UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

PRE-PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Significaciones que se despliegan sobre médicos pediatras y neonatólogos de CTI Montevideanos ante la muerte de sus pacientes

Estudiante: Daniel Uthurburu. C.I.:3.847.131-2

Tutora: Prof. Adj. Mag.Virginia Masse

Revisor: Prof. Agr. Dra. Clara Betty Weisz

Diciembre 2022

Montevideo,Uruguay

Resumen

El presente preproyecto de investigación titulado “Significaciones que se despliegan sobre los médicos pediatras y neonatólogos de CTI Montevideanos ante la muerte de sus pacientes”, se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

La investigación tiene como objetivo principal indagar las significaciones que se despliegan en los médicos de pediatría y neonatólogos de CTI en Montevideo sobre la muerte de niños hasta 3 años de edad, para luego diseñar modalidades de intervención con los equipos médicos, así abordar las diversas situaciones que acontecen a propósito del fallecimiento de un paciente. Para luego facilitar los procesos que éstas desencadenan en los médicos y poder contribuir a la comprensión de dichos procesos.

Mediante el presente estudio pretendemos responder las siguientes interrogantes: ¿Qué significaciones le dan a la muerte los trabajadores de la salud, más precisamente pediatras y neonatólogos de CTI?, ¿Cómo esas significaciones están construidas por la historia singular de vida, en el plano meso y macro social de estos profesionales?, ¿Cómo influyen las instituciones y organizaciones tanto académicas como laborales en dichas significaciones?

En el marco teórico utilizaremos distintos autores que van desde Silvia Beichmar, Freud, Barran, Byu Chul Han, Foucault, entre otros. Además nos basaremos en la Sociología Clínica y la metodología utilizada para este trabajo será la cualitativa, donde usaremos las técnicas de novela familiar, trayectoria de vida y entrevista en profundidad.

Palabras claves: Pediatras y neonatólogos de CTI / muerte temprana / significaciones sobre la muerte

ÍNDICE

	Página
Resumen	**1**
Introducción	**3**
Fundamentación	**3**
1.1- Mortalidad infantil en Uruguay	**6**
Antecedentes	**7**
Marco conceptual	**8**
2.1- Conceptualización de la muerte	**9**
2.2- Saber hegemónico	**11**
2.3- Los médicos y la culpa	**12**
2.4- La muerte de un niño	**13**
2.5- Médicos perteneciente a la sociedad del cansancio	**14**
Problemas y preguntas de investigación	**15**
Objetivos generales	**15**
Objetivos específicos	**15**
Metodología	**15**
Cronograma de ejecución	**17**
Consideraciones éticas	**17**
Resultados esperados y plan de difusión	**18**
Bibliografía	**19**

Introducción

El presente trabajo se centrará en los médicos pediatras y neonatólogos que trabajan en los CTI (Centros de Tratamientos Intensivos) de Montevideo, dentro de nuestro sistema de salud. Pretendemos investigar qué significaciones se despliegan en relación al hecho de vivenciar la muerte de un niño en su trabajo, más precisamente en la franja que va desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Nos interesa comprender qué significaciones despliega la muerte de sus pacientes en ellos, cómo esta los afecta y repercute en su modo de comunicarse y relacionarse con las demás personas involucradas en la situación, como lo es la familia afectada por la pérdida de su hijo, las personas que trabajan en el centro de salud, así como también nos interesa saber como lo hacen con sus vínculos personales.

Nos parece pertinente saber por qué eligieron pediatría o neonatología, por qué eligieron CTI. Buscamos comprender desde una perspectiva de la sociología clínica los determinantes sociohistórico e institucionales que producen dichas significaciones en el personal médico de CTI. Nos parece pertinente señalar que el interés por dicha temática surge tras haber vivenciado distintas situaciones en el transcurso de nuestras vidas, hechos que han sido significativos para nosotros, también vemos una relación de estos hechos en la elección que hemos tenido en nuestra formación académica.

Fundamentación

Consideramos de suma importancia realizar esta investigación ya que podríamos identificar las distintas significaciones que se despliegan en estos profesionales de la salud cuando ocurre la muerte de sus pacientes. Creemos pertinente investigar sobre las significaciones, para luego diseñar modalidades de intervención con los médicos pediatras y neonatólogos de CTI, donde se podrán abordar las diversas situaciones que acontecen a consecuencia del fallecimiento de un paciente, de manera de facilitar los procesos que éstas desencadenan, en los médicos, y poder contribuir a la comprensión de dichos procesos. Consideramos pertinente el enfoque de la sociología clínica para este tipo de investigaciones, ya que en ella se explica cómo

> …el aparato psíquico tiene una lógica interna de funcionamiento que le es propia, diferente de la que rige un aparato de producción económica o un sistema familiar. Son niveles de la realidad que obedecen a leyes particulares, autónomas unas con respecto a otras. Pero esa autonomía es relativa. La sociedad y la familia canalizan deseos, imponen prohibiciones, proponen ideales colectivos, modelos de identificación y sistemas de valores y normas. Todos esos elementos influencian la psicología consciente e inconsciente de sus miembros. Inversamente, los individuos

contribuyen a producir sistemas sociales y sistemas familiares que responden a sus aspiraciones y son acordes con su personalidad. Por ende, la combinación de esos registros y el análisis de sus articulaciones es lo que resulta verdaderamente explicativo.(Gaulejac,2013,p.12)

¿Qué sabemos sobre las muertes que ocurren en niños menores de 3 años?, en un estudio global por parte de la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) estima que en el año 2019 murieron 5,2 millones de niños de 5 años, en su mayoría las causas eran evitables y tratables.(ver tabla **1**).Dentro de las principales causas de estas muertes se encuentran "complicaciones del parto prematuro, la asfixia o traumatismos durante el parto, la neumonía, las anomalías congénitas, la diarrea y el paludismo, todas ellas prevenibles o tratables mediante intervenciones sencillas y asequibles, por ejemplo, la inmunización, la nutrición adecuada". La región de África subsahariana tiene la tasa de mortalidad más alta del mundo, donde uno de cada 13 niños mueren antes de cumplir los cinco años de edad. En el año 2019, la mitad de los fallecimientos de niños menores de cinco años ocurrieron en sólo cinco países: Etiopía, la India, Nigeria, Pakistán y la República Democrática del Congo. Solo Nigeria y la India representan casi una tercera parte de todos los fallecimientos.(Organización Mundial de la Salud, 2020)

Tabla 1.-Cantidad de muertes en menores de 5 años ocurridas a nivel mundial en el año 2019.

año	cantidad de niños fallecidos menores de 5 años	cantidad de niños fallecidos menores a 28 días de nacidos	cantidad de fallecidos niños de entre 1 mes a 11 meses de nacido	cantidad de fallecimientos de niños entre el primer año de vida y los 4 años de edad
2019	5,2 millones	2,4 millones	1,5 millones	1,3 millones

Nota:esta tabla muestra la cantidad de niños fallecidos menores de 5 años en el 2019, divididas en franjas por edad. Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Qué sabemos sobre las muertes de niños en nuestro país.¿Cuántos niños fallecen?
En un estudio realizado en Uruguay por el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el cuál se alude a la probabilidad de que un niño fallezca antes de cumplir los 5 años de edad por cada 1000 nacimientos de niños con vida.(ver tabla **2**).

Tabla 2.-Tasa de mortalidad en menores de 5 años en Uruguay.

año	probabilidad de fallecimientos de niños menores a 5 años por cada mil nacimientos
1996	20,5
2021	7,5

Nota:esta tabla muestra la probabilidad de que niños mueran antes de cumplir 5 años de edad, por cada 1000 nacimientos vivos,en una comparativa del año 1996 con el año 2021. Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2021.

En otro estudio realizado por el M.S.P., muestra la probabilidad que tiene un recién nacido de fallecer antes de que cumpla un año de vida, no se especifica cuál sería el motivo de estos fallecimientos.(ver tabla **3**)

Tabla 3.-Tasa de mortalidad infantil según departamento de residencia materna en Uruguay.

Año	nivel nacional probabilidad de fallecimientos por cada mil nacimientos	departamento con más probabilidad de fallecimientos por cada mil nacimientos	departamento con menos probabilidad de fallecimientos por cada mil nacimientos
1992	18,6	Rocha con 27,5	Flores 2,1
2019	6,8	San josé 13,1	Lavalleja 1,7

Nota:esta tabla muestra la probabilidad de que muera un niño antes de cumplir 1 año de edad, es por cada 1000 nacimientos vivos,en una comparativa del año 1992 con el año 2019.mostrando los departamentos con mayor y menor probabilidad de que esto suceda Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019.

En otra investigación la cual fue realizada por el M.S.P., y se titula “Sobre la evolución de la mortalidad infantil en Uruguay”, nos brinda datos de los años 2016 y 2017, es un estudio similar al anterior pero lo traemos a colación ya que nos menciona posibles causas de estos fallecimientos.(ver tabla **4**).

Dicho estudio menciona la mortalidad neonatal precoz, este hecho ocurre en menores de 7 días de nacidos y la mortalidad tardía que comprende a bebés entre los 8 a 28 días de nacidos, estos fallecimientos están más “relacionada con causas endógenas como enfermedades congénitas y afecciones vinculadas al período perinatal (problemas vinculados al parto y enfermedades del recién nacido). Es considerada una mortalidad “dura” debido a que es más difícil de modificar.

Tabla 4.-Cantidad de niños fallecidos menores a 1 año de edad en Uruguay, 2016-2017.

año	cantidad de fallecido en niños de 0 a 7 días de nacido	cantidad de fallecidos en niños de 8 a 28 días de nacido	cantidad de fallecidos en niños de 29 a 364 días de nacido
2016	184	68	124
2017	128	60	94

Nota:esta tabla muestra la cantidad de niños fallecidos menores de 1 año de edad,en los años 2016 y 2017. Divididos en franja por días de nacido. Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019.

¿Qué sabemos sobre las causas que provocan la muerte en niños menores de 3 años? En un estudio reciente realizado a nivel nacional por el M.S.P. cuyo tema es que causas provocan la muerte infantil (ver tabla **5**), se apreciaran que hay muertes que podrían haber sido evitadas como por ejemplo las nutricionales; la investigación menciona que las causas que provocan estos fallecimientos son enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Debemos mencionar que el trabajo realizado va del año 2005 al 2021. (Ministerio de Salud Pública, 2021)

Tabla 5.-Causas de muerte infantil en Uruguay.

Causa	2005	2021
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	26	7
Tumores (Neoplasias)	0	2
Enfermedades de la sangre y los Órganos Hematopoyéticos	5	1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11	0
Enfermedades del Sistema Nervioso	14	3
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0
Enfermedades del Sistema Circulatorio	11	4
Enfermedades del Sistema Respiratorio	30	3
Enfermedades del Sistema digestivo	8	1
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1	0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjunto	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	2	3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	234	89
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	152	67
Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte	71	33
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	36	4

Nota:esta tabla muestra las causas que provocan la muerte infantil en Uruguay,en una comparativa de los años 2005 y 2021. Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2021.

1.1- Mortalidad infantil en Uruguay.

Encontramos sobre la mortalidad infantil en Uruguay un trabajo realizado con motivo del Día Mundial de la Salud en el año 2018. Trata sobre las estrategias que se utilizaron para bajar la mortalidad infantil. Logrando así reducirla a un mínimo histórico en 20 años, la clave para que esto sucediera fue la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde

se asegura a todos los habitantes la cobertura integral en los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago. Gracias al Fonasa (Fondo Nacional de Salud) se amplió la cobertura de 700 mil personas en el 2004 a más de 2,5 millones, esto representa el 73 por ciento de la población en ese periodo. Otras de las claves fue el incremento de fondos destinado a la salud por parte del estado, más el factor de descentralización de la misma, una mejora en la coordinación en los 3 niveles de atención y un mayor apoyo económico a los 3 niveles, sobre todo al tercer nivel de atención, contribuyeron a llegar al mínimo histórico de mortalidad infantil.(Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Antecedentes

Se encontraron antecedentes tanto a nivel nacional como internacional. En cuanto a los trabajos de carácter nacional encontramos, el que realizó Denise Defey el cual se titula "duelo por un niño que muere antes de nacer (vivencias de los padres y del equipo de salud)" consideramos que es muy importante y será uno de los trabajos en el que nos basaremos, cabe destacar que también contó con la autoría de: J.L. Diaz Rossello, Rasia Friedler, Miriam Nuñez, Cristina Terra. Esta publicación científica CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología de Desarrollo Humano) N° 1173 - 2da edición, data del año 1992. La investigación tiene como objetivo la muerte de los niños en su etapa perinatal, como la familia de ese niño afronta el duelo por esa pérdida y cómo el personal asistencial aborda el tema del duelo. "Los autores muestran cómo es necesario que el personal asistencial efectivamente aborde estos aspectos de la muerte perinatal para que puedan desarrollar su labor en la maternidad, adecuada y productivamente." (Defey et al.,1992 p.16).

Dentro de los trabajos que hemos encontrado queremos mencionar el del Dr Daniel de Leonardis que tiene como título "Manejo de la muerte de un niño en la emergencia". El trabajo habla de las diferentes vicisitudes que viven los médicos que trabajan en Uruguay, sobre todo los médicos pediatras de CTI, se alinea con las ideas que tenemos en nuestro pre proyecto y además nos parece por demás oportuno traerlo a colación ya que habla desde la perspectiva médica.

Otro antecedente que hemos encontrado fue realizado en un hospital universitario situado en el interior de Rio Grande do Sul. Esta investigación trabaja sobre temáticas que queremos abordar tiene como título "Mais notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica" los autores son: Caroline Lau Koch, Aline Badch Rosa, Simone Caldas Bedin. Dicho trabajo tiene como objetivo reconocer los significados asignados a la comunicación de malas noticias por parte de los profesionales de la salud. La muerte se destacó como la principal mala noticia que los médicos deben comunicar, el

estudio destaca que se evidencio en la práctica profesional los sentimientos y emociones que esa tarea despierta en ellos.

En un trabajo realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Noreste, Hospital de Especialidades 25. Monterrey, Nuevo León, México los autores Luz María Sánchez-Sánchez, Edreí Daniel López-Córdova y Pedro Siller-Gómez titularon a su trabajo "Actitud del personal médico de un servicio de pediatría ante la muerte de los pacientes". El objetivo de este trabajo fue evaluar la actitud de los médicos pediatras ante la muerte de sus pacientes, los resultados arrojaron que menos del 20 % de los médicos pediatras tiene una actitud positiva ante la muerte, aunque la mayoría de los médicos que participaron en dicho estudio no valoró la muerte como un pasaje o tránsito hacia una vida mejor, ni tampoco como una salida a los distintos problemas que se presentan en la vida, aunque gran parte de ellos reconoció que en determinadas situaciones puede ser un alivio al sufrimiento.

Otro antecedente que traemos es el artículo realizado por Gloria Lynch y María Julieta Oddone titulado "La Percepción de la muerte en el curso de la vida, un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos", El objetivo de dicho artículo es "describir la percepción que los individuos tienen de la muerte en las distintas etapas de sus biografías." Mediante un cuestionario que fue aplicado a 572 personas, distribuidos en cinco grupos de edad, se pretendio comparar los cambios personales así como también las transiciones de los individuos situados en diferentes posiciones en el transcurso de sus vidas. Debemos destacar que el artículo corresponde a un programa de investigación denominado CEVI (Changements et Événements au Cours de la Vie).

Marco conceptual

Nos parece pertinente comenzar desarrollando el concepto de producción de subjetividad, "un sujeto depende de su subjetividad y de la intersubjetividad con la de otros, las cuales a su vez están condicionadas por el contexto cultural, social e histórico en el que se desarrolla" (Pérez, 2002). Nos preguntamos ¿Qué es la subjetividad?. Basándonos en Silvia Bleichmar (2005) entendemos por producción de subjetividad a la relación de las formas de representación que cada sociedad establece para la conformación de sujetos aptos a fin de desenvolverse dentro de sí misma, así como también las maneras en que cada sujeto va estableciendo y produciendo su singularidad. Por otra parte Victor Giorgi (2003) nos menciona que la producción de subjetividades son las diferentes formas en que se construyen los significados, esta se da por interacción del universo simbólico-cultural que nos rodea con las distintas maneras de percibir, sentir, conocer, pensar y actuar además de los vínculos, modelos de vida así como también la relación con el pasado y el futuro, y la

articulación del individuo (el yo), con el colectivo (el nosotros). todo esto es parte de los procesos en que los seres humanos se autoconstruyen a través de sus prácticas sociales.

Bleichmar (2007) nos aporta acerca de la subjetividad “La producción de subjetividad hace al modo en el cual las sociedades determinan las formas con la cual se constituyen sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorgan un lugar” (p.2). La autora también señala que: “La producción de subjetividad tiene que ver con formas históricas, hay una producción de subjetividad en Atenas, en Esparta, en la Argentina menemista donde el éxito inmediato va acompañado de cierto rasgo de inmoralidad.”(p.4).

Como mencionaremos en el presente trabajo a través de los autores, las significaciones que tenemos sobre la muerte se nos fue transmitido, pero a su vez la vamos produciendo a través de interacciones, Yzaguirre, Castillo (2013) explican que para la Sociología Clínica el sujeto se encuentra con el cruce de cuatro universos: el universo de la sociedad, el universo del inconsciente, el universo cognitivo, el universo de la acción, “En virtud de todo esto, es preciso afirmar que el sujeto sólo puede emerger porque hay sujeción.”(Yzaguirre, Castillo,2013,p.10-11). Mediante esta cita pretendemos explicar cómo es que el sujeto se sujeta a un entramado social la cual la hace propia.

> El sujeto emerge por el hecho de que esas fuerzas polisémicas no van todas en el mismo sentido conforman una red compleja de significaciones a la que el sujeto se sujeta. En consecuencia, es llevado a tomar decisiones, a elegir dentro del espacio de indeterminación creado por todas las contradicciones que lo atraviesan. (Yzaguirre, Castillo,2013,p.10-11).

Los autores expresan que el universo de la sociedad es en el cual, el individuo está atravesado por la cultura, la economía y las instituciones, y está sujeto a estas, el individuo es sujeto socio-histórico, “se ve confrontado a múltiples determinaciones, ligadas al contexto del cual surge”. (Yzaguirre, Castillo,2013,p.10-11).

2.1- Conceptualización de la muerte

Pedro Barran (2021) nos menciona que hubo un cambio social en Uruguay a fines del siglo y cómo este influyó en la conceptualización que tenemos sobre la muerte. El autor manifiesta que “el alejamiento de la muerte y su embellecimiento negador de lo macabro, hallaron su concreción en el decreto de 1861 que prohibió las misas de cuerpo presente en Montevideo” (p.216), recordemos que antes de este decreto, se celebraban misas en los hogares donde era velado por su familia y la comunidad, en esas circunstancias era la familia quien se hacía cargo del proceso de muerte. Sin embargo actualmente es la

institución hospitalaria la que se hace cargo del proceso de muerte ya que como dice Diaz (2020) “La muerte ahora ocurre aislada en los hospitales y con frecuencia en los llamados Centro de Tratamiento Intensivo” (p.37)

Barran (2021) menciona una prohibición por parte de la junta Económica-Administrativa montevideana en el año 1886, modificó la forma en cómo se vivenciaban los festejos del dia 2 de noviembre (dia de los difuntos), antes de la prohibición se instalaban “carpas” frente a los cementerios, donde se vendían bebidas alcohólicas. Estos sucesos según la junta, fomentaba la “indecencia” por el hecho de mezclar la muerte con una fiesta. (p.216)
En palabras del autor la muerte era hecho banal para una parte de la sociedad (aristócratas-burgueses), percibía la muerte de esta forma y fueron quienes terminan siendo propulsores de un cambios sociales formando un código de lo decoroso e indecoroso en relación a la muerte, para este sector de la sociedad la muerte era “exhibida” y se la asociaba con el juego, la fiesta y la risa, como algo indecoroso.(Barran.p.413) El autor también menciona que mediante estos cambios se logró modificar la concepción que se tenía sobre la muerte, “La muerte ganó poder de intimidar, ante lo cual el hombre la nego, la recluyo en los pliegues más profundos de su conciencia".(Barran,2021,p.428).

Traemos a colación los decretos del año 1861 y 1886 para mostrar cómo se pretende un control social, Foucault (2007) menciona que mediante estas prácticas gubernamentales se va conformando al sujeto, se lo va produciendo. Como expresaba Barrán hubo un cambio en cuanto a la dimensión subjetiva de la muerte y fue el poder del estado quien se encargó de legalizarla. Pilar Bacci nos menciona que a la muerte “Se la conceptualiza desde su significado cultural, socio-psíquico y antropológico para tratar de comprender y proveer de sentido al hecho inevitable del fin de la existencia.” (p.32). Los procesos subjetivos con los que hemos sido atravesados han contribuido a definir qué es la muerte para nosotros.

> … morir es siempre un proceso individual, es también un acontecimiento que afecta a aquellos que se relacionan con quién muere, evidenciando una dimensión social y cultural. De allí que las actitudes y comportamientos que las personas adoptan ante la muerte sean el resultado de características y circunstancias individuales, por un lado, y del concepto y sentido de la muerte imperante en la sociedad, por el otro.
> (Lynch y Oddone, 2017)

La muerte no solo tuvo un cambio en la conceptualización y en su significado sociocultural sino que también hubo un cambio en los criterios que la definen; Barran nos aporta que esta se convirtió en una muerte medicalizada.(p.427). Por otra parte Rovaletti (citado por Flores-Pons, G. y Íñiguez-Rueda, L., 2012) menciona “la muerte habría ido

pasando por procesos de juridificación y biomedicalización habrían obligado a una remodelación de los criterios que la definen". Dicho de otro modo, la medicina contribuyó con ciertos procesos de legitimación de su saber para que la muerte se conceptualice de manera tal que se considere la palabra médica como sagrada e inequívoca.

2.2- Saber hegemónico

La medicina se ha transformado en un poder hegemónico dentro de nuestra sociedad. Foucault (2014) mencionaba que "El poder, cuando se ejerce en sus mecanismos finos, no puede hacerlo sin la formación, la organización y la puesta en circulación de un saber" (p.41). El autor también mencionaba que:

> Existe un acuerdo en que se ha dado un proceso por el cuál, en este caso, la muerte pasa a ser configurada por discursos y prácticas médicas, creándose un orden en el que la salud ocupa una posición central y la medicina deviene un régimen de verdad. (citado por Flores-Pons, G. y Íñiguez-Rueda, L., 2012).

El poder médico fue creciendo y adquiriendo más poder y control hasta convertirse en un régimen de verdad, como menciona Foucault (1978) :"la medicina responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, lo que solo acontece en casos más bien limitados. Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad." (p.25). La medicina no solo pasa a ser una autoridad, si no que como menciona la siguiente cita pasa a tener un poder legal ya que es también quien determina legalmente la muerte

> La llamada medicina científica, juntamente con el derecho (en tanto referente macro de regulación social), asumen autoridad sobre la muerte desde el momento en el que en ambas ramas de saber/poder, que norman el actuar social, recae el dictamen final sobre la condición médica y legal de estar muerto, de ahí el término "legalmente muerto".(Gonzalez,N, 2018)

La salud se transformó en un objeto para que la medicina intervenga, Foucault (1978) sostiene que todo lo que garantiza la salud del individuo como puede ser el saneamiento de agua, las condiciones de vivienda, etc. es hoy en día un campo en donde interviene la salud, como citamos anteriormente ya no solo es un tema exclusivamente de enfermedades, es que va más allá de las enfermedades o del enfermo. Esto generó una intervención por parte de la medicina sea en lo individual o en lo colectivo. (p.26). Nos parece importante demostrar el carácter hegemónico que tiene la medicina, y como gracias a este poder que ha obtenido, ha logrado que la sociedad le otorgue cierta investidura de

poder. Y le otorgue un papel preponderante al médico dentro de nuestra sociedad.“La persona del médico por tanto no es poderosa por sí misma, sino por la investidura que le otorgó la sociedad, y luego por la presencia del enfermo” (Diaz,2020,p.106).

2.3- Los médicos y la culpa

Una vez que acontece la muerte del paciente, son los médicos los que se comunican con la familia afectada, “la forma en que los padres pueden enfrentar esta situación dependerá no solamente de cada individuo, sino también de la reacción y manejo de la situación que haga el entorno” (Defey, Diaz Rosello, Friedler, Nuñez y Terra,1992, p.31). Consideramos crucial lo mencionado por los autores ya que se podría mejorar la comunicación del médico para con la familia afectada, y por consiguiente podría mejorar en cómo la familia asimila la noticia de muerte. A su vez “Es la medicina quien define el momento de la muerte y la presenta como tal a la familia del fallecido.”(Bacci,2014,p.34). Es él quien se presenta ante la familia para comunicarles del fallecimiento, es aquí donde se aprecia las significaciones que tiene sobre la muerte y serán estas las que incidirán en la manera y forma en que lo expresaran.

La muerte está presente en el trabajo de los médicos, estas pérdidas provocan que los mismos desarrollen el proceso de duelo, para Diaz Berenguer (2020), “La muerte de un ser querido (o de un paciente) implica una ofensa a esta pulsión, lo que genera un desequilibrio. Surgen entonces en diverso grado angustia, culpa” (p.40). El autor menciona que, la culpa por lo general se vuelca fuera del entorno familiar, al poder que es responsable de la vida, los culpables son los “poderosos" los médicos se encuentran entre ellos. Pero la culpa no solo es de la familia hacia un tercero, también está la culpa que el propio médico puede sentir por la pérdida de un paciente. Diaz Berenguer (2020) se refiere a la culpa como un “sentimiento que suele estar asociado a una noción de deuda, puede aparecer la pulsión de muerte desembozada, ya sea como autoagresión o heteroagresión”.

Según la RAE, la palabra culpa significa la Imputación a alguien de una determinada acción como consecuencia de su conducta, hecho de ser causante de algo, acción u omisión que provoca un sentimiento de responsabilidad por un daño causado. Alvaro Diaz Berenguer (2020) menciona ”La muerte genera culpas por el sentimiento de no haber podido intervenir para impedirla. Los familiares, los allegados y el médico se sienten culpables” (p.52). Nos parece pertinente citar al autor, ya que el mismo pertenece al sector salud, que vivenció lo que es ser médico, el proceso de formación en el cual comenzó la relación con el saber médico y el poder hegemónico. El autor menciona que “Hay médicos que ante la muerte de uno de sus pacientes, se han sentido culpables al punto de abandonar la profesión ” (Diaz,2020,p.58).

2.4- La muerte de un niño

Según los aportes de Barran la muerte tiene una significación negativa y dolorosa en nuestra cultura y sociedad. Nos preguntamos ¿qué significaciones tomaría para los médicos de CTI si la muerte ocurre en edades tempranas?, Defey et al. (1992). mencionan "La muerte de un niño es un acontecimiento impactante. El es el paradigma de lo vital, la encarnación de lo viviente, cantera de posibilidades múltiples. es también la imagen antitética de la muerte" (p.30). ¿Estamos preparados culturalmente para la muerte de un niño? ¿Cuánto pesarán nuestras historias de vida en el despliegue que la muerte nos desencadena?. Para ampliar sobre esta interrogante nos parece pertinente volver a citar a Defey et al. (1992) "la reacción frente a la muerte de un niño se relaciona con una valoración previa que hacemos de este a nivel individual y social." (p.30). Por otra parte, el doctor de Leonardis (2015) menciona sobre la situación que provoca la muerte de un niño en la emergencia,"las circunstancias que rodean a la muerte de un niño constituyen una de las situaciones más estresantes en la práctica de la medicina". Traemos esta cita colación ya que por lo expresado anteriormente encontramos similitudes entre la emergencia y el CTI además de que quien lo menciona es un médico pediatra, neonatólogo, pediatra intensivista.

La muerte de un niño en un hospital desencadena dolor, angustia no solo en su familia sino también en el personal médico y en la sociedad ya que este hecho, como menciona Denise Defey et al.(1992,p.30), "es algo impactante".

Abominable, despreciable es lo que significa ominoso según la RAE (Real Academia Española). En medicina la palabra ominoso se usa para definir un estado del paciente donde su pronóstico es grave y que tiene la muerte como desenlace final, como expresa la siguiente cita, el "pronóstico ominoso y evolución inexorable al deceso del paciente" (Bustamante, Stutzbach, Guevara, Perez, Fernandez, Perrone, Torino, Suarez, 1999,p.1). Apreciamos en lo que nos mencionan los autores que la muerte es algo inminente en el paciente con pronóstico ominoso.

Freud expresa que en lo ominoso, "No hay duda de que pertenece al orden de lo terrorífico, de lo que excita angustia y horror" (p.219), sin embargo lo define como "aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo," (p.220). Según Freud lo ominoso es la sensación de familiaridad que junto a la sensación de extrañeza marca algunas situaciones a lo cual agregaremos que estas situaciones tendrán un despliegue de significaciones. "no es efectivamente algo nuevo o ajeno, sino algo familiar de antiguo a la vida anímica, sólo enajenado de ella por el proceso de la represión" (p.241).

2.5- Médicos perteneciente a la sociedad del cansancio

La muerte de los pacientes es una de las circunstancias que pueden ocurrir en el trabajo de estos profesionales, ya que en los CTI (también se conocen a estos como UCI “Unidad de Cuidados Intensivos”) es el lugar “en el cual se hallan internados pacientes críticos o de riesgo, que pueden desarrollar complicaciones graves, por lo que necesitan de un seguimiento constante.” (Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" - Facultad de Medicina - Universidad de la República), debemos agregar que “Todo paciente internado en un CTI, es un enfermo grave y con riesgo de vida.” (Instituto de Cardiología Integral, p.1).

Dentro de la medicina existen distintas especialidades médicas, siendo el médico de CTI “el profesional jerárquicamente superior a las demás categorías. Su puesto es el que está más directamente en juego, ya que es el responsable de la vida del paciente” (Menezes ,2002). Dicho de otro modo, es en el que recae toda la responsabilidad por el paciente pudiendo esto generar situaciones de estrés, además nos parece pertinente agregar que en su función médica también se encuentra el poder de decisión sobre los individuos “Si hay solo una cama en CTI, y dos pacientes la requieren, la decisión de optar por la salvación de uno u otro estará a cargo del médico.” (Diaz,2020,p.61).

Estas tomas de decisiones presentan una gran responsabilidad, conlleva a que se tenga que elegir a quién “salvar”, a quien se le da prioridad, todas estas acciones desencadenan estrés, burnout, etc. Casagrande,Soto,Gomez,Carambula,Burghi (2022) mencionan en su trabajo que “Los médicos intensivistas presentan frecuentemente niveles elevados de estrés.”, cabe mencionar que los niveles de estrés, depresión y burnout son cada vez más significativos en esta época, (Byung-Chul Han 2020).

El filósofo Byung-Chul Han (2020) menciona que “La sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria, sino una sociedad de rendimiento. Tampoco sus habitantes se llaman ya “sujetos de obediencia”, sino “sujetos de rendimiento”. (p.25). Por lo tanto, no es desacertado pensar que los médicos están en constante presión y que la muerte representa una amenaza para estos profesionales, “En los hospitales, la muerte representa una amenaza y un fracaso por lo que también los especialistas tienen grandes dificultades para encarar el problema.” (Defey et al.,1992, p.25).

Nos parece pertinente citar nuevamente a Han sobre lo que pasa a las personas que no pueden sobrellevar la presión del rendimiento “el sujeto que se ve forzado a aportar rendimientos y que termina quedando extenuado y siendo depresivo, por así decirlo, acaba desazonado de sí mismo. se siente cansado, hastiado de sí y harto de pelear contra sí

mismo" (Han,2020,p.87). El autor también menciona que en esta sociedad hay una auto explotación y el sujeto que está obligado, presionado a aportar rendimiento termina por quemarse del todo lo que sería llegar al burnout. (Han,2020, p.96).

Problemas y preguntas de investigación

El presente pre proyecto de investigación tiene como objeto estudiar las distintas significaciones que desencadena la muerte temprana de un paciente menor de 3 años de edad, dentro del contexto del equipo de CTI, específicamente en los médicos pediatras y neonatólogos de dicho centro. Nos parece pertinente estudiar cómo se entrelazan la vida laboral de estas personas, con la pérdida de sus pacientes y su vida personal. Las distintas tensiones que se generan en lo laboral donde las políticas públicas que no están pensadas para este tipo de situaciones, el dolor de los padres y la falta de contención emocional para el equipo y para los familiares.

Ante esto nos preguntamos

1- ¿Qué significaciones le dan a la muerte los trabajadores de la salud, más precisamente pediatras y neonatologos de CTI?

2. ¿Cómo esas significaciones están construidas por la historia singular de vida, el plano meso y macro social de dichos profesionales?

3- ¿Cómo influyen las instituciones y organizaciones tanto académicas como laborales en dichas significaciones?

Objetivos generales

Investigar las significaciones que tanto pediatras como neonatologos que trabajan en cti de montevideo tienen sobre la muerte de bebés y niños de hasta 3 años.

Objetivos específicos

a. qué vivencias de su historia de vida determinaron dichas significaciones.
b. qué aspectos y significaciones otorgan las institucionales/organizacionales a la muerte.
c. qué significaciones se despliegan en lo social ante la muerte de un niño.

Metodología

Consideramos que para este pre proyecto la metodología a utilizar es la cualitativa, este método de investigación tiene como objetivo principal la observación, la escucha, el análisis e interpretaciones de datos en base a la experiencia de las vivencias tanto en lo individual como colectiva, teniendo gran relevancia el contexto y conocimiento situado.

En palabras de Ferrarotti (2007) "los métodos cualitativos como estrategias privilegiadas para el estudio de lo social".

Consideramos basarnos en la perspectiva de la sociología clínica, dentro de los enunciados que la sostienen se encuentran las historias individuales y colectivas y como estas están relacionadas. “Hay, pues, una estrecha correspondencia entre la historicidad individual, mediante la cual el individuo tiende a constituirse como sujeto de su historia personal, y la historicidad colectiva” (Vicent Gaulejac 1987). Pero es importante destacar cómo la historia individual es única y singular, el autor también sostiene que “decir en cuenta que el individuo es producido por su historia significa también tomar en cuenta la singularidad, puesto que cada historia es diferente, aunque se inscriba dentro de una historia común”.

Taylor y Bogdan (1990) nos menciona que en la entrevista en profundidad

> El entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación, por medio de ellas se conoce a la gente lo suficiente para comprender qué quieren decir, y con ello, crear una atmósfera en la cual es probable que se expresen libremente

Dichas entrevistas serán individuales se aplicarán a los médicos y neonatólogos de CTI, las entrevista serán abiertas, posibilitando que el entrevistado configure el campo de dicha entrevista, además da la posibilidad de ahondar en profundidad sobre la personalidad del entrevistado.(Bleger, 1985) También propondremos trabajos con la técnica de novela familiar y trayectoria de vida , la cual usaremos sobre la trayectoria formativa y laboral donde ellos expresaran momentos o fechas que hayan sido significativas.

Según Vicent De Gaulejac (2013) mediante estas técnicas se encuentran suficientes explicaciones para entender las trayectoria y los conflictos que estas plantean, el autor sostiene que “La mayoría de ellas están en “desplazamientos” y se ven atravesadas por contradicciones múltiples.”(p.239). Gaulejac sostiene que la implicación de los participantes hará que comprendan su historia, a lo cual agrega que estas técnicas ayudan a comprender ciertas acciones y decisiones de la vida del participante “La historia personal es el producto de factores psicológicos, sociales, ideológicos y culturales, cuya interacción nos esforzamos por entender.” (Gaulejac,2013,p.240). Además agrega que “La novela familiar busca que cada sujeto realice sobre su vida una reescritura de su historia para buscar elementos dentro de la “historia de familia”, con el propósito de entender la historia y la historicidad de la familia.”(p.240)

Usaremos las trayectoria de vida ya que los participantes aportaran fechas o momentos que para ellos fueron significativos, con la intención de analizar el por qué los participantes eligen dichas fechas o momentos. Se pone en perspectiva del involucrado que analice sus peculiaridades y singularidades en tres posiciones, “las características de las distintas posiciones a partir de indicadores socioprofesionales, los principales acontecimientos personales y familiares que tuvieron influencia en su trayectoria, los acontecimientos históricos y los cambios sociales que modificaron el curso de su trayectoria.”(Gaulejac,2013,p.255)

Es por eso que usaremos dicha técnica en función de la medicina para saber si hay una relación entre sus historias de vida y la elección de su profesión, también propondremos investigar si hay situaciones vinculadas con la muerte en sucesos que los participantes hayan vivenciado, para así dilucidar mediantes sus historias de vida las significaciones que despliegan en relación a la muerte de niños.

Cronograma de ejecución

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión de antecedentes												
Elaboración del proyecto												
Presentación del trabajo mediante talleres												
Realización de las técnicas novela familiar y trayectoria de vida												
Realización de entrevistas individuales de profundidad												
Análisis de datos y elaboración del informe final												
Difusión de antecedentes												

Consideraciones éticas

En caso de llevarse a cabo el proyecto de investigación, se solicitará la autorización a los distintos directores de hospitales y sanatorios de Montevideo el poder ingresar a sus instalaciones con el objetivo de realizar la presentación del trabajo a la población que se quiere estudiar (pediatras y neonatólogos de CTI) se les informará sobre los objetivo y alcance de la investigación. A su vez se solicitará la participación voluntaria a los médicos

que así lo deseen, donde se les garantizará su anonimato si así lo requieren y además se mantendrá la confidencialidad de lo que expresen los participantes.
En función a el Código de Ética Profesional del Psicólogo y lo establecido por el Decreto Nº 379/008 (Ministerio de Salud Pública, 2008) que rige en Uruguay se diseñó un consentimiento informado. Dicho consentimiento brindará detalladamente la descripción de la investigación, sus objetivos, se dará también la posibilidad de realizar cualquier tipo de interrogantes a los participantes, quedará además preestablecida la posibilidad de retirarse en cualquier instancia de la investigación como establece el artículo 66 del código de ética del psicólogo en Uruguay. De constatarse esta situación, se le brindará al participante la posibilidad de una atención particular, se realizará la orientación y derivación pertinente a los servicios de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, así como también un seguimiento adecuado de la situación.

Resultados esperados y plan de difusión

Se espera poder contribuir en la profundización de los conocimientos y en futuras investigaciones en relación a la temática abordada, así como colaborar en el estudio sobre las significaciones que despliega la muerte en los individuos, médicos de CTI que trabajen con niños.
Como plan de difusión propondremos talleres informativos explicando la investigación y sus resultados correspondientes, en distintos ámbitos universitarios, así como en los diferentes centros de salud de Montevideo e interior del país. Se les presentará la investigación al MSP, ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado). Además se pretende publicar el trabajo en distintas revistas científicas bajo el formato de artículo científico.

Bibliografía

Bacci Mañaricua, M. (2014.). *Particularidades del duelo en personas que deciden donar los órganos de un familiar fallecido.* Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Barran, P. (2021). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay.* Montevideo: Banda Oriental.

Bleger, J. (1985).*TEMAS DE PSICOLOGÍA. Entrevista y grupos.* Buenos Aires:Nueva Visión

Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Bs. As.: Topía.

Bleichmar,S. (2007). *Conferencia: Silvia Bleichmar "Acerca de la subjetividad".* Recuperado de https://seminario-rs.gc-rosario.com.ar/conf-silvia-bleichmar-30-07-2003?page=0,1

Bustamante, M., Stutzbach, P., Guevara, E., Pérez de la Hoz, R., Fernández, M,. Perrone, S., Torino, A., Suarez, L. (1999). Diagnóstico etiológico de la hipertensión pulmonar mediante eco transesofágico en candidatos a trasplante cardiopulmonar. *REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA,* 6 (3), 328-331. Recuperado de http://www.old2.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/1220.pdf

Casagrande, C., Soto, J., Gómez Haedo, M., Carámbula, A., Burghi, G. (2022). Estrés laboral en los intensivistas de Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, *38*(1). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902022000101206&script=sci_arttext

CTI-Centro de Tratamiento Intensivo. *Información a familiares y acompañantes de pacientes internados*. Recuperado de https://www.cti.hc.edu.uy/index.php/informacion

Defey, D., Díaz Rossello,J.L., Friedler,R., Nuñez,M., Terra, C.(1992). *Duelo por un niño que muere antes de nacer :vivencias de los padres y el equipo de salud.* Montevideo: Roca Viva

De Gaulejac, V. (2013). *Neurosis de clase.* Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.

Diaz, B. (2020). *EL PODER MÉDICO.* Montevideo: Estuario.

De Leonardis,D. (2015). *Manejo de la muerte de un niño en la emergencia.* Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492015000100010

Ferraroti, F. (2007). *Las historias de vida como método.* Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, *14* (44), 15-40. https://www.redalyc.org/pdf/105/10504402.pdf

Flores-Pons, G. y Íñiguez-Rueda, L. (2012). *La biomedicalización de la muerte: una revisión*. Anales de Psicología, 28(3),929-938. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/167/16723774032.pdf

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad.* Ciudad de México: siglo xxi

Foucault, M. (2014). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: FCE.

Freud, S. (2014). El humor. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 17). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917-19). Recuperado de https://www.bibliopsi.org/docs/freud/17%20-%20Tomo%20XVII.pdf

Giorgi, V. *Construcción de la subjetividad en la exclusión.* Recuperado el 25 de octubre de 2022, de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Giorgiconstruccindelasubjetividadadenlaexclusin.pdf

González, N.(2018). Medicalización de la muerte. Elementos de discusión y análisis para un abordaje crítico desde las Ciencias Sociales. *Culturales,* 6, e350. https://www.scielo.org.mx/pdf/cultural/v6/2448-539X-cultural-6-e350.pdf

Han, B. (2020). *La sociedad del cansancio.* Barcelona: Herder.

Instituto de Cardiología Integral. *Información para familiares y acompañantes de pacientes en CTI y CI*. Recuperado de http://www.ici.org.uy/InformacionCTIyCIAdultos.pdf

Ley 18.331. Protección de datos personales y acción de “Habeas Data". (11 de agosto de 2008). Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/U4%20Ley%2018.331%20de%20Protecci%C3%B3n%20de%20Datos%20Personales%20y%20Acci%C3%B3n%20de%20Habeas%20Data.pdf

Lynch, G. y Oddone, M. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos bibliográficos. *Revista de Ciencias Sociales, 30(40).* Recuperado de:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&tlng=es.

Menezes,R.(2000). *Decisiones difíciles: un enfoque antropológico de la práctica médica en la UCI.* Recuperado de https://www.scielo.br/j/physis/a/fj33YvZmQZxwxGdvx6nt5xL/?lang=pt

Ministerio de Desarrollo Social. (2021) *Cantidad de muertes infantiles según causa. Total país*. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/cantidad-muertes-infantiles-segun-causa-total-pais#dropdown

Ministerio de Desarrollo Social. (2021) *Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Total País.* Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/tasa-mortalidad-menores-5-anos-total-pais

Ministerio de Desarrollo Social. (2019) *Tasa de mortalidad infantil según departamento de residencia materna.Total país.* Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/tasa-mortalidad-infantil-segun-departamento-residencia-materna-total-pais

Ministerio de Salud. (2018). *Sobre la evolución de la mortalidad infantil en Uruguay Estadísticas Vitales Área Programática Salud de la Niñez MSP.* Recuperado de https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2018/noticias/NO_Z833/msp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality#:~:text=En%20todo%20el%20mundo%2C%20las,ni%C3%B1os%20menores%20de%20cinco%20a%C3%B1os.

Organización Panamericana de la Salud.(2018). *Cómo Uruguay redujo la mortalidad infantil a un mínimo histórico en 20 años.* Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14254:how-uruguay-reduced-infant-mortality-to-a-historic-low&Itemid=72543&lang=es

Organización Panamericana de la Salud.(1978) *MEDICINA E HISTORIA El pensamiento de Michel Foucault.* Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Andrés, Cristina. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, *76*(5), 373-380. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500001

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. (23.a ed.).

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*. 18 (52), 40-48 Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf

Yzaguirre, F. y Castillo Mendoza, C. (2013). *La perspectiva de la sociología clínica: una sociología de proximidad orientada al sujeto.* Recuperado de http://www.socioclinica.com/wp-content/uploads/FES-PERSPECTIVA-DE-LA-SOCIOLOG%C3%8DA-CL%C3%8DNICA-PUB.pdf