



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

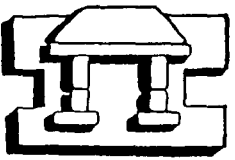
CAMPUS IZTACALA

"PROPUESTA DE INTERVENCION EN PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ESTAN A CARGO DE PACIENTES TERMINALES"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA ROSALIA CHANES ZAMORA

ASESOR: MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ

DICTAMINADORES: LIC. ADRIANA GARRIDO GARDUÑO LIC. ADRIANA REYES LUNA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO.

ABRIL, 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAP. 1 EL PROFESIONAL DE LA SALUD.....	6
1.1 El trabajo del profesional de la salud.....	6
1.1.1 Médicos.....	8
1.1.2 Enfermeras.....	10
1.2 Curriculum de los profesionales de la salud.....	11
1.2.1 Relación profesional de la salud-paciente.....	16
1.3 Ética y moral médica.....	17
CAP. 2 EL PACIENTE TERMINAL.....	21
2.1 Definición.....	21
2.2 Características de la enfermedad terminal.....	22
2.3 Características psicológicas del paciente terminal.....	24
2.4 Necesidades del paciente terminal.....	26
2.5 Diferentes formas de morir.....	27
2.5.1 Muerte o fase terminal.....	30
CAP. 3 PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ESTÁN A CARGO DE PACIENTES TERMINALES.....	32
3.1 Unidad de terapia intensiva (UTI).....	32
3.2 El trabajo estresante.....	36
3.2.1 Síndrome de agotamiento profesional/burnout.....	39
3.3 El profesional de la salud frente al paciente terminal.....	41
3.3.1 Soporte y deberes ante la vida que declina.....	43
3.4 Bioética y medicina paliativa.....	45
CAP. 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ESTAN A CARGO DE PACIENTES TERMINALES.....	49
4.1 Psicología de la salud.....	50
4.1.1 Metodología y técnicas.....	54
4.1.2 Campo de aplicación.....	56
4.1.3 Frente a una relación profesional de la salud-enfermo terminal.....	58
CONCLUSIONES.....	64
REFERENCIAS.....	68

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

En este trabajo se realiza una propuesta de intervención para profesionales de la salud que están a cargo de pacientes terminales, que laboran principalmente en la unidad de terapia intensiva (UTI). Su objetivo es brindar a los profesionales una alternativa metodológica que les permita evitar riesgo en su salud, causado por el trabajo que realizan (demandante emocionalmente, física e intelectualmente); el modelo que se sugiere se fundamenta en la Psicología de la salud; disciplina que engloba la metodología y técnica del análisis conductual aplicado, (Psicología Experimental). Los principales riesgos en la salud del profesional se presentan a través de cuadros de estrés, el más representativo es el "Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout", con consecuencias emocionales, psicósomáticas y de comportamiento. La alternativa que este trabajo postula es la Psicología de la Salud que incluye la asistencia del Psicólogo en este ámbito laboral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la Psicología en el área de la Salud es aportar los elementos metodológicos y técnicos que favorezcan una vida digna en toda persona. En el sector salud este objetivo se hace evidente principalmente en el trato a la persona enferma, no obstante que también puede aplicarse a otras personas, como el familiar del paciente, el personal que ahí trabaja, etc., dado que su participación no se centra en un tipo de persona en particular, puede también prevenir cuadros de tipo "psicológico" (estrés, depresión, baja autoestima, etc.), que muchas de las veces acompaña a un cuadro patológico de tipo médico.

Esta disciplina se fundamenta en los principios de la Psicología Experimental, utilizando principalmente el análisis conductual aplicado; una visión del manejo de la tecnología conductual la representa Ribes (1990) a través de un modelo de salud, el cual es viable para identificar factores relacionados en el proceso de Salud-Enfermedad de tipo psicológico.

El proceso de Salud-enfermedad esta presente en todo momento de la vida de cualquier persona, influyen en él tanto elementos de creencias, costumbres o hábitos, condiciones del organismo así como el ambiente en el que se vive, este último refiere desde el lugar mismo hasta los elementos que este presenta (relaciones personales, situaciones de riesgo o higiene, etc.). Los resultados son corroborados cuando se investiga el origen de algún síntoma y diagnóstico; lo más común es encontrar situaciones con características similares para cierto padecimiento, lo cual comprueba que la lucha por mantener la salud es constante todos los días.

Procurar mantener y recuperar la salud es un trabajo que por principio ejercen los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, paramédicos, etc.; el lugar por excelencia donde se promueve la salud son los centros hospitalarios, los hay de diversas especialidades de acuerdo a las diversas enfermedades o padecimientos; enfocando el trabajo del profesional en estos lugares, se observa que es exigente y constante no solo de atención y cuidados directos a la persona enferma, también tiene actividades relacionadas con la salud pero en otro sentido, por ejemplo la docencia, capacitación, administración y coordinación con un equipo de trabajo, enfocados tanto a la rehabilitación como a la prevención; de acuerdo a sus objetivos principales "prevenir la enfermedad, evitar la muerte inesperada y aliviar o mejorar al enfermo" (Villalpando, 1991).

Un paciente singular en el trabajo del profesional de la salud es la persona en peligro de vida, es decir con probabilidades altas de morir, el trabajo cambia un

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

poco su sentido, además de enfocarse en la recuperación de la salud, se centra en mantener una calidad de vida digna para el paciente, tratando de apoyarlo en sus necesidades físicas y psicológicas; esta respuesta del profesional se debe tanto a una constante reestructuración curricular, la experiencia personal así como a la intervención de disciplinas centradas en la ética y salud; respuestas que favorecen la solución de dilemas éticos al trabajar con pacientes terminales.

No obstante estas alternativas éticas, el trabajo del profesional de la salud con pacientes en estado crítico es difícil, dado que muchas de estas personas mueren, y este fenómeno natural crea una situación diferente a su alrededor: recuerda el ciclo que todos deben vivir e involucra dolor y desesperanza a su alrededor.

El profesional de la salud más allá de su profesión es una persona, que a diferencia de otros experimenta en su trabajo emociones tanto gratificantes como dolorosas. La situación en que trabajan estos profesionales a cargo de personas en estado crítico es aún más exigente, porque además del trabajo común con el paciente debe esforzarse en asistir de la mejor manera a la persona que trata, porque muy probablemente muera, tiene que tener la habilidad para informar malas noticias tanto al paciente como a sus familiares, además de poder recuperarse para tratar a otras personas ofreciendo su confianza y respeto.

Mantenerse en una actividad con tales exigencias puede crear en el profesional de la salud cuadros de tensión; los cuales no son de mayor relevancia si no sobrepasan el umbral de adaptación personal, dada la posibilidad que cada persona tiene para mantener un equilibrio ante la tensión, de lo contrario, si las exigencias son constantes y en aumento la probabilidad de presentar un cuadro de agotamiento es alta, el más representativo es el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout, caracterizado por presentarse en personas que brindan un servicio y tienen altas exigencias emocionales.

Hasta ahora la situación en que trabaja el profesional de la salud ha sido poco analizada, se ha encontrado que la probabilidad de presentar cuadros de tensión como el Burnout es alta en aquellos que asisten a pacientes crónicos, incurables o muy graves, es decir, se puede presentar con mayor probabilidad en aquellos profesionales que están a cargo de pacientes terminales, como Oncólogos, Neumólogos, Psiquiatras, etc. (Espinoza, Zamora y Ordoñez, 1995; en Barreto, et al 1996).

El modelo que Ribes (1990) presenta es muy útil en la situación que vive el profesional de la salud a cargo de un paciente terminal, ayuda a clarificar el proceso que pone en riesgo la salud de estos profesionales, y hace accesible una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alternativa en pro de su salud; considerando que este modelo parte de la Psicología Experimental al igual que la Psicología de la salud, la alternativa es, en este sentido, poner al alcance de estos profesionales el análisis conductual aplicado, incorporando un equipo de trabajo interdisciplinario que involucre la participación del Psicólogo en forma activa.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es proponer un programa de intervención para médicos y enfermeras al cuidado de pacientes terminales (Unidad de Terapia Intensiva), que les permita adquirir, manejar y mejorar las habilidades necesarias para evitar riesgos en su salud causados por el trabajo que realizan (demandante emocionalmente, física e intelectualmente), o mejorar su salud si ya presentan síntomas.

CAPITULO 1

EL PROFESIONAL DE LA SALUD

La salud merece atención constante de todo individuo, es un tema actual que día con día tiene nuevos avances y descubrimientos, es el campo de trabajo de diversos profesionales: médicos, enfermeras, paramédicos, cuidadores, trabajadores sociales, etc. Conocer el ambiente de estos profesionales ayuda a entender cómo se involucra su trabajo en la situación del paciente terminal.

Este primer capítulo abarca el trabajo hospitalario del profesional de la salud que convive y da la última atención a personas en su etapa final, se hace énfasis en el curriculum o conocimiento que idealmente debe tener.

1.1 EL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Todo hospital como institución de salud tiene como propósito general la atención integral a través de diversos servicios médicos y administrativos; que dan la estructura funcional a esta institución.

Sus servicios médicos incluyen consulta externa, urgencias y hospitalización, (básicamente atención a la salud); en tanto los administrativos refieren como su nombre lo indica todo lo necesario para el funcionamiento organizado del hospital, (contabilidad, almacén e inventarios, recursos humanos, archivos, etc.).

El personal de un hospital incluye en su mayoría profesionales de la salud, divididos en varias áreas de acuerdo a su especialidad y experiencia. Navarro, (1991), da una amplia clasificación del trabajo de médicos y enfermeras de un hospital:

- A. El personal médico de base se divide en dos grandes rubros: médicos de base y médicos residentes. Su jerarquía se designa por la dirección o cuerpo de gobierno de la institución, tomando como base su experiencia y conocimientos.

Un médico de base puede ser externo al hospital y prestar sus servicios a la institución en las siguientes categorías:

- a) médico consultor
- b) médico jefe de división
- c) médico jefe de unidad
- d) médico jefe de servicio
- e) médico jefe de departamento
- f) médico adjunto
- g) médico adscrito
- h) médico general
- i) médico visitante
- j) médico auxiliar
- k) médico especialista consultante

En tanto el cuerpo médico residente o pregrado, es personal que ha terminado la carrera y de acuerdo a su desempeño, se le designan actividades controladas por cada hospital y clasificadas por su complejidad a las siguientes categorías:

- l) pregrado.
- m) médico RR (residente rotatorio)
- n) médico R1 (residente de primer año)
- o) médico R2 (residente de segundo año)
- p) médico R3 (residente de tercer año)
- q) médico R4 (residente de cuarto año)

B. Así mismo, el personal de enfermería tiene una clasificación similar. Se ocupa del cumplimiento de órdenes y recomendaciones médicas, normas, rutinas, procedimientos y actividades, pero, sobre todo atender y preparar al paciente para los exámenes y/o intervenciones que precise en su tratamiento. La organización del departamento de enfermería incluye o debe incluir los siguientes niveles, dados por la experiencia y conocimiento de la enfermera:

- a) Jefe de enfermeras.
- b) Subjefe de enfermeras.
- c) Coordinadora de educación de enfermeras.
- d) Supervisora de enfermeras.
- e) Enfermera jefe de unidad.
- f) Enfermera jefe de pabellón.
- g) Enfermera especialista.
- h) Enfermeras generales.
- i) Técnicos en enfermería.
- j) Auxiliares de enfermería.
- k) Estudiantes de enfermería

- C. Existe un tercer grupo de personas que dan servicio de salud, los servicios paramédicos y el trabajo social médico. En ambos casos su objetivo tiene proyección social, su labor incluye analizar, planificar, desarrollar y promover la salud en la comunidad interna y externa de la institución.

Todo este personal da funcionamiento a la atención de un hospital, en sí constituye más del 70% de todo el personal que trabaja en esta institución. No obstante, sus funciones se delimitan por el cargo que cada uno tenga, hay personal que da atención directa para la recuperación de la salud, y otros que no manejan la atención directa.

1.1.1 MÉDICOS

En su conjunto constituye la parte responsable de diagnosticar y dar tratamiento farmacológico y de cirugía a la persona enferma. Las funciones de este personal son múltiples y variadas, dependen de su categoría dentro del hospital, sin embargo pueden clasificarse en dos rubros generales: el primero son las actividades de orden administrativo y docente, y el segundo son las propias de estudio y prescripción de tratamiento al paciente.

Hay médicos que realizan más actividades administrativas que de atención a pacientes, estos son: el consultor, el jefe de división, de unidad, y de servicio. Sus funciones principales comprenden:

- A. Formar parte del consejo consultivo y de la directiva del hospital o sociedades médicas.
- B. Realizar múltiples comisiones en eventos académicos, científicos, médicos, sociales y culturales.
- C. Asistir y opinar en las sesiones del consejo consultivo de la institución.
- D. Representar a la institución en los eventos científicos, académicos y oficiales relacionados con las actividades de su división, unidad o servicio.
- E. Elaborar, supervisar y evaluar programas de enseñanza para médicos residentes.
- F. Participar en las auditorías médicas y sugerir soluciones para mejorar la calidad de las acciones médico-sociales.
- G. Llevar un registro de las actividades médicas y quirúrgicas desarrolladas en las unidades o servicios a su cargo.
- H. Informar periódicamente, por escrito y cuando se le solicite, las labores desarrolladas en su división, unidad o servicio.
- I. Designar los cargos que estén bajo su responsabilidad.

- J. Supervisar el cumplimiento de las labores programadas del personal a su cargo.
- K. Elaborar roles de guardias médicas.
- L. Estudiar el tratamiento medicoquirúrgico de los pacientes que se le asignen para su atención.

Dentro de los médicos que atienden directamente a la persona enferma se incluyen: el jefe de departamento, el médico adjunto, adscrito, general, visitante, auxiliar, especialista consultante y en menor grado, los residentes y de pregrado. Sus funciones principales son:

- A. Estudiar y prescribir el tratamiento medicoquirúrgico de los pacientes que les sean asignados.
- B. Poner a consideración de sus jefes inmediatos los casos medicoquirúrgicos y los planes de tratamiento.
- C. Coordinarse con jefes de departamento, residentes, adscritos e interpos para responsabilizarse con las actividades que cada uno realiza. Como son visitas rutinarias a los diferentes servicios del hospital.
- D. Responsabilizarse de la revisión de la historia clínica.
- E. Anotar y revisar los datos de evaluación del paciente cuando menos cada 24 horas o con mayor frecuencia cuando así lo amerite el estado del paciente.
- F. Actuar como cirujano o ayudante de acuerdo con el programa quirúrgico del hospital. (Navarro, 1991).

Es importante señalar que en general todo médico pasa por periodos de guardias de 12 o 24 horas, que son jornadas de trabajo exhaustivas, peligrosas para su salud y van en contra de una adecuada atención médica para los enfermos. Así mismo, tiene la responsabilidad de dar el diagnóstico de alguna enfermedad de manera veraz y oportuna, procurando afectar lo menos posible, los aspectos psicológicos del paciente para no alterar el transcurso de dicha enfermedad; además, debe facilitar la información que le sea requerida por la ley o que esté afectando a otros (en caso de enfermedades contagiosas).

Dadas las características de trabajo para el médico la relación que tiene con el paciente no es tan personal como lo hace la enfermera, quien da atención más directa, de contacto con la persona enferma.

1.1.2 ENFERMERAS

Las actividades que realizan las enfermeras constituyen todas aquellas que implican la atención directa de la persona enferma. Toda acción no directa, la realiza personal especializado, como el médico.

Como diferencia básica entre el trabajo del médico y la enfermera, es la posibilidad que ésta tiene para asistir al paciente a la adaptación de su hospitalización, pues recibe al paciente, responde en la medida de lo posible, dudas o sugerencias a las declaraciones o conductas que use la persona para adaptarse a su nuevo entorno; actuando con responsabilidad para que este mantenga su individualidad como persona mientras este en el hospital; un ejemplo de ello, es comunicarse con él por su nombre y no como el paciente "X", (López, 1998).

Dentro de las funciones que realiza la enfermera destacan:

- A. Proporcionar servicios directos e indirectos de cuidados del paciente.
- B. Realizar y practicar servicios básicos de cuidados de la salud.
- C. Ejecutar pruebas y procedimientos de prevención.
- D. Observar signos y síntomas de enfermedad.
- E. Administrar tratamientos de acuerdo con las órdenes del médico.
- F. Observar reacciones y respuestas del tratamiento.
- G. Administrar fármacos por órdenes del médico.
- H. Observar respuestas a los fármacos o efectos adversos, o bien ambas cosas.
- I. Observar la situación física y mental general de los pacientes individuales.
- J. Documentar los cuidados de enfermería.
- K. Supervisar al personal asociado de enfermería.
- L. Coordinar a los integrantes del equipo de cuidados de la salud. (Smith y Duell, 1996).

Sus obligaciones básicas son proporcionar cuidados al paciente, esto abarca saber o tener un informe actualizado del estado del paciente para poder continuar con los cuidados que requiera, anotando toda acción realizada a su expediente, como registro de fármacos (dosis y hora de administración), de signos vitales (temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial), y tomar en cuenta aspectos de la salud del paciente: estado de ánimo o respuestas emocionales que tenga, respuestas neurológicas o nivel de conciencia y el grado de comodidad o dolor que presente la persona.

Es importante señalar que aparte de sus obligaciones, la enfermera debe ser cuidadosa al manejar fármacos y fluidos o líquidos corporales, pues el aseo o

asepsia que el paciente necesita requiere una estricta limpieza. Un mal manejo o inadecuada técnica puede poner en riesgo la salud del paciente y la de ella.

Gran parte del trabajo de la enfermera y del médico como representantes de los profesionales de la salud, depende de su enseñanza en la escuela, la actualización y relaciones sociales las va aprendiendo en la práctica; si la práctica es difícil, es necesario revisar lo que falta por agregar a los programas que forman al profesional de la salud.

1.2 CURRÍCULUM DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

La carrera de medicina al igual que la de enfermería tienen características especiales, entre ellas destaca que no son una actividad comercial, sino de tipo humanista con perfil científico y tecnológico. Aunque no se puede negar al médico o a la enfermera el derecho a tener un nivel de vida digno que le permita no sólo su sobrevivencia sino la satisfacción de necesidades como la actualización de su profesión, compra de instrumentos que le ayuden en su trabajo, etc..

Durante la educación superior, el programa de formación para el profesional de la salud comprende dos tipos de instrucción: la teórica y la práctica; su enseñanza se distribuye en periodos similares de estudio y trabajo en el campo laboral de la salud. Tomando como bases los conceptos de salud y enfermedad, englobando el factor físico, aspectos psicosociales y de estilo de vida que influyen en la evolución de la enfermedad, así como las medidas técnicas y metodológicas para recuperar la salud.

Al respecto Piñera (1996), hace un análisis de la formación que los médicos reciben especialmente, en la escuela superior de medicina del IPN, evidenciando que la mayoría de las escuelas de medicina en América Latina manifiestan incongruencia entre sus planes de estudio y las necesidades de salud de la población, así como un rezago en cuanto a los avances científicos y tecnológicos que tienen impacto en el desarrollo de la medicina. México no es ajeno a esta situación; el análisis general de las escuelas de medicina del país, realizado de manera más sistemática a partir de la década de 1980, revela el siguiente panorama: excesivo número de estudiantes de bajo nivel económico, políticas de admisión poco estrictas, grupos numerosos, falta de personal docente capacitado y norma de educación poco exigentes. A esto se le añade lo obsoleto de los planes de estudios en gran parte de los planteles que ofrecen la carrera de medicina, no obstante que durante los últimos 5 años la mayoría ha tenido su revisión.

Idealmente la enseñanza de la medicina debe ir paralela al desarrollo científico y tecnológico que genera la investigación de esta ciencia, esto es, considerar el avance que se realiza junto con los fenómenos demográficos y de epidemiología, de la zona en la que trabajará el futuro profesional de la salud. Dado el acelerado proceso de desarrollo que ha tenido México, mostrado desde la década de los 70's los síntomas de una transformación económica, política y social que, a su vez, modifica los patrones de composición y crecimiento demográfico, los perfiles epidemiológicos, los factores de riesgo de la población, etc., destacando en estos cambios: la reducción de tasas de crecimiento poblacional, el paso de una población mayoritariamente rural a una urbana, el crecimiento de los grupos comprendidos entre los 10-40 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Estos cambios exigen la formación de recursos humanos para la salud capaces de enfrentarlos.

Al respecto, Benavente (1992) considera que la reestructuración curricular debe ser orientada hacia una actitud humanitaria, ética, que el profesional de la salud debe practicar en el seno de la sociedad; para ello se puede agregar a la carrera de medicina un año más, pues dura actualmente lo mismo que hace 50 años o más, y los conocimientos han aumentado en forma desproporcionada. Obviamente, este ajuste se tiene que aprobar por quienes egresan e ingresan a la carrera y por el consejo que modifica los planes de estudio.

En la actualidad, existe una reestructuración curricular que se lleva a cabo tanto en la Escuela Superior de Medicina como en las escuelas de enfermería, un ejemplo de ello, es que hasta hace pocos años a los médicos y enfermeras se les daba poca información sobre necesidades de los pacientes terminales o ni siquiera una descripción de los aspectos psicológicos del proceso de agonía, según López (1998), sólo se basaban en sus actitudes, defensas y debilidades personales para responder las preguntas y afrontar las inquietudes del paciente o de su familia; últimamente cuentan con mayor información del paciente terminal.

Con estos cambios se pretende que al egresar los profesionales de la salud, ejerzan de acuerdo a los principios de la bioética, en donde se considera a la persona como un ser bio-psico-social con derechos y necesidades. De acuerdo con Piñera (1996), el estudiante que concluye satisfactoriamente la carrera de médico cirujano reúne las siguientes características:

- A. En conocimientos y destrezas para la práctica de la medicina general:
 - Posee los conocimientos necesarios y suficientes en las disciplinas básicas, para la comprensión y correcta interpretación de las características y fenómenos morfológicos, bioquímicos y fisiológicos del individuo humano normal, que le permitirán sustentar posteriormente la explicación clínica de los procesos

patológicos; así como acerca de las sustancias, agentes bióticos y otros factores externos que alteran el estado de equilibrio del organismo.

- Domina la metodología para recolectar, organizar, procesar y registrar información de los pacientes o sus familiares para la obtención de información de diagnósticos clínicos.
- Conoce las indicaciones y sabe analizar e interpretar clínicamente los resultados de estudios habituales de laboratorio.
- Conoce la farmacología, indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios y restricciones en la prescripción de los medicamentos de uso común.
- Prescribe y aplica el manejo adecuado de tipo preventivo, higiénico y nutricional, medicamentoso, terapéutico y de rehabilitación.
- Conoce los procesos de desarrollo del carácter y la personalidad, y el perfil psicológico del individuo en sus distintas fases de edad y sexo con el propósito de identificar, prevenir o canalizar, para su atención especializada, las principales alteraciones en la esfera psíquica de la salud.
- Realiza diagnóstico clínico, acciones preventivas y terapéutica medicamentosa, etiológica y sintomatológica en enfermedades producidas por bacterias, virus, protozoarios y ectoparásitos de mayor prevalencia en el panorama epidemiológico del país.
- Realiza el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades asociadas con especialidades médicas, pero que son susceptibles de manejo en primer nivel de atención: otorrinolaringología, neurología, urología, oncología, oftalmología, gastroenterología, cardiología, nefrología, traumatología, endocrinología, alergología, geriatría, dermatología, hematología y ortopedia.
- Conoce la farmacología, indicaciones, técnicas de administración y efectos clínicos de las sustancias para anestesia quirúrgica general; así como anestesia local, analgesia del paciente ambulatorio e inhaloterapia del paciente encamado.
- Cuenta con información necesaria para asesorar al individuo y al núcleo familiar sobre sexualidad, desarrollo e higiene sexual; prevención de enfermedades por contacto sexual, prevención del embarazo y planificación familiar.
- Conoce la fisiopatología de las alteraciones morfológicas y funcionales más comunes del aparato reproductor femenino, la patología frecuente propia del embarazo y agregada para su prevención, tratamiento o derivación a segundo y tercer nivel.
- Aplica las medidas de atención inmediata y prevención de enfermedades en el recién nacido, prescripción de lactancia materna, fórmulas lácteas y nutrición subsiguiente. Conoce el esquema nacional de inmunizaciones. Realiza la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la infancia.
- Domina las técnicas de reanimación, registro clínico y sostén de las funciones vitales, reposición de líquidos y electrolitos, cohibición de hemorragias, reducciones e inmovilizaciones osteo-mio-articulares, control del dolor, así

como las medidas terapéuticas o quirúrgicas necesarias en estados patológicos que requieren atención de urgencia, con objeto de limitar el daño, estabilizar el estado general del paciente y canalizarlo para su atención médica definitiva.

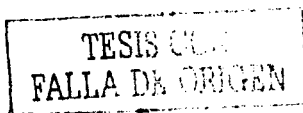
- Conoce la clasificación y epidemiología de las enfermedades y lesiones por accidentes de mayor frecuencia en el medio ambiente laboral; así como su causa, estrategias de prevención y tratamiento primario.
- Tiene información suficiente para el diagnóstico presuntivo y, en su caso, diferencial de las enfermedades mentales para la derivación de los pacientes a los medios psiquiátricos especializados, y el seguimiento concentrado en el tratamiento y proceso de recuperación de los mismos.
- Posee la información necesario de tipo jurídico-legal que se relaciona con la práctica médica, que lo faculta y regula para la emisión de dictámenes médicos, certificados de defunción y otros: así como la prescripción de medicamentos de distribución normal y restringida.

B. Aspectos éticos y sociales de ser médico:

- Reconoce y profesa los principios filosóficos-humanísticos de moral médica de apego a la legalidad y de la bioética: respeto por la vida humana y por la calidad de vida de sus pacientes, bajo cualquier condición.
- Estudia al individuo humano como una entidad bio-psico-social, por lo que tiende a desarrollar una concepción integral del proceso salud-enfermedad, considerando en el diagnóstico y tratamiento las esferas biológica, psicológica y social de sus pacientes.
- Asume la responsabilidad del manejo integral de la situación de salud del paciente, cuando ésta les es confiada, con un trato humanitario, respetuoso y digno procurando lograr el equilibrio y armonía física y psicológica que requiere el paciente para integrarse adecuadamente a la sociedad.
- Considera las características emocionales y culturales de la población del área donde presta sus servicios; respeta las manifestaciones que derivan de estos factores y determinan el comportamiento personal y de la familia del paciente frente a la enfermedad.
- Reconoce y acepta los postulados y recomendaciones doctrinarias sobre ética, de las organizaciones nacionales e internacionales que estudian las relaciones de las ciencias médicas con los modelos de formación académica, de investigación científica y de comportamiento deontológico.

C. Actitudes y valores del egresado de la carrera de medicina:

- Mantiene una actitud de seguridad y entereza personal para comunicarse y trabajar en equipos interdisciplinarios de salud, asumiendo su responsabilidad y



manteniendo una actitud analítica y abierta que le permita adecuarse a las circunstancias cambiantes.

- Su formación profesional le confiere la viabilidad suficiente para ejercer con eficiencia y calidad la medicina general, o bien para concursar por el ingreso a cursos de especialidades hospitalarias médicas, médico-quirúrgicas, o estudios de posgrado en ciencias.
- Es capaz de reconocer con profesionalismo sus limitaciones y alcances en los conocimientos, destrezas y competencia profesionales que posee.
- Profesa interés, disposición y disciplina en el estudio constante y autodidacta para incrementar su acervo de conocimientos e información científica novedosa para mantenerse actualizado en forma permanente.

Igualmente la formación de otros profesionales de la salud, en especial las enfermeras, se regulan por los lineamientos de la práctica clínica para su principal función, proporcionar los cuidados al paciente, conocimientos definidos por el protocolo de las actividades que realiza el personal de enfermería. Al final de sus estudios debe contar con el siguientes aprendizaje:

- Conocer y seguir el protocolo de atención de forma adecuada: Identificar al enfermo, verificar las órdenes del médico, verificar el plan de cuidados del paciente o el cardex, presentarse al paciente, explicar el procedimiento que se va a realizar, lavarse las manos, reunir el instrumento y llenar los vales de equipo, llevar todo el equipo requerido a la habitación, proporcionar un ambiente privado al individuo: cerrar la cortina o colocar biombos alrededor de la cama, elevar la cama a posición alta, bajar el barandal lateral más cercano a la enfermera, cubrir al paciente (si es apropiado), practicar el procedimiento de acuerdo al protocolo, limpiar al enfermo según se requiera, eliminar cubiertas de lencería y colocar al paciente en posición cómoda, levantar el barandal lateral a la posición alta, descender la cama, sustituir el timbre, abrir la cortina y retirar el biombo, retirar el equipo y limpiar, desechar o dispersar el equipo usado, registrar los datos.
- Conocimiento del equipo de cuidado (estetoscopio, efsbaumanómetro, termómetro y lencería).
- Conocimiento y manejo de técnicas de asepsia (lavado de manos, baño en tina, ducha o en la cama, higiene bucal, afeitado, y curaciones)
- Conocer y registrar de forma adecuada los datos de evaluación del paciente, de administración de fármacos y de observaciones para el médico (cárdex, plan de cuidados, hojas de enfermería, registro de fármacos, registro de gráficos, prescripciones del médico, registro de proceso del médico, historia clínica, examen físico y formatos de laboratorio).
- Conocimiento y manejo de la evaluación básica del paciente (signos vitales: temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial; respuesta a los fármacos,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

respuestas emocionales: llanto, depresión; muscoesqueléticos o nivel de movilidad, neurológicos: sensibilidad, capacidad para cumplir ordenes, nivel de conciencia, fuerza y movimiento ocular; respiratorio: color o ausencia de esputo, tos, ruidos respiratorios; cardiovasculares: ruidos cardiacos, presencia de pulsos, edema, presencia de vello en las extremidades; gastrointestinales: ruidos cardiacos, presencia de náusea o vómito, distensión abdominal, consumo de dietas; y genitourinarios: micción, color, olor y consistencia de la orina; disuria, secreciones o molestias vaginales, secreciones del pene.

- Conocimiento de los principios de asepsia médica (precauciones con sangre y líquidos corporales: semen, secreciones vaginales y si tienen sangre -heces, secreciones nasales, esputo, sudor, lágrimas, orina y vómito-; utilización de barreras protectoras: guantes, mascarillas, lentes.
- Conocimiento y cumplimiento de principios éticos (cuidar la integridad del paciente, favorecer un trato humano y digno al paciente, etc.).
- Conocimiento de asuntos medico-legales en el manejo de la persona enferma (derechos del paciente, administración de fármacos, registro de datos y cuidados, etc.).
- Conocimiento y práctica de técnicas adecuadas de comunicación. (Smith y Duell, 1996)

Al egresar el profesional de la salud cuenta básicamente con habilidades y técnicas clínicas, y quedan poco explorados otros campos importantes para su desempeño laboral, como conocimientos biológicos (relaciones del hombre con su ambiente y las demás especies que lo pueblan, distinguiendo entre las dañinas y las que no lo son, etc.), otros conocimientos y destrezas aparentemente ajenas a su profesión (electrónica, física nuclear, informática, computación, por lo menos un idioma extranjero, etc.); una enseñanza que lo ayudaría a enfrentarse a situaciones difíciles en su práctica, con un poco más de ventaja. El conocimiento de tal información los permite adaptarse a las condiciones de un país en desarrollo con la posibilidad de aportar técnica y metodología a favor de México.

1.2.1 RELACIÓN PROFESIONAL DE LA SALUD-PACIENTE

Ahora, tanto el estudiante como el graduado deben saber que el médico no sólo cura con medicamentos y maniobras, sino en ocasiones comienza a hacerlo con su simple presencia, con su comprensión hacia el paciente o simplemente con una palabra de aliento; con este tipo de atención, los profesionales de la salud ayudan a disminuir la angustia, el desaliento, la desesperanza, además de ayudar poderosamente a combatir el mal que aqueja al paciente (Piñera, 1996 y Benavente, 1992). Esto conlleva a la obligación de actualizarse constantemente para poder así brindar la atención oportuna y adecuada.

Villalpando (1991) menciona que los objetivos primarios del médico se resumen en prevenir la enfermedad, evitar la muerte inesperada y aliviar o mejorar al enfermo. En todos los casos, el médico ayudará siempre a mantener la dignidad de su enfermo como persona proporcionándole bienestar. Una vez establecido el diagnóstico y discutido con el paciente, el médico le presenta las estrategias de intervención, la persona acepta y el médico asume la responsabilidad por medio de una comunicación efectiva estableciendo de esta manera una relación médico-paciente.

De la Fuente (1994), Sosa (1989), Thompson (1995), Ortíz, et al (1994) y Chávez y Rosiles (1994), concuerdan en que la relación médico-paciente es una transacción o sistema de interacción recíproco tanto intelectual como emocional en el que se unen ambas fuerzas para lograr la salud de la persona; de esta forma, ambos experimentan la enfermedad en contextos diferentes. El médico centra su atención en los elementos de su profesión (tratamiento, diagnóstico, síntomas, etc.), en tanto el paciente centra su atención en el contexto de su vida diaria (qué alimentación llevar ahora, qué actividades realizar, etc.). El carácter esencial de esta relación versa sobre la autoridad del médico y la aceptación de ésta por parte del enfermo. De esta forma, se puede cumplir con la relación médico-paciente satisfactoria en términos de expectativas y necesidades de ambos.

Según Chávez y Rosiles (1994), la relación profesional de la salud-paciente funciona si no hay discrepancia entre: el Self (la manera en cómo me veo) y el Alter (la manera en cómo los otros me tienen conceptualizado), lo cual se puede manifestar cuando la persona niega su estado de salud mientras el médico lo diagnóstica, o si el profesional niega deterioro y la persona asume no-mejoramiento a su salud. De ambas formas, se descalifica la autoridad de uno y la responsabilidad del otro sobre su persona.

Una relación profesional de la salud-paciente funciona si se reconocen ambos miembros adecuadamente, es decir, el paciente reconoce al profesional como tal, y este reconoce al paciente como una persona que en ese momento carece de salud y no como objeto de estudio.

1.3 ÉTICA Y MORAL MÉDICA:

La medicina desde sus inicios ha sido una disciplina necesariamente ética; en particular hoy en día, cuando la ciencia trasciende sus antiguas fronteras y amenaza con modificar la esencia de lo humano. De manera central, en el ejercicio profesional, la relación médico enfermo, donde este último debe ser considerado

como un individuo capaz de reflexionar en torno a los adelantos técnicos que afectarán, de un modo u otro su cuerpo. En tanto, el profesional de la salud debe formarse mediante la reflexión ética, para ejercer y tomar decisiones de carácter individual y social.

Es necesario aclarar que, con frecuencia se emplean los conceptos ética y moral como sinónimo; en efecto, ambos significan "manera de ser". Sin embargo, moral del latín *moralis*, deriva de *moris* que significa "deseo, capricho, uso, costumbre". Y ética, del latín y griego *eticus*, significa "lo relativo al carácter".¹ Es decir, moral es costumbre y ética, reflexión. Ambos términos van acompañados, dado que la mejor forma de solucionar los dilemas éticos generalmente es mediante la aplicación de principios asumibles por la mayoría de las personas, o sea, soluciones morales.

En el ejercicio médico ambos términos se pueden asumir como sinónimos, dado que la manifestación de la ética es la moral.

Desde un primer momento que el profesional de la salud se responsabilice de la salud de una persona que acude en su ayuda, la relación clínica o de salud implica una relación ética y profesional, y mientras la relación persista así debe continuar.

Esencialmente, el trabajo del profesional de la salud es un acto ético, donde el respeto y confianza son la base para procurar la salud. Es imprescindible un alto conocimiento científico del campo clínico y terapéutico, pero sin que esto suponga caer en actitudes tecnicistas que reduzcan a la persona a la calidad de una mera máquina que es necesario reparar. J de Heras (1994), menciona los siguientes aspectos éticos en la relación médico-paciente:

- Tenerle cariño al paciente, pero sin que se pierdan las características propias de la relación profesional.
- Respeto y confianza. Los elementos para lograr establecer y mantener una adecuada relación médico-paciente.
- Ver al hombre de forma individual y en todas sus dimensiones.
- Respetuoso distanciamiento.
- El médico debe centrarse en los problemas del paciente, evitando exponer situaciones vividas o análogas, porque invierte el papel de ambos.
- Puede incorporar a su mensaje planteamientos personales que procedan de una perspectiva general, dándole un sentido humorístico.

¹ Corominas J. Pascual JA. Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. Madrid: Gredos, Vol IV, 146:7.

- Tiene que evitar manipulaciones "sublimas" encaminadas a influir en planteamientos ideológicos.
- Si la persona sufre una enfermedad mortal. El médico se ve en la obligación de comunicar al paciente y a sus familiares sobre ello, se tiene que ser prudente, hay que tener en cuenta la forma y el momento que resultan idóneos para comunicar esto al paciente según sus características personales. En la mayoría de los casos conviene ir preparando al paciente para evitar un impacto severo.
- En el caso de los niños tiene que darle explicaciones razonables, es decir, honestas y verdaderas.

Lo anterior, nos conduce a hacer énfasis en los derechos que tiene el paciente y la responsabilidad del médico ante éste. Fonserrada (1991) y Thompson y Thompson (1995) coinciden que los pacientes tienen derecho a:

1. La atención médica considerada y respetuosa.
2. Obtener de su médico información actual, completa y entendible de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
3. Recibir información necesaria antes de recibir cualquier procedimiento o tratamiento. El paciente también tiene derecho a rechazar el tratamiento.
4. La confidencialidad de su diagnóstico.
5. Negarse en caso de que se le someta a algún tipo de experimentación; tiene derecho a que se le asesore legalmente y a negarse a participar.

Como conceptualización filosófica los derechos humanos son las facultades, prerrogativas o libertades que tiene la persona, indispensables para su digna subsistencia. Que pueden agruparse por orden de importancia en:

- A. 1.- derecho a la vida.
- B. 2.- derecho a la dignidad.
- C. 3.- derecho a la privacidad.
- D. 4.- derecho a la confidencialidad.
- E. 5.- derecho a la información.
- F. 6.- derecho a la verdad.
- G. 7.- derecho a la decisión.
- H. 8.- derecho a morir.

Este último derecho conlleva grandes escollos jurídicos, filosóficos, morales y religiosos, y deben considerarse desde cada punto para ejercer el derecho a morir. La práctica diaria de la medicina muestra que la atención que recibe una

persona pronta a morir es variable. La mayoría de los hospitales carece de un programa para su atención, justificando su falta con argumentos de otras prioridades, olvidando que el objetivo primordial de la medicina es la vida y su calidad (Mateos, 1996).

Trabajar con una persona en fase final, donde la responsabilidad y cuidado de su salud cae en el profesional de la salud, requiere de una formación completa: científica y humana, que apoye las necesidades de la persona como paciente y ser humano.

El conocimiento médico es una parte del ejercicio laboral del profesional de la salud, pero el enfrentar situaciones demandantes como asistir a personas en peligro de vida, requiere otro conocimiento, la situación en que trabaja, lo que hace referencia a una persona con características específicas, más allá de la enfermedad que padece, por ello en el siguiente capítulo se abordará la situación del paciente terminal.

CAPITULO 2

EL PACIENTE TERMINAL

El cuidado de la salud es un tema que preocupa al hombre de hoy, cada día más interesado en alcanzar y mejorar su calidad de vida que le permita gozar y disfrutar de ésta. Por ello, la carencia de salud o tener enfermedad en alguna etapa de su vida le afecta en este proyecto de bienestar.

Este segundo capítulo plantea un acercamiento a la salud de un grupo singular de personas, aquellas que por la magnitud de su enfermedad requieren cuidados especiales, los pacientes terminales.

Se plantea la situación de estas personas principalmente bajo el contexto de atención hospitalaria, donde sus necesidades son responsabilidad del profesional de la salud.

2.1 DEFINICIÓN

Es una persona cuyas características refieren un estado de Salud que en este momento no esta con la capacidad y habilidad al 100%, existe básicamente un deterioro físico por algún motivo, es decir, padece o tiene alguna enfermedad. La enfermedad apunta a un síntoma o signo de que algo esta funcionando mal en el organismo; y el individuo se convierte en paciente al "recurrir" en ayuda a su queja o síntoma, depende de la enfermedad el tratamiento que reciba.

Un paciente terminal se puede definir como aquel que tiene falla orgánica múltiple (implica que están deteriorados por lo menos cuatros sistemas), lo cual a juicio de expertos, son señales que anticipan el termino de la vida del paciente, aunque el Manual de Ética del American College or Physican considera a los pacientes con enfermedad terminal a aquellos cuya condición sea irreversible, independientemente de que reciban o no tratamiento y que muy probablemente morirán en un periodo de 3 a 6 meses. (Lifshitz, 1994).

Monge, (1991) le da el carácter de paciente en fase terminal:

- A. Al agotarse los tratamientos convencionales, se han ensayado nuevas estrategias e incluso hasta tratamientos experimentales, que no dan los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

resultados satisfactorios o que –por su agresividad- son rechazados por la persona.

- B. El padecimiento se haya dentro de los datos clínicos de la enfermedad causal, las tablas de vida de las series de literatura y la experiencia médica comprobándose que el 90% de los enfermos terminales correctamente tratados, la supervivencia es inferior a un mes.
- C. La enfermedad de la persona es grave y ésta ya no puede cuidarse por sí misma a causa de su debilidad física, además de presentar incapacidad de atender cualquier actividad exterior (lectura, conversación, etc.) y un deterioro progresivo de las funciones orgánicas básicas.
- D. Presentar alguna insuficiencia orgánica como la pulmonar (disnea, cianosis, etc.), renal (uremia, edemas), hepática (ascitis, ictericia), cerebral u otras evidenciales por la pérdida funcional y las alteraciones analíticas. En el caso de enfermedad terminal por cáncer, la insuficiencia de órganos depende del lugar predominante de las metástasis, siendo las del hígado, pulmón y cerebro las más severas.

Los recursos que requieren estos pacientes suelen ser los del tratamiento paliativo, incluyendo los necesarios para el alivio del dolor, apoyo social y psicológico, eventualmente radiación y cirugía. Su pronóstico no lo excluye de la necesidad de atención, que han de ponderarse en su justa medida y conserva de su calidad de ser humano.

2.2 CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Cada enfermedad tiene un ciclo de evolución caracterizado por el avance de la misma, formando un cuadro crónico, a menos que se pueda evitar con métodos y técnicas adecuadas, (medicamentos o fármacos, cuidados especiales o cambiar hábitos y/o estilos de vida). Existen enfermedades muy variables, por su etiología algunas tienen más complicaciones orgánicas, hay otras muy simples; del mismo modo, las hay de menor o mayor repercusión para el buen funcionamiento del organismo, así se pueden encontrar las enfermedades que por su naturaleza no causen mayor deterioro, en tanto otras pueden ser la causa de muerte de un paciente, dado el grado de avance y deterioro que presente.

Los aspectos de la enfermedad terminal en gran medida definen el tiempo y calidad de vida que puede tener un paciente, con mayor o menor dolor, daño orgánico o funcional, el tiempo y la participación que dispone para su deceso.

Se considera la enfermedad terminal como la fase final de numerosas enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los tratamientos disponibles y se alcanza el nivel vital de irreversibilidad. Monge (1991) apunta los padecimientos más frecuentes que cursan hacia alguna enfermedad terminal en los hospitales, estos son:

- A. Cáncer
- B. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
- C. Cirrosis hepática
- D. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- E. Arteriosclerosis (hipertensión arterial, miocardiopatía isquémica, diabetes y senilidad)

En la jerga médica, también existen criterios de diagnóstico para hablar de enfermedad terminal, López, (1998) y Monge, (1991) mencionan índices pronósticos que cada Unidad de Terapia Intensiva diseña para tener un criterio de recuperabilidad del enfermo terminal; el primero refiere al ASTECA, (Análisis de Severidad de Todo Enfermo Crítico Admitido), mientras que el segundo apunta a un Síndrome de enfermedad terminal, donde los criterios incluyen:

- A. Enfermedad causal de evolución progresiva.
- B. Pronóstico de supervivencia inferior a un mes.
- C. Estado general grave.
- D. Insuficiencia de órgano.
- E. Ausencia de otros tratamientos activos.
- F. Complicación irreversible final. Tal es el caso de: infecciones graves y sepsis, fallo respiratorio, hipertensión severa, oliguria, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave, abdomen agudo.

Cuyo objetivo va más allá de definir la enfermedad terminal, es para evaluar la posibilidad de sobrevida del enfermo; pues ante todo es primordial la calidad de vida que pueda tener el paciente antes de morir.

Aunque la enfermedad terminal puede durar más o menos tiempo, y hasta puede haber errores de diagnóstico y pronóstico, llega un momento en que se produce una complicación irreversible que conduce a la muerte. Entre las complicaciones que proporcionan criterios de irreversibilidad se enumeran: infecciones graves y sepsis, fallo respiratorio, hipotensión severa, oliguria, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave y abdomen agudo.

2.3 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL PACIENTE TERMINAL

El paciente terminal atraviesa por diferentes reacciones psicológicas, pues el saber el diagnóstico de su padecimiento, sobre todo si se encuentra en etapas avanzadas, trastorna todos los aspectos de su vida.

El shock emocional es una respuesta normal al evento catastrófico del diagnóstico de la enfermedad o recaída y progresión de la misma y de la eventualidad de la muerte, usualmente está seguido por periodos de duración variable de incredulidad, a su vez de ansiedad, agitación, irritabilidad y síntomas de depresión. Se altera la capacidad de concentración así como la capacidad de desarrollar un patrón normal de vida. Esta transición de síntomas se lleva a cabo en un período de una a dos semanas.

Elizabeht Kubler Ross (citada en Barreto, et al 1996), fue la primer persona en describir las diferentes etapas por las que pasa un moribundo, identificado cinco para cualquier enfermedad:

- A. Negación y aislamiento: La negación indica que una persona no acepta la realidad de su diagnóstico o pronóstico, aparece al inicio de una enfermedad grave que amenaza la vida. El paciente busca las opiniones de diferentes médicos y lleva a cabo varios tratamientos; no acepta hablar de su enfermedad o prefiere estar solo o con gente que no sabe lo que le acontece. Se encuentra en un estado de choque y adormecimiento.
- B. Rebeldía: Indica rabia, envidia, resentimiento que reciente cuando finalmente acepta su diagnóstico. Generalmente su rebeldía y agresividad es manifiesta, se vuelve violento contra su entorno, su familia y los aislantes.
- C. Regateo o pacto: Indica que el paciente haría cualquier cosa a cambio, si con ello se garantiza un resultado diferente a su diagnóstico o, en todo caso, extender su tiempo de vida.
- D. Depresión: Es un proceso de aflicción por lo que está pasando; es la etapa de tristeza. Hay dos tipos de depresión: 1) La reactiva; que se da ante la pérdida del empleo, mutilación de algún órgano o la pérdida de la capacidad de atenderse por sí mismo. Y 2) La preparatoria que se da ante el fin de su propia vida y a la pérdida de la familia.
- E. Aceptación: Es la etapa en la cual una persona acepta y comprende su existencia. El enfermo se mantiene callado, en paz, ni deprimido, ni iracundo.

Kubler Ross (Barreto, et al 1996) la describe como "el período en el que se puede contemplar el próximo fin con cierto grado de silenciosa espera".

Los efectos más importantes son la pérdida de salud, de integridad física, de las funciones rutinarias, amén de las financieras. Sosa (1989), indica que sus respuestas más comunes son:

- A. Hostilidad-enojo. Se descarga culpa a médicos, familiares u otros que lo han visto o manejado.
- B. Ansiedad. Expresada por manifestaciones de agitación, falta de concentración, insomnio o conductas compulsivas.
- C. Culpabilidad. Existe reiteración por parte del paciente y familia en preguntar sobre las posibles causas de la enfermedad o de los eventos que llevaron a la progresión o falla de tratamientos.
- D. Depresión. Es apropiada si no alcanza las características de grave.
- E. Dependencia y obediencia. El paciente comprende su padecimiento y establece fuerte dependencia en el médico.

A su vez, Sosa (1989) hace mención de las mismas etapas por las que atraviesa el paciente terminal citadas por Kubler Ross pero hace énfasis en la segunda y tercera etapa. En la segunda etapa, de rebeldía, dicho autor menciona que aparecen manifestaciones de ansiedad expresadas en agitaciones, falta de concentración, insomnio y conductas compulsivas. Y aunque la ansiedad es universal y apropiada, no controlada en forma adecuada puede acarrear otras manifestaciones de enfermedad, particularmente de dolor. En la tercera etapa de regateo o pacto aparecen signos de culpabilidad por parte del paciente y familiares sobre las posibles causas del padecimiento o de los eventos que llevaron a la progresión de dicha enfermedad; también se presentan sentimientos de culpa ante la falta de tratamientos pues piensan que de haber actuado y obedecido mejor o de no haber hecho o dejado de hacer aquello, no se habría dado la presente situación.

Ante la muerte eminente, también se presentan algunos temores que están intrincados en conflictos psicopatológicos; un ejemplo lo constituye la persona que interpreta o incluso anticipa los cambios físicos como mortales, cambios que suelen ser característicos de la enfermedad, como la pérdida de cabello por la quimioterapia en el enfermo de cáncer. No obstante, la mayor parte de los temores se deben a la incertidumbre y el enfrentamiento a lo desconocido; estos tienen su origen en los significados personales que el paciente le da a su enfermedad, a los constructos que ha usado para darle sentido a la vida y a la muerte.

Principalmente enfrenta tres temores comunes: miedo al dolor, miedo a la soledad y a que la vida carezca de sentido. Según López (1998) dice que el miedo al dolor y a la soledad son los que se presentan con más frecuencia. Muchas veces, se superpone que aminorando el dolor y poniendo todos los medios disponibles para mantener con vida a un paciente el mayor tiempo posible es lo único que el profesional de la salud puede hacer por él en sus últimos momentos. Ante esto, dicho autor encontró que generalmente una vez hecho el diagnóstico de que la persona tiene una enfermedad terminal tanto enfermeras como médicos prestan poca atención, parecen evitar todo contacto con el paciente y sólo atienden las necesidades más urgentes. No sólo hablan menos con él, sino que le proporcionan menos cuidados rutinarios.

Aunado a esto la persona cae en cuestiones existenciales al darse la pérdida de control sobre el propio destino, incluso en aquellos conocedores de su situación terminal. La frustración y el desconocimiento por no haber llevado una vida "digna" o plenamente satisfactoria; los remordimientos o el pesar por haber realizado algún acto "vergonzoso" o inaceptable para el paciente; los sentimientos de fracaso en áreas de la vida importantes para el individuo y los conflictos emocionales no resueltos, suelen ser una fuente importante de angustia y ansiedad durante esta etapa. La magnitud de la reacción es altamente variable, el saberse afectado por un padecimiento maligno, motiva a una serie de cambios y un estado de estrés inducidos por la percepción de la enfermedad y por los estigmas derivados de ella, la reacción depende del tipo de enfermedad, el avance del padecimiento, la madurez emocional del cómo se tome la noticia y el apoyo familiar que reciba.

2.4 NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL

Al anunciarse el deterioro de la salud y por ende la muerte eminente en poco tiempo, se desencadena una "crisis" que se experimenta como un sentimiento desbordante e insuperable de inadecuación personal, durante la cual se desarrollan confusión, ansiedad generalizada, y temores no siempre identificados. La persona, carece de los recursos necesarios para resolver el problema ante el cual se ve enfrentado, además de estar involucrado en ello el dolor y el progreso de la enfermedad, que le incapacita para afrontar cualquiera de las pequeñas partes o problemas parciales que componen esta crisis.

Sus principales necesidades son las físicas y no menos importantes, las psicológicas, para las primeras la medicina se apoya de medios y/o técnicas para paliar el dolor, pero no para producir curación como:

- a) Uso de ventilador para asistir la respiración.
- b) Empleo de narcóticos para aliviar el dolor en un enfermo con cáncer avanzado.
- c) La realización de una colostomía para eludir un proceso obstructivo inoperable del intestino.

Ante las necesidades psicológicas o emocionales se observan desde el diagnóstico y pronóstico de muerte, que plantea de forma inmediata una serie de cuestiones y temores en el enfermo y sus familiares. La sensación de impotencia, pérdida de control y el miedo al dolor y la muerte constituyen los problemas psicoemocionales más difíciles de abordar. (Barreto, et al 1996).

Feinberg (1997), define ciertos patrones de ayuda dirigidos a facilitar la muerte al paciente, donde el profesional la salud tiene la responsabilidad de procurarlos en su ambiente de trabajo:

- a) Compartir la responsabilidad de la muerte con el paciente.
- b) Intentar que el contacto humano sea continuo y satisfactorio.
- c) Clarificar y definir las realidades de la existencia diaria con las que pueda enfrentarse el individuo. Estas son realidades de su propia vida.
- d) Facilitar los procesos de duelo y de separación que resultan de las pérdidas de las relaciones familiares, de la imagen corporal, y del autocontrol, a la vez que se le ayuda a mantener las comunicación y las relaciones significativas con los seres queridos.
- e) Asumir las funciones corporales y emocionales del paciente sin causar sentimientos de vergüenza o desprecio, conservando el respeto hacia él y ayudándole a que conserve el respeto hacia sí mismo.
- f) Facilitar la conservación de la dignidad y de la integridad del paciente de manera que el deceso ocurra con un mínimo de conflicto y en ausencia de sentimientos de culpabilidad.

Porque ante todo no es el hecho de que morimos, sino cómo lo hacemos lo que mantiene la integridad personal.

2.5 DIFERENTES FORMAS DE MORIR

Antiguamente la muerte se presentaba en la casa del enfermo en un ambiente familiar rodeado de sus seres queridos, actualmente la muerte ocurre en los hospitales en el mayor de los casos. A lo cual no debe de señalarse o estigmatizarse tanto, pues es ahí donde reciben atención, probablemente la última atención.

Donde la medicina pasa de conservar la salud a mitigar el padecimiento del enfermo y si es posible, prolongar la vida; más con todo, cuando el paciente llega a su fin, la medicina y el médico ya no pueden hacer nada por su salud, lo que queda es ayudarle a bien morir, (evitando sufrimientos físicos, dolores, angustia, ansiedad, etc.).

La etapa final implica un deterioro de las funciones vitales, confusión y temores, y en algunos casos dolores agudos, que hacen el deceso muy prolongado; ante el sufrimiento físico, el paciente terminal es posible que pida morir o que se le ayude a morir para evitar más dolor. Al respecto, Muñoz, Sánchez y González, 1995 (En: Barreto, et al 1996) mencionan que realmente el enfermo no quiere la muerte, sino evitar el sufrimiento, a lo cual, la expresión "quiero morir" se traduce en "alívieme el dolor y présteme atención".

Sin embargo, puede confundirse el mensaje de aliviar el dolor y traducirse en recortar el dolor; ejecutar esta expresión cae en una solución polémica, la eutanasia. El sentido que se le dé a la palabra eutanasia, dependerá que la gente la considere como un crimen o como un acto de misericordia. Etimológicamente, significa "buena muerte", pero es evidente que esta acepción dista mucho de lo que se entiende actualmente por este término. Una definición muy completa de eutanasia es: "...toda actuación cuyo objetivo es causar la muerte a un ser humano para evitar sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna" (Muñoz, Sánchez y González, 1995; páginas 1231-1232: en Barreto, et al 1996).

Respecto a la eutanasia Thompson y Thompson (1995) distingue dos formas de práctica: la activa, que provoca inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal; y la pasiva que provoca la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado de vida y necesario para la curación o supervivencia. Sin embargo, según Muñoz, Sánchez y González, 1995 (Op. Cit.), no existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva, sólo existe eutanasia, una práctica ética condenable, encaminada a matar (por acción u omisión), a quien padece una enfermedad incurable o sufrimientos insoportables, argumentan en contra de quienes le son partidarios, ya sea por petición voluntaria o no, pues consideran "indigna" toda muerte que haya sido precedida o acompañada de sufrimientos.

Para morir no hay un reglamento, pero si se puede considerar una muerte natural cuando el organismo humano rechaza todo tratamiento. Porque no se trata de mantener con medicamentos y aparatos la existencia de una persona, técnicando y mecanizando la muerte.

Hay soluciones legales para clarificar la muerte de una persona y evitar una muerte técnica o mecánica. Una de ellas es que deben establecerse en todo hospital los comités de ética, encargados de resolver y enfrentar conflictos sobre la conducción, control y dominio de la situación del paciente.

Los comités de ética observan criterios que apoyan y discriminan el hecho de que a la persona se le prolongue la vida por medios artificiales, o que se le eviten sufrimientos, donde el control sobre las circunstancias en que ocurre la muerte crea una distancia hacia el paciente, "medicalizando o tecnicando la muerte", aquí la ética da solución a frases como: no resucitar, administrar una inyección y soporte de la vida terminal. Geppert (1997). Lo mejor por hacer humanamente es gular al paciente al proceso y dolor de la agonía, con base en la dignidad de la persona.

Lifshitz (1994) menciona situaciones que pueden considerarse como muerte no digna en un hospital:

- a) Morir sin que se permita a los familiares estar cerca, tomarlo de la mano, acariciarlo o besarlo.
- b) Morir sin los auxilios espirituales que cada cual hubiera deseado.
- c) Morir abandonado por el personal, que destina sus esfuerzos a los enfermos recuperables.
- d) Morir rodeado de aparatos, con el cuerpo invadido por sondas, catéteres.
- e) Morir y permanecer secuestrado el cadáver en tanto no se cubra la cuenta del hospital.
- f) Morir sin que se tomen en cuenta los deseos, aspiraciones o instrucciones del moribundo.
- g) Morir en presencia de unos estudiantes que observan morbosamente.
- h) Morir como fracaso de una experimentación que no tomó en cuenta su voluntad y sus derechos.

Otra opción de acuerdo con López (1998), es hacer más accesibles y disponibles los servicios hospitalarios para las personas moribundas. De hecho, cita este autor a la Ley Pública 97-248, de 1982, donde se indica que los individuos con derecho al sistema de Seguro Social pueden percibir servicios en casa hasta dos periodos de tres meses cada uno. Estos servicios incluyen un médico permanente, cuidados de enfermera en casa, asesoría psicológica, evaluación de nutrición, cuidado de descanso, guía espiritual, asesoría legal y financiera, terapia ocupacional, física y de conversación, y cuidados en cuanto al duelo para la familia. Lo que se pretende es procurar en lo posible una muerte "natural".

Actualmente, por medio de la educación en los hospitales, se presenta más la disposición del profesional de la salud al auxiliar al enfermo terminal, un ejemplo de ello es la generación de soluciones que eviten sufrimientos innecesarios y ayuden al paciente a morir con "dignidad"; el conjunto de estas alternativas se agrupa en una rama nueva de la medicina: la medicina paliativa, que por definición se orienta a evitar dolor, agregando conceptos éticos y profesionales de respeto al paciente y su dignidad. Preparada técnicamente para ayudarte a afrontar dignamente la última etapa de la enfermedad y de la llegada a la muerte con la mayor calidad de vida posible, atendiendo todas las necesidades de la persona en esa situación y aceptando con naturalidad el hecho de la muerte.

Se apoya que el profesional de la salud tenga conocimiento de las necesidades de la persona, de la enfermedad terminal, de los tratamientos más adecuados y de las responsabilidades que tiene ante la vida que declina, pues a pesar de tener presente la muerte eminente, es difícil de confrontar y de resolver sin crear conflicto profesional.

2.5.1 MUERTE O FASE FINAL

La muerte en hospital ha aumentado, morir sin presencia médica ya no es un hecho común, observar un deceso sin medicamentos o técnicas de salud se hace sinónimo de terquedad romántica, privilegio o desastre natural. Su presencia con todas sus implicaciones se encuentra en un porcentaje significativo de los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva, donde desde hace 25 años se ha establecido en casi todas las legislaturas del mundo el concepto de muerte cerebral para indicar la muerte de un paciente.

En México, existe legislación de muerte cerebral, con criterios de aplicación de la Universidad de Harvard, con estos criterios, es necesaria la ausencia de reflejos medulares y la presencia de un encefalograma sin actividad cortical por 24 horas. En otros países es necesario el diagnóstico de 2 neurólogos diferentes y que no sean médicos del paciente, descartando daño neuronal y farmacológico, (esta alternativa es más fácil de utilizar en hospitales que no cuentan con electroencefalograma). Estos criterios de muerte cerebral no se aplican a niños menores de 5 años (Portela, 1989).

En el mundo de la persona moribunda se observan 2 procesos: el de agonía y el acto de morir. La agonía es el camino por el que se viaja hacia el final de la vida, hacia la aniquilación física. La agonía abarca un periodo que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental. La muerte o acto de morir es el estado final de la existencia humana, cuando deja de funcionar el organismo

(B. Mac. Van, et al 1987), dado este diagnóstico cuando se ha perdido actividad neuronal en el cerebro.

Durante la etapa final o agonía la persona enfrenta problemas tanto físicos como psicológicos, tales como la pérdida de sensibilidad, la capacidad de movimiento; pérdida de sus reflejos, primero en las extremidades inferiores y después en las superiores. A medida que aumenta el deceso, la persona sufre deterioro de la circulación periférica, abundante sudación (su superficie corporal se enfría su audición y visión van disminuyendo así como su sentido del tacto (Op. Cit.). Pueden agregarse dolores agudos constantes cuando la enfermedad es degenerativa como el cáncer, la pancreatitis, alguna infección renal, etc.

Por ello, la mayoría de las personas temen más el proceso de agonía que la propia muerte; esto explica un poco que los pacientes moribundos necesitan apoyo antes del deceso, pues ellos presentan necesidades psicológicas o emocionales, (determinadas en gran medida por la etapa de agonía) y fisiológicas, influidas por los cambios corporales.

A pesar de todo la mayoría de los enfermos encuentran la manera de confrontar la enfermedad, manteniendo hasta el final la esperanza, que transforma su objetivo conforme avanza la enfermedad, primero es de alivio y después es de tener una "buena muerte".

La situación que vive la persona en etapa final requiere de atención constante a su enfermedad y a sus necesidades como persona, aquí el profesional de la salud se enfrenta a un gran reto dentro de su trabajo, requiere de un manejo adecuado tanto como profesionista y como persona que presencia un deceso y enfrenta las necesidades particulares de una persona en etapa final.

Ya se ha abordado la situación del profesional de la salud y del paciente terminal por separado, la parte restante es conocer el desarrollo de esta situación en conjunto, lo cual se abordará en el siguiente capítulo.

CAPITULO 3

EL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ESTA A CARGO DEL PACIENTE TERMINAL

El campo de la salud forma parte de un servicio indispensable en toda sociedad, dada su contribución a la prevención de enfermedades y disfunciones, así como al mejoramiento del bienestar físico de la comunidad. Formar parte de éste servicio social requiere de estudios profesionales, además de una actitud de servicio e interés en favor del conocimiento aplicado a la salud.

Un hospital, es el lugar por excelencia donde se aplican estos conocimientos, porque cuenta con diversas áreas para la atención de los males que aquejan a una comunidad en particular.

El área de interés para este tercer capítulo es la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), porque aquí se conjunta el trabajo del profesional de la salud y la persona en etapa terminal, que en esta área se encuentra en un porcentaje significativo. Conocer su organización y estructura brinda un panorama del lugar y ambiente de trabajo donde se sitúa la relación profesional de la salud - paciente terminal, y aclara la importancia de estructurar una relación funcional para la salud del profesional.

3.1 UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

El tratamiento o la terapéutica intensiva comprende la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades modernas que se utilizan en situaciones de peligro para la vida. Supone agotar todas las posibles terapias para la sustitución temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad fundamental que ha causado estos trastornos. Además supone la vigilancia constante de los pacientes que pueden encontrarse potencialmente en situación de precisar un tratamiento intensivo.

Lawin, (1981), define la UTI como una unidad con camas para pacientes muy graves, cuyas funciones vitales están alteradas con peligro de su vida y deben ser repuestas o en su caso restauradas por medidas especiales. Bajo la

denominación de funciones vitales se entiende: respiración, circulación, equilibrio electrolítico (regulación térmica) y Sistema Nervioso Central (metabolismo).

Su objetivo es restablecer las funciones vitales trastornadas de un sistema orgánico y recuperar los valores límites necesarios para la continuación de la vida en condiciones aceptables.

Deben ser ingresados en la UTI los pacientes que no muestren una respuesta suficiente a la terapéutica habitual y cuyo organismo ha llegado a una situación límite planteada por una enfermedad extremadamente grave o a consecuencia de un accidente, de una operación o de una complicación imprevisible. La enfermedad fundamental pasa en segundo plano, los esfuerzos médicos deben centrarse en mantener, restituir o, si es preciso, sustituir las funciones elementales imprescindibles para la vida (respiración, circulación, regulación térmica y metabolismo), mientras llega el momento de tratar la dolencia fundamental. Los pacientes plantean en general problemas muy semejantes, tanto si son de tipo quirúrgico como neurológico o ginecológico.

El tratamiento de la UTI puede hacerse necesario en pacientes con los siguientes cuadros clínicos:

- a) Insuficiencia respiratoria.
- b) Coma profundo por traumatismo cerebral, operaciones o enfermedades cerebrales, descompensaciones metabólicas agudas.
- c) Complicaciones postoperatorias, atonía gastrointestinal, íleo, peritonitis, pancreatitis, trastornos de coagulación.
- d) Después de intervenciones quirúrgicas sobre el corazón.
- e) Graves trastornos del metabolismo hidroelectrolítico y del equilibrio ácido-base.
- f) Hemorragias del aparato digestivo.
- g) Insuficiencia renal aguda.
- h) Cuadros de choque de etiología muy variable.
- i) Lesiones traumáticas muy graves.
- j) Quemaduras.
- k) Tétanos.
- l) Eclampsia grave.
- m) Enfermedades cardiovasculares agudas (infarto al miocardio, trastornos del ritmo, embolia pulmonar).
- n) Hipotermia e hipertermia.
- o) Después de reanimaciones.

La UTI debe contar con las siguientes características de organización:

- A. Tiene una magnitud por lo general de un mínimo de 06 camas y un máximo de 16.
- B. Requiere de un espacio suficiente para cada cama, donde es necesaria una toma de abastecimiento central de gas (oxígeno, aire a presión y posibilidad de absorción).
- C. Según la importancia y estructura del hospital que se trate podrán limitarse estas UTI a determinadas especialidades o bien superar la división de especialidades y adquirir carácter mixto; de tipo vigilancia o tratamiento intensivo, donde la vigilancia intensiva refiere a pacientes que se hallan amenazados durante un periodo transitorio, y el tratamiento intensivo apunta a personas cuyas funciones vitales se encuentran trastornadas de forma que está en peligro la vida y es preciso restablecerlas, auxiliarlas o mantenerlas de forma artificial.
- D. Entre las instalaciones más frecuentes de la UTI de un hospital se encuentran 3 áreas:
 - a) Habitación de recuperación. Pacientes recién operados.
 - b) La unidad de vigilancia. Servicio dependiente de especialidades, con pacientes recién operados tras intervenciones importantes, así como para enfermos graves en el preoperatorio o que no han de ser intervenidos. Personas con trastornos cardiovasculares, insuficiencia renal, intoxicaciones, quemaduras, paraplejías. De una a varias horas de estancia en la unidad, o días si hay complicaciones.
 - c) La unidad de tratamiento intensivo. Para personas en peligro de muerte, que requieren restaurar sus funciones vitales. Su estancia es de días a semanas.
- E. Necesita de personal de acuerdo al número de camas:
 - a) Médicos. Se requiere que sea permanente las 24 hrs., teniendo en cuenta las fiestas semanales, de 4 a 6 médicos de plantilla. Si la UTI tiene más de 12 camas se recomienda que exista una plaza de medico jefe para garantizar la uniformidad de médicos asistentes y la confianza de un buen tratamiento médico. Tomando la siguiente proporción: en la vigilancia intensiva un médico titular para cada 3 camas, en tratamiento intensivo 1 médico titular para 2 camas; además de 1 jefe médico de la UTI.
 - b) Enfermeras. Para vigilancia intensiva la relación debe ser 1:1, una enfermera por cada cama, y para tratamiento intensivo puede ser una relación mínima de 1 enfermera para cada 2 camas.
 - c) Personal auxiliar. Exclusivo para preparar los cuidados básicos para el tratamiento, en proporción de 4 a 6 para un número de 10 a 20 camas.
- F. Con relación a los aparatos y equipo, requiere:
 - a) monitores de electrocardiograma para el 65% de las camas, además la posibilidad de registro de electros de larga duración para el 20% del número de camas.

- b) Vigilancia intraarterial de electrocardiograma de la presión sanguínea para el 20% de las camas.
 - c) Desfibriladores y unidades marcapasos, marcapasos con baterías.
 - d) Aparatos para la respiración permanente, incluidos inhalación asistida y aspiradores, piroendoscopia, para el 50% del número de camas.
 - e) Dialisis peritoneal más báscula.
 - f) Posibilidad de control radiológico en la cama, a ser posible con intensificador de imagen con televisión.
 - g) Realización de análisis de gases hemáticos durante el día y la noche.
 - h) Posibilidad de llevar a cabo todos los métodos de investigación clínica de laboratorio durante el día y la noche.
 - i) Banco de sangre en el edificio.
 - j) Posibilidad de aplicar una presión venosa, una intubación de urgencia, una broncoscopia y una traqueostomía.
- G. Y finalmente, requiere de una disposición espacial que garantice la posibilidad de aislar pacientes entre sí por motivos higiénicos, así como la observación directa de los pacientes desde cualquier punto de la UTI. (Lawin, 1981; Wahlin, Westermark y Vliet, 1980),

Toda UTI ocupa una posición clave entre el servicio de cirugía, la estación de recepción de urgencia y las diversas salas de servicios médicos. En dichas unidades intensivas sus servicios se requieren en mayor grado que en otras áreas de la medicina, pues se reúnen los recursos necesarios para aplicar el conocimiento y experiencia dada por años para el cuidado de personas con peligro de vida.

El trabajo del profesional de la salud en esta área tiene que ser continuo las 24 horas del día. Una rutina diaria requiere de reuniones constantes entre el personal médico y de enfermería para el cuidado y/o vigilancia de los pacientes.

De acuerdo con Wahlin y cols. (1980), se inicia el trabajo antes de que comience el turno de la mañana, las enfermeras entrantes deben tener una junta con las enfermeras salientes del turno de la noche. En el transcurso de esta junta los registros de vigilancia de cada paciente se estudian con todo cuidado, se hace una notificación particular de cualquier cambio o complicaciones de los informes de laboratorio recién llegados; también se hace una revisión de las medidas de tratamiento. Las enfermeras y las estudiantes de enfermería emplean la primera hora después de cada turno para tomar muestras y señalar al personal las tareas a desarrollar durante el turno que comienza. Mientras las enfermeras toman muestras, las estudiantes recogen y miden las cantidades diarias de orina, de drenajes y se hacen pruebas para análisis. Una de las enfermeras se dedica exclusivamente a calcular el balance ordinario de fluidos y de electrolitos, así como

el abastecimiento de calorías durante las últimas 24 horas, de cada paciente. Esta forma de trabajo sirve de base para que el médico haga el programa de fluidos, los electrolitos y el abastecimiento de calorías para las siguientes 24 horas. Al final de este turno las órdenes se escriben y se dan a las enfermeras. Conjuntamente con el personal de vigilancia, las enfermeras se hacen cargo de los cambios de posición del paciente, succión, hacen las camas, etc.. Las enfermeras continúan con el trabajo de vigilancia personal con cada paciente en visitas continuas dan información acerca de los cambios en la terapia y se encuentran preparadas para intervenir en caso de que surja un deterioro agudo. En el transcurso de la mañana la sala se limpia y el equipo usado se recoge y se reemplaza. Durante el cambio del turno vespertino se dan informes cuidadosos de acuerdo a las categorías del personal correspondiente y el tratamiento lo continua el médico del turno vespertino como complemento de las órdenes dadas en la mañana. Durante la tarde y al anochecer, el trabajo del personal de la UTI se concentra en concluir la rutina diaria en la mejor forma posible a fin de que el poco personal nocturno pueda dedicarse totalmente a los pacientes que más lo necesitan.

La UTI forma parte del ambiente de trabajo del profesional de la salud que está a cargo de personas con peligro de vida, algunas de ellas solo están de manera transitoria por periodos cortos de tiempo, mientras su mayoría requieren cuidados especiales porque están en etapa final de alguna enfermedad. Dada esta situación, el profesional necesita realizar un trabajo eficiente y seguro en ayuda al paciente, y preguntarse constantemente si el cuidado es realmente una ayuda o no en sentido humanitario o esta prolongando artificialmente las funciones vitales por días o semanas únicamente.

3.2 EL TRABAJO ESTRESANTE

El trabajo profesional que se brinda en una UTI es prácticamente asistencial para una mayoría de sus pacientes, dado el peligro de vida en que se encuentran. Laborar ayudando a recuperar la salud, refiere un gran esfuerzo y energía por sanar a las personas. No obstante, el contacto "íntimo" o humano que requiere este trabajo puede agotar o cansar más que otro trabajo que no implique un acercamiento personal.

Como profesional de la salud, el trabajo que realizan requiere enfrentar situaciones diversas, junto con la responsabilidad que se adquiere con la asistencia y vida de otras personas. Al igual que en otros trabajos, este tiene interacciones humanas y permite al profesional de la salud obtener medios económicos a la par del estatus o rol que desempeña. Sin embargo también trae consigo una serie de exigencias laborales: que se refieren a las demandas que se imponen a la persona

y que resultan de las condiciones objetivas de la ejecución, considerando el carácter y contenido del trabajo, los medios, objetos, procedimientos de trabajo, condiciones espacio-temporales y ambientales en que se desarrolla la actividad. (Almirall, 1993).

Actualmente como consecuencia del desarrollo científico y tecnológico, las actividades requieren una menor actividad física y una mayor actividad psicológica o mental. Tal es la situación de los profesionales de la salud, su labor implica además de trabajar con múltiples conocimientos, aspectos éticos y morales que los pone en una situación personal polémica; como el aborto, la eutanasia, la muerte, etc..

La exigencia mental como la que diario tienen éstos profesionales puede desarrollar cuadros de tensión, principalmente si éste va en aumento y es excesivo. Si hay tensión por el trabajo ésta se puede manifestar en efectos negativos para la salud de quien está en una situación demandante intelectual y físicamente. Almirall (1993) propone la consideración de cuatro efectos negativos del trabajo:

- A. Estrés ocupacional. Engloba una serie de factores negativos al proceso de trabajo como el ruido, mala iluminación, deficiencias sanitarias, etc..
- B. La fatiga. Tiene dos modalidades: la física y la mental. Como fatiga física se entiende los altos requerimientos de movilidad. Como fatiga mental se identifica a nivel de centros nerviosos y de estructura cerebral por altos niveles de estimulación cognitiva y/o de gran significación emocional.
- C. La monotonía. Implica realizar una actividad constante y sin muchos cambios y se caracteriza por una disminución de actividad física y psicológica. Es un estado relativamente pasajero y un sentimiento de apatía e indiferencia hacia la actividad.
- D. Hastío psíquico. Se entiende como un estado de tensión molesto y desagradable, que refleja inquietud en quien lo presenta.

De acuerdo a Seward, (1993), el exceso de trabajo, la capacidad para decidir, así como el grado y tipo de responsabilidad, son factores relacionados con el estrés profesional y principalmente, es una fuente significativa de estrés el trabajo que impone responsabilidad por la vida de otros.

Respecto a este punto, Dunlop y Hyockley (1990), argumentan que los problemas de estrés en el campo de la salud son más frecuentes en aquellos

profesionales que están en contacto con pacientes terminales, por todo lo que implica la interacción con ellos. Es una situación que exige ayudar a mejorar la salud del paciente y al mismo tiempo de alguna enfermedad crónica que difícilmente aumenta el tiempo de vida del paciente, de tal forma, la exigencia de cuidados médicos y la pérdida frecuente de pacientes es una de las situaciones que probabiliza el aumento de estrés en los profesionales de la salud.

Generalmente, el estrés se considera como un fenómeno negativo, causa de un desajuste entre las necesidades de la persona y las exigencias de su ambiente. Hay que señalar que no es una propiedad de la persona o del ambiente, sino una interacción particular entre la persona y el ambiente,

El estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye en gran medida a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida. Algunos autores lo definen como:

- Esfuerzo agotador para mantener las funciones esenciales al nivel requerido.
- Frustración y amenaza que no puede reducirse.
- Situaciones nuevas e intensas, rápidamente cambiantes e inesperadas. (Valadez y Landa, 1998).

No obstante, un mismo agente estresante (estresor) puede tener repercusiones positivas para un individuo y negativas para otro. Es estrés como fenómeno negativo se produce cuando las personas han de afrontar situaciones de presión y demandas excesivas, sin tener los recursos adecuados o sin saber muy bien cómo encontrarlos. Dentro de las consecuencias negativas del trabajo estresante en profesionales de la salud, se encuentran: abandono, déficit en el cuidado, problemas físicos y burnout. (López, 1998).

El estrés es multicausal y surge a través de los intercambios de la persona con el ambiente. Es en esa relación individual donde los mismos estímulos pueden tener una respuesta positiva o negativa. Lo que para un profesional de la salud es sinónimo de estrés: ser nuevo en una unidad, la autonomía, tecnología, etc., puede ser entendido por otro profesional como fuente de desarrollo profesional.

Arita y Arauz (1998), mencionan que el trabajo asistencial en situaciones de alta demanda emocional como el de médicos y enfermeras, los expone a acumular cantidades de estrés que superan el umbral de adaptación, y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento tales como úlceras, alergias, dolor de cabeza, depresión y otras que, de continuar, pueden provocar infartos, diabetes e incluso la muerte.

Por igual, Román (1997) menciona que las altas demandas de trabajo en profesionales que brindan un servicio desarrollan no solo señales de agotamiento sino un cuadro de tensión emocional que tiende a generar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos y puede llegar a transformarse en un síndrome, "el Burnout", también llamado Síndrome de Desgaste o Agotamiento Profesional (Espinosa, Zamora y Ordoñez; en Barreto, et al 1996).

3.2.1 SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL / BURNOUT

Burnout traducida del inglés se entiende como "estar quemado", básicamente consiste en la pérdida de la autoestima, acompañada de desánimo y tedio en el trabajo diario, incluye también fenómenos de hastío por la profesión, despersonalización y reducción de la capacidad personal. Otros factores contribuyentes al síndrome son la sobrecarga de trabajo, problemas relacionados con el pago de honorarios, la dedicación a enfermos terminales o graves, la desconfianza por parte del enfermo o sus familiares y la falta de tiempo libre. (Whippen y Canellos 1991).

Asimismo, Jhonson, Wagner, Rueger y Goepfert (1993), definen al Síndrome de Agotamiento Profesional como un estado físico, emocional y mental exhaustivo causado por largos periodos dentro de una situación que es emocionalmente demandante.

Las causas del Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout son múltiples y varían en cada persona, pueden presentarse todas o algunas a la vez, con mayor o menor intensidad. Espinosa, Zamora y Ordoñez (1995; en Barreto, et al 1996), las dividen de la siguiente manera:

- a) Personalidad previa.
- b) Acceso largo y penoso al mundo laboral.
- c) Deficiencias en la enseñanza universitaria (formación en cuidados paliativos y de soporte, información sobre problemas laborales, formación psicológica frente a críticas y el estrés).
- d) Malas condiciones de trabajo, sistema sanitario y equipo.
- e) Desconfianza entre médicos y enfermeras.
- f) Pérdida de prestigio de la profesión.
- g) Alta mortalidad de los pacientes.
- h) Tipo de patología de los pacientes.

Con respecto a la incidencia del Burnout en los profesionales dedicados al cuidado de la salud, hay pocas investigaciones que profundicen sobre dicha problemática. Espinosa y Cols. (Op. Cit.) realizan una revisión de varios estudios sobre éste, mencionan que entre las primeras especialidades médicas donde se ha detectado el síndrome figuraban las que trataban pacientes crónicos, incurables o muy graves, es decir, que se puede presentar con mayor probabilidad en aquellos profesionales que están a cargo de pacientes terminales, como la Oncología, Psiquiatría, Neumología, etc.. Dichos autores también mencionan que este fenómeno se presenta con mayor incidencia en trabajos de alto riesgo, donde la presión del tiempo es un factor propicio para que se probabilice su presencia.

Las consecuencias del Burnout, de acuerdo a Espinosa y Cols. (Op. Cit.), Jhonson y Cols. (1993), whippen y Canellos (1991), se dividen en tres categorías:

- a) Emocionales: Desánimo, despersonalización aburrimiento, hastío y agotamiento emocional.
- b) Alteraciones Psicosomáticas: Astenia, anorexia, insomnio, cefalea, lumbalgia.
- c) Alteraciones del comportamiento: Alcoholismo, consumo de drogas, tendencias suicidas, apatía e irritabilidad.

Una de las áreas donde se puede presentar este fenómeno con mayor frecuencia es en la Unidad de Terapia Intensiva debido a que generalmente los enfermos que ingresan a ella, son los que tienen padecimientos crónicos y un estado grave en peligro de vida, por lo que requieren de un cuidado y atención más especializada por personal médico, paramédico y de enfermería.

Existen investigaciones que se han interesado en la salud del profesional de la salud (médicos y/o enfermeras) que atienden pacientes con enfermedades terminales. Sandoval, Viladoms y Ponce de León (1994) trabajan con un grupo de médicos que atienden pacientes con una enfermedad mortal (SIDA), bajo un modelo de grupo Balint, (..."grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente...) lo que indica reuniones periódicas donde se analizan casos concretos y se expresan temores, ansiedades y sentimientos generados por el contacto que se tiene al trabajar con pacientes que padecen una enfermedad mortal, infectocontagiosa y altamente estigmatizada; la coordinación y análisis de sentimientos corresponde a Psiquiatras que apoyan el trabajo con conocimientos de la relación médico-paciente y ética médica. Aunque este trabajo no precisa

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

resultados estadísticos se inclina por restaurar la salud mental de los profesionales que atienden pacientes terminales.

Específicamente Cullen (1996 en: López, 1998), hace referencia al Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout en el cuidador del paciente terminal (médicos, enfermeras, trabajador social o ayudante sanitario), el cual aparece si se rompe el equilibrio entre las demandas exteriores (cuidar al enfermo, educar a sus familiares, etc.) y las necesidades internas (compromiso, energía, habilidad, etc.) y como métodos de afrontamiento plantea la posibilidad de usar el ejercicio físico, la relajación, yoga y el uso de herramientas terapéuticas (comunicación asertiva, solución de problemas, soporte emocional y autocontrol); es importante señalar que propone estos métodos como una probable solución y prevención del burnout en cuidadores, aunque aún no es puesta en práctica.

Desde su formación como estudiante, el profesional de la salud recibe elementos teóricos y metodológicos, una instrucción rigurosa sobre diagnóstico físico y de laboratorio y el entrenamiento en la práctica clínica de las habilidades y destrezas que le darán seguridad al enfermo; sin embargo, el papel del profesional de la salud en los más intangibles aspectos psicológicos de la medicina, no los aprende con facilidad, los conocimientos esenciales no dependen de la simple instrucción, sino de la madurez emocional manifestada para apreciar profunda y correctamente los problemas de salud de un ser humano sin que ello afecte su propia estabilidad.

3.3 EL PROFESIONAL DE LA SALUD FRENTE AL PACIENTE TERMINAL

En la UTI la mortalidad es elevada, el profesional de la salud entra en contacto con muchos sufrimientos severos y es testigo de tragedias humanas. Lo que implica estar seguro al trabajar con personas en riesgo de muerte etapa final, es decir, se requiere de experiencia para afrontar una situación crítica.

Se exige del profesional poner en juego todas sus habilidades para ofrecer lo mejor de su trabajo a cada paciente; la mejor atención médica debe tener calidad técnica y demanda la libertad para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, ofrecer al paciente lo mejor sin limitaciones. (Lifshitz, 1994).

La primera reacción del personal nuevo hacia la multitud de nuevas tareas en la UTI, con frecuencia es de inseguridad. Qué tan insegura sea la reacción dependerá, en parte, de la temprana experiencia individual. Las enfermeras consideran que por lo menos son necesarios seis meses para que una recién

llegada pueda encontrarse cómoda en esta forma de trabajo. (Wahlin y Cols., 1980).

Muchas veces, el equipo de trabajo puede ayudar con su experiencia a las necesidades que presentan sus miembros, apoyando la adaptación del profesional nuevo. Como primer regla al aprender a tratar personas en peligro de vida, es la supresión de emociones intensas para mantener una conducta calmada cuando se esta en una situación de emergencia, principalmente en presencia de los pacientes, o de lo contrario se transfiere ansiedad y frustración a la persona enferma.

También, como profesional de la salud encargado de vigilar el estado y la reacción del tratamiento por parte del paciente, es estar abierto y dispuesto a la mejor evaluación de los problemas emocionales de su paciente, conociendo algunos factores de riesgo como: problemas emocionales previos, experiencia similar, estado físico actual, (con ayuda del expediente clínico), así como conocer la enfermedad o problema que aqueja a la persona, su historia natural, manejo y complicaciones esperadas.

Estas prácticas se han dado dentro de un código no escrito, sobre las experiencias que tienen los profesionales sobre una emergencia o lo que entre compañeros han observado, pues generalmente durante su entrenamiento en hospitales, los profesionales de la salud se enfrentan a situaciones de duelo sin tener entrenamiento previo. Dunlop, y Hockley, (1990), indican que las enfermeras se enfrentan más a situaciones de duelo, incluso pueden tener de 5 a 10 pacientes en etapa final en una guardia, en cambio los médicos hay quienes llegan a la práctica sin haber tenido participación directa con un enfermo terminal, aproximadamente más del 30% de los médicos.

Influye en gran medida la experiencia que el profesional de la salud tenga para verse afectado o no en diversos grados, al tratar una persona en etapa final:

- a) Sentirse incapaz de tratar a los pacientes. Dar a los pacientes tratamiento solo los hará sentirse peor.
- b) Sentimientos de culpa por no haber podido evitar la muerte del paciente con depresión resultante.
- c) Desesperanza acerca de nuevas expectativas en el tratamiento.
- d) Al contrario, comportamiento excesivamente optimista y agresivo cuando resulta evidente de que no se beneficiará en algo al paciente.
- e) "Ya no puedo más". Pensado con mucha frecuencia. (Sosa, 1989).

Tener una posición adecuada ante el paciente, requiere conocimiento de la situación total: Enfermedad y necesidades del paciente, dado el estado en que se encuentra la persona. Es necesario categorizar los problemas médicos, escuchar los problemas y necesidades, conocer las necesidades psicológicas del individuo e intentar captar la confianza de la persona enferma para estimular los procesos de aceptación de su situación.

3.3.1 SOPORTE Y DEBERES ANTE LA VIDA QUE DECLINA

Cuando la persona es enfrentada a los avances de su enfermedad y a un pronóstico incierto, su reacción es con cierto nivel de shock; en el profesional de la salud cae el manejo de esta situación, y llegan en ese momento frases como: "no resucitar", "administrar una inyección" y "soporte de la vida terminal".

Y si el paciente manifiesta su deseo de vida, tanto médicos como familiares se enfrentan a problemas éticos personales. Los profesionales de la salud optan por su responsabilidad moral satisfaciendo el soporte, siendo directivos de la situación. No obstante, algunos estudios muestran serias limitaciones en esta directiva: inflexibilidad (evitan el dolor hacia el paciente) y vago lenguaje. (Feinberg, 1997; Geppert, 1997).

Lo mejor que se puede hacer es tener una interacción de confianza con el paciente, este último está listo para oír, respetar y soportar. Comprender el escenario en que se encuentra el paciente, puede darse el apoyo al proceso de dolor y agonía.

Otro aspecto que todo profesional de la salud enfrenta al tratar a una persona en riesgo de vida, es informar "malas noticias", tanto a él como a sus familiares, una reacción común es preguntar a los profesionales de la salud una serie de cuestiones difíciles. Algunas tienen que ver con creencias, con lo que realmente le pasa al paciente, con el tratamiento y con su recuperación. Estas preguntas son difíciles porque:

- A. El responder puede constituir más malas noticias y pueden formarse lejos de una ayuda. En este contexto, la esperanza es normalmente vista en términos de recibir lo mejor, antes de ello reciben que la esperanza está lejos de ellos.
- B. Frecuentemente se cree que los profesionales de la salud están preparados para responder a las preguntas de los pacientes. Esta creencia está apoyada en su entrenamiento y experiencia, y causa un descontrol considerable al no tener clara la respuesta cuando existe una pregunta como esta "¿cuánto tiempo tengo?".

- C. Esto puede ser disonante entre el paciente quien puede estar pasando por lo doloroso de la enfermedad, y los parientes pueden mantener una esperanza irrealizable. Esta situación es vista por muchos profesionales de la salud como un conflicto de lealtad con el paciente y la expresión de sus necesidades.
- D. Esto es una dificultad para identificar que significa la pregunta en particular cuando el profesional de la salud trabaja en la pregunta con el paciente, tratando de ser lo más claro posible, el paciente se muestra muy indispuerto diciéndole "usted no puede decirme eso"; por eso estas cuestiones son un problema para muchos profesionales de la salud.
- E. Y es que el profesional no ha sido preparado para suministrar datos en caso de enfermedad grave. Puede angustiarse ante esta obligación, por los sentimientos que sabe generará en los afectados y porque puede pensar que hablar de muerte supone el reconocimiento del fracaso profesional. (Faulkner y Regnard, 1994; y González, 1993).

Quando el paciente pregunta, la respuesta necesita ser inmediata y que no inquiete. Al preguntar el paciente va obteniendo seguridad, por ello se tiene que reconocer la pregunta, identificando que lleva algunas veces ansiedad o coraje, lo que muchas veces dificulta la pregunta porque ambas partes (receptor y emisor) tienen tras de sí la ansiedad o coraje. Los profesionales de la salud requieren habilidades efectivas de comunicación y se pueden apoyar en:

- A. Dar esperanza. En el cuidado de la salud, la esperanza ha sido un concepto que se ha visto como una buena recuperación. Muchos profesionales de la salud recurren a la esperanza antes de dar un diagnóstico y pronóstico, dan esta esperanza para que el paciente en el poco tiempo que le queda tenga otra visión de esta. Lo cual se ha visto como una acción correcta.
- B. Manifestar incertidumbre. Cuando el profesional de la salud dice "no lo sé", debe sentir seguridad cuando es correcta ante una pregunta que genera ansiedad. Si se ha hecho esta afirmación en el tiempo y si durante el tratamiento puede manejarse, esto ayuda a que el paciente se pueda reorganizar y trabaje su propia incertidumbre, para que después pueda elegir y tomar decisiones, (si hay un conocimiento de posibilidades).
- C. Disonancia. Se da cuando el paciente o los familiares comprenden diferente el problema, en este caso se negocia con ambos para que entiendan la situación. La experiencia indica que es necesario hacerlos parte en el conocimiento de lo que ocurre y sé esta haciendo, esto les ayuda para que puedan planear en el pequeño futuro próximo.
- D. Identificar el problema. Es uno de los puntos que el profesional con experiencia encuentra fácil, cuando el paciente no encuentra soluciones.

E. La verdad soportable y progresiva. La información que se ha de transmitir se determinará por la capacidad del enfermo para soportarla. (González, 1993; Faulkner y Regnard, 1994; Fonserrada, 1991; Monge, 1991; y Sosa, 1989).

Sí, hay que hablar con la persona en etapa terminal, antes o después se dará cuenta de su situación y no es posible engañarle. Cuanto más avanza la enfermedad, es frecuente que la persona que sufre se aisle de las demás y sea aislada por los demás.

Mantener la comunicación es un deber necesario, para evitar en la persona el sentimiento de abandono e inutilidad que pueda presentar. Lo más recomendable es decir siempre la verdad, informarle al paciente siempre la naturaleza de su padecimiento o recaída, esto le ayudará a tomar su tiempo y hacer planes.

Considerar la muerte próxima de una persona crea controversias éticas, lo más recomendable para estos casos es la creación de comités bioéticos que puedan apoyar al personal de la UTI en la toma de decisiones. Es injusto que se dejen las decisiones únicamente al profesional de la UTI ya que muy frecuentemente se encuentran involucrados en el caso y en algunas ocasiones su juicio no puede ser lo suficientemente objetivo. (Portela, 1989).

Ante todo, lo que se busca es que la persona en etapa final, reciba todos los cuidados médicos y paramédicos ya sean de orden físico, emocional y espiritual que requiere durante sus últimos momentos.

3.4 BIOÉTICA Y MEDICINA PALIATIVA

Trabajar con una persona en peligro de vida se debe orientar tanto en el tratamiento y cuidados como en el asesoramiento y comunicación al paciente y sus familiares, apuntando principalmente el soporte vital y la continuidad de los cuidados específicos.

Sin duda la comunicación constituye uno de los pilares de la medicina paliativa, pues brinda serenidad al ahuyentar temores en la familia y el paciente.

La medicina paliativa es una respuesta a la búsqueda de soluciones que eviten sufrimientos innecesarios y ayuden al paciente a morir con "dignidad"; que por definición se orienta a evitar dolor, agregando conceptos éticos y profesionales de respeto al paciente y su dignidad.

Con base en la Bioética, una ciencia que implica conceptos éticos a favor del bienestar de la persona; la medicina paliativa brinda las técnicas necesarias que apoyan el trabajo del profesional de la salud, fundamentalmente cuando se encuentra en situaciones de decisiones difíciles, donde el tipo de acciones como "resucitar" se deben discutir tanto con el paciente como con los familiares y otros profesionales.

Al paciente se le ayuda a afrontar dignamente la última etapa de la enfermedad y de la llegada a su deceso con la mayor calidad de vida posible, atendiendo todas sus necesidades en esta situación y aceptando con naturalidad el hecho de la muerte.

Fundamentalmente, los cuidados paliativos retoman el interés por el ser humano como una entidad global en tres niveles de funcionamiento: físico, psicológico y social. Apuntando a la coordinación de diferentes disciplinas en favor de que se mantenga un equilibrio, en todo ser humano.

El trabajo interdisciplinario es imprescindible en el abordaje multidimensional de los problemas a los que se enfrenta una persona con peligro de muerte. El establecimiento de objetivos terapéuticos por parte de médicos y enfermeras conjuntamente con el paciente, y si es posible en reuniones periódicas con otros profesionales, apoyan el trabajo del cuidado paliativo. Tal como está planteada la medicina paliativa, la base se da en el reconocimiento mutuo, la confianza recíproca y la comunicación efectiva, saber escuchar y hablar, tanto con el paciente, como con los familiares y otros profesionales.

Como principios básicos de la medicina paliativa están los que mencionan Barreto, y Cols. (1996):

- a) Conocimientos de la situación clínica.
- b) Conocimiento del objetivo asistencial.
- c) Actitudes,
- d) Habilidades.
- e) Principios éticos.

Es necesario conocer las circunstancias del paciente, sus necesidades específicas condicionadas por la situación de la enfermedad terminal, en sus vertientes física, psicológica, social y espiritual, puede dar una visión comprensiva de la realidad a la que se enfrenta el profesional de la salud; considerar la situación de la familia, con sus necesidades emocionales particulares derivadas de las dificultades de manejo de la situación y por la anticipación de la pérdida afectiva es esencial, además de los conocimientos y habilidades específicos del

cuidado de la salud, permiten tener claro el objetivo de la participación del profesional que se enfrenta a una situación de duelo.

El objeto de la medicina paliativa es "educar" hacia la solidaridad de las personas en la fase final de la vida, de modo que se minimicen sufrimientos y comportamientos de evitación y huida que pueden presentarse hacia la muerte. No obstante que, enfrentar el fenómeno de muerte, dependerá de cada individuo buscar el significado de ésta.

La presencia de la muerte en la UTI se puede enfrentar en el profesional de la salud como un problema o una molestia por los trámites burocráticos, sin embargo, aún falleciendo el paciente, éste puede tener un significado, si se consideran los siguientes aspectos:

- A. Evitar en el paciente sufrimientos innecesarios.
- B. Brindar el mejor esfuerzo al atender el deceso de la persona.
- C. Apoyar a la familia con la facilitación de trámites burocráticos- administrativos.
- D. Los pacientes con criterios de muerte cerebral, pueden ser donadores potenciales de órganos.
- E. Considerar el interés académico. Realizar estudios de autopsia, ya que a través de ellos, se encuentra el significado de la muerte a algunos pacientes. (Portela, 1989).

La medicina paliativa apoya el tratar con personas en su etapa final para que esta se presente de forma digna, no obstante muy pocos profesionales de la salud han recibido una formación de éste tipo, siendo esta experiencia una de las más estresantes en su carrera profesional, pues estar en contacto frecuente con la muerte los confronta muchas veces con presiones internas, como sentimientos de indefensión, resistir el dolor de contestar preguntas difíciles, tratar temas cargados de angustia, situaciones conflictivas entre el paciente y la familia; a todo ello se une la frustración de no poder curar. (Lifshitz, 1994).

Asimismo, esta situación implica un triple esfuerzo por parte del cuidador del paciente terminal (médicos y enfermeras), ya que requiere de un esfuerzo para su atención, actuar con criterios o bases técnicas para su tratamiento y sobretodo con una actitud responsable que inspire confianza y soporte emocional para el paciente y sus familiares. Traducido esto a componentes laborales, es un trabajo "físico", "intelectual" y "emocional" constante para la persona que lo realiza

Dado que existen serias implicaciones de la salud en estos profesionales, puede manifestarse a nivel institución en problemas laborales como alta rotación, baja productividad y calidad de atención; a nivel personal lo efectos son tanto

psicosomáticos y emocionales como de comportamiento, y a nivel de atención médica (relación paciente-profesional de la salud) puede presentarse como una relación no satisfactoria para ambas partes, donde el respecto a la autoridad médica y la aceptación del paciente al tratamiento se muestren no funcionales. Por ello, es importante la aportación de una disciplina que les ayude a reducir dichas manifestaciones, (Chávez, Alvarez, García y Villa, 1996). En este sentido, la Psicología ofrece los elementos necesarios para identificar oportunamente las posibles situaciones de riesgo, así como el nivel de avance de esta problemática.

En el siguiente capítulo se abordará una propuesta que la Psicología de la Salud puede brindar a la solución de estas necesidades, de los profesionales de la salud que trabajan con pacientes terminales: aprender a manejar su situación personal, afrontar situaciones con carga emotiva y estresantes, solucionar problemas éticos y morales que derivan de la situación vida-muerte y sobre todo apoyar las necesidades del paciente en peligro de vida.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ESTAN A CARGO DE PACIENTES TERMINALES

El profesional de la salud al asistir al paciente terminal se enfrenta con toda su experiencia y limitaciones a una situación que implica desgaste físico y emocional, además de exigencia ética y profesional constante. La eficacia de su respuesta depende no sólo del conocimiento de la situación, también de sus capacidades personales; que en última instancia, se reflejan en su propia salud.

Trabajar con la dualidad vida-muerte requiere en el ámbito personal procesos necesarios que apoyen la regularización de las exigencias exteriores con las interiores, evitando situaciones de riesgo para la salud del profesional. Las disciplinas involucradas, principalmente médicas, no apuntan la manifestación de riesgos en la salud del profesional como parte de la situación, hasta hoy se menciona su participación como pauta de respuesta a eventos de "difícil solución": dilemas éticos, conocimiento de la situación del paciente terminal y el apoyo a una muerte digna; sin que ello implique que el bienestar del profesional haya caído en una balanza del 50%. No obstante, los riesgos en la salud del profesional médico y de enfermería evidenciados en la última década (Whippen y Canellos, 1991; Jhonson y Cols., 1993; Sandoval, Viladoms y Ponce de León, 1994; López, 1998).

Las disciplinas médicas solo consideran en la situación del paciente terminal la necesidad de apoyar al profesional de la salud en el manejo de técnicas y recursos que correspondan a dignificar la muerte eminente del paciente; aunque hay una reestructuración curricular al igual que la integración de nuevos conocimientos para paliar dolores innecesarios y resolver dilemas éticos, aún no se retoma la importancia de las necesidades de salud personal del profesional de la salud. Básicamente el profesional de la salud queda limitado a su experiencia laboral y recursos personales al enfrentar una situación que pone en peligro su salud.

Un acercamiento humano está dado por la bioética, que apoya la asistencia de personas en peligro de muerte, al resolver problemas éticos en favor de la muerte digna; de hecho la inserción de comités bioéticos son una aportación necesaria en todo hospital que esta disciplina ha impulsado. La salud del profesional de la salud bajo esta perspectiva esta determinada por su desempeño

laboral humano y ético; es poco probable una prevención o rehabilitación de los elementos psicológicos involucrados como la ansiedad, estrés, depresión, motivación, etc.. El manejo personal se limita a su experiencia y recursos personales.

Una alternativa más amplia, la aporta la Psicología que ofrece los elementos necesarios para identificar oportunamente los riesgos en la salud del profesional y en un momento dado ayudar en su recuperación.

La psicología en el campo de la salud es una disciplina que considera en un valor igual el bienestar del profesional de la salud, del paciente terminal e incluso de la familia de éste, no limita su acción a una parte del evento, ni a un momento de la situación, su participación se puede dar desde la formación del profesional hasta su ejercicio profesional.

Para clarificar su postura en la relación profesional de la salud-paciente terminal, en el presente capítulo se hará una breve revisión de los antecedentes de la Psicología de la salud, su conceptualización y campo de acción en el proceso de salud-enfermedad, así como sus aportaciones en esta área.

4.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La raíz de la Psicología de la salud es el análisis conductual aplicado, mismo que es el primer intento de la Psicología para desarrollar técnicas dirigidas al cambio individual, partiendo de la base del análisis experimental de la conducta o modificación de conducta.

Cabría en este momento definir el modelo de modificación de conducta, sin embargo, existen aun problemas para definirlo, ya que a lo largo de su desarrollo se le han dado un sin fin de nombres; lo podemos referir como: terapia conductual, terapia multimodal, análisis conductual, conductismo, modificación cognitivo-conductual, condicionamiento, manejo de contingencias, condicionamiento operante, aproximación estímulo respuesta, aprendizaje social, aprendizaje vicario y control de estímulos. (Krasner, 1982; en: Bazán, 1997). No obstante, se puede considerar como un cuerpo de conocimiento estructurado, por poseer técnicas derivadas de la Psicología general basadas en las teorías del aprendizaje.

Se compone de una variedad de teorías y técnicas basadas en el aprendizaje y condicionamiento, mismos que vienen a dar estabilidad a la aproximación mediante tres ventajas:

- A. Supera el problema de otras aproximaciones (como el Psicoanálisis) respecto al bajo poder en tratamientos y técnicas para ser valoradas mediante un control experimental y poder favorecer con ello tanto el área teórico-aplicada como la solución de problemas sociales y de salud, al retomar herramientas y procedimientos de la investigación básica.
- B. En el aspecto teórico su objetivo es producir una comunicación operacional entre las variables permitiendo que éstas sean manipuladas sistemáticamente.
- C. En el contexto aplicado ofrece un compromiso de evaluaciones del proceso terapéutico de un modo objetivo, no solo de resultados terapéuticos. (Bazán, 1997).

Se ha aplicado a un sin número de problemas psicológicos en diferentes áreas como la educativa, industrial, social y clínica; en esta última, específicamente en el campo de la salud, se aplican sus técnicas a diferentes problemas comportamentales derivados de estados patológicos (cáncer, diabetes, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares, etc.), teniendo a grosso modo el objetivo de elevar y mantener la calidad de vida de las personas enfermas.

Haciendo un breve paréntesis, es necesario ubicar el porqué surge la necesidad de contar con el trabajo psicológico en el campo de la salud.

Entre otras cosas al desarrollarse la medicina; cuando fue capaz de combatir eficientemente las enfermedades infecto-contagiosas, se abocó al estudio y curación de las enfermedades crónico degenerativas, en las que aparecían como factores participantes importantes los de naturaleza psicológica y social, factores que los médicos no eran capaces de enfrentar eficientemente, probablemente por factores como los siguientes:

- a) El fracaso del modelo biomédico para explicar satisfactoriamente tanto la enfermedad como la salud.
- b) La preocupación por la calidad de vida y por la prevención.
- c) Las enfermedades crónico-degenerativas como el reto principal de la medicina, con el concomitante reconocimiento de la importancia de los estilos de vida.
- d) El desarrollo en la investigación en las ciencias del comportamiento, incluyendo la aplicación de las teorías del aprendizaje para el entendimiento de la etiología de la enfermedad y las conductas asociadas a ella.
- e) Los incrementos en el costo social de los servicios de salud, que obligaron a la búsqueda de alternativas para los sistemas tradicionales de atención a la salud. (Valadez y Landa, 1998).

Así la Psicología de la salud se comenzó a extender a mediados de la década de los setenta. Su implementación dentro del ámbito de la salud se contrapone al modelo médico y por ende a la psiquiatría, por dos aspectos centrales:

- A. Superación de una causalidad interna por entidades biológicas o mentales, residuos del dualismo occidental formalizado por Descartes.
- B. La definición de la conducta presente del individuo como el objetivo fundamental de cualquier estrategia de cambio: la conducta no es sólo síntoma, sino el problema esencial a modificar. (Ribes, 1990).

Cabe señalar que los intentos por abordar los diferentes fenómenos Psicológicos que ocurren dentro del proceso salud-enfermedad no son materia nueva, ya que la medicina se ha interesado en proporcionar explicaciones desde su marco teórico. La Medicina psicósomática fue la primera en interesarse en la relación existente entre emoción y desórdenes de salud. Después surge el término Psicología médica que prácticamente es un sinónimo de Psiquiatría, que en general abarca los problemas psicológicos mismos que intervienen en la salud física, enfermedad y tratamiento. Sin embargo, este concepto no presenta una orientación teórica particular.

Superando esas limitaciones aparece la Psicología de la salud, misma que tiene una cobertura más amplia, centrándose en el mantenimiento de la salud, prevención, epidemiología y programas de intervención a gran escala.

Contrario a este término se da origen a la Medicina conductual, la cual se enfoca al individuo específicamente, dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (De la Fuente, 1994).²

Con base a los alcances de la medicina conductual, no es azaroso el que se le trate de ubicar por encima de la psicología de la salud. Tal sobre posición no es más que el reflejo de la escasa claridad que existe respecto de los dominios de ambos campos, pues la psicología de la salud no cuenta con un modelo psicológico de salud e inclusive una definición sobre el fenómeno, al igual que la medicina conductual.

En este sentido, existen varias definiciones sobre medicina conductual, que refieren a un modelo psicológico de salud, como modelo explicativo de la relación

² La medicina conductual es un campo que surgió de la Psicología y no de las ciencias biomédicas y socioculturales. En este sentido su análisis debe plantearse como un campo interdisciplinario (tanto de las ciencias conductuales como de la medicina).

entre los hechos relativos al comportamiento y su impacto en el cuidado, mantenimiento, promoción o pérdida de la salud.

A continuación se enumeran definiciones de Medicina conductual y Psicología Médica, que Bazán (1997) argumenta:

- Blanchar (1977) ... aplicación sistemática de los principios y la tecnología conductuales al campo de la medicina, la salud y la enfermedad.
- Schwartz y Weiss (1977) ...campo interesado en el desarrollo del conocimiento de las ciencias de la conducta y las técnicas relevantes para el entendimiento de la salud y la enfermedad físicas, y a la aplicación de esos conocimientos y esas técnicas para el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Miller (1983) ...campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad.
- Godoy (1991) ...conceptualmente hablando la medicina conductual no es otra cosa que un amplio campo de integración de conocimientos que proceden de muy diferentes disciplinas, de entre las que cabe destacar (como puede desprenderse de la etiqueta otorgada al área) las biomédicas (anatomía, fisiología, endocrinología, epidemiología, neurología, psiquiatría, etc.), por una parte, y las psicosociales (aprendizaje, terapia y modificación de conducta, psicología comunitaria, sociología, antropología, etc.), por la otra. Dichos conocimientos se dirigen a promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- Al mismo tiempo, se identifica a la Psicología Médica como parte de la Medicina conductual, diferenciándose por el alcance que tienen y por las orientaciones teóricas que las rigen.
- Prokop y Bradley (1981) la Psicología Médica se define como una aproximación de la teoría del aprendizaje basado en el tratamiento de desórdenes médicos, ...es el uso de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención y control y/o tratamiento de desórdenes físicos.
- Stone, Cohen y Adler (1979) sugieren que la Psicología Médica y la Medicina conductual son sub-especialidades de la Psicología de la salud. La contribución de la Psicología Médica se ha diferenciado de la Medicina Conductual por la capacidad que tiene la segunda para ofrecer evaluaciones empíricas de diagnóstico, prevención y métodos de tratamiento, cuyos resultados pueden generar mejoras en los tratamientos médicos y en el mantenimiento de la salud.

Al tratar de encontrar diferencias y similitudes entre la Medicina Conductual y Psicología Médica se crea una nueva área la *Psicología de la Salud*. Que

comienza a erigirse como un intento de homogeneizar todos los términos anteriores.

Así, la Psicología de la salud se define como: "las contribuciones educativas científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, la identificación de etiologías y diagnósticos relacionados con la salud, enfermedades y disfunciones relacionadas, así como el mejoramiento del sistema adecuado para la salud y la formación de políticas para la salud". (Matarazzo, 1980; en Bazán, 1997).

Dada la definición de la Psicología de la salud, esta comprende varios niveles de intervención (preventivo y de rehabilitación), se dirige tanto a individuos como a grupos de individuos. Su aspecto teórico-conceptual brinda el modelo psicológico de salud que éste trabajo propone en la intervención de profesionales de la salud a cargo de pacientes terminales, el cual se ampliará en el siguiente apartado.

4.1.1 METODOLOGIA Y TECNICAS

Como se apuntó antes, la Psicología de la salud nace bajo la lógica de que se requería una nueva área o especialidad para incidir sobre la salud de los individuos, tal como ocurrió con la Psicología social, industrial, educativa, ambiental, etc.. Dicha lógica, de acuerdo con Ribes (1990), corresponde más a una preocupación por tratar un problema y resolverlo, sin antes contar con los requerimientos propios que exige toda intervención profesional.

Aunque corresponde a una nueva área, principalmente tomando su base en el análisis conductual aplicado, recoge e integra los aportes de la Psicología Conductual, la Psicología Clínica y la Medicina Conductual; la Psicología de la Salud se torna, en este sentido, es una suma de las Psicologías ya existentes y lo único que se requiere es integrarlas.

Sin embargo, carece de sentido aludir a diferentes psicologías, dado que solo se haría referencia a niveles suplementarios para abordar dos mismos eventos: el psicológico y la salud. Existe pues, esta disciplina llamada Psicología de la salud, sin subdivisiones, áreas o especialidades, que al estudiar el comportamiento plantea el análisis en términos molares, es decir, se trata al comportamiento como interacción de una persona y su ambiente, en sus diversas modalidades: físico, psicológico y social.

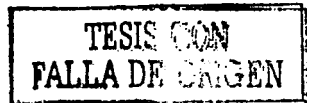
Ribes (1990) propone un modelo psicológico de salud, como una alternativa en esta gama de psicologías. El cual contempla dos aspectos fundamentales: procesos y resultados:

A. Procesos. El cual comprende tres factores:

- a) Historia de interacción del individuo. Aquí se identifican las tendencias a interactuar de la persona con una situación definida y se analiza a su vez en dos niveles distintos:
 - i. Los estilos interactivos. Constituyen las formas consistentes e idiosincráticas en que una persona enfrenta una situación, operando como un modulador de la conducta frente a una situación que exige a la persona ciertos criterios de eficiencia. (por ejemplo: la tendencia al riesgo, la tolerancia a la ambigüedad y la dependencia de señales, constituyen estilos interactivos relevantes en el caso del SIDA, mientras que la persistencia o logro y la impulsividad o no impulsividad son estilos vinculados al infarto.
 - ii. La disponibilidad de competencias funcionales. Hace referencia a la capacidad conductual de una persona, en términos de competencias funcionales apropiadas a los requerimientos y a las relaciones de condicionalidad de una situación nueva, con base en criterios de efectividad equiparables.
- b) Competencias conductuales. Se identifican los comportamientos de un individuo, las situaciones, los requerimientos de ellas, y los resultados obtenidos en relación a los requerimientos de las situaciones. Así, las competencias funcionales en el caso de la salud se refieren a poder reconocer los comportamientos y situaciones de riesgo, las señales o condiciones que indiquen proximidad de situaciones de riesgo, las consecuencias demoradas que se originarían, los comportamientos preventivos eficaces, y desplegar los comportamientos preventivos adecuados. Un nivel adicional que junto con los estilos y las competencias constituyen tendencias de comportamiento es, los motivos; estos se concretan como opciones y preferencias frente a objetos y eventos de la situación, socialmente valorados y configurados históricamente.
- c) Modulación de los estados biológicos por parte de las contingencias del ambiente. Se contemplan las condiciones biológicas del organismo que regulan las formas de comportamiento, como en los casos de lesiones o disfunciones; pero igualmente, el comportamiento influye las funciones biológicas del organismo, como en el caso de las úlceras gástricas.

B. Resultados. Aquí se pueden diferenciar cuatro niveles:

- a) Vulnerabilidad biológica. Implica la presencia de condiciones del organismo que incrementan el riesgo de que se desarrolle una enfermedad, (la desnutrición, las prácticas de higiene, etc.).



- b) Conductas instrumentales. Constituyen acciones u ocurrencias que previenen o incrementan el riesgo de contacto con agentes productores de patología de tipo biológico. Pueden distinguirse dos tipos:
 - i. Directas. Como los accidentes de trabajo y los contagios venéreos.
 - ii. Indirectas. Como las prácticas alimentarias, el consumo de drogas o el fumar.
- c) Patología biológica. Resulta del despliegue de acciones de alto riesgo y de un considerable nivel de vulnerabilidad.
- d) Comportamientos asociados. El aspecto comportamental de la persona conforma el factor crucial de curación (consumo oportuno de fármacos prescritos), rehabilitación (ejercicios), y emergencia de comportamientos asociados a la patología (ansiedad en los casos de hipertensión).

Este modelo avalado empíricamente por este mismo autor, puede coadyuvar a eliminar el riesgo de incurrir en errores en el campo de la psicología de la salud.'

La participación de este campo psicológico se da a tres niveles de intervención primario (prevención de enfermedad), secundario (la enfermedad existe pero está en sus fases iniciales) y terciario (la enfermedad existe y se encuentra en un estado medio o terminal). Los fenómenos más comunes que se abordan son: adherencia terapéutica, manejo de estrés, afrontamiento, depresión, autocontrol, modificación de hábitos, control del dolor, entre otros.

En lo que respecta a las técnicas empleadas son todas aquellas que se desprenden del Análisis Conductual Aplicado, como retroalimentación biológica, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, solución de problemas, afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales, etc..

A pesar de lo sobresaliente de sus aportaciones, como todo campo nuevo la Psicología de la Salud se enfrenta a una diversidad de problemas conceptuales tanto de definición como de limitación; sus límites están marcados por disciplinas como la biología y la sociología, y que aunque puede encontrarse dentro de la medicina debe considerársele independiente. A este respecto tal vez sería más adecuado considerarla dentro de las disciplinas encargadas del cuidado de la salud, es decir, a la par de la medicina o cualquier otra disciplina.

4.1.2 CAMPO DE APLICACIÓN

La intervención de la psicología de la Salud en el cuidado de la salud, le da una participación paralela con las demás disciplinas, pues tiene grandes aportaciones en la medicina interna como cardiología, gastroenterología,

ginecología, obstetricia y rehabilitación y medicina física, pediatría, medicina familiar, oncología, cirugía, etc., participa principalmente en el campo de las enfermedades crónicas degenerativas, al prevenir y mantener el estado óptimo a los pacientes con el fin de tener una mejor calidad de vida.

Principalmente, se enfoca en aplicar sus conocimientos en pro del individuo o mejor dicho de su salud. Sus aportaciones reconocen su importancia para la solución de problemas de salud, de acuerdo con Taylor. (1990 en: Bazán, 1997) se pueden enumerar de la siguiente manera:

- a) Ha dado un marco teórico para los fenómenos psicológicos dentro del fenómeno enfermedad.
- b) Ha proporcionado un marco conceptual que elucida la relación existente entre salud y estilos de vida.
- c) Ha evidenciado el papel del estrés en la salud.
- d) Ha marcado la existencia de conductas relacionadas con la enfermedad.
- e) Ha manifestado la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su estado de salud.
- f) Ha determinado el papel del afrontamiento en la enfermedad.
- g) Ha señalado los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad.
- h) Ha evidenciado la importancia de los procesos psicobiológicos que pueden afectar a la salud.

Asimismo, puede intervenir tanto en pacientes y sus familiares, como en el personal al cuidado de la salud, en el paciente sobre los puntos ya mencionados y en la generación de programas para su intervención y/o tratamiento; en tanto, con los profesionales igualmente puede apoyar en el mejoramiento y mantenimiento de su salud, la cual depende en gran medida de la actividad que realicen dentro y fuera del ámbito profesional.

Dentro de la investigación que se lleva a cabo en la Psicología de la salud, existe un área esencial que implica los diferentes problemas en el ajuste de los pacientes a la enfermedad y/o a los tratamientos médicos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- A. Enfermedades crónicas
- B. Enfermedades agudas.
- C. Desórdenes del desarrollo, donde pueden agruparse:
 - a) Pediátricos. Deficits de desarrollo corporal y por tanto carencia de habilidades visomotoras, intelectuales, sociales.
 - b) Gerontológicas. En función de las pérdidas sensoriales, motrices y sociales (jubilación, estatus social y familiar, muerte de seres queridos, y aislamiento que deriva en la deficiencia de habilidades interpersonales, intelectuales y físicas).
- D. Enfermedades psicogenéticas.
- E. Enfermedades terminales y muerte.

Finalmente, cabe mencionar sus características principales: está cercanamente vinculada con la psicología clínica, estudia la relación entre los factores Psicológicos, la salud física y la enfermedad; y físicamente se trabaja en ámbitos médicos ó de atención a la salud, (hospitales, clínicas, centros de desarrollo, asilos de ancianos, casas de asistencia).

Por tales razones, puede aportar su metodología y técnicas en beneficio del profesional de la salud que atiende pacientes en peligro de muerte.

4.1.3 FRENTE A LA RELACIÓN PROFESIONAL DE LA SALUD – PACIENTE TERMINAL

La situación a la que se enfrentan los profesionales al servicio de la salud implica conflictos éticos y/o morales severos como es la dualidad vida-muerte, eutanasia, aborto, etapas terminales, vejez, contacto con pacientes con enfermedades infectocontagiosas (Sida, tuberculosis, leucemia, entre otras), así como situaciones de naturaleza cotidiana (proporcionar diagnósticos desfavorables, dar malas noticias o estar ligado emocionalmente con pacientes o familiares).

De acuerdo a Bazán (1997), los puestos tanto de baja jerarquía (camilleros, recepcionistas, incluso afanadores) como de jerarquía mayor (técnicos, enfermeras, paramédicos, médicos administrativos y médicos en general) dentro de los ambientes hospitalarios o en centros de salud, han sido categorizados como actividades laborales con altos grados de estrés.

En este sentido, la Psicología de la Salud con intervenciones sistemáticas viene a elevar la calidad de vida del personal al cuidado de la salud, proporcionando un servicio que puede dividirse en:

- A. Desprofesionalización.
 - a) Entrenamiento a los profesionales al cuidado de la salud y familiares del paciente en técnicas de modificación de conducta, que facilitan el manejo del paciente y la adherencia del mismo a los tratamientos prescritos.
- B. Intervención directa con el equipo al cuidado de la salud.
 - a) Entrenamiento al profesional de la salud en habilidades que facilitarían su practica: solución de problemas, habilidades sociales, intervención en crisis y relajación.
 - b) Medición sociométrica del clima laboral y generación de estrategias para mejorar la calidad de las interacciones humanas.
- C. Intervención directa con los pacientes y familiares.
 - a) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a la enfermedad y/o a la muerte.
 - b) Intervención en crisis como apoyo al personal médico, en casos específicos de muerte o diagnósticos que pronostiquen etapas terminales.
 - c) Asistencia al equipo médico, en el manejo psicológico del paciente, favoreciendo su adherencia terapéutica y facilitando su manejo.
 - d) Creación de programas de readaptación para pacientes que padecen enfermedades crónicas.

Cabe señalar que estos servicios están dirigidos a elevar la calidad de vida e implican el diseño de estrategias de apoyo a los profesionales de la salud en el mejoramiento o mantenimiento de su propia salud, la cual se ve deteriorada también por los efectos naturales de su actividad.

Bazán (Op. Cit) define el papel del psicólogo que labora en esta disciplina, como el que funge como asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso clínico, en conjunción con otros profesionales de la salud; como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de la Psicología a distintas enfermedades, en diversos ámbitos y circunstancias, para primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar a la teoría, y segundo, mejorar la calidad de vida en el ámbito hospitalario, considerando los tres grupos que lo componen, equipo al cuidado de la salud, paciente y familia, tanto dentro de la institución como en el hogar.

La participación del psicólogo dentro del equipo al cuidado de la salud puede proporcionar los siguientes beneficios:

- a) Facilitar el manejo del paciente.
- b) Acelerar su recuperación mediante la adherencia terapéutica.
- c) Liberar al médico de la parte psicológica del paciente mediante intervenciones sistemáticas.

- d) Generación de programas educativos de prevención de recaídas o cuidados en el hogar.
- e) Favorecer la parte activa del paciente en la relación médico-paciente.
- f) Fomentar la responsabilidad del paciente sobre su padecimiento. (López, 1998).

Dado que la Psicología de la Salud puede actuar tanto en los pacientes como en los profesionales que lo requieran, ésta propuesta se centra en los profesionales de la salud debido a la probabilidad que existe de manifestar síntomas o conductas como el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout. Como se menciona en el capítulo anterior; puede ofrecer en ellos beneficios tanto en su salud como en la calidad de atención que éste da al paciente, teniendo dos niveles principales de actuación: rehabilitando y previniendo efectos de este síndrome en particular, al generar programas que les permitan desarrollar nuevas habilidades para disminuir o evitar la presencia de éste en su salud.

El modelo de Ribes (1990) muestra cómo puede analizarse un cuadro de tensión como el burnout:

En los procesos, la experiencia personal y características idiosincráticas son los recursos para resolver la situación.

- A. La historia de interacción. El cómo se ha enfrentado a una situación de asistencia a una persona con peligro de vida (responsabilidad, respeto, seguridad, interés, etc.) le proporciona una disposición motivada o no ante el evento.
- B. Competencias conductuales. Los recursos personales con los que enfrente la situación (actuar profesional, ética, emocional y socialmente, etc.), son conductas funcionales o no para su salud.
- C. Modulación de estados biológicos por parte de las contingencias del ambiente. Considerar las defensas personales o funciones biológicas que pueden apoyar o no una situación de riesgo, como la edad, compleción, sexo, etc..

En los resultados, su participación en pro de su salud también es importante para evitar desarrollar cuadros de tensión crónica o recuperar su bienestar.

- A. Vulnerabilidad biológica. Las condiciones en que se encuentre la persona (nutrición, ejercicio, descanso, etc.) incrementan o no el riesgo de enfermar.

- B. Conductas instrumentales. El profesional de la salud al actuar o evitar acciones a favor de su salud, (consumo de drogas o fumar, llevar una dieta, interés en su salud, etc.).
- C. Patología biológica. Al arriesgar constantemente su salud la vulnerabilidad es alta, (trabajar sin descanso, laborar en un ambiente de exigencias mentales y comportamentales altas y precisas, etc.).
- D. Comportamientos asociados. Las acciones a favor de su salud relacionadas, (identificar lo que fomenta o mejora su estado ante la situación –ansiedad, miedo, confianza, etc.-; realizar acciones para su rehabilitación –ejercicio, descanso, etc.-; evitar acciones de alto riesgo, etc.).

Específicamente, la intervención de la Psicología de la salud parte desde la formación del profesional de la salud; en el pregrado se puede agregar como materia opcional, donde se brinden las herramientas o técnicas para afrontar una situación de crisis médica, (comunicar "malas noticias", dar apoyo al paciente y/o familiares, solucionar conflictos interpersonales tanto con el equipo al cuidado del paciente terminal como con éste último y/o sus familiares, detectar lo que puede o no enfrentar, etc.). Con el paciente terminal infringe en el apoyo que éste necesita para enfrentarse a su situación (aceptar y prepararse para su muerte) y en el profesional de la salud en la aportación de técnicas para desarrollar un ambiente laboral favorable, incidir en relaciones laborales no conflictivas y productivas, entrenamiento en habilidades que faciliten su trabajo (solución de problemas, afrontamiento del estrés y ansiedad, comunicación y relajación) e intervención en crisis.

Para mayor visualización se desprende la siguiente tabla donde se ubica la técnica o técnicas que la Psicología de la Salud puede aportar para esta situación:³

PACIENTE TERMINAL

SITUACIÓN	MÉTODO	APLICACIÓN
Aceptación de su situación	Métodos de autogestión (observación, evaluación y reforzamiento personal)	Con apoyos personalizados por un profesional que le proporcione los elementos para afrontar a su situación y decidir en la medida de lo posible metas y objetivos a corto plazo.
Necesidades	Mejorar la relación paciente –	El profesional de la salud debe conocer la

³ La Psicología de la salud es la principal alternativa que se presenta para asistir al profesional de la salud a cargo del paciente terminal; no deja de lado la importancia de un comité bioético que regule ética y legalmente la situación que este profesional maneja como parte de su trabajo.

psicológicas del paciente profesional de la salud: Experiencia, empatía, confidencialidad y credibilidad. situación física y emocional de su paciente, aceptando y brindando apoyo a través de la experiencia y respeto.

PROFESIONAL DE LA SALUD

SITUACIÓN	MÉTODO	APLICACIÓN
Ambiente laboral	Elementos Operantes (reforzamiento positivo y negativo, castigo, evitación, saciedad, etc.).	Generación de programas productivos que favorezcan el desarrollo de los profesionales de la salud tanto en su profesión como a nivel personal.
Formación educativa	Métodos de simulación o role playing y modelamiento de nuevas habilidades.	Practicar a través de la simulación situaciones difíciles que pueden enfrentar en su profesión. Pueden ejemplificarse con videos y conferencias de experiencias posibles.
Manejo de situaciones difíciles con el paciente	Solución de problemas y toma de decisiones.	A través de juntas periódicas pueden exponerse casos y manejar alternativas múltiples de solución, que eviten decisiones rápidas y poco favorables.
Dar malas noticias	Simulación, modelado y entrenamiento en habilidades sociales	Realizar prácticas de simulación al Informar malas y buenas noticias al paciente
Apoyar al paciente en sus necesidades psicológicas	Mejorar la relación paciente – profesional de la salud: Experiencia, empatía, confidencialidad y credibilidad.	El profesional de la salud debe conocer la situación física y emocional de su paciente, aceptando y brindando apoyo a través de la experiencia, respeto y empatía.
Identificar su situación personal	Autoestima, manejo de ansiedad (relajación, desensibilidad sistemática, entrenamiento asertivo) y métodos de autogestión (observación, evaluación y reforzamiento personal).	Conocer su situación, tanto deberes y obligaciones como riesgos y necesidades para identificar si puede o no enfrentarse a la situación, así como procurar una alternativa personal.
Apoyar a los	Manejo de la situación médico –	Aprender a manejar la situación con los

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

familiares del
paciente

legal, apoyándose en: empatía,
experiencia, confidencialidad y
credibilidad.

familiares de la persona enferma; informando y
apoyando su posición con respeto y empatía.

Además de las cuestiones hasta ahora señaladas habría que incluir en esta propuesta la formación de un equipo interdisciplinario de trabajo en el que se incluya un Psicólogo, quien aporte sus conocimientos en la investigación, asistencias y formación en este ámbito de la salud en particular.

Hay que diferenciar entre multidisciplinario e interdisciplinario, puesto que no son sinónimos, el primer término hace referencia a distintos profesionales que actúan en una situación aportando únicamente sus conocimientos y habilidades en su área, pero sin interaccionar más allá de una mera transmisión de información. El segundo termino se diferencia principalmente del primero porque va más allá de una coordinación de profesionales, donde los límites de acción no son tan estrechos, pueden interaccionar entre disciplinas y compartir objetivos asistenciales. (López, 1998).

El trabajo de un equipo interdisciplinario implica la capacidad de intervenir en las diferentes dimensiones de la persona, es decir, el profesional de la salud no debe limitar su intervención "terapéutica" a un ámbito o esfera de la persona, tiene que abarcar la complejidad de ésta.

Lo anterior exige dos circunstancias importantes: una es la existencia de profesionales capaces de abordar a la persona en todas sus dimensiones y dos, requiere de organización para la intervención. Dada su variedad en conocimientos, lenguaje y experiencia también hace necesario tener un objetivo o misión definido, una comunicación o lenguaje común y una adecuada definición de los roles y liderazgo de cada miembro.

A pesar de que el trabajo interdisciplinar implica un esfuerzo extra de parte de cada miembro sus resultados son buenos, los profesionales que componen el equipo así como los beneficiarios de este trabajo obtienen un alto grado de satisfacción; dado que no limita sino amplía la visión de la situación, no solo es asistencial, también desarrolla funciones y experiencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Trabajar en el área de la salud implica un esfuerzo por mantener la vida y evitar la muerte, esto cobra mayor relevancia cuando el riesgo de muerte es más evidente, es decir, con pacientes terminales.

En el ámbito hospitalario el lugar con mayor concentración de personas con estas características es la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), que por definición aloja a pacientes de mayor cuidado para recobrar su salud. Los profesionales de la salud que laboran en la UTI son médicos, enfermeras, paramédicos, trabajadores sociales y ayudantes; quienes pueden verse afectados o no al tratar a una persona en etapa final, dado que enfrentan dilemas éticos y profesionales relacionados con la muerte, exigencias laborales y mentales precisas, además de pérdidas humanas constantes.

Navarro, (1991) indica que el trabajo del profesional de la salud es amplio, porque va más allá de la promoción de la salud, (atención al paciente, diagnóstico, cirugía, etc.), es decir, incluye aspectos involucrados con la salud como capacitación, docencia, coordinación, administración e investigación; actividades que en su conjunto, crean jornadas laborales exhaustivas para el profesional de la salud de más de 8 horas continuas.

En la practica el profesional llega a tener guardias de 12 y 24 horas, lo que representa un peligro para su salud, así como para la calidad del servicio que presta.

Se hace evidente la necesidad de jornadas más cortas o al menos con varios periodos de descanso, que les permitan realizar actividades no medicas como el ejercicio, actividades recreativas o simplemente el fomento de relaciones humanas; bajando el nivel de vulnerabilidad que puedan presentar en su salud, por la fatiga y agotamiento de una jornada larga.

Dentro de las características del trabajo de un profesional de la salud se encuentra también un amplio campo de conocimiento que con los avances técnicos y científicos va en aumento diariamente, el conocimiento más importante son las características físicas y psicológicas de aquellos a los que les brinda sus conocimientos, los pacientes o personas enfermas.

Al conocer las características del paciente se favorece un mejor servicio de salud. Una persona en estado crítico o en peligro de vida tiene características

similares a nivel salud, derivadas del padecimiento o enfermedad que presente, principalmente manifiesta deterioro o daño orgánico y funcional de uno o más órganos y/o sistemas vitales (Monge, 1991). En el ámbito psicológico manifiesta confusiones, temores, ansiedad y depresión; etapas que los preparan en la pérdida, (Kubler Ross en Barreto, et al 1996). Dadas estas características se requiere de métodos y técnicas para paliar el dolor que generalmente presenta así como patrones de ayuda dirigidos a facilitar la muerte del paciente, un ejemplo es evitar el aislamiento. (Feinberg, 1997).

Sin embargo, en la práctica pueden encontrarse situaciones de aislamiento, por parte de médicos y enfermeras que una vez hecho el diagnóstico de enfermedad terminal se le presta poca atención a la persona, se evita todo contacto con ella y sólo se le atienden las necesidades más urgentes. (López, 1998).

Juntando la situación en que ejerce el profesional de la salud y la que vive el paciente terminal, se tiene un trabajo continuo con calidad técnica que requiere de todas las habilidades del profesional para ofrecer lo mejor a cada paciente; la mejor atención médica que ofrezca la atención y seguridad que la persona en peligro de vida necesita. (Lifshitz, 1994).

Prácticamente el profesional de la salud debe estar abierto y dispuesto a la mejor evaluación de los problemas emocionales de su paciente, conociendo algunos factores de riesgo como: problemas emocionales previos, experiencia similar, estado físico actual, (con ayuda del expediente clínico), así como conocer la enfermedad o problema que aqueja a la persona, su historia natural, manejo y complicaciones esperadas. Lo cual desprende un trabajo agotador física y emocionalmente, es decir, más de 8 horas continuas dando lo mejor al paciente: métodos, técnicas, respeto, dignidad, etc.

Arita y Arauz (1998), mencionan que un trabajo como el de médicos y enfermeras de exigencia física y emocional los expone a acumular cantidades de estrés que superan el umbral de adaptación personal, y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento y pérdida de salud.

Básicamente la manifestación de efectos en la salud se observa a través de cuadros de estrés; el más representativo es el Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout, caracterizado por presentarse en personas que brindan un servicio asistencial en situaciones de alta demanda emocional, la cual llega a superar el umbral de adaptación personal. Sus consecuencias son emocionales, psicósomáticas y conductuales, tales como úlceras, alergias, dolor de cabeza, depresión y otras que, de continuar, pueden provocar infartos, diabetes e incluso

la muerte, consecuencias que no sólo afectan la salud sino también el desempeño laboral. (Espinosa, Zamora y Ordoñez, 1995; en Barreto, et al 1996; Jhonson y Cols. 1993; Whippen y Canellos, 1991).

Identificar y promover el bienestar en la salud del profesional es una tarea poco explorada en la medicina, de hecho, se considera como parte de la situación de asistir a una persona en etapa terminal junto con otros elementos, como las necesidades del paciente o procurar una muerte digna.

La alternativa que este trabajo postula es la Psicología de la Salud que incluye la asistencia del Psicólogo en este ámbito laboral. Esta disciplina engloba la metodología y técnica del análisis conductual aplicado, (Psicología Experimental); emerge entre una diversidad de intereses por la salud mental y como una necesidad por abordar los diferentes fenómenos psicológicos que están presentes en el proceso salud-enfermedad. Aunque es una disciplina que se ejerce entre el campo de la medicina y las ciencias sociales trabaja de forma independiente y se puede considerar a la par de éstas ciencias.

Frente a la situación del profesional de la salud a cargo del paciente terminal, puede incluirse esta disciplina desde la formación académica hasta el apoyo con la persona enferma y sus familiares. Principalmente al detectar riesgos en la salud del profesional y aportar su metodología y técnicas para recuperarla o mantenerla.

Los resultados de manejar la tecnología conductual en esta área de la salud pueden mejorar la situación de la persona en etapa final al:

- A. Mejorar la relación profesional con el paciente
- B. Apoyar las necesidades que presenta desde respeto hasta empatía por su condición.
- C. Ayudar a aceptar su estado de salud.
- D. Facilitar el contacto humano satisfactorio.
- E. Apoyar a los familiares en este proceso.

Y con el profesional de la salud

- A. Organizar un ambiente laboral funcional y satisfactorio.
- B. Modificar las relaciones laborales a favor de la funcionalidad.
- C. Mantener una educación continua que apoye su respuesta en situaciones críticas, (dar malas noticias, enfrentar la "conspiración en silencio", manifestar empatía, apoyo a familiares del paciente, etc.).
- D. Identificar situaciones de riesgo en su salud.

- E. Brindar su metodología y técnicas en la investigación y asistencia de la situación en que trabaja todo profesional de la salud, más allá del trato con pacientes terminales.

Incluir en este ejercicio profesional a un Psicólogo, ofrece la posibilidad de ayudar a la persona en peligro de vida a través de un grupo interdisciplinario, donde se considere al paciente como un organismo integral con necesidades iguales, además de promover junto con los otros profesionales incluidos en la situación, soluciones funcionales para el paciente, los familiares y para ellos.

Es importante señalar que la participación del Psicólogo requiere de conocimientos médicos "extras", (lenguaje, técnicas o métodos básicos, leyes relacionadas y políticas hospitalarias), con los cuales su trabajo puede ser más enriquecedor y funcional, no sólo en ésta área en particular también en todo el sector salud.

De igual manera el profesional médico, de enfermería, trabajador social y paramédico debe conocer "aspectos" básicos de la Psicología, que posibiliten una mejor relación laboral al trabajar en un grupo interdisciplinario. Se reconoce también que en la formación del profesional de la salud requiere de éstos conocimientos, que prevengan situaciones conflictivas al ejercer, así como para favorecer su desempeño laboral; se adelantaría la experiencia que inevitablemente debe presentarse.

La psicología de la salud, puede ofrecer en este sentido los métodos y técnicas para identificar problemas y soluciones psicológicas, en favor tanto del trabajo profesional como del bienestar del trabajador de la salud. Al proporcionar habilidades, conocimientos y actitudes que consideren toda crisis como una nueva experiencia para aprender, más que como un obstáculo.

Finalmente, hay que reconocer la misión de la Psicología de la salud en la medicina, "aportar en su calidad de disciplina elementos que hagan digna la vida humana, (como la calidad de vida y la protección de la salud en toda persona), para funcionar en beneficio de la ciencia y la salud humana". Considerar sus principios enfatiza la importancia de esta nueva disciplina en el sector salud.

REFERENCIAS

- Allmiral, H. P. (1993). Efectos negativos de las cargas de trabajo. Ministerio de Salud Pública. Instituto de Medicina del Trabajo. La Habana, Cuba.
- Arita W. B. Y Arauz, C. J. (1998). "La Tarea laboral y el síndrome de burnout en el personal de enfermería". En: Psicología y salud. pp. 87-94.
- B. Mc. Van, et al. (1987). Paciente terminal y muerte. Atención integral en enfermería. DOYMA. Barcelona. Cap.2.
- Barreto, M. P. M.; González, B.; Martínez, B. E.; Muñoz, S. J. D.; Ortíz, S. J., y Cols. (1996). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Edit. Panamericana. Madrid, España. Cap. 102, pp., 1092-1100, 1218-1228, 1396-1410.
- Bazán, R. G. E. (1997). "Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: aplicación de la tecnología conductual". Tesis de maestría. UNAM. Iztacala. pp. 3-22.
- Benavente, J. (1992). "El curriculum médico y algo más". (Editorial). En: Acta médica. Vol. 28, No. 109-110, pp. 5-8.
- Chávez, A. H. y Rosiles, B. M. A. (1994). "La relación medico paciente. Un enfoque comunicacional". En: Revista medica del IMSS. México. Vol. 32, pp. 179-182.
- Chávez, H.; Alvarez, M. M.; García, P. y Villa, C. (1996). "Satisfacción laboral en Médicos y enfermeras". Revista medica del IMSS. México. Vol. 34. No. 3, pp. 253-256.
- De la Fuente, R. (1994). Psicología medica. Fondo de cultura económica. México. pp. 11-30, 177-221, 510-522.
- Dunlop, R. J. y Hyockley, J. M. (1990). Terminal care support teams. The hospital-hospice interface. Courie international, tiptree, essex. U. S. A. Cap. 5, pp. 63-74.
- Faulkner, a. y Regnard. C. (1994). "Handling difficult questions in palliative care -a flow diagram". En: Palliative medicine. Vol. 8, pp. 245-250.

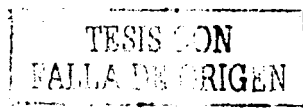
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Feinberg, A. W. (1997). "The care of dying patients". En: Annals of internal medicine. Vol. 126. No. 2. pp. 164-165.
- Foncerrada, M. M. (1991). "La responsabilidad del médico ante los niños enfermos de padecimientos amenazantes para la vida o la calidad de ésta y en la etapa Terminal de las enfermedades". En: Revista medica del IMSS. Vol. 29. No. 1. pp. 33-36.
- Geppert, C. M. A. (1997). "The rehumanization of death: the ethical responsibility of physicians to dying patients". En: JAMA. Vol. 277. No. 17. pp. 1408-1409.
- González, B. M. (1993). "La información al paciente con cáncer. Concepto de verdad soportable y progresiva". (editorial). En: Neoplasia. Vol. 10. No. 1. pp. 1-3.
- J. de la Heras. (1994). Manual de bioética general. Ediciones Rialp, S. A. Madrid, España. Cap. 15. pp. 271-275.
- Johnson, J. T.; Wagner, R. L.; Rueger, R. M. y Goepfert, H. (1993). "Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey". En: Head and neck. November/December 1993. pp. 557-560.
- Lawin, P. (1981). Cuidados intensivos. Salvat, Editores, S. A. México. Cap. 1, pp. 1-36.
- Lifshitz, A. (1994). "Disposición de recursos para la etapa terminal. Consideraciones bioéticas. Revista medica del IMSS. México. Vol. 32. pp. 395-399.
- López, I. E. (1998). Enfermería en cuidados paliativos. Edit. Médica panamericana. Madrid, España. Cap. 30-38. pp. 211-273.
- Mateos, C. M. (1996). "Los derechos de los pacientes". En: Anales médicos Hospital A. B. C. Vol. 41. No. 3. pp. 123-125.
- Monge, M. A. (1991). Ética, salud, enfermedad. Edit. Palabra, S. A. Cap. 5. pp. 119-138.
- Navarro, M. P. (1991). Hospitales. Normas y procedimientos. Trillas. pp. 17-25, 37-43, 92, 93.



ESTADO DE LA BIBLIOTECA
DE LA UNAM

- Ortíz, L. S.; Peta, M. T.; Díaz, M. y Hernández, G. (1996). "Construcción semántica del concepto relación médico-paciente, por alumnos del primer año de la carrera de médico cirujano". En: Salud mental. Vol. 19. No 2.
- Piñera, G. H. (1996). "Misión de la escuela superior de medicina". En: Acta medica. Vol. 31. No. 121. pp. 67-81.
- Portela, O. J. M. (1989). "El ser humano y su dignidad ante la muerte". En: Sociedad internacional pro valores humanos. E-From-S Zuriban, A. C. pp. 97-103. (inédito).
- Ribes, I. E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Martínez Roca. Barcelona, España. Cap. 1 y 2.
- Roman, H. J. J. (1997). "Factores psicosociales asociados al trabajo en profesionales de la salud: estrés y burnout en médicos y enfermeros de primer y segundo niveles de atención". Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Departamento de Psicología. La Habana. (inédito).
- Sandoval, A.; Viladoms, A. y Ponce de León, S. (1994). "La experiencia de un grupo de Balint en el Inatituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán". En: Salud mental. Vol. 17. No. 1. pp. 18-24.
- Seward, J. P. (1993). Estrés profesional. En J. LaDou (Ed). Medicina laboral. Ed. El manual moderno. México. pp. 623-640.
- Smith, S. F. y Duell, D. J. (1996). Enfermería básica y clínica. Ed. El manual moderno. México. pp. 875-888.
- Sosa, S. R. (1989). "La actitud del médico frente al paciente terminal". En: Sociedad internacional pro valores humanos. E-From-S Zubiran, A. C. pp. 97-120. (inédito).
- Thompson, J. B. y Thompson, H. O. (1995). Ética en enfermería. El manual moderno. México. Cap. 8 y 9. pp. 251-268, 288-299.
- Thorson, J. A. y Powel, F. C. (1996). "Undertaker's death anxiety". En: Psychological reports. Vol. 78. pp. 1228-1230.
- Valadez, R. A. y Landa, D. P. (1998). "Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés-enfermedad". En: Psicología y salud. pp. 13-22.



- Villalpando, G. J. (1991). "Ética médica". En: Revista médica del IMSS. Vol. 29. No. 1. pp. 5-12.
- Wahlín, A.; Westermark, L. y Vliet, A. V. D. (1980). Cuidados intensivos. Ed. Limusa. México. pp. 25-57.
- Whippen, D. A. y Cannelos, G. P. (1991). "Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists". En: Journal of clinical oncology. Vol. 9. No. 10. pp. 1916-1920.

TESIS CO
FALLA DE O