|---|----|---------------------|---------------|

| Agrupación: Enlace Básico-Clínico I | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|--------------------|--|------------------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2017990 | Farmacología | 7 | SI | Patología Especial Microbiología | Prerequisito Prerequisito |
| 2018006 | Microbiología | 5 | SI | Fisiología II | Prerequisito |
| 2018007 | Parasitología | 3 | SI | Inmunología | Prerequisito |
| 2025539 | Comunicación científica | 3 | NO | | |
| 2018005 | Metodología de la investigación | 3 | NO | | |

| Agrupación: Salud Pública y Ciencias Sociales II | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------|--------------------|---|-------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2017989 | Epidemiología | 3 | SI | 2 créditos optativos aprobados en Salud Pública y Ciencias Sociales I | Prerequisito |

| Agrupación: Enlace Básico-Clínico II | | | | | |
|---|--|-----------------|--------------------|--|-------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2023108 | Patología general | 2 | SI | Anatomía Médica Anatomía II Bioquímica I Fisiología I | Prerequisito |
| 2023109 | Patología especial | 7 | SI | Patología General Anatomía I Biología Molecular Fisiología II | Prerequisito |
| 2015584 | Introducción a la Medicina Interna | 3 | SI | Salud y sociedad | Prerequisito |
| 2015680 | Introducción a las Imágenes Diagnósticas | 3 | SI | Patología especial | Prerequisito |
| 2025510 | Biología Molecular avanzada | 2 | NO | Biología molecular | Prerequisito |
| 2017982 | Bioquímica clínica | 4 | NO | Bioquímica I | Prerequisito |
| 2025511 | Bioquímica II | 2 | NO | Bioquímica I | Prerequisito |
| 2025512 | Cáncer: Aspectos Patológicos | 2 | NO | Patología Especial | Prerequisito |

| Agrupación: Enlace Básico-Clinico II | | | | | |
|---|---|-----------------|--------------------|---|-------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2018014 | Farmacología clínica | 2 | NO | Farmacología | Prerrequisito |
| 2025514 | Fundamentos de Farmacología | 2 | NO | Patología General Fisiología II | Prerrequisito |
| 2025515 | Hormonas | 2 | NO | Fisiología I Bioquímica I | Prerrequisito |
| 2025526 | Medicalización y análisis crítico de la publicidad sobre medicamentos | 2 | NO | Farmacología | Prerrequisito |
| 2025529 | Principios de Farmacoterapia para el uso adecuado de medicamentos | 2 | NO | Farmacología | Prerrequisito |
| 2025530 | Reacciones adversas a medicamentos y farmacovigilancia | 2 | NO | Farmacología | Prerrequisito |
| 2025531 | Toxicología médica | 2 | NO | Farmacología | Prerrequisito |
| 2023480 | Virología médica | 2 | NO | Microbiología | Prerrequisito |

| Agrupación: Clínicas I | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|---|-------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2018016 | Medicina Interna I | 9 | SI | Anatomía Patología Especial Introducción a la Medicina Interna o Semiología Microbiología Parasitología | Prerrequisito |
| 2021518 | Habilitación Pediátrica | 2 | SI | Rehabilitación | Prerrequisito |
| 2018009 | Psiquiatría I | 2 | SI | Introducción a la Medicina Interna o Semiología | Prerrequisito |
| 2018010 | Psiquiatría II | 3 | SI | Pediatría | Prerrequisito |
| 2017996 | Imágenes Diagnósticas | 2 | SI | Introducción a las Imágenes Diagnósticas o Medicina Interna I | Prerrequisito |
| 2018017 | Medicina Interna II | 9 | SI | Anatomía II Medicina interna I Farmacología Inmunología | Prerrequisito |

| Agrupación: Clínicas II | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|----------|-------------|--|--------------------------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2018018 | Pediatría | 13 | SI | Medicina Interna II Genética | Prerrequisito Prerrequisito |
| 2018011 | Rehabilitación | 3 | SI | Medicina Interna I Farmacología | Prerrequisito Prerrequisito |
| 2017984 | Cirugía I | 12 | SI | Pediatría | Prerrequisito |
| 2018015 | Ginecología y Obstetricia | 12 | SI | Cirugía I | Prerrequisito |

| Agrupación: Profundización y Diversificación del Perfil Profesional | | | | | |
|--|---|----------|-------------|---|---------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2025524 | Medicina Legal I | 2 | SI | Patología Especial | Prerrequisito |
| 2025527 | Medicina Legal II | 1 | NO | Patología Especial | Prerrequisito |
| 2025508 | Administración en Salud I | 2 | SI | Medicina Interna II | Prerrequisito |
| 2025509 | Administración en Salud II | 1 | NO | Medicina Interna II | Prerrequisito |
| 2025513 | Ecología médica | 2 | NO | Bioestadística y Demografía | Prerrequisito |
| 2025523 | Investigación formativa II | 2 | NO | Metodología de la Investigación o Comunicación Científica | Prerrequisito |
| 2024992 | Medicina Familiar | 2 | NO | Epidemiología | Prerrequisito |
| 2023615 | Medio Ambiente, Toxicología y Salud | 2 | NO | Farmacología | Prerrequisito |
| 2025557 | Salud Pública | 2 | NO | Medicina Interna II | Prerrequisito |
| 2025525 | Manejo farmacoterapéutico del síndrome metabólico | 2 | NO | Gineco-obstetricia | Prerrequisito |

| Agrupación: Internado y Trabajo de Grado | | | | | |
|---|--|----------|-------------|--|---------------|
| Código | Nombre de la Asignatura | Créditos | Obligatoria | Asignatura Prerrequisito/ Correquisito | |
| | | | | Nombre | Requisitos |
| 2025519 | Internado: Cirugía I | 5 | NO | 100% Agrupaciones Clínicas I y II | Prerrequisito |
| 2025521 | Internado: Medicina Interna I | 5 | NO | 100% Agrupaciones Clínicas I y II | Prerrequisito |
| 2025522 | Internado: Pediatría I | 5 | NO | 100% Agrupaciones Clínicas I y II | Prerrequisito |
| 2025520 | Internado: Ginecología y Obstetricia I | 5 | NO | 100% Agrupaciones Clínicas I y II | Prerrequisito |

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Periodo 1

Asignatura

BIOFISICA I

BIOLOGIA CELULAR

BIOMATEMATICAS

BIOQUIMICA I

CATEDRA ANTONIO NARIÑO

Periodo 2

BIOFISICA II

BIOLOGIA MOLECULAR

BIOQUIMICA II

MORFOLOGIA DEL DESARROLLO

Periodo 3

ELECTIVA FORMACION HUMANISTICA INTEGRAL I

FISIOLOGIA I

GENETICA

INMUNOLOGIA I

MORFOLOGIA MICROSCOPICA Y MACROSCOPICA

Periodo 4

BIOESTADISTICA

ELECTIVA FORMACION HUMANISTICA INTEGRAL II

FISIOLOGIA II

INMUNOLOGIA II

MICROBIOLOGIA Y ENFERMEDADES TROPICALES

Periodo 5

EPIDEMIOLOGIA-DISEÑO EXPERIMENTAL

PARASITOLOGIA

PATOLOGIA I

SEMIOLOGIA I -LAB.SIMULACION CLINICA I

Periodo 6

BIOETICA Y CONSTITUCION

ELECTIVA DISCIPLINAR I

FARMACOLOGIA

PATOLOGIA II

SEMIOLOGIA II-LAB.SIMULACION II

Periodo 7

ELECTIVA DISCIPLINAR II

FARMACOLOGIA CLINICA

MEDICINA INTERNA

PSICOLOGIA EVOLUTIVA

SALUD PÚBLICA

Periodo 8

CIRUGIA

IMAGENOLOGIA

PROFUNDIZACION I

Periodo 9

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PROFUNDIZACION II

PSIQUIATRIA

Periodo 10

MEDICINA LEGAL

PEDIATRIA

PROFUNDIZACION III

Periodo 11

INTERNADO I

Periodo 12

INTERNADO II

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

| PRIMER SEMESTRE | | | |
|-----------------------------|---|-----------------|------------------------|
| CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
| | Fundamentos Biológicos de la Medicina | 14 | NFF |
| | Introducción a la práctica clínica | 1 | NFF |
| | Fundamentos de la vida, la salud y la ciencia | 5 | NFF |
| | Electiva | 3 | ELEC |
| | TOTAL | 23 | |

| SEGUNDO SEMESTRE | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------------|
| CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
| | Sistemas y Metabolismo I | 12 | NFF |
| | Fundamentos de la práctica clínica I | 4 | NFF |
| | Población y Salud | 5 | NFF |
| | Electiva | 3 | ELEC |
| | TOTAL | 24 | |

| TERCER SEMESTRE | | | |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|
| CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |

CODIGO DE ASIGNATURA

| | | | |
|---------------------------------------|----|-----------|------|
| Sistemas y Metabolismo II | 12 | | NFF |
| Fundamentos de la práctica clínica II | 4 | | NFF |
| Riesgo Poblacional | 5 | | NFF |
| Teología | 2 | | NFF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 26 | |

CUARTO SEMESTRE

| CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|

| | | | |
|--|----|-----------|------|
| Cerebro, mente y comportamiento | 12 | | NFF |
| Fundamentos de la práctica clínica III | 5 | | NFF |
| Salud y Vulnerabilidad | 5 | | NFF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 25 | |

QUINTO SEMESTRE

| CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|

| | | | |
|---|----|-----------|------|
| Defensa, Inmunidad e Infección | 10 | | NFF |
| Relación Médico Paciente y Práctica Clínica | 6 | | NFF |
| Evidencia y Prescripción razonada | 5 | | NFF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 24 | |

EXAMEN PREPARATORIO DE AVANCE**SEXTO SEMESTRE**

| CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|

| | | | |
|--------------------------------------|----|--|-----|
| Cuidado y Atención Primaria | 19 | | NFF |
| Constitución y Responsabilidad Civil | 2 | | NFF |
| Teología | 2 | | NFF |

| | | | |
|--------------|---|----|------|
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 26 | |

SEPTIMA A NOVENA MATRICULA

| OPCIÓN UNO CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|--|-------------------|-----------------|----------------------------|
| Cuidado y atención clínica | 21 | | NFF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 24 | |

| OPCIÓN DOS CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|--|-------------------|-----------------|----------------------------|
| Salud Maternoinfantil | 21 | | NFF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 24 | |

| OPCIÓN TRES CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|---|-------------------|-----------------|----------------------------|
| Cuidado Perioperatorio y Quirúrgico | 13 | | NFF |
| Énfasis | 8 | | ENF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 24 | |

| DECIMO SEMESTRE CODIGO DE ASIGNATURA | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|---|-------------------|-----------------|----------------------------|
| Urgencias | 12 | | NFF |
| Medicoquirúrgicas | | | |
| Medicina Legal | 3 | | NFF |
| Énfasis | 3 | | ENF |
| Salud Pública | 3 | | NFF |
| Electiva | 3 | | ELEC |
| TOTAL | | 24 | |

**Curso Emergencias
Preparatorio de Avance – Evaluación Competencia Clínica**

AÑO DE INTERNADO

| | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|---|-------------------|-----------------|------------------------|
| INTERNADO REGIONAL CODIGO DE ASIGNATURA INTERNADO REGIONAL | 28 | | NFF |

| | ASIGNATURA | CREDITOS | TIPO DE CREDITO |
|---|-------------------|-----------------|------------------------|
| INTERNADO UNIVERSITARIO O CODIGO DE ASIGNATURA ÉNFASIS (INTERNADO UNIVERSITARIO) <input type="checkbox"/> Rotatorio Clínico <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Articulación pre y postgrado | 28 | | ENF |