

## Representación social de la muerte en un grupo de médicos

### Social representation of death in a group of physicians

Antonio Rodríguez Sánchez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7742-8871>

1. Hospital Universitario “General Calixto García”. La Habana. Cuba

\* Autor para la correspondencia: [tonypsico14@gmail.com](mailto:tonypsico14@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** En la relación de los médicos con la muerte en el escenario de lucha que es el hospital se manifiestan procesos psicológicos que legitiman sus conductas de rol.

**Objetivo:** Caracterizar la representación social de la muerte en un grupo de médicos del Hospital Universitario “General Calixto García”.

**Método:** Investigación mixta, explicativa y de corte transversal realizada entre junio y septiembre del 2019 en una muestra de 35 médicos. En la etapa cuantitativa se aplicó el instrumento Asociación libre de palabras y para la etapa cualitativa la entrevista semiestructurada.

**Resultados:** El núcleo central está integrado por la categoría Impacto afectivo (FR= 60; M= 3.5), en tanto que los contenidos del sistema periférico que se encuentra más próximos al núcleo en orden estructural son las categorías Concepción racional (FR=20; M= 2.8) y Estado postmortem (FR= 22; M= 4.4); esto en el contexto del Escenario del proceso morir donde ellos interactúan.

**Discusión:** La representación social de la muerte se caracteriza por tener un núcleo central que refleja la diversidad de emociones que se vivencian. En tanto que el sistema periférico da cuenta de los aspectos cognoscitivos que se emplean para una Concepción de la Muerte y que se organizan en torno a la racionalidad biológica como parte del contexto de las características del Escenario del proceso de morir con el que se relacionan.

**Palabras claves:** Representación social; muerte; médicos; escenario del proceso de morir; contexto de conciencia cerrada; biologicismo.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In the relationship of physicians with death in the scene of struggle that is the hospital, inter and intrasubjective processes are manifested that legitimize their role behaviors.

**Objective:** Characterize the social representation of death in a group of physicians from a clinical-surgical hospital in Havana.

**Method:** Mixed, explanatory and cross-sectional research carried out between June and September 2019 in a non-probabilistic simple of 35 physicians. In the quantitative stage, the Free association of words was applied and for the Qualitative stage, the semi-structured interview

**Results:** The central nucleus is made up of the Affective Impact (FR= 60; M= 3.5) category; while the contents of the peripheral system that are closest to the nucleus in structural order are the categories Rational Conception (FR=20; M= 2.8) and Post-mortem State (FR= 22; M= 4.4).

**Discussion:** The social representation of death is characterized by having a central nucleus that reflects the diversity of emotions that are experienced. While the peripheral system accounts for the cognitive aspects that are used for a conception of death and that are organized around biological rationality. This in the context of the characteristics of the Dying Process Scenario with which they related.

**Keywords:** Social representation; death; physicians; scenario of the dying process; context of closed consciousness; biologicism.

Recibido: 27/03/2022

Aprobado: 06/06/2022

## INTRODUCCIÓN

En la relación de los médicos con la muerte en el escenario de lucha que es el hospital se manifiestan procesos psicológicos que legitiman sus conductas de rol. Considerando a la muerte misma como un evento parte estructural de su vida cotidiana resultado de su naturalización; lo quiere decir que siempre “la realidad de la vida cotidiana busca integrar el sector problemático dentro de lo que ya es no problemático”.<sup>(1)</sup> Estas condiciones de partida implican que los profesionales de la salud son de los pocos grupos sociales que establecen un vínculo crónico con la muerte en un ambiente de familiaridad.

El interés radica justamente en la desfamiliarización, a través de la indagación científica, de aquello que precede en tanto condiciones de producción al síntoma porque lo más visible en los médicos es el Síndrome de Burnout;<sup>(2,3,4,5)</sup> y que no es cuestionable porque integra la impronta de la cultura, lo asignado según la posición que se ocupa en la estructura social, lo que distingue a nivel simbólico a una institución y su reproducción en cada uno de sus integrantes. De lo que se trata es de un punto de vista psicosociológico y la Teoría de la Representación Social provee de heurísticas para una aproximación a la composición del universo ideacional de colectivos humanos.

Así en la comprensión de la representación social a partir del objeto muerte se inclinó por la perspectiva estructural,<sup>(6)</sup> específicamente en la dirección de *Abrieu*<sup>(7)</sup> con su Teoría del Núcleo Central. Según el autor en el núcleo central se integra uno o varios elementos que en la estructura de la representación tienen un lugar preponderante: son ellos los que dan significación a la representación.

Este es causado por los siguientes factores: la naturaleza del objeto representado; por otra parte, en el vínculo sostenido del individuo -o el grupo- con tal objeto, y para concluir por el sistema de valores y normas sociales que forman el escenario ideológico del tiempo presente y del grupo. En tanto los contenidos de la periferia más o menos cercanos al núcleo “desempeñan un papel importante en la concreción de la significación de la representación, más distantes de él ilustran, aclaran, justifican esa significación”.<sup>(7)</sup>

Por lo tanto, el objetivo del estudio es caracterizar la representación social de la muerte en un grupo de médicos del Hospital Universitario “General Calixto García”.

## MÉTODO

Se realizó una investigación mixta, transversal y explicativa; entre junio y septiembre del 2019 en una muestra no probabilística extraída de una población de 151 médicos residentes y especialistas pertenecientes a los servicios de Medicina Interna y Cirugía de un hospital clínico-quirúrgico de La Habana. En la etapa cuantitativa se comenzó por la caracterización de la muestra según las variables sociodemográficas preestablecidas. Esta información resultó de la extracción de los datos primarios de las bases de datos de recursos humanos correspondientes a cada servicio médico.

Posteriormente se aplicó el instrumento Asociación libre de palabras, que consistió en la presentación por vía verbal de la palabra inductora del objeto de la representación a través de la siguiente orientación: “Como médico cuando escucha la palabra muerte exprese lo que le venga a la mente”.

El procesamiento se realizó a partir de un análisis cuantitativo de contenido de las palabras y frases evocadas. Los términos se agruparon por su proximidad semántica o sinonimia que en un proceso de reducción por abstracción derivó en la producción de nuevas categorías [conceptos con alta capacidad de inclusión], determinándose la frecuencia absoluta a partir de los términos que le correspondían; además de la media teniendo en cuenta la posición numérica asignada de acuerdo al orden de importancia manifestado. Lo que resultó en la detección del núcleo central a partir de los términos más evocados y de mayor importancia, en tanto los sistemas periféricos más cercanos o lejanos del núcleo variaron entre: los términos frecuentes, pero menos importantes; menos frecuentes, pero importantes. Los datos fueron procesados y analizados en Microsoft Excel 2007. La representación de la información se mostró en tablas y figuras respectivamente.

Finalmente en la etapa cualitativa se aplicó la entrevista semiestructurada empleando para su procesamiento la Teoría Fundamentada desde el modelo analítico de *Strauss y Corbin*.<sup>(8)</sup> La estructura temática quedó definida por los siguientes tópicos: Experiencias desde el rol con la muerte, Modos de afrontamiento, Enfermedades que conducen a la muerte, Aprendizajes, Etapas etarias en relación a la muerte y otros temas emergentes.

La unidad de análisis se definió en función de la amplitud semántica en términos de monotonía o heterogeneidad de los significados expresados a través de las distintas estructuras físicas básicas que componen el discurso: la oración y/o el párrafo. La codificación ocurrió en dos etapas: la primera se correspondió con la codificación abierta

como proceso microanalítico de los códigos in vivo, esto es la clasificación de los incidentes<sup>(8)</sup> [temas] y que se derivan en la síntesis de categorías de análisis con sus subcategorías [conceptos con menor capacidad inclusión], sus propiedades [características] y dimensiones [estado de variación que muestran las categorías].

Posteriormente se pasó a la codificación axial, acá se procedió al relacionamiento entre las categorías, pero también al interior de ellas mismas, esto es mostrar la estructura de vínculos. El resultado final es la conformación de una familia de códigos. El procesamiento correspondiente a esta etapa se realizó de manera manual.

Ya finalizada la fase de planificación se realizó la presentación del proyecto investigativo en el Departamento de Investigaciones y Posgrado, y fue evaluado por el Consejo Científico y el Comité de Ética respectivamente. Y como resultado fue aprobado con el acuerdo número 10 del día 5 de febrero del año 2018. Posteriormente se produjeron los contactos en cada servicio médico, ante lo cual se proporcionó un consentimiento informado en cumplimiento con la Declaración de Helsinki de 1964, enmendada por la 64a Asamblea General en el 2013.<sup>(9)</sup>

## RESULTADOS

De un total de 151 médicos residentes y especialistas de los servicios de Cirugía (88) y Medicina Interna (63) decidieron participar voluntariamente 63 sujetos (41,7 %) (Tabla 1), y se alcanzó la saturación teórica<sup>(10)</sup> de la información con 35 de ellos (55,5 %).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas

Variables sociodemográficas		Servicio Médico No. (%) M/DS*	
		Cirugía N <sub>1</sub> =30	Medicina Interna N <sub>2</sub> =33
<b>Sexo</b>	Femenino	10(33,3)	15(45,5)
	Masculino	20(66,7)	18(54,5)
<b>Nivel de formación postgraduada</b>	Residente	12(36,4)	12(40)
	Especialista	18(60)	21(63,6)
<b>Edad</b>		40,2/12,7	40,3/14,5
	<30	8(26,7)	12(36,4)
	30-39	10(33,3)	8(24,2)
	40-49	4(13,3)	3(9,1)
	50-59	5(16,7)	7(21,2)
	60 y más	3(10)	3(9,1)

\*Media y desviación estándar

Fuente: Elaboración propia.

Con relación al análisis cuantitativo de contenido de las palabras y frases evocadas, se produjeron conceptos con capacidad de inclusión, y se determinó la frecuencia absoluta (tabla 2). Observándose el impacto afectivo como el de mayor frecuencia.

**Tabla 2.** Distribución por categorías de los términos evocados sobre la muerte

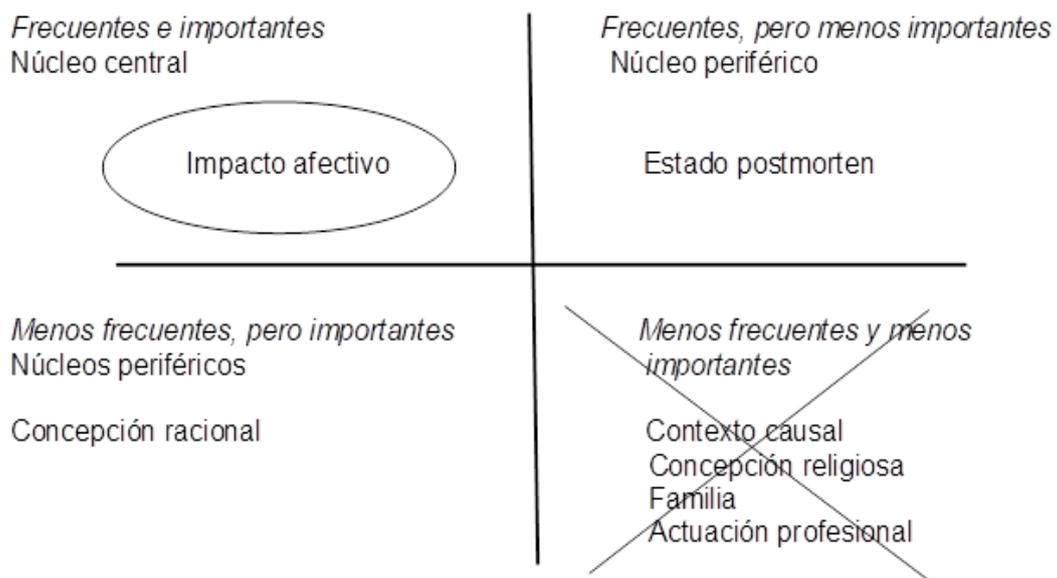
Categorías	Frecuencia	Media
Impacto afectivo	60	3.5
Estado postmortem	22	4.4
Concepción racional	20	2.8
Contexto causal	15	4
Concepción religiosa	10	3.1
Actuación profesional	7	7.5
Familia	5	3.6
<b>Total de evocaciones</b>	141	

Fuente: Elaboración propia.

Escenario del proceso de morir. Modos de experimentación

Como es de apreciar el núcleo central está configurado por el impacto afectivo, en correspondencia con las características de lo que fue definido como escenario del proceso de morir. Que se compone por modos de experimentación que en una dimensión emocional oscilan desde el sufrimiento mínimo hasta el “enrudecimiento” [código in vivo] en aras de la autopreservación en el ejercicio del rol profesional. (Figura 1)

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 1.** Estructura de la representación social de la muerte.

Así se aprecia en:

“Mi único temor, miedo, tristeza, dolor, impotencia” (ALP5MC)

“[...] el tipo de paciente, el tipo de familia, la circunstancia pero por supuesto siempre la sentimos y desgraciadamente ante esas situaciones uno tiene que tomar ciertas actitudes, porque si nos ponemos de una forma más blanda o más sentimental pues entonces no somos médicos.” (EI2MI)

Lo que se relaciona con el contacto sostenido con formas de presentación de la muerte que reflejan las primeras causas de mortalidad tanto a nivel de la geografía provincial como de la nacional.<sup>(11)</sup> En tal sentido se trata de la enfermedad de cáncer más frecuente para ambos: internistas y cirujanos, y el trauma que es propio de estos últimos y que expresa fundamentalmente causas como los accidentes de tránsito. Cuyo discurrir se produce en una dimensión temporal que va oscilando desde la exposición gradual condicionado por lo esperado y por tanto previsible en términos de sufrimiento. Se observa así en:

“Por ejemplo los pacientes con cáncer terminal que es el caso que más diagnósticos tenemos que dar. Tienes que explicarle al familiar que funciones va a ir perdiendo y en base a eso y a lo que el paciente quiera también tú le preguntas también si él quiere hacer algo para mantenerse en ese estado porque el terminal tiene diferentes grados.” (EI14MI)

Contrariamente a lo descrito a partir del cáncer, la presentación súbita se relaciona con el trauma, la que es asistida fundamentalmente por los cirujanos y la magnitud de su impacto es referido por manifestarse de manera imprevista por lo que se demanda de una acción inmediata que es clasificada de acuerdo a sus algoritmos de trabajo. Como se muestra en:

“Ahora cuando son enfermedades que se producen sobre todo en pacientes operados en forma electiva con enfermedades no terminales, con enfermedades X [...] el paciente se te complicó por las razones que sean y eso lo lleva a la muerte. Esa son muertes que si pesan mucho como cirujano una muerte que uno no lo tenía programada que fuera a suceder en tan corto plazo y por complicaciones que sucedieron se produjo [...]” (EI18MC)

### **Contexto de conciencia cerrada**

Alrededor del cáncer como una de las formas de presentación de la muerte se construye una realidad local en esta institución de salud que se caracteriza por su ocultamiento y

discreción, un manejo de la enfermedad ajeno a su portador. Se realiza a nivel de la práctica médica una renovación constante de su propio discurso a partir de la actualización de la nomenclatura científica, en el que se logra a través de la comunicación y los comportamientos consecuentes un desconocimiento necesario en los pacientes en el marco de los aspectos intersubjetivos que componen la trayectoria del proceso enfermedad-muerte en relación al suceso particular que implica ser asistentes ante esta enfermedad. Siendo el rol del paciente lo que condiciona las variaciones en términos de aquellos comportamientos que previstos por el equipo médico, resultantes de conocer la realidad de ser portador de cáncer, pudieran ser problemáticos desde la perspectiva emocional. Tal y como se refleja a continuación:

“[...] ese término de octavo par, yo creo que fue aquí donde yo lo escuché por primera vez [...]. Generalmente los médicos antes de llegar al paciente nos preparábamos para que supiéramos que el paciente no sabía y el profesor casi siempre le explicaba al paciente que su caso servía de ejemplo para la discusión y el ejercicio diagnóstico [...] pero que no todo tenía que ver con él. Cuando eran pacientes lábiles, con una situación emocional complicada [...], no se hacía el pase de visita docente de preguntas y respuestas delante del paciente, sino se pasaba a un segundo escenario [...], se escogían otros casos [...]. Por ejemplo antiguamente tú decías proceso T, cuando tú estabas estudiando te decían proceso T, pero ya todos los pacientes saben que cuando dices proceso T se está hablando de un tumor [...]. En mi época se decía neoplasia [...], ya los pacientes saben que neoplasia es cáncer y entonces ya más recientemente [...], de lo que se habla es de proceso A o de anarcoploriferativo [...], se comienza a usar términos que son médicos [...], puedes saber qué cosa es anarquía [...], pero no sabes la fisiopatología de un cáncer [...]. Casi siempre lo que se hace referencia a eso, al octavo par, es que los alumnos en su respuesta utilicen un término que esté por encima del lenguaje popular, que enmascaren el diagnóstico de forma tal que no le digan al paciente que tiene un cáncer o que el pronóstico es desfavorable [...]” (EI24MC)

### **Tipos de muerte**

Que en continuidad con lo anterior cuando se asiste a la enfermedad de cáncer o enfermedades súbitas como formas de presentación de la muerte en su entorno experiencial, es manifestado un grado de aceptabilidad e inaceptabilidad a partir de los tipos de muerte. Así quedaron definidas la muerte natural y la muerte a destiempo las que se relacionan con la etapa etaria en términos de la dualidad adulto joven-adulto mayor. La muerte natural se caracteriza por ser propia del adulto mayor y que ocurre como

consecuencia de la acumulación de trayectoria de vida que lleva implícito según lo precisado, el contacto con alguna que otra forma de presentación de la muerte específicamente las que tienen un curso terminal. Tal y como se puede identificar en:

“Los pacientes jóvenes casi siempre impactan mucho más que los pacientes ancianos porque los pacientes ancianos traen entidades que lo llevan a la muerte por lo que la familia está preparándose psicológicamente durante algunos años para perder un familiar así, que ya tiene una enfermedad avanzada.” (EI21MI)

Esto resulta efectivamente en un grado de aceptabilidad por parte de internistas y cirujanos, reforzado además por la presencia de lo esperado. Condicionado también a nivel macro estructural por un desequilibrio en la matriz sociodemográfica de la población cubana actual por el acelerado proceso de envejecimiento que en términos contables implica una mayor asistencia a fallecimientos en la tercera edad y/o cuarta edad. En tanto que la Muerte a destiempo es privativa del adulto joven y que repercute en inaceptabilidad al interpretarse como una interrupción en la continuidad de la trayectoria de vida, por lo que posee un carácter inesperado. Así aparece en:

“A ver te voy a poner un ejemplo un muchacho de 36 años que tenemos ahora con un tumor del duodeno, es algo difícil de aceptar porque se va a morir con 36 años [...] si ya tú dices 80 años, vivió algo de su vida, es distinto, pero igual [...] es algo difícil en cierta medida de que vayan a fallecer. En cierta medida la muerte nunca es aceptada.” (EI21MC)

### **Concepción de la muerte**

El contenido de conocimientos acerca de la muerte son predominantemente biologicistas. Se adquieren durante el proceso de socialización formal y aparecen constituidos en los núcleos periféricos, sintetizados en las categorías concepción racional y estado postmortem (Figura 1). Nótese en las siguientes evocaciones:

“Final de la vida”; “Final”; “Desenlace”; “Inevitable”; “Natural, forma parte de la vida” (DNCRS)

“Fallecido”; “Pálido”; “Rígido”; “Frío”; “Cadáver” (DNCRS)

Por lo que es caracterizado como un evento natural y esperado por ser constituyente de la trayectoria vital, al ser definida en términos de ausencia de continuidad, cuya base cognitiva es un sistema de ideas instituidas por la racionalidad biológica. Como así se muestra en:

“La muerte es con el fin de una persona que estuvo luchando en su momento por la vida o le llegó inesperadamente, es como el fin de una persona ante una enfermedad o ante un proceso inesperado. Para nosotros es como el curso de la vida, es parte de la vida de la persona, lo tomo así cuando tiene que ver con mis pacientes [...]” (EI2MEI)

La adquisición de conocimientos se produce en condiciones de un acercamiento precoz con la muerte. Desde pregrado aprenden a relacionarse con la misma a partir de dos fuentes fundamentales, que situados en una dimensión cognoscitiva varían desde la experiencia profesional *in situ* hasta el modelo de formación profesional. Nótese a continuación:

“[...] ya una vez cuando uno comienza la carrera, a partir de 3er año uno está en contacto directo con el enfermo, a partir de 3ro en todas las rotaciones. Cuando rotas por Medicina estás en contacto directo con el enfermo y te tocó hoy el paciente de la cama 4 [...] y en la tarde viste morir el paciente de la cama 4 [...]. En cada rotación vas rotando con el paciente en vivo y en directo, y muchos de esos pacientes siendo tú estudiante mueren [...], ya de ahí tú comienzas: ¡coño se murió el paciente!, ¿qué tenía? [...]” (EI18MC)

La primera se caracteriza por desarrollarse en un marco de contactos intersubjetivos que funciona bajo el principio de acumulación de vivencias y su contenido es de tipo humanístico-existencial. Con las condiciones de partida las que indican de que no se produce una planeación del abordaje, lo que implica escasa preparación o ninguna en el manejo de las interacciones, fundamentalmente es por “ensayo y error” [código in vivo]. Véase a continuación en:

“A ver! a nosotros en la carrera nos dan Psicología como asignatura, pero nos dan una Psicología de pasada [...]. Pero de que nos hablen directamente de cómo enfrentar, la actitud ante un paciente, situaciones que se te dan en la vida como médico profesional, ¡No! [...]. ¡Eso!, vida y experiencia, enfrentamiento a cada situación [...]” (EI21MC)

Mientras que el modelo de formación profesional cuya estructura organizada y preestablecida garantiza solamente conocimientos de contenido biológico. Y que a partir de la técnica médico-clínica clasifica las distintas manifestaciones en signos observables. Tal y como se puede identificar en:

“Hay una asignatura que es la Medicina Legal, eso sí, que te da una idea de los tipos de muerte, si es muerte por ahogamiento [...] y la actuación ante ese tipo de muerte porque además ves al paciente, el cadáver, el fallecido ahí, ves todos los signos cadavéricos [...], la forma de diagnosticar la muerte [...]” (EI19MI)

“A todos los servicios del hospital les toca en el teatro principal realizar una actividad docente que es la Clínico Patológica [...]. Se comienza con la presentación de un caso clínico, un paciente fallecido, a partir del cual se establecen discusiones diagnósticas sobre la patología que condujo a su muerte hasta concluir con la intervención del Patólogo quien comunica y argumenta el diagnóstico definitivo [...]. Está también la Pieza Fresca [...] se realizan discusiones diagnósticas y el patólogo demuestra por medio de los hallazgos clínicos en el cadáver del paciente si el pensamiento médico fue el correcto o no [...]”(E123MI)

A continuación, se presenta la familia de códigos (Figura 2) que se obtuvo del procesamiento cualitativo, a la que se añade la representación gráfica de los núcleos central y periférico de la representación social, integrado a la estructura de categorías, subcategorías, dimensiones e interrelaciones.

Fuente: Elaboración propia



**Figura 2.** Familia de códigos

## DISCUSIÓN

De acuerdo a lo que se muestra (Figura 2), las interacciones de los médicos investigados suceden de acuerdo a las características de lo que fue definido como escenario del proceso de morir. En el cual se detectaron una diversidad de emociones que vivenciadas desde el rol resultan en dos conductas básicas, un sufrimiento inevitable el que se intenta regular; y por otro lado lo que ellos han referido como encrudecimiento, como necesidad misma del mantenimiento del ejercicio de la actuación profesional.

En donde se asiste con una frecuencia que es estadísticamente significativa a enfermedades como el cáncer y el trauma, con una importante demanda profesional por su capacidad de respuesta resolutiva y afectiva. Esta última varía de acuerdo a lo que es aceptable en tanto ocurre como muerte natural, siendo esto en la etapa más avanzada del ciclo vital. Encontrándose en el otro extremo lo inaceptable, que está definido por la muerte a destiempo, que es la que interrumpe el ciclo vital.

Específicamente en la enfermedad de cáncer cuando es identificada en calidad de diagnóstico o de evento que cursa hacia una forma terminal, transcurre en un contexto de conciencia cerrada, según se coincide con *Stacey y otros*<sup>(12)</sup> y *Andrews*<sup>(13)</sup>, lo que ilustra que como realidad material es inevitable, pero como realidad psicológica es ocultable. Como plantea *Ariès*<sup>(14)</sup> el no sentirse morir reemplazó en nuestro lenguaje común el sintiendo aproximarse su muerte, lo que tributaría a producir un aceptable estilo de morir y con ello evitar el estatus de las escenas forzosas. No únicamente ante el paciente terminal se encara la muerte biológica, esta es la última de ocurrir porque antes se atraviesa por la muerte psicológica, según indica *Gómez Sancho*<sup>(15)</sup> que sería la progresiva desconexión con el mundo externo y la muerte social, de acuerdo también a *Gómez Sancho*<sup>(15)</sup> y *Borgstrom*,<sup>(16)</sup> que no es más que la pérdida de los roles, incluso el de paciente.

Ante esto los médicos son más entrenados para las prácticas de salvar y curar en detrimento del cuidado y/o el acompañamiento durante el morir. Lo que se relaciona con la omnipresencia del biologicismo que es “el rasgo estructural dominante de la biomedicina”, característico del Modelo Médico Hegemónico, coincidiéndose con lo afirmado por *Menéndez*,<sup>(17)</sup> cuyo reflejo es el tipo de racionalidad científica que estructura el rol del médico como conjunto de prácticas validadas y certificadas, y por tanto distinguibles en este plano de otras formas de asistencia y cuidado del cuerpo enfermo. La ciencia del salvar se plantea como prioridad ante la ciencia del acompañamiento y el

cuidado. Esta última siendo cuestionada a luz de la racionalidad científica, por lo queda relegada a las prácticas de la Psicología y el sacerdocio.

La representación social de la muerte se caracteriza por tener un núcleo central definido por el impacto afectivo, que refleja la diversidad de emociones que se producen. En tanto que el sistema periférico da cuenta de los aspectos cognoscitivos que se emplean para una concepción de la muerte y que se organizan en torno a conocimientos propios de la racionalidad biológica teniendo como origen el modelo de formación profesional; en tanto los de contenido humanístico-existencial dependen de cómo se produce la inserción individual de cada médico, mediado por la acumulación de vivencias, lo que implica el ensayo y error por la insuficiente organización de conocimientos en este orden. Como parte de las características del escenario del proceso de morir, siendo el contexto con el que se relacionan.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berger LP, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.; 2001.
2. Moreno JB, Garrosa HE, Rodríguez CR, Benadero MM. Terminal versus non-terminal care in physician burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. Rev Sal Mental [Internet]. 2008 [citado 21/01/2020]; 31(2): 93-101. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000200003&lng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200003&lng=es)
3. Ballester AR, Gómez-MS, Gil-JB, Ferrándiz-SM, Collado-BE. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. Rev Psicopat Psic Clin [Internet]. 2016 [citado 21/01/2020]; 21(2): 129-136. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.1646>
4. Cotelo J. Análisis comparativo del desgaste profesional en el médico español [Internet]. WebMD LLC; 2019 [actualizado 11/04/2019; citado 21/01/2020]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903918>
5. Medscape. Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México [Internet]. 2019 [actualizado 11/04/2019; citado 21/01/2020]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000103>

6. Rateau P, Lo Monaco G. La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. Revista CES Psicología [Internet]. 2013 [citado 21/01/2020]; 6(1): 22-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539419003>
7. Abric JC. La Representación Social: Aspectos teóricos. En Abric JC (Coord.). Prácticas sociales y representaciones [Internet]. México DF.: Ediciones Coyoacán; 2001. Disponible en: [https://www.academia.edu/4035650/ABRIC\\_Jean\\_Claude\\_org\\_Practicas\\_Sociales\\_y\\_Representaciones](https://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales_y_Representaciones)
8. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. Disponible en: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2102/09/bases-investigación-cualitativa.pdf>
9. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2019. [citado 21/01/2020]. Disponible en: <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion-Helsinki-2013Esp.pdf?sequence=1>
10. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1987.
11. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud (47 Ed.) [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2019. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
12. Stacey CL, Pai M, Novisky MA, Radwany SM. Revisiting “awareness context” in the 21st century hospital: How fragmented and specialized care shape patients’ Awareness of dying. Soc Sci Med [Internet]. 2019 [citado 21/01/2020]; 220: 212-218. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.028>
13. Andrews T. Awareness of Dying Remains Relevant after Fifty Years. The Grounded Theory Review [Internet]. 2015 [Cited 22/01/2020]; 14(2). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/294722567>
14. Ariès P. Morir en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros días (2<sup>da</sup> Ed.). Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora; 2007.

15. Gómez Sancho M. Morir en paz. Los últimos días de vida. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2017.
16. Borgstrom E. Social Death. QJM [Internet]. 2017 [cited 22/01/2020]; 110(1):5-7.  
Disponible: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw183>
17. Menéndez LE. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Rev de Antropología Social [Internet]. 2005 [citado 22/01/2020]; (14): 33-69.  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>

#### Conflicto de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses respecto a este texto.