

La metáfora raíz como categoría de análisis en las representaciones de los cuidados paliativos

Anabella Barragán Solís

Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH

Resumen: Se presenta el proceso del análisis cualitativo de los resultados de una encuesta exploratoria realizada en diciembre de 2009, sobre las representaciones de los cuidados paliativos de un grupo de 34 estudiantes de sexto semestre de la carrera de Médico Cirujano y Partero, de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, inscritos en la materia Terapéutica Médica, que médicos algólogos imparten en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México (HGM). Esta exploración demuestra la forma y pertinencia de la aplicación de metodologías de investigación cualitativa enfocadas a la búsqueda de las representaciones centrales o metáforas raíz como categorías de análisis, a partir de las cuales se logran reconocer las creencias médicas en torno al tema. Los resultados señalan la necesidad de establecer estrategias educativas que permitan resignificar el corpus de creencias que guiarán los tratamientos adecuados a los pacientes que cursan con enfermedades incurables o en fase terminal, para controlar el dolor y el sufrimiento, así como la atención a los familiares.

Palabras clave: cuidados paliativos; análisis cualitativo, metáfora raíz, representaciones, creencias médicas, enfermos incurables, enfermos terminales

Abstract: Root metaphor analysis as a category of representations of palliative care. In December 2009, thirty four medical majors enrolled at the School of Medicine of the Instituto Politécnico Nacional (National Polytechnic Institute) were surveyed to find out about their mental images on palliative care. All of them were already attending classes on Medicine and Healthcare taught by an algologist working at the Clinic for pain and palliative care at the Hospital General de México. This article's intention is to underline the importance and necessity of using qualitative research methodology to gather in-depth understanding that leads to core medical beliefs regarding pain and suffering. This opens up the possibility of establishing metaphorical categories for analysis. The results show the need to develop appropriate strategies to educate both medical doctors and interns regarding their beliefs, thus providing new meanings to their mental representations so as to provide better treatment(s) to their terminal patients when dealing with suffering and pain. A strategy that could also be extended to the patients' next of kin.

Keywords: palliative care, qualitative research, core beliefs, metaphorical categories, mental images, medical beliefs, incurable patients, terminal patients

Cuicuilco número 52, septiembre-diciembre 2011

LOS PUNTOS DE PARTIDA

La preocupación fundamental de la investigación cualitativa es la comprensión del mundo desde el punto de vista de los actores sociales. Para dar cuenta de ello, el antropólogo se convierte en el intérprete de los significados de sus discursos, esta tarea implica la necesidad de que el investigador lleve a cabo una suerte de inmersión en el contexto de dichos actores para lograr la descripción, análisis e interpretación de las representaciones y prácticas, así como dar cuenta de la interacción de los grupos sociales que se constituyen en los sujetos de estudio. El método cualitativo se lleva a cabo en el campo de los sujetos a los que se aplica una serie de instrumentos tendientes a profundizar en el problema de investigación. Así, se conforma el corpus de datos a interpretar con lo que se logra dar sentido a su subjetividad, al mundo de la vida en el que se mueven, para dar cuenta de sus particularidades e intentar ir más allá de sus percepciones explícitas y comprender así el sentido de su vida. Si bien de lo que se trata en esta participación es de mostrar el proceso de análisis e interpretación de los resultados de un cuestionario breve, aplicado a un grupo de estudiantes de medicina sobre las representaciones de los cuidados paliativos, es necesario primero un pequeño ejercicio de inmersión en la problemática que se explora para hacer explícitos los puntos de partida de esta investigación cualitativa; reconocer el horizonte de interpretación, a medida del cual se desarrollará la lectura de las metáforas que conforman los discursos que nos interesa deconstruir e interpretar, para conocer el conjunto de representaciones que se constituyen, a fin de cuentas, como parte del saber médico, que se materializan en la atención del dolor y sufrimiento que padecen los sujetos reales.

DE LAS ENFERMEDADES INCURABLES A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Las estadísticas internacionales en países desarrollados marcan que 67 por ciento de los hombres y 60 por ciento de las mujeres con diagnóstico de cáncer morirán por esta causa, y la incidencia es mayor en América Latina. Se estima que en México, cada dos horas muere un paciente con pobre o nula atención en cuanto a medicina paliativa se refiere [Artiachi, 2004: 152].

En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, de las cuales una proporción considerable corresponde a aquéllas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediablemente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con dolor, con el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo no es únicamente el enfermo el que sufre los

estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración considerable en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor [Diario Oficial de la Federación, 2008: 3].

Entre las veinte principales causas de mortalidad general en México se encuentran la diabetes mellitas; enfermedades isquémicas del corazón; enfermedades cerebrovasculares, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; accidentes de vehículos de motor; enfermedades hipertensivas; infecciones respiratorias agudas; afecciones originadas en el periodo perinatal; homicidios; enfermedades renales; desnutrición calórica-protéica; tumores malignos (de tráquea, estómago, próstata, hígado, mama, cervicouterino) y VIH/SIDA [INEGI/SS/Conapo, 2008]. Varias de estas enfermedades son padecimientos de larga duración e incurables, que tienen un componente importante de dolor. Dolor que es el objeto de intervención de los médicos algólogos¹, quienes con diversas estrategias quirúrgicas, farmacológicas, ortopédicas y de electroestimulación, entre otras, se abocan a controlarlo, paliarlo o eliminarlo.

Hinton muestra, desde 1973, que en una encuesta realizada al azar en Inglaterra y Gales, por Cartwright, Hockey y Anderson, basados en relatos retrospectivos del familiar sobreviviente más cercano de pacientes recientemente fallecidos, dijeron que los síntomas más angustiosos del último año de vida fueron: dolor 42 por ciento; problemas respiratorios, 28 por ciento; vómito, 17 por ciento; falta de sueño, 17 por ciento; pérdida del control de la vejiga e intestinos, 12 por ciento; falta de apetito, 11 por ciento; confusión mental —entre otros síntomas—, 10 por ciento; no tuvieron síntomas y 5 por ciento tuvieron síntomas sólo en el último mes. En la mente de los familiares en general, quedó la imagen de que el moribundo sufrió considerablemente. El autor concluye que cuando la enfermedad es fatal, sea que los pacientes estén o no seguros de ello, se vive con una mezcla de esperanza, temor, valor, irritabilidad y congoja, es un estadio de inquietud que afecta tanto a pacientes como a quienes los aman, y comenta que por poca que sea la vida por delante, si se alivian las tensiones más obvias, las personas serán capaces de disfrutes. Merced a una atención adecuada, la gente logra una aceptación positiva de la muerte, en cuyo caso fallece tranquilamente, e incluso los familiares suelen aceptar la separación que trae la muerte [Hinton,

¹ “La algología es la ciencia que tiene como objetivo estudiar y conocer las bases biológicas, neurológicas, farmacodinámicas y psicológicas del dolor agudo, crónico y oncológico para tratarlo mediante las intervenciones correspondientes” [González, 2005: 28].

1990: 252-269]. Mejorar la calidad de vida conlleva una muerte digna, señala Franco [2008], y subraya que la misión del área de cuidados paliativos es brindarla, tomar plena conciencia del sentido y dignidad de la vida humana y del valor del sufrimiento, estos cuidados se caracterizan por el manejo integral del paciente en su fase terminal, a través de los servicios médicos y del tratamiento del dolor, enfermería, tanatología y psicología, se procura, en la medida de lo posible, aliviar el sufrimiento.

¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

Hasta el siglo xix el alivio de los síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que se pretendía dejar que las enfermedades evolucionaran de manera natural; para el siglo xx la medicina buscó afanosamente las causas y curas de las enfermedades, así el avance técnico y las mayores expectativas de vida de las poblaciones provocó que los médicos delegaran los síntomas a un segundo plano, fijando su atención en prolongar la vida, pero no la calidad de la misma. La visión integral del paciente fue sustituida por la inspección parcializada de los especialistas y el fenómeno del cuidado quedó delegado a lo sumo al personal de enfermería; ayudar, consolar y acompañar dejó de ser el objetivo que acompañó a la medicina en sus orígenes. Recordemos que los primeros hospitales en Europa fueron instituciones inspiradas en los hospicios cristianos que acogían peregrinos que, muchas veces, llegaban enfermos o moribundos. [Montes de Oca, 2006; Del Río y Palma, 2007; Franco, 2008].

En 1842 en Francia se vuelve a usar la palabra hospicio vinculada con el cuidado de los moribundos, luego en Dublín y Londres, pero el inicio del movimiento de hospicios modernos se atribuye a St Christopher'Hospice en Londres en 1967, institución donde se demostró que el control de síntomas, el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida. La enfermera y médica Cicely Saunders fue la fundadora de esta institución, donde se llevaron a cabo las primeras investigaciones y docencia, así como el apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Un aporte fundamental para el surgimiento de esta nueva filosofía sobre los cuidados de los enfermos fue el de la suiza Elizabeth Kübler-Ross [2008], cuya experiencia docente en psiquiatría y después de trabajar dos años y medio con moribundos en Estados Unidos la llevó a publicar en 1969, uno de los textos básicos del tema que nos ocupa, *Sobre la muerte y los moribundos*, en el que se explora a la muerte como un hecho individual y social, parte de la vida, las actitudes con respecto a la muerte y al moribundo, la relación de la familia y el paciente y las formas de terapia del enfermo de muerte o desahuciado.

Fue en Francia que Baulfour Mount, denominó Medicina Paliativa, la que posteriormente en 1987 sería una subespecialidad médica. En 1980 la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y poco después la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adoptan el concepto de cuidados paliativos, que en el año 2002 la OMS define como:

Cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos [Del Río y Palma, 2007: 17].

Estas premisas alentaron la constitución de fundaciones civiles con grupos médicos de soporte para la atención no sólo hospitalaria, también domiciliaria y la formación de unidades móviles de atención, con lo que sobreviene la institucionalización de los cuidados paliativos en países europeos como Italia, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia, Polonia, y en América, Estados Unidos y Canadá. Ahora, hay más de 8 000 servicios de este tipo en aproximadamente 100 países del mundo, entre ellos se encuentran Chile y México y otros países latinoamericanos. Los antecedentes en México de los equipos médicos de cuidados paliativos se encuentran en las clínicas del dolor. El doctor Vicente García Olivera fundó en 1976 la primera clínica del dolor, en el Hospital General de México, basado en su experiencia en la especialidad de anestesiología y un entrenamiento en Estados Unidos sobre el tratamiento del dolor, en el Hospital de Veteranos de la ciudad de McKinney, Texas. La Clínica del Dolor, se convirtió en el 2002 en el Centro Nacional de Enseñanza de Terapia y Clínica del Dolor, título al que se agrega "Cuidados Paliativos" [García, 1996; Barragán 2007; Montes de Oca, 2006]. Los cuidados paliativos están íntimamente relacionados con el manejo y control del dolor de los pacientes incurables o en fase terminal. Los principios de los cuidados paliativos divulgados durante el Día Mundial de los Cuidados Paliativos en 2008, son:

Alivian el dolor y otros síntomas; privilegian la vida y contemplan la muerte como un proceso natural; no intentan precipitar ni retrasar el momento de la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente; ofrecen al paciente un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte; ofrecen a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del paciente y de su propio duelo; emplean un enfoque de equipo para responder a las necesidades del paciente y su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuere necesario; pueden mejorar la

calidad de vida y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad; pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida (por ejemplo la quimioterapia y la radioterapia); son igualmente compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas dolorosas. [OMS, 1990].

Estos principios abarcan, como también lo señala la Norma Oficial Mexicana, a los ámbitos hospitalario, ambulatorio y domiciliario [Diario Oficial de la Federación, 2008], lo que obliga a la constitución de equipos multidisciplinarios [Stoneberg y von Gunten, 2006], formados por médicos algólogos, especialistas de diversos servicios de interconsulta hospitalaria y de consulta externa, con profesionales de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, nutrición, neurología, infectología, ginecología, neumología, ortopedia, medicina interna y terapia física, entre otros, para lograr instaurar el tratamiento médico encaminado al control del dolor y otros síntomas, y establecer estrategias de terapia ocupacional, educativa y espiritual. Paliar entonces rebasa los límites del equipo médico para extenderse al núcleo familiar y las redes de relación de los enfermos. En México a partir de 2008 se han instituido los criterios de los cuidados paliativos, que según la Norma Oficial Mexicana se refieren:

Al cuidado activo e integral que, de manera específica, se proporciona a pacientes que cursan la fase terminal de una enfermedad y que se orientan a mantener o incrementar la calidad de vida del paciente en los ámbitos individual, familiar y social; en su caso, con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario [Diario Oficial de la Federación, 2008: 4].

Se considera paciente terminal, a todo paciente en fase terminal de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo; con amplias posibilidades de que su muerte sobrevenga a causa de ese padecimiento. La calidad de vida se define como las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en fase terminal, actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales. Asimismo, ésta Norma Oficial Mexicana subraya que se elaboró para prevenir la “ocurrencia de posibles actos de crueldad hacia el paciente [...] para que los cuidados paliativos en nuestro país sean proporcionados como un derecho que debe ser concedido a todo paciente que curse una enfermedad crónico-degenerativa en etapa terminal” [Diario Oficial de la Federación, 2008: 3-4].

Entre los procedimientos que la misma norma establece para proporcionar bienestar y calidad de vida digna hasta el momento de la muerte, está el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan al paciente, y se incluyen las indicaciones, información y capacitación de sus familiares, tutor o representante legal acerca de los cuidados generales del paciente, sobre los fármacos y las formas de comunicación de emergencias a los médicos tratantes, entre otros objetivos.

Hay que señalar el fenómeno actual del aumento de las necesidades específicas de pacientes con enfermedades avanzadas, crónico-degenerativas o en estado terminal, que se refleja principalmente en la población geriátrica. Según datos demográficos del año 2000, en México residían (en ese año) 6.9 millones de personas de 60 años y más, ello indica la importancia de la lucha por introducir en los sistemas de salud pública y privada el concepto de cuidados paliativos, que permitan crear programas de cobertura y servicios encaminados a la práctica médica adecuada para pacientes terminales, [Salomón, *et al.*, 2008], cuyos derechos son:

Ser tratado con humanismo hasta el momento de su muerte; mantener una esperanza, cualquiera que esta sea; tener la posibilidad de expresar sus sentimientos, deseos y emociones frente a la cercanía de su muerte; recibir la atención de médicos y enfermeras para lograr el máximo confort; no morir solo; estar libre de dolor; tener una respuesta honesta cualquiera que esta sea; no ser engañado; recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte; morir en paz y con dignidad; conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros; ser cuidado por personas sensibles y competentes; que su cuerpo sea respetado después de su muerte [OMS, 1990].

EL HORIZONTE DE INTERPRETACIÓN: DE LAS REPRESENTACIONES Y EL SABER MÉDICO

La antropología médica como subdisciplina de la antropología social, aborda lo social y lo médico [Genest, 1980], siendo los objetos de estudio más inclusivos los sistemas de salud-enfermedad-atención que operan en cualquier tipo de sociedad [Menéndez, 1990]. La antropología médica abarca diversos campos como la ecología médica y la etnomedicina, la epidemiología y las curaciones en instituciones, entre otros. De entre los ejes de la dimensión etnomedica, “que engloba cualquier comportamiento relativo a la enfermedad”, se encuentran los sistemas médicos no occidentales, las creencias médicas, tratamientos, terapeutas, descripciones de las enfermedades y los contextos en

que se manifiestan [Genest, 1980: 13]. Aquí se exploran las creencias médicas en el proceso de formación del saber de un grupo de estudiantes de medicina.

Según Freidson [1978], los médicos están formados dentro del grupo profesional y están regulados por la misma profesión, ello crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad. En este punto nos preguntamos ¿Cuáles son las representaciones de un grupo de estudiantes de medicina acerca de los cuidados paliativos? ¿Cuándo se aplican los cuidados paliativos? ¿A quién se aplican los cuidados paliativos? Interrogantes que guían la exploración del saber médico y que Menéndez y Dipardo explican como:

El concepto saber nos remite a la articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario, el conocimiento y las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional, las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas. Este concepto supone asumir la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias a partir de que lo sustantivo es el efecto del saber sobre la realidad; el saber médico establece la diferenciación con los conjuntos sociales; es ahí donde operan los procesos micropolíticos de distanciamiento técnico con el paciente o la normalización y el control de la conducta del mismo, pero como teoría de estos actos técnicos, para diferenciar-controlar la representación-práctica de los conjuntos sociales respecto al proceso salud-enfermedad-atención, y por supuesto a partir de su intervención técnica [Ménéndez y Di Pardo, 1996: 57-58].

El saber de los médicos también incluye un “conocimiento general” compartido con los grupos sociales, que significa “saber algo en torno al objeto, tener de él un conocimiento, limitado pero exacto de naturaleza intelectual o científica” [Abbagnano, 2004: 932]. Este conocimiento cotidiano que es el fundamento de todo saber y es finalmente la suma de los conocimientos que todo sujeto debe interiorizar para poder existir y moverse en su ambiente, surge de la necesidad y de las experiencias personales y de aquellas que han sido socializadas [Heller, 1998]. El conocimiento médico está “considerado como autorizado y definitivo”, de tal magnitud es su prestigio dentro de la sociedad que su posición “es análoga a las religiones del Estado ayer: tiene un monopolio aprobado oficialmente sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad” [Freidson, 1978: 23]. Es por ello que nos parece relevante explorar las representaciones sociales entendidas como:

Una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común. Cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados, en sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social material e ideal” [Jodelet, 1984: 474].

La aplicación de la metodología cualitativa de análisis permitirá obtener resultados con los que se logre visualizar los pensamientos centrales, o “conceptos sensibilizadores” [Blumen *apud.* Castro, 2008], acotados en metáforas discursivas, entendidas aquí como acto del lenguaje que hace referencia de manera intrincada a los códigos culturales que comparten quienes intervienen en el diálogo. Ahora bien, si el dato y el objeto de análisis “en fino” [Castro, 2009: 141] es el lenguaje, debemos reconocer que la metáfora es “condición misma de su existencia” [Mier, 1990: 25]. Por otra parte, reconocemos que los discursos que están actuando de forma representacional sobre los cuidados paliativos, a fin de cuentas, actúan como guías para la acción. Al analizar dichas representaciones esperamos dar pie a la reflexión sobre las estrategias educativas adecuadas para resignificar las creencias de los equipos de estudiantes, para llegar a cumplir a cabalidad con los preceptos de los cuidados paliativos. Asimismo, procuramos demostrar la pertinencia del método cualitativo en la exploración de la subjetividad, y las tendencias presentes en el discurso, que a su vez es generador de nuevas problemáticas e interrogantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde la adopción del nombre de Metodologías Cualitativas en el siglo xx, en la Escuela de Chicago, las técnicas propias han sido la observación, las entrevistas, las historias de vida y el análisis de documentos personales [Castro, 2008]; al cuestionario que aquí nos ocupa, le hemos dado el cariz de estos últimos, ya que se trata de un ejercicio donde se plasma el sentir subjetivo de cada individuo.

Aquí, se intenta mostrar una manera de construcción del saber antropológico a partir del análisis cualitativo, con la “mirada relacional” del investigador hacia la subjetividad del otro, para conocer “el modo en que las personas se ven a sí mismas y a su mundo” [Taylor y Bogdan, 1998: 11], dar cuenta del saber de los otros, al aplicar la exploración en un momento del proceso de construcción del saber médico.

En la mañana del 3 de diciembre de 2009, en un aula de las instalaciones del HGM, se aplicó un cuestionario a un grupo de 34 estudiantes (22 mujeres y 12 hombres) de sexto semestre de la carrera de Médico Cirujano y Partero, de

la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, inscritos en la materia Terapéutica Médica. Antes de aplicar el cuestionario se explicó que se trataba de un ejercicio exploratorio para conocer algunas de sus ideas acerca de los cuidados paliativos, se hizo hincapié en que todas las respuestas eran válidas, además de confidenciales, se repartió una hoja tamaño carta en blanco y se les pidió que anotaran la fecha, su sexo, su edad, la carrera y el semestre que cursaban y contestaran sincera y honestamente a las siguientes preguntas: 1) ¿Qué crees que son los cuidados paliativos? y 2) ¿Cuáles son tres de las principales acciones que como médico llevarías a cabo ante un paciente terminal?

Todos los estudiantes contestaron las preguntas y después que entregaron el instrumento, se agradeció su colaboración y se les comunicó que en su momento se entregarían los resultados, encaminados a promover la reflexión en torno al tema, tanto de parte de los alumnos como de los profesores, para enriquecer el proceso de enseñanza-aprendizaje del tema, que redundaría en una mejor comprensión del mismo y una mayor pertinencia en los planes de tratamiento en los cuidados paliativos.

RESULTADOS

I. Transcripción y sistematización: unidades y subunidades de análisis

Se transcribieron literalmente las respuestas escritas por los estudiantes y se sistematizó la información. Se consideró a cada uno de los cuestionarios como una unidad de análisis o unidad primaria, así resultaron 34 unidades de análisis; enseguida se desagregó por sexo (22 cuestionarios de mujeres y 12 de hombres). Luego se conformaron **subunidades** o unidades secundarias, correspondientes a cada pregunta, de lo que se obtuvieron 68 subunidades (44 de mujeres y 24 de hombres), que se analizaron por separado para luego, compararse entre sí.

II. Codificación

Una de las acciones fundamentales para el análisis cualitativo es la lectura reflexiva y reiterada de los datos, por medio de un ejercicio de inmersión en el texto a analizar, buscando descubrir los elementos centrales que dan sentido a los discursos de los actores, al establecer un diálogo entre actor e investigador, determinado por el horizonte teórico de este último, quien respetará siempre el lenguaje del Otro, es decir el horizonte emic². Durante la

² Las proposiciones emic se refieren a sistemas lógico-empíricos cuyas distinciones fenoménicas o "cosas" están hechas de contrastes y discriminaciones que los actores mismos consideran significativas, con sentido, reales, verdaderas o de algún modo apropiadas [...] [Harris, 1985: 493-494].

lectura debe existir astucia para identificar los factores que se asocian al fenómeno a estudiar y advertir las características que tienen los discursos de los informantes, para determinar si entre unos y otros, existe alguna relación importante. El siguiente paso de la deconstrucción: la codificación abierta, es la creación conceptual de categorías de codificación, con las que se da una denominación común a fragmentos que comparten una misma idea. La codificación, es en sí misma un microanálisis [Muñoz *et al.*, 2006], consiste en "dejar correr los datos libremente" [Glaser, 1975: 2], abandonar el modo de pensar propio, y permitir la emergencia de datos, a eso se debe la denominación de codificación abierta, que es "diametralmente opuesta a un código preconcebido" [*ibid.*: 3]. Hay que subrayar que nada se deja sin codificar, porque "todos los datos son potencialmente valiosos" [Taylor y Bogdan, 1998: 171].

Con esta codificación se logra elaborar un primer listado de temas emergentes y hacer preguntas sensibilizadoras, que son las que orientan al investigador acerca de la tendencia de la información, a la vez que permiten el diálogo entre los datos empíricos y los conceptos teóricos de referencia. La técnica de codificación es un proceso analítico y creativo con el que se descubren conceptos y se generan posibles categorías, cuyas propiedades se ajusten a los datos relevantes a la teoría, así se minimiza el desvío y la posibilidad de distorsionar el significado.

Un siguiente paso es etiquetar la información con claves conceptuales de los códigos o categorías primarias, elaboradas desde el horizonte teórico del investigador (*etic*)³. Enseguida, se establecen subcódigos o categorías secundarias a partir de una codificación axial [Iñiguez y Muñoz, 2004; Muñoz, *et al.*, 2006], que se obtienen del análisis intensivo de una categoría que revela las relaciones con otras categorías. Otro paso importante es refinar [Iñiguez y Muñoz, 2004] o ajustar el análisis y comprobar que los datos pertenecen a los diversos códigos y subcódigos. A modo de ejemplo tenemos los siguientes códigos, con sus respectivas claves entre paréntesis:

Definición de cuidados paliativos (Def.CP); Tipos de tratamientos (TT); Clasificación o tipos de pacientes (TP); Fármacos que se aplican (F); Relaciones del médico con la familia (RM-F); Objetivos de los cuidados paliativos (Obj.); Acciones de atención (Ac-), Equipo profesional (Eq.).

A continuación, también como ejemplo, se transcriben algunas de las subunidades de análisis y la elaboración de códigos con la clave respectiva:

1.- ¿Qué crees que son los cuidados paliativos?

Algo para evitar en lo más posible el dolor del paciente moribundo en sus últimos

³ Las proposiciones etic dependen de distinciones fenoménicas consideradas adecuadas por la comunidad de los observadores científicos [Harris, 1985: 497].

días o tiempo de muerte para lograr un crecimiento espiritual, emocional y personal (Subunidad de análisis 1.22).

2.- ¿Cuáles son tres de las principales acciones que como médico llevarías a cabo ante un paciente terminal?

- a) Informar a la familia y al paciente.
- b) Dar alternativas de las últimas medidas que deben tomarse: apoyo psicológico, apoyo familiar, apoyo espiritual.
- c) Estar disponible y mostrar empatía con el paciente y su familia (Subunidad de análisis 2.22).

Código (categoría primaria) de la subunidad 1.22. Objetivos de los cuidados paliativos (Clave: Obj.): evitar en lo más posible el dolor del paciente moribundo.

Código (categoría primaria) de la subunidad 2.22. Acciones de atención (Clave: Ac.): Informar al paciente. Apoyo psicológico, Apoyo espiritual. Estar disponible y mostrar empatía con el paciente.

El *corpus* de datos exige varias lecturas atentas, para lograr la finura de análisis, a partir de la cual se encuentran los núcleos centrales, o sentidos nodales de diversos fragmentos de las subunidades de análisis. Con la elaboración de subcódigos, se centra la atención en los elementos relacionales, formando nuevas unidades que pueden ser dicotomías, series o conjuntos.

III. En busca de la centralidad: matrices o conjuntos de datos

La construcción de subcódigos o codificación secundaria, permite separar en bloques a partir de lazos asociativos los diversos temas acotados en la codificación primaria. Cada bloque conforma una matriz o conjunto de datos a la que, como una unidad terciaria, se le aplica la mirada “fina” y comparativa, buscando la centralidad del bloque. “Una representación se define por dos componentes: por un lado, su contenido [...] y por el otro su organización, es decir su estructura interna [...] esa organización reposa sobre una jerarquía determinada, entre elementos [...] el núcleo central” [Abric, 2001: 54], que verifica la centralidad y la jerarquía (v. las matrices o unidades terciarias de las tablas 1, 2 y 3).

Tabla 1. Etapas en las que se aplican los cuidados paliativos

MUJERES	HOMBRES
En sus últimos días o tiempo de muerte	En etapa terminal
En enfermedades terminales	En enfermedad terminal
En etapa-fase terminal	En fallecimiento

... continuación Tabla 1.
Etapas en las que se aplican los cuidados paliativos

MUJERES	HOMBRES
En estado terminal que no responde a tratamiento médico	
En enfermedad terminal	
En paciente moribundo	

Tabla 2. Orientación de los cuidados paliativos (mujeres y hombres)

Evitar el sufrimiento
Dar una buena muerte
Para una buena calidad de muerte
Para una muerte digna
Para su bien morir

Tabla 3. Acciones principales en los Cuidados Paliativos

MUJERES	HOMBRES
Informar al paciente	Mejorar su calidad de vida
Disminuir el dolor	aliviar, mejorar el dolor
No abusar de la tecnología	Informarle
Respetar las decisiones del paciente	Dignidad
Dignidad para con su familia	Apoyo psicosocial
Tratamiento o apoyo psicológico	Acompañarlo
Permitirle estar con su familia	Manejo con un tanatólogo
Acompañamiento (Apoyo, orientación, disponibilidad, calidad en el cuidado)	Proporcionarle espiritualidad con su ser supremo
Opciones psicológicas, familiares y espirituales	Atención física, emocional y religiosa

IV. Categorías de análisis: metáfora raíz

La localización de la centralidad en un segundo nivel de análisis, nos lleva a descubrir, en un tercer tiempo subsiguiente las metáforas raíz, éstas son las figuras del lenguaje donde se condensa el sentido de las narrativas, que se constituyen en las categorías de análisis que guían la interpretación y la conformación de nuevas problemáticas de exploraciones en los actores y en las fuentes bibliográficas, es por tanto, un ejercicio polisémico y polifónico, inter

y transdisciplinar. La metáfora raíz es “la pista para lograr la comprensión de hechos del sentido común e intenta entender otras áreas en términos de ésta. El área original se convierte en analogía básica o metáfora raíz” [Pepper *apud.* Turner, 2002: 37-38], aunque Black prefiere el término “arquetipo conceptual” que define como “repertorio sistemático de ideas” [Black *apud.* Turner, 2002: 38]. En nuestro caso consideramos didácticamente más útil el de metáfora raíz, porque lo encontramos más concreto y relacionado con el sentido del lenguaje discursivo. En la orientación de la atención de los cuidados paliativos, resulta que las metáforas raíz que guían el pensamiento de los estudiantes de medicina son: “calidad de vida”, “calidad de muerte” y “una buena muerte”.

Así “una buena muerte”, aglutina la serie de metáforas señaladas por los estudiantes como objetivos de los cuidados paliativos: “una muerte digna”, “su bien morir”, “calidad de muerte”. La metáfora de sentido común “una buena muerte” se descubre como la guía u orientación de los cuidados paliativos, en ello radican las acciones de cuidado, atención, tratamiento y ayuda que señalaron las mujeres y los hombres del estudio. Acciones como “informar al paciente de su estado”, “dignidad para con su familia”, “mejorar el desenlace”, “minorar, quitar, eliminar el dolor”, “aliviar los síntomas”, buscan mejorar la calidad de vida y procurar una buena muerte. Por lo tanto estas categorías guían el diálogo interpretativo, entre el horizonte teórico del investigador en busca del sentido *emic*, y los nuevos referentes teórico-empíricos y nuevas interrogantes, un “ir y venir entre campo-datos-campo-datos, entre teoría y metodología, entre teoría y empiria” [Castro, 2008: 139], una acción circular para iniciar y/o continuar la exploración, para profundizar en el terreno *emic*, lo que lleva a estar otra vez de vuelta en el inicio de un nuevo proceso de interpretación y análisis.

V. Triangulación y lazos asociativos

Se habla de triangulación principalmente cuando se lleva a cabo un diálogo entre los resultados de investigación cuantitativa y cualitativa de una determinada problemática, es decir, se trata de un cuarto paso, donde dicha triangulación va más allá de esa relación delimitada, la comparación e interrelación incluye tanto la lectura fina de los datos obtenidos de los actores, como el diálogo con las teorías explicativas y los resultados de otras investigaciones; se trata de la polisemia y la polifonía entre la perspectiva del investigador y los sujetos de investigación. En este caso el diálogo se efectuó con los propios datos *emic*, y las teorías que enmarcan el horizonte *etic*, que fungieron como elementos de comparación para así “asegurar la validez de los resultados” [Mira *et al.*, 2004: 162]. Aplicando este criterio en las representaciones de los cuidados paliativos y las acciones que se señalaron para su

aplicación, se hallan dos fases del proceso de los pacientes con enfermedades incurables: pacientes en etapa o fase terminal⁴, y pacientes moribundos.

Etapas en que, según las respuestas al cuestionario, el control del dolor es fundamental para mejorar la calidad de vida, para lo que se sugiere el tratamiento farmacológico con opioides, y el cuidado se representa acotado al modelo de enfermería. La familia aparece claramente en los discursos, sólo de las mujeres, como un objeto de atención, aunque según resultados de otras investigaciones, dicha "atención" en la práctica, se limita a dar, en general al principal cuidador del paciente, las indicaciones para su cuidado [Barragán, 2008 y Barragán *et al.*, 2009].

Por otro lado, resultó que ningún hombre dijo que no hay que abusar de la tecnología, o "encarnizamiento terapéutico", como se conoce en el lenguaje cotidiano de los médicos. Y tanto hombres como mujeres coinciden en la necesidad de un equipo multidisciplinario conformado por psicólogos y tanatólogos, para, como fin de los cuidados paliativos, procurar "calidad de vida" y "calidad de muerte" al paciente, con el control del dolor y el sufrimiento, para procurar una "buena muerte":

Orientar al paciente o apoyarlo para que tenga una buena calidad de muerte"; "procurar la calidad de espera de la muerte", "cuidados que le sirvan al paciente para que tenga calidad de vida antes de morir"; ser honesto con él dándole un diagnóstico certero sin falsas esperanzas de vida"; "no abusar de la autoridad como médico"; no abusar de la tecnología para seguirle dando una vida de sufrimiento (fragmento de matriz elaborada con las respuestas de las mujeres).

Tratar de que lleve una vida lo más normal posible"; "informar y explicar el tipo de enfermedad que lo aqueja"; "aliviar el dolor, ayudar a evitar o aliviar efectos de la enfermedad, dar una muerte digna"; "pasar con él su último suspiro"; "sesiones de tanatología (fragmento de matriz elaborada con las respuestas de hombres).

⁴ Un paciente en etapa o fase terminal corresponde a aquel paciente que tiene una enfermedad incurable con una sobrevida de dfas, o no mayor a seis meses. Los cuidados paliativos se aplican a todo paciente que está fuera de tratamiento curativo, y que pasa por diferentes etapas [...] aunque estos cuidados básicamente se deben aplicar a "todo paciente que no tenga posibilidad de cura, no hay curación es paliativo". La fase de moribundez o agónica se considera cuando el paciente ya no va a vivir más de 24 horas, es un paciente que en muchas ocasiones "ya no sabe, ni entiende, se está despidiendo, ya no le duele nada, ya no se intenta paliar ningún síntoma, el paciente ya no está consciente (entrevista a médico algólogo, titular de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, HGM, febrero de 2011).

Estos aspectos que surgieron del análisis de las representaciones nos llevan al planteamiento de nuevas interrogantes y problemáticas: ¿Qué es una buena muerte? ¿Cómo se alivia el dolor y otros síntomas? ¿Cuáles son las estrategias psicológicas y tanatológicas que se vinculan con los cuidados paliativos? ¿Qué se entiende en la práctica médica por etapa terminal? ¿Qué aspectos se consideran dentro de los cuidados? ¿Qué se establece en la realidad clínica como seguimiento? ¿Qué significa en la práctica estar disponible? ¿Qué elementos de los programas educativos de la biomedicina se relacionan con estos aspectos? ¿Qué se entiende por calidad de vida y calidad de muerte?

VI. La vuelta a las fuentes y a los fundamentos teóricos

El modelo de cuidados paliativos “se ocupa del estudio y manejo de pacientes con enfermedad activa, progresiva y avanzada; para quienes el pronóstico de vida es limitado y el foco de atención es la calidad de vida. Comprende los tratamientos y cuidados médicos, quirúrgicos y psicológicos [...]” [Morales, 2002: 4], los resultados de la exploración expuesta aquí, demuestran la necesidad de que las nuevas generaciones de médicos conozcan puntualmente la existencia y qué hacer en las diversas etapas del proceso de los enfermos terminales, para controlar el dolor, entre otros síntomas, mejorar la calidad de vida del paciente y su familia y procurar “una buena muerte”.

En el análisis cualitativo la vuelta a las fuentes es fundamental y obligada, ya que se trata de un ejercicio de triangulación que implica también la idea de lazos asociativos, que según Abric [2001] son las asociaciones y jerarquía entre los elementos que permiten reconocer los componentes de la representación en ese ejercicio polisémico y polifónico, inter y transdisciplinar. Así debemos volver a la exploración de la conformación del saber médico.

“Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención” [Castro, 2008: 19-21]. Por otra parte, el *habitus* médico es el conjunto de predisposiciones incorporadas, es decir, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales que a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano, lo que finalmente se vuelve el principio de acción de su práctica profesional. Ejemplo de ello es el concepto de cuidados paliativos, si atendemos a la significación de esta metáfora, encontramos que *Pallium (de palla)* se refiere a vestidura larga y amplia, capa, manto, [Blanquez, 1973] y paliar, significa encubrir, disimular. Paliar, es ocultar, tapar, poner algo encima de una cosa para que no se vea, una cosa para que

no se sepa o, evitar que se sepa de cualquier otra manera; guardar las apariencias, disfrazar, enmascarar, disimular [Moliner, 2007]. Definiciones que se contraponen a los derechos de los pacientes terminales: no ser engañado. Y se relacionan con la incertidumbre que muy frecuentemente aparece entre los médicos y los familiares acerca de la decisión de informar o no al paciente sobre su estado. Es decir, el mismo origen del significado de la palabra paliar coadyuva a la problemática de la comunicación entre médico y paciente, que sigue siendo un punto álgido, como se reporta en múltiples trabajos “independientemente desde la disciplina que haya sido abordada” [Castro, 2008: 56].

Con respecto al cuidado, que es nodal en la atención de pacientes incurables y/o en fase terminal y que se refiere a la instauración de la terapéutica —del tipo que ésta sea—, al acompañamiento, la escucha, la ayuda, el consuelo, la empatía, como se señala en las representaciones de los sujetos de estudio: “Los cuidados paliativos son los cuidados y procuraciones que se le brindan a un paciente para llevar la mejor calidad de vida en la etapa final de su padecimiento” (estudiante hombre). Implícita en la orientación de los cuidados paliativos desde la perspectiva de la institución médica y entre los preceptos acotados en los derechos de los pacientes terminales, pero que es uno de los aspectos álgidos en la práctica cotidiana real de los médicos, que según nuestra observación y revisión bibliográfica, queda relegada generalmente a las tareas del equipo de enfermería.

Maldonado desde su práctica clínica como médico, reflexiona sobre la importancia de la formación “humanística” y señala que: “se ha recalado la necesidad de fortalecer dicha formación tanto en etapa de estudios universitarios como durante la residencia como herramienta para lograr un práctica más humana en medicina [...]”, se refiere fundamentalmente, al uso del lenguaje médico y la formación en ética médica [Maldonado, 2004: 262]. Diversos estudios han demostrado que “las personas con escasos conocimientos se angustian ante la enfermedad. Ignoran lo que puede pasar, y lo que pueden hacer los médicos y los medicamentos” [Collado, 2007: 220]. Otras investigaciones reconocen que los pacientes necesitan ser informados de las técnicas de atención, ello repercute en una mayor confianza y cooperación [Barragán y Ramírez, 2001: 85].

VII. La presentación de resultados. A modo de reflexión final

Si bien la validez de los resultados no es generalizable, la utilización de la metodología cualitativa para el análisis de un número reducido de casos es pertinente, porque sus objetivos no son la universalización, sino el descubrimiento de tendencias a partir de las representaciones, que otorga una adecuación operatoria a los conceptos “manejados por las mismas sociedades” [Chartier, 1999: 57], explorar un problema poco conocido y establecer pautas

para profundizar en investigaciones futuras. Siguiendo a Castro, consideramos que es posible extraer los resultados a las representaciones de otras personas, porque como ya se señaló, el saber médico se forma dentro del grupo profesional y es regulado por la misma profesión [Castro, 2008].

Es importante mencionar que el uso de software como el ATLAS, NUDIST, AQUAD y SemNet, actualmente facilita el manejo de la información, permite mayor agilidad en la recuperación de datos y es de gran ayuda para ordenar, codificar y esquematizar los datos [Osse, *et al.*, 2006], pero nunca sustituye la exploración reflexiva, profunda y crítica que lleva al investigador a evaluar e identificar los elementos y a crear teorías. La búsqueda de la centralidad [Abric, 2001], que podría corresponder a lo denominado por Moscovici *los themata*, [1993 y 2001 *apud*. Rodríguez, 2007] o al arquetipo conceptual [Black, 1962, *apud*. Turner, 2002], en términos generales, consideramos que se trata de los elementos nodales de los discursos, en los que se encuentra inmersa la metáfora raíz [Pepper, 1952 *apud*. Turner, 2002], categoría que nos resultó más explicativa, didáctica y útil, porque permite, a partir de estos recursos universales del lenguaje, seguir la idea de las metáforas como raíces del sentido, que se insinúan y tienen el efecto de movernos a construir significados y aspectos cognoscitivos en la vida cotidiana y en la ciencia [Garza, 1998]. Metodológicamente, la búsqueda de las metáforas raíz, se conecta con la subjetividad y la creatividad del investigador en la tarea de aplicar las metodologías cualitativas para dar cuenta de las realidades fenoménicas de los diversos actores sociales.

Ahora bien, en la tarea correspondiente a la presentación de los resultados del análisis, debe partirse de la necesidad de adaptar el discurso de exposición a la estructura del contexto al que va dirigido; que pueden ser los mismos actores sociales, los especialistas de la comunidad, los académicos, etc. El escrito se sustentará con ejemplos específicos, sin ser demasiado extensos y no deben aparecer más de una vez en el texto, además de evitar el exceso de datos pintorescos [Taylor y Bogdan, 1998], el recurso de los mapas, esquemas, figuras, cuadros explicativos, matrices de datos, conjuntos, dicotomías, etcétera. Como en todo trabajo de difusión o divulgación, deben estar integrados al texto. Por último, es recomendable "dejar descansar el texto", guardarlo por dos o tres semanas, antes de aplicar una lectura crítica, para corregir, fundamentar y aclarar. Pero la escritura antropológica es tema para otra reflexión.

BIBLIOGRAFÍA

Abbagnano, Incola

2004 Diccionario de Filosofía, México, FCE.

Abric, Jean-Claude

2001 "Metodología de recolección de las representaciones sociales", en Jean-Claude Abric, *Prácticas sociales y representaciones*, México, Coyoacán, pp. 53-74.

Artiachi de León, Gabriel

2004 "Cuidados paliativos", en Alicia Kassian Rank (coord.), *Algología, guía diagnóstica y terapéutica*, México, Intersistemas, pp. 149-159.

Barragán Solís, Anabella

2007 "El dolor en la Clínica del Dolor. Hospital General de México", en *Antropologías y estudios de la ciudad*, vol. 2, núms. 3-4, pp. 169-186.

2008 *Vivir con dolor crónico*, Buenos Aires, Araucaria.

Barragán Solís, Anabella; S. Bautista Sánchez; J. L. Gutiérrez García; M. Jimenez Olvera; A. Ramírez Bermejo; N. C. Godínez Cubillo y G. Artiachi de León

2009 "La experiencia del dolor crónico y el imaginario religioso desde la perspectiva del paciente y su familia", en *Archivos de Medicina Familiar*, vol. 11, núm. 3, pp. 136-144.

Barragán Solís, Anabella y Omar F. Ramírez de la Roche

2001 "Las representaciones del procedimiento anestésico", en *Revista médica del Hospital General de México*, vol. 64, núm. 2, pp. 81-85.

Blanquez Fraile, Agustín

1973 *Diccionario manual latino-español y español-latino*, Barcelona, Sopena.

Castro Vásquez, María del Carmen

2008 *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, México, El Colegio de Sonora.

Collado Ardón, Rolando

2007 "¿Estamos satisfechos con nuestra salud?", en *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, vol. 50, núm. 5, pp. 220.

Chartier, Roger

1999 *El mundo como representación. Historia cultural: entre práctica y representación*, Barcelona, Gedisa.

Diario Oficial de la Federación

2008 *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007. Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos*, en http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GWYH_esMX363MX367&q=Diario+Oficial++de+la+Federaci%c3%b3n+22+de+diciembre+de+2008+

Del Río M., Ignacia y Alejandra Palma

2007 "Cuidados paliativos: historia y desarrollo", en *Boletín Escuela de Medicina U.C. Pontificia Universidad de Chile*, vol. 32, núm. 1, pp. 10-22.

Franco Grande, A.

2008 "El dolor en la historia", en *Clínica Dolor y Terapia, Revista Mexicana de Algología*, vol. 1, núm. 9, pp. 23-24.

- Freidson, Eliot**
 1978 *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- García Olivera, Vicente**
 1996 *Anecdotario de un anestesiólogo*, México, Diana.
- Garza Cuarón, Beatriz**
 1998 *Metáfora*, México, UNAM.
- Genest, Serge**
 1980 "Introducción a la etnomedicina", en *Medicina Tradicional*, vol. II, núm. 8, Universidad Laval-Canadá, pp. 9-27.
- Glaser, Barney G.**
 1975 "Codificación teórica", en Barney G. Glaser, *Theoretical Sensitivity advances in the methodology of Grounded Theory*, San Francisco, Universidad de California, traducido por Ada Cora Freytes Frey, disponible en <http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat.catedra/codificación.glaser.pdf>
- González y Muñoz, María Guadalupe**
 2005 *La atribución del dolor a su relación con el diagnóstico médico y algológico en pacientes con dolor crónico*, tesis de doctorado en *Investigación Psicológica*, México, UIA.
- Harris, Marvin**
 1985 *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*, México, Siglo XXI.
- Heller, Agnes**
 1998 *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Península.
- Hinton, John**
 1990 "Conducta ante enfermedades terminales", en Ray Fitzpatrick; John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler y James Thompson (coords.), *La enfermedad como experiencia*, México, FCE, pp. 250-269.
- INEGI/SS/Conapo**
 2008 "Principales causas de mortalidad general", en http://www.google.com.mx/search?hl=es&rlz=1T4GKYH_esMX363MX367&q
- Iñiguez, Lupicinio y Juan Muñoz**
 2004 "Introducción a la Grounded Theory", en *Material de apoyo al curso Análisis cualitativo de textos; Curso avanzado teórico/práctico*, Santiago de Chile, Universidad, en <http://www.slideshare.net/jimeluz/grounded-theory-7678890>
- Jodelet, Denise**
 1984 "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en S. Moscovici (ed.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social*, Paidós; pp 469-499.
- Kübler-Ross, Elisabeth**
 2008 *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*, México, Debolsillo.
- Maldonado Fernández, Manuel**
 2004 "Lenguaje médico, ética y medicina", en *Medicina clínica*, vol. 123, núm. 7, pp. 262-264.
- Menéndez, Eduardo L.**
 1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS.
- Menéndez, Eduardo L. y Renée B. Di Pardo**
 1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, México, CIESAS.

Mier, Raymundo

- 1990 *Introducción al análisis de textos*, México, UAM/Trillas.
- Mira, J. J.; Jover Pérez V., S. Lorenzo, J. Aranaz y J. Vitaller**
2004 "La investigación cualitativa: una alternativa también válida", en *Atención Primaria*, vol. 34, núm. 4, pp. 161-169.

Moliner, María

- 2007 *Diccionario de uso del español*, Madrid, Gredos.

Montes de Oca Lomelí, Gabriela Adriana

- 2006 "Historia de los cuidados paliativos", en *Revista digital universitaria*, vol. 7, núm. 4, pp. 2-9, en <http://www.revista.unam.mx/vol7/num4/art23.htm>

Morales de Irigoyen, Herlinda

- 2002 *El paciente terminal: manejo del dolor y Cuidados Paliativos en Medicina Familiar*, México, Medicina Familiar Mexicana.

J. Río Ruiz; M. Villalobos Bravo y I. Ortega Fraile

- 2006 "Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género", en *Atención Primaria*, vol. 37, núm. 7, pp. 407-412.

Organización Mundial de la Salud (oms)

- 1990 *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un comité de expertos*, Ginebra, Serie de informes técnicos, en <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/135297-folletodmcpc2008.pdf>

Osses Bustingorry, Sonia; Sánchez Tapia, Ingrid; Ibañez Mansilla, Flor Marina

- 2006 "Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico", en *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, vol. 32, núm. 1, pp. 1-11, en <http://www.scielo.cl/scielo?pid=s0718070520060000100007&s>

Rodríguez Salazar, Tania

- 2007 "Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones", en Tania Rodríguez Salazar y María de Lourdes García Curiel (coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, México, Universidad de Guadalajara, pp. 157-188.

Salomón Salazar, María de Lourdes, Otón Gayosso Cruz, Carlos Lenin Pliego Reyes, Eduardo Zambrano Ruiz, Patricia Pérez Escobedo y Jorge Aldrete Velasco

- 2008 "Una propuesta para la creación de cuidados paliativos en México", en *Medicina Interna de México*, vol. 24, núm. 3, pp. 224-229.

Stoneberg, Jeffrey N. y Charles F. von Gunten

- 2006 "Assesment of palliative care needs", en *Anesthesiology clinics of North America*, núm. 24, pp. 1-17, en <http://sdhospice.learn.com/files/pdf/Assessment.pdf>

Taylor, S. J y R. Bogdan

- 1998 *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, España, Paidós.

Turner, Victor

- 2002 "Dramas sociales y metáforas rituales", en Ingrid Geist (comp.), *Antropología del ritual. Victor Turner*, ENAH, pp. 35-70.