

HUMANA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE TERMINAL (Rehumanización de la medicina)

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA**

Presenta:

Dr. Rosendo Díaz Arellano

Director: Marcela Feria Ochoa

León, Guanajuato, Agosto 2013.



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia

Para mi amigo: Dr. Primo Quiroz Durán
Delegado del ISSSTE Estado de Guanajuato.
De Rosendo tu incondicional amigo.

En cuanto a la adversidad difícilmente yo
la soportaría, si no tuviera un amigo que
sufriera por mi igual o más, que yo mismo;
vivir sin amigos no es vivir.

Cicerón

Para Abraham y Ana Regina
mis amados Hijos, quienes
han venido a darle color y
alegría a mi vida.

Gratitud a su mamá ANA
que en su fugaz vida iluminó la mía
y me enseñó a SERVIR y amar a los
ENFERMOS TERMINALES como a ella misma.

A DIOS agradezco el haber
Transformado mi dolor en el
SENTIDO EMOCIONANTE DE MI VIDA.

	PÁGINA
1.- PRESENTACIÓN	1
2.-INTRODUCCION	2
3.-OBJETIVO GENERAL	3
4.-OBJETIVO ESPECÍFICO	3
5.-JUSTIFICACIÓN	5
6.-VERSIÓN DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO DE LOUIS LASAGNA	6
7.-DIMENSIÓN ÉTICA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE TERMINAL..	7
8.-PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	9
9.-LA EXPERIENCIA DE ESTAR ENFERMO Y SU SIGNIFICADO.....	10
10.-PSICOIATROGENIA MÉDICA	12
11.- EL PODER “MÁGICO” TERAPÉUTICO.....	13
12.-EL SGNIFICADO FENOMENOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD	15
13.-EL HOMBRE-MÉDICO ANTE LA MUERTE	16
14.- EL MÉDICO ANTE LA MUERTE DE SU PACIENTE.....	18
15.-EL MÉDICO TANATÓLOGO.....	20
16.-CUIDADOS PALIATIVOS SUS METAS EN EL CÁNCER	22
17.-CUIDANDO A LOS CUIDADORES	26
18.-ESQUEMA DE IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PALIATIVOS, PARA INSTITUCIONES PRIVADAS O PÚBLICAS.....	27
19.- CONCLUSIÓN	28
20.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1.- PRESENTACIÓN

El avance continuo de la medicina que en todos aspectos es característico de una época que se distingue por la fecundidad de sus logros científicos, sorprende por sus progresos y origina cambios de técnicas y conceptos, incluso de algunos tradicionalmente aceptados como verdades inconcusas y universales. La medicina del siglo XXI se ha apartado de su sujeto: el hombre. Ésta debe regresar.

La medicina sorprende al mundo en diferentes áreas, lo mismo en lo quirúrgico que en lo tecnológico y hoy no se puede decir que quien tiene Leucemia o Cáncer o alguna Cardiopatía tenga que morir irremisiblemente. Hay medicamentos anticancerosos que sensibilizan al medicamento por usar y lo hacen más efectivo, evitan resistencias y acortan tiempo de respuesta terapéutica. Tenemos la cómoda vacuna anti papiloma humano que se proporciona a las estudiantes de secundaria cómodamente en la escuela, evitando un eventual cáncer uterino en su vida adulta así como también se hacen diariamente trasplantes de corazón y otros órganos así como de miembros y que, en el pasado eran motivo de gran expectación mediática.

Todo se ha modificado, incluso el trato tradicional entre el MÉDICO y el PACIENTE en parte por la masificación de la atención médica. Es cierto que por eso los enfermos quedan en manos de médicos desconocidos para ellos. En sus estudios de laboratorio y gabinete se despersonaliza la atención y a veces suele ocurrir que ya no trata el médico inicial al paciente sino otro y otro y cuando se le propone alguna intervención quirúrgica, el enfermo no le tiene suficiente confianza al médico y duda de la información final.

Algo falla, algo falta. Quizás sea una postura filosófica acorde a los nuevos tiempos pero el punto es que hay deficiencias comunicativas que amerita inmediata corrección. Actualizar los planes de estudio de la carrera médica garantizará el retorno al trato humano tradicional, donde se incluyan materias como Gerontología y MEDICINA PALIATIVA o TANATOLOGÍA entre otras.

La salud pública ha avanzado enormemente, se han logrado metas como por ejemplo, el aumento del promedio de vida del mexicano así como también, en otras áreas igualmente importantes, no ha avanzado; como por ejemplo la ATENCIÓN A LOS ENFERMOS TERMINALES Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE ESTOS REQUIEREN, como está establecido en Leyes expedidas ex profeso.

La Medicina Académica tiene su objetivo puesto en la especialidad y subespecialidad pero al perder su objetivo principal, LA PERSONA HUMANA INTEGRALMENTE se DESHUMANIZÓ.

Para los enfermos el médico es una figura de confianza y esperanza, por lo mismo es necesario que el médico re-tome consciencia de su Ética profesional, como ha sido siempre su guía moral profesional, para reorientar su trato con el enfermo que entra a una etapa terminal crítica.

2.- INTRODUCCIÓN

Tanatología proviene del griego: THANATOS, nombre que se le daba al Dios de la muerte, hermano de Hypnos e hijos de Zeus, el padre de todos los dioses, según la mitología griega. Logos significa tratado argumento, estudio de , discurso, sentido. En 1901 el médico ruso ELÍAS METCHNIKOFF fue quien usara por primera vez el término Tanatología a la que consideraba una rama de la medicina forense: la muerte y lo relativo a los cadáveres desde la óptica médico-legal. Un legado de esto lo encontramos en España donde a lo Forense se le encuentra como Tanatorio (morgue).

Definición de la Tanatología: **Disciplina del bien morir, encargada de estudiar el fenómeno de la muerte, y que apoya al individuo en los últimos momentos de su vida con el fin de aliviar su sufrimiento. Uno de los principios tanatológicos es: “perder el miedo a la muerte para vivir lo que resta de la vida con plena aceptación y paz”. Debe buscarse quitar el miedo a la muerte, lo que se traduce en dar vida a plenitud; por eso en Tanatología se habla más de vida que de muerte.** (1)

La Ley de Voluntad Anticipada en su Art.4, Fracc.IV describe: Enfermo en situación terminal es una persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Paliativa (Palió: cortina que sirve para cubrir el Santísimo del tiempo y de las injurias): Por extensión se refiere a algo que cubre o sirve para disimular algo. "Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el [alivio del sufrimiento](#) a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno [tratamiento del dolor](#) y de otros problemas tanto físicos como psico-emocionales, sociales y espirituales”.

Las ACCIONES PALIATIVAS afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan, ni promueven luchas extraordinarias para prolongar la agonía al enfermo. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte ⁽²⁾.

Sigmund Freud dice; “En el fondo, nadie cree en su propia muerte, en el inconsciente cada uno está convencido de su inmortalidad” (3).

La muerte no es sólo un hecho biológico. No para el hombre, quien le ha querido buscar siempre un significado. La historia de la humanidad trata de la vida del ser humano, pero también de su postura ante la muerte.

Durante más de mil años la muerte era familiar. El enfermo moría en su casa, haciendo del hecho de morir, el acto cumbre de su existencia. De esta manera, era más fácil vivir la propia vida hasta el último momento, con la mayor dignidad y sentido, rodeado de los seres queridos.

¿Recuerda el cuadro litográfico de la muerte de Don Quijote? Ya como Alonso Quijano rodeado de toda su familia incluyendo a su amigo de aventuras Sancho Panza se despide en paz del mundo.

Recordemos que en 1787, el francés Jacques-Louis David, concibe artísticamente la muerte de Sócrates, rodeado de sus más cercanos amigos, esa era la costumbre. La negación de la muerte, tan característica de nuestro mundo actual, ha conducido a cambios profundos y ha tenido una repercusión directa en la atención a los enfermos terminales.

3.- OBJETIVO GENERAL

Yo creo que la Relación Humana Médico-Paciente Terminal significa una apertura de comunicación entre dos personas en una relación muy especial, en una etapa muy significativa para ambos. Para el enfermo, es su PROCESO DEL DUELO; para el médico es el final de un tratamiento que tenía sólo ese fin y ahora se enfrenta junto a su enfermo a su agonía. Eso es HUMANIZACIÓN en la relación.

El enfermo terminal tiene una ventaja sobre el que no lo es. Tiene la oportunidad de re-evaluar su vida y seguir adelante preparándose a morir. Esto significa poder disfrutar los logros obtenidos día a día, las vivencias del día con enseñanzas de cada momento le permite reconciliar situaciones internas y externas reviviendo momentos dolorosos con personas significativas y descubrir una perspectiva nueva: que no vale la pena seguir dolido, distanciado y que cerrar sus círculos o arreglar sus asuntos pendientes es una parte muy importante para poder morir en paz (4).

4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mi intención es que el médico se familiarice con la **Medicina Paliativa** y con la Ley que ampara el trato de los Enfermos Terminales y **La Ley de la Voluntad Anticipada**. Este documento expresa la voluntad de una persona a no ser sometida a sufrimiento innecesario, en caso de enfermedad o daño físico o psíquico grave que la incapacite para una existencia racional y autónoma; ni a tratamientos que prolonguen artificialmente la vida, solicitando se le administren los fármacos necesarios para evitar dolores aunque ello pudiera adelantar, no intencionalmente, el momento de su muerte (5).

A continuación transcribo dichas Leyes :

Aprueban Ley de Cuidados Paliativos a enfermos terminales en México.

México, D.F. 29 de Abril 2008.- Con la intención de salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal y garantizarles una vida de calidad, fueron aprobadas en el Congreso de la Unión, las reformas y adiciones a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Entre otros derechos, ahora la Ley brinda la posibilidad a los enfermos terminales de solicitar la suspensión voluntaria de aquellos tratamientos curativos que pretenden inútilmente prolongar su vida e iniciar con otro tratamiento de cuidados paliativos.

Estos tipos de cuidados están orientados al control de los síntomas del padecimiento del enfermo, así como a reducir el sufrimiento emocional al garantizarle una muerte natural bajo condiciones dignas, y podrán ser proporcionados en hospitales, centros de salud o domicilios particulares con la respectiva supervisión médica. Y es que los cuidados paliativos no acortan ni alargan la vida, sino que están dirigidos a prevenir y aliviar el dolor de los pacientes en situación terminal, posibilitándolos a vivir en mejores condiciones en su estado clínico.

Por ello la Ley, aprobada con 368 votos a favor y uno en contra, destaca la atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, brindadas por **un equipo multidisciplinario que no sólo atenderá al enfermo sino también a su familia.** De igual modo, garantiza al enfermo terminal la obtención, en todo momento, de los cuidados básicos referentes a la higiene, alimentación e hidratación.

Con esta disposición se pretende establecer los límites entre la defensa de la vida del paciente y el ensañamiento terapéutico, mediante la decisión voluntaria del enfermo, la cual se plasmará en un formato elaborado por las instituciones de salud en el que se registrarán datos que permitan identificar plenamente al paciente, enfermedad, grado de la misma y tratamiento, así como el método y circunstancias en que se sustituirá el tratamiento curativo por el paliativo. Destaca que en caso de que el enfermo esté impedido para expresar su voluntad, lo podrá hacer, en su representación, una persona de su confianza.

TEXTO ORIGINAL

Ley publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, número 88, quinta parte, de fecha 3 de Junio de 2011.

DECRETO NÚMERO 166

La Sexagésima Primera Legislatura Constitucional Del Estado Libre Y Soberano De Guanajuato, decreta:

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO.

Otros riesgos se añaden a estas dificultades y que hacen referencia a la medicalización del acto de morir. Asuntos como la EUTANASIA el ENCARNECIMIENTO TERAPÉUTICO o la DONACIÓN DE ÓRGANOS son algunos de los aspectos éticos que cada vez adquieren mayor relevancia en la agonía del enfermo terminal y esto requiere una Humana Relación Médico-Paciente-Terminal y su Familia.

5. - JUSTIFICACIÓN

El médico en su preparación, debe estar capacitado desde el punto de vista tanatológico, para responder a la eventualidad de la muerte de su paciente, no obstante sus esfuerzos profesionales para evitarle sufrimientos. En la vida práctica nos encontramos con una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. Este rechazo social a la muerte a través de la parodia no le ayuda al hombre en el momento en que tiene que enfrentarse a ella. Contrasta este rechazo por parte de la sociedad con la angustia que el hombre siente ante ella y que la “materializa” como la “santa muerte” para poder pactar con sus propios miedos.

Inconscientemente el moribundo es tanto para el médico como para la institución un sinónimo de fracaso. Que haya un departamento de MEDICINA LEGAL en toda institución se entiende, pero ¿de TANATOLOGÍA? un servicio médico ¿para los moribundos y sus dolientes? Es el mismo fenómeno con el que se encontró Elisabeth Kübler-Ross, en el Hospital Billings, donde inició realmente su acompañamiento con los enfermos terminales (6).

Los directivos y docentes no asistían a sus sesiones, los estudiantes sí y aquellos no podían entender lo que Elisabeth estaba oficialmente inaugurando: la Tanatología y los cuidados PALIATIVOS, proporcionar atención a quien va a morir y darle alojamiento clínico, EN EL HOSPITAL O EN SU DOMICILIO, acompañarlo en su ETAPA TERMINAL y asistirlo en su agonía así como TAMBIÉN el acompañamiento a sus familiares en el PRE – DUELO y POST-DUELO.

Para los profesionales de la salud y más específicamente para los médicos, la muerte es también un tema tremendamente incómodo. Una mezcla de fracaso y angustia ante su propia muerte puede explicar la negación o resistencia psicológica que se percibe como “escasa” atención que se da a estos enfermos.

“Quizá la vida pueda seguir gracias a nuestro desconocimiento de su sentido fundamental. Tal vez éste sea tan terrible que no podamos afrontarlo, lo que explica la necesidad de vanas ilusiones que nos consuelan para seguir adelante” Saint Jhon Perse (7).

En relación a lo comentado con anterioridad, considero muy importante transcribir la

6. - VERSIÓN DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO DE LUIS LASAGNA

Una versión del juramento muy utilizada actualmente, sobre todo en países anglosajones, redactada en 1964 por el Doctor Louis Lasagna, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts. El texto, en su traducción al castellano, dice:

“ Prometo cumplir, en la medida de mis capacidades y de mi juicio, este pacto. Respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás. Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobre tratamiento y del nihilismo terapéutico. Recordaré que la medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico.

No me avergonzaré de decir «no lo sé», ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente. Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele. **Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte.** Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. **Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad encima de todo, no debo jugar a ser Dios.**

Recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad puede afectar a su familia y a su estabilidad económica. Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados. Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación. Recordaré que soy un miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente así como los enfermos. Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda”. (el subrayado es mío).

7.- DIMENSIÓN ÉTICA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Ética (del griego *ethika*, de *ethos*, ‘comportamiento’, ‘costumbre’). Principios o pautas de la conducta humana, de manera impropia llamada moral (del latín *mores*, ‘costumbre’) y por extensión, el estudio de esos principios a veces son llamados filosofía moral. Aplicada a la medicina se le llama DEONTOLOGÍA.

Los Derechos Humanos, la Ley de Atención a los Enfermos Terminales , Donación de órganos, Voluntad Anticipada, Renta de útero y otros temas requieren del análisis Ético. El mundo cambió en todos los órdenes, incluso el sistema de atención se ha dividido: Medicina institucionalizada; medicina privada y la práctica de la medicina popular de primer nivel.

De lo individual a lo social; de la curación a lo preventivo, donde la relación médico-paciente se perdió. El paciente NO ELIGE a su médico y por el trabajo en equipo, se fragmenta aún más la debilitada relación (8).

Por mucho tiempo, la Deontología –Ética Médica- se basaba sólo en el JURAMENTO HIPOCRÁTICO y eso era suficiente. Hoy ya no, debido a nuevos cursos de acción tan diversos como ocurre a los médicos. Los valores implicados tienen graves consecuencias personales y sociales, valores pluralistas, antes provincianos, hoy cambiantes y se siguen transformando y esto exige que no solo los valores del médico sino también los del paciente y los de la sociedad sean tomados en cuenta.

Hoy en día el médico necesita guías más inclusivas y también más específicas que las que le ofrecen los códigos tradicionales, porque la ética Hipocrática aún con sus modificaciones subsecuentes, no contemplan estas paradojas ni tampoco la responsabilidad social del médico ante la comunidad. No obstante, el juramento Hipocrático conserva su interés histórico y simbólico y es apreciado por su preocupación humanística, su sencillez y su sentido práctico.

Las obligaciones del médico para con su paciente, no se originan en que su retribución sea directa o institucional. **Se derivan del impacto de la enfermedad sobre la condición humana, de la vulnerabilidad del enfermo y de su necesidad de ser amparado así como de la relación intrínseca con el médico, y esto trasciende cualquier derecho o privilegio que el médico pueda tener.** Sin embargo, la ética profesional puede estar en cierta forma en los códigos deontológicos que regulan una actividad profesional. La deontología que es la Ética normativa presenta una serie de principios y reglas de cumplimiento obligatorio.

IMPERATIVOS MÉDICOS:

TENER LOS CONOCIMIENTOS SUFICIENTES para conocer los límites de su habilidad, y así no posponer al enfermo de un tratamiento adecuado y oportuno y no caer en negligencia médica.

IGNORANCIA QUE PUEDE SER DE 2 TIPOS:

- **ACTIVA:** Cuando habiendo los medios para actualizarse no los aprovecha= CULPABLE.
- **PASIVA:** Cuando no hay los medios para actualizarse por ejemplo vivir en un poblado alejado de los centros médicos de capacitación, ejercer en la sierra = INOCENTE.

INTEGRIDAD. Conocer los DERECHOS HUMANOS, la DEONTOLOGÍA tener adhesión a los valores humanos saber de Teología, Filosofía ya que todo esto y más se requiere en el ejercicio de esta profesión, amén de renunciar a la arrogancia y a la egoísta y enferma carrera de “ser y tener más que los demás” y que está cada día más generalizada.

COMPASIÓN. Esta palabra no significa lástima o conmiseración, sino sentir el dolor del enfermo, ser copartícipe de sus necesidades: económicas, sentimentales, espirituales, familiares. Ser genuino, sincero y verdadero con el enfermo, implica ser humano, honesto. Si bien el enfermo requiere por derecho que se le explique su enfermedad en términos entendibles y sin ocultarle nada, es importante tener siempre en mente “NO HACER DAÑO”, primer fiat del JURAMENTO HIPOCRÁTICO.

Esta profesión y la relación con el paciente no es semejante ni parecida a la relación sostenida con ningún otro profesional. El médico requiere conocimientos y habilidades prácticamente innatos de experiencia puesta de inmediato al servicio del enfermo(9). Ello implica establecer una distinción entre lo que sea bueno y lo que sea malo desde el punto de vista ético, y si el bien y el mal éticos coinciden o no con lo que serían el bien y el mal en sí (10).

8. - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El padre del EXISTENCIALISMO Soren Kierkegaard en su libro : “Temor y temblor”(11) propone la autenticidad y el compromiso como forma de vida. El hombre enferma ante el solo hecho de lo desconocido, ante los síntomas que lo embisten, experimenta miedo, se siente pequeño e indefenso, con miedo y temblor, entonces recurre a un punto de anclaje, a algo seguro y es el ara de sus dioses en la prehistoria, al brujo y luego al médico a quien les atribuye poder, sabiduría, compasión y voluntad de regresarle su salud, misericordia. En este arcaico contexto aún yace esta relación en la época moderna y ambos lo saben la sociedad lo acepta.

Sin embargo y en contraste con esta huella histórica del hombre primitivo se está superando el aspecto MÁGICO. Ya no se le atribuye al enfermo que sea víctima de fuerzas malévolas que lo invaden y hacen padecer. Tampoco es generalizado aseverar que la enfermedad es castigo DIVINO, pero esto aún tiene fuertes raíces judeo-cristianas acerca de la relación del hombre con Dios, si lo obedece o desobedece, si le es fiel o infiel, aún en lo más íntimo y secreto, Él lo abunda de salud y de dinero o de enfermedad y pobreza a éste y a su familia cuando transgrede sus leyes (12).

En el modelo moderno, el modelo CIENTÍFICO donde ambas influencias MÁGICA y DIVINA nada tienen que ver; ni fuerzas malignas ni castigos divinos, el médico sabe que son causas biológicas, fisiológicas, naturales, estudiadas científicamente en su carrera profesional.

A través de la historia ya sea uno u otro de estos modelos ha predominado el **modelo mágico** en las sociedades primitivas, el **modelo moral** aún prevaleciente en civilizaciones antiguas del medioevo y el **modelo científico** que nació en forma circunscrita en la Grecia clásica y que es el más importante en la sociedad occidental a partir del Renacimiento (13).

Buscando solución en la PREVENCIÓN de enfermedades y ya en estudios más recientes se ve que el influjo de las EMOCIONES es etiología en la mayoría de las enfermedades, y aquí la NEUROCIENCIA y la PSICOLOGÍA se perfilan para hacerle frente a estos males (14).

El espíritu de la Seguridad Social Médica tiene sus raíces en la post guerra Franco-Prusiana, en el médico y político alemán Rudolph Ludwig Karl Virchow promotor de la Salud Pública (15).

El vencedor encuentra la estrategia de proporcionar cuidados a todo el pueblo como un medio para unirlos y ser el gobierno dominante el proveedor de salud para todos, vencidos y vencedores; pasando luego a ser política de salud pública en Europa y en América. En México es Ignacio García Téllez quien iniciara las principales acciones para establecer el Instituto Mexicano del Seguro Social (16) y ya en el año de 1959 por el Presidente Adolfo López Mateos el ISSSTE, como cobertura para los Trabajadores del Estado.

9.- LA EXPERIENCIA DE ESTAR ENFERMO Y SU SIGNIFICADO.

Se establece una relación específica entre médico-enfermo *AUTORIDAD-ACEPTACIÓN*. Hoy el médico es el chamán de la antigüedad, es autoridad, tiene el “secreto y la magia”; ya que, para que haya relación terapéutica se requiere que el paciente reconozca autoridad profesional porque en esto radica la *ESPERANZA* de ser ayudado. En esta relación “todo marcha bien, aun cuando el paciente marche mal”. El médico “que sabe escuchar con un tercer oído” percibe, más allá de los signos convencionales que sirven tanto para saber comunicar como para ocultar los motivos verdaderos, el rumor de la corriente subterránea de emociones negativas: el recelo, el temor, la rebeldía (17).

Se acepta fácil el elogio del enfermo, no así su hostilidad, su protesta, sus críticas sin responder con cólera o venganza y sin disminuir su interés en “el caso” esto, madura al profesional.

S. Freud, en sus Obras Completas describe, en cuanto a relaciones Médico-Paciente:

Transferecia. Equivale a decir lo que el médico simboliza **para el enfermo**. Incluye el sentimiento profundo de que sea desconsiderado, malo o bueno, mágico, etéreo.

Contratransferencia . Es **la percepción que el médico tiene del enfermo**, es una especie de relación de ida y vuelta. Freud propuso estos términos refiriéndose a la distorsión que se percibe en las percepciones mutuas paciente-médico por sus respectivas historias de vida o experiencias.

Estas experiencias son en gran parte inconscientes y pueden resultar en sentimientos injustificados de suspicacia, hostilidad, competitividad, dependencia regresiva. Si bien Freud lo refiere al ámbito psicoanalítico, también aparece en las relaciones médico-paciente convencionales. El paciente, en calidad de enfermo puede platicar, reflexionar, autocriticar **al médico que sabe escuchar.**

Hay un grupo de trastornos psicológicos que se presentan en algunos enfermos terminales: a) su campo de atención se reduce, ahora solo se centra en él ; b) los demás dejan paulatinamente de interesarle; c) se concentra en cualquier nuevo síntoma dando entrada a pensamientos catastróficos; d) interpreta todos los síntomas de una manera desastrosa, anticipando el final de su vida; e) experimenta una actitud psicológica involutiva, anhela ser apoyado, contenido, protegido como cuando era pequeño.

PAPEL DEL ENFERMO.

El enfermo juega su papel de enfermo. La sociedad lo trata como “enfermo” y lo exime de responsabilidades y le asigna una ley, un tipo de servicio, un lugar “dónde ser enfermo”. Unos no aceptan ser enfermos, otros lo asumen como enfermos obedientes, otros fingen la enfermedad para ser aceptados.

Muchos pacientes manifiestan su angustia o depresión con expresiones yoicas regresivas, como la hipocondría, colitis, gastritis, entre otras. Puede decirse que cada órgano o sistema del enfermo, tiene su resonancia psíquica, su representación simbólica. Los procesos patológicos que los afectan tienen un significado específico en relación con la experiencia individual del enfermo y con sus fantasías.

Cuando una persona sufre porque piensa que padece una condición patológica que amenaza su vida o que implica riesgo de invalidez, no puede dejar de usar su imaginación y prever las consecuencias económicas, familiares, sociales, laborales, estéticas, etc. de su enfermedad. Algunas personas toman esto como una forma de la condición humana, otras como castigo a transgresiones morales; y unas más se avergüenzan o se viven como una injuria a su dignidad humana.

Para otras es obtención de ganancias secundarias, como consideraciones o dinero, manipulación familiar etc. El estar enfermo a veces es poder resolver un conflicto, evadir una responsabilidad, escapar de confrontarse con alguien o asegurarse de la atención y apoyo de los demás. Puede atraer la atención de los médicos si su caso es “raro” o “diferente” a otros casos. Se considera importante por tener una enfermedad “especial”. Lo mismo sucede en relación al tratamiento o a la alimentación. Un ejecutivo encontrará mucha dificultad en guardar reposo. Para otro individuo ocioso y dependiente, le viene bien el reposo o alguien muy interesado en la comida encontrará abominable y será motivo de sufrimiento las restricciones de la misma (18).

Parsons(19) describe el *PAPEL SOCIAL DEL ENFERMO* atribuyéndole los siguientes aspectos esenciales. El enfermo es alguien que no puede evitar su enfermedad, ni aliviarse por su voluntad, quiere aliviarse tan pronto como le sea posible, busca ayuda apropiada para él y coopera a su curación. A cambio de ello y tomando en cuenta la clase y severidad de su enfermedad, la sociedad le exime temporalmente de algunas de sus responsabilidades. Algunos se apropian del papel social de “enfermo” e histrionizan su estado para ganar indulgencias, prestaciones o para justificar una vida pasiva sin logros. Otras rechazan la enfermedad como una degradación o derrota (19).

10.- PSICOIATROGENIA MÉDICA

Iatros = Médico.

Yatrogénesis = Dícese de los problemas derivados del progreso de la medicina, por ejemplo el aumento del promedio de vida, trae consigo aumento de la población de personas de la tercera edad y con ello trae a la vez aumento de enfermedades crónico-degenerativas.

Iatrogenia: Enfermedades causadas –propiciadas- por la intervención del médico, no por negligencia, sino derivadas de los mismos riesgos que implica el recurso del uso del medicamento o de la manipulación del enfermo; la PSICO - IATROGENIA se refiere a la influencia o sugestión psicológica.

Foucault dice que las palabras tienen poder, liberan o aprisionan y hay algunos médicos que no se dan cuenta, momentáneamente, que sus palabras tienen efectos importantes en los enfermos.

Para el médico la “hora de pasar visita” es el tiempo que dedica a los enfermos internados. Para el enfermo es la “ hora” culminante de todo el día, espera ese momento por horas y todo lo que el médico diga es importantísimo para él; pero para el galeno es RUTINA. El enfermo resiente los apresuramientos, los retrasos, las omisiones, la falta de adecuada atención.

La ciencia de la comunicación informa acerca de la comunicación verbal, para-verbal y corporal, refiriéndose a los gestos, expresiones, entonaciones que acompañan la expresión de un comunicado oral, además de la expresión del cuerpo mismo de quien es la fuente de la comunicación dirigida al receptor de lo comunicado. Un mal chiste, o un comentario “inocente” hace que el lábil enfermo lo interprete de mal presagio, una mirada del médico a su asistente o a un colega, o mientras interpreta algún examen.

La exagerada atención de un síntoma banal, hace que a veces el enfermo lo interprete de mal presagio. Diferentes estudios de laboratorio después de decirle a la persona que es una enfermedad sin importancia, le despierta dudas y manifestaciones hipocondríacas. Solicita que se le interne “urgentemente” cuando su situación es programable.

Hay médicos que le pueden producir a sus enfermos efectos inquietantes al no ser prudentes en sus relaciones. La mayor parte de las quejas y demandas en los tribunales contra médicos o instituciones de salud están relacionadas con una DEFICIENTE COMUNICACIÓN, indiferencia del médico y/o del personal, apatía, falta de tacto en la comunicación de temas dolorosos, desinterés, impaciencia, imprudencia.

El derecho a la “verdad” como Derecho Humano no quiere decir simplemente la verdad a secas. Algún enfermo no quiere saber en forma directa y sin miramientos la fecha de su muerte decírselo así, causaría un EFECTO DESTRUCTIVO, una muerte psicológica, espiritual, antes que la orgánica.

Un enfermo que se interna quizás agradezca lo adecuado de las instalaciones, la ternura del personal; pero el aislamiento en sus habitaciones, el no poder ir al baño y terminar por hacerse en su ropa lo hace sentir inútil.

Ser testigo o acompañante obligado de la muerte de un enfermo de la misma sala no son trivialidades. Son temas importantes de tomar en cuenta para brindarle un apoyo tanatológico si es que hubiera ese servicio en el hospital.

Los diagnósticos que se dan por fracciones o con palabras técnicas, enigmáticas para el enfermo son MAS ATORMENTADORAS que cualquier técnica quirúrgica. Quiere saber qué le están haciendo y para qué , necesita una explicación e incluso desea colaborar en la toma de decisiones del médico si existiera una adecuada comunicación entre ambos.

La AUTÉNTICA RELACIÓN HUMANA MÉDICO – PACIENTE TERMINAL, hará que se eviten acciones EXTRAORDINARIAS MÉDICAS de cualquier tipo.

Por eso es impostergable INFORMAR A TODA LA SOCIEDAD DE LA LEY DE LOS ENFERMOS TERMINALES, DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA y a que se establezcan estos departamentos tanatológicos acorde con dicha ley en toda institución médica pública para que el trato al enfermo terminal se re-humanice.

11.- EL PODER “MÁGICO” TERAPÉUTICO

“La atención psico-emotiva en los enfermos con padecimientos crónicos y progresivos o terminales, hacen menos solicitada la Eutanasia”, dijo la Paido-psiquiatra VANESSA MUÑOZ JOVE el 4 de Julio del 2013 en la Unidad de Especialidades Médicas del ISSSTE de León, Gto. en el Diplomado anual de Tanatología.

Con el principio de comunicación que dice que es imposible no comunicar, se refiere a la influencia que hay entre dos personas, aun cuando no haya comunicación verbal. La adecuada relación Médico-Paciente tiene efectos saludables por todo lo explicado hasta aquí, tanto psicológicos como funcionales. El médico debe estar enterado de los efectos que provoca en su enfermo, cuando hay dicha relación:

- Atenúa la angustia.
- Remueve los síntomas
- Induce cambios favorables en la vida del enfermo

La eficacia de la influencia del médico depende de la autenticidad de sus motivaciones y su fe en el tratamiento, mientras que por parte del enfermo intervienen sus expectativas y su confianza. Ser escuchados, amparados, comprendidos y amados son deseos no confesados del enfermo. En las acciones médicas hay una dinámica de recursos que participan en la movilización de una forma de existencia enferma a otra sana (20).

El **control del dolor y de otros síntomas** así como la escucha interesada de sus problemas psicológicos, sociales, espirituales y existenciales son primordiales. Para obtener los resultados adecuados en el enfermo, **es necesario atender primero a su familia**. Cuanto más ánimo haya en su familia más lo habrá en el enfermo así su calidad de vida mejora.

En cuanto a los hospitales habrá que tener un lugar especial para dar las noticias desagradables. Un adecuado trato TANATOLÓGICO para enterarlos acerca de su tratamiento y pronóstico final. El médico debe tener todo tipo de información pertinente al caso en particular, no de casos estadísticos, sino personalizado, no por teléfono y ser claro, breve, abierto al diálogo; asegurar la continuidad del apoyo familiar para la persona enferma. Un enfermo SIN DOLOR y con ENTUSIASMO FAMILIAR hará que delegue sus responsabilidades en otra persona de su confianza e inicie a resolver lo que haya que resolver.

TEMORES MÁS COMUNES QUE EL ENFERMO TERMINAL PRESENTA:

1. ABANDONO Y SOLEDAD.
2. DAÑO FÍSICO.
3. CULPA.
4. PÉRDIDA DE CONTROL E INCAPACIDAD.

El médico tratará de identificarlos al propiciar el diálogo cálido y de apoyo para su paciente.

12.- SIGNIFICADO FENOMENOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD

Todo evento en la vida es un fenómeno, la enfermedad no es la excepción. El padre de la Fenomenología Edmund Husserl (21) dijo: “es más interesante cómo es percibido un objeto que el objeto en sí mismo”. Ante la enfermedad y cuando existe una DEFICIENTE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE aparece lo siguiente:

1. En la pantalla mental del **médico**, éste sólo **ve** el SÍNDROME (conjuntos de signos y síntomas que integran una enfermedad determinada). Es su percepción.
2. En la pantalla mental del **enfermo sólo ve** que perdió su ritmo natural de vida, que perdió toda esperanza, sus planes frente a horizontes posibles se extinguieron a partir de ese momento, se siente fuera de todo rol que hasta ese momento vivía, está SCHOCAO. Es la otra percepción de un mismo fenómeno: la enfermedad.
3. La enfermedad que es el OBJETO percibido por dos seres, ahí está, observada por ellos. El objeto es neutral.

El enfermo entra en el PROCESO DE DUELO que Elisabet Kübler-Ross describe como “etapas” o “pasos” del duelo, los cuales se presentan en un torbellino de catastróficas emociones, los miedos imaginables (22)

Por otro lado el médico investigará más sobre la estirpe exacta de la enfermedad. El MÉDICO-TANATÓLOGO entiende el PROCESO DE DUELO y conjuga ambas mentalidades en una sola: la COMPRENSIÓN de la persona enferma. Esta es la HUMANA INTENCIÓN de la TANATOLOGÍA.

13.- EL HOMBRE MÉDICO ANTE LA MUERTE

*Ya formidable y espantoso suena,
dentro del corazón, el postrer día;
y la última hora, negra y fría,
se acerca de temor y sombras llena.*
Miguel Ángel de Quevedo.

Ante el derecho fundamental del hombre a *VIVIR CON DIGNIDAD Y MORIR EN DIGNIDAD*, está la necesidad de encontrar un sentido a la vida y a la muerte; ¿ hay algo que dé sentido al sufrimiento y a la muerte?

Dejar la puerta abierta de la esperanza; ¿debe decirle el médico al paciente que su condición es irreversible, que va a morir?.

La responsabilidad del médico es percibir las necesidades del enfermo, responder como la madre responde a las necesidades de su hijo.

¿Debe resucitarlo para morir varias veces?

¿Debe prolongarle la vida, o cuando lo hace le prolonga su sufrimiento y su muerte?

¿Qué son los medios ordinarios y los extraordinarios que la iglesia propone? Distinguir la vida con preservación de la consciencia y la vida inconsciente, vida sin esperanza la vida vegetativa. Para toda la humanidad y en todos los tiempos, la muerte es un problema como lo es la vida. Quien tiene miedo a morir tiene miedo a vivir.

El médico vive a la sombra de la muerte. Ese es su destino, lidiar con ella diariamente; así que mejor es reflexionar sobre ella observando sus propias actitudes ante este evento y *comprender* la experiencia de sus enfermos en riesgo de morir; así que “tomar la muerte dentro de la propia vida” (23).

De maneras paralelas lo dicen los filósofos existencialistas. Los “filósofos de la desesperación”, ven lo absurdo de morir y por eso mismo, la vida se convierte en un absurdo, por estar la muerte en cada momento, en cada acto del vivir del hombre. A todos nos infunden temor la enfermedad y la muerte, pero no la hablamos con los demás ni con nosotros mismos.

En lugar de sobreponernos a este temor saliendo con franqueza al encuentro de la enfermedad y de la muerte como las más reales posibilidades de nuestra existencia y entablar al respecto una conversación grave, la eludimos, haciendo ver que la enfermedad y la muerte no existen, dicen.

Hay otros que asumen otra postura. Si el mundo es evolución entonces “el morir es necesario”: Huxley .

El mundo globalizado en que vivimos ha sustituido la resiliencia por la tecnología, la inmortalidad personal por el secularismo. Algunas personas temen más al dolor, a la invalidez, al deshonor, el sufrimiento prolongado que a su muerte. Otros mueren sin consciencia de haber vivido. Otros viven sin consciencia de que mueren.

La muerte no es sólo un hecho biológico, no lo es por lo menos para el hombre, que le ha querido buscar un significado. La historia de la humanidad trata de la vida del ser humano, pero también de su postura ante la muerte. A todos nos infunde temor la enfermedad y la muerte, pero no la hablamos ni con los demás ni con nosotros mismos.

En lugar de sobreponernos a este temor saliendo con franqueza al encuentro de la enfermedad y de la muerte como las más reales posibilidades de nuestra existencia y entablar al respecto una conversación grave, eludimos esta conversación creyendo ver que tanto la enfermedad como la muerte no existen. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud.

Hoy, en la gran mayoría de los países predomina la muerte en el hospital, donde es mucho más difícil “vivir la propia muerte”. Aquí, si el médico es tanatólogo, con su intervención podrá hacer de este trance un hecho consciente y digno.

El comportamiento del hombre ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre lleno de ambigüedades, entre la inevitabilidad de la muerte y su rechazo. La conciencia de la muerte es una característica fundamental del hombre.

Es el único ser vivo que sabe que va a morir pero nos encontramos con una sociedad que siendo mortal, rechaza la muerte. Contrasta en efecto este rechazo total por parte de la sociedad y la angustia, mayor que nunca, que el hombre individualmente siente ante ella.

Para muchos médicos la muerte es también un personaje tremendamente incómodo. Una mezcla de sentimiento de fracaso, falta de formación específica así como también la angustia INCONSCIENTE ante su propia muerte explican la momentánea atención distante hacia los enfermos terminales, no obstante que haya una Ley que ampare sus Derechos.

14. - EL MÉDICO ANTE LA MUERTE DE SU PACIENTE

*Ni como hombre, ni como médico
podrá acostumbrarse a ver morir a sus semejantes.
A. Camus.*

El **nacer**, el **dormir**, el **morir** son asuntos estrictamente personales. Para responder a los miedos y a las condiciones humanas de las personas murientes será siempre necesario **que el médico se enfrente consigo-mismo**. Nuestras actitudes como médicos hacia el morir son una armadura compuesta de elementos positivos y negativos y así es para el muriente, para su familia, para los parientes, para los amigos y para todos los profesionales de la salud.

Cabe mencionar que en nuestra preparación como médicos “ la Universidad no nos enseñó nada en absoluto acerca de lo que tenemos que hacer con un enfermo incurable. En España –reporta el Dr. Marcos Gómez Sancho- una encuesta realizada por nosotros a 6.783 médicos de Atención Primaria (el 32.17% de todos los de España), 6.351 (el 93.63%) reconoce no haber recibido una formación adecuada para atender correctamente a los enfermos terminales y sus familiares. 6.520 de los médicos encuestados (el 96.13%) **reconocen que sería muy necesario que en los programas de estudios de las Universidades se añadiese un curso de Medicina Paliativa.**

Por esta razón, en muchas ocasiones **no se puede echar la culpa a los médicos, ya que carecen de recursos para hacer frente a las muchísimas demandas de atención que va a formular el paciente.** Los estudiantes de Medicina inician sus estudios con una gran carga de empatía y de genuino amor por el paciente, antiguamente llamado vocación. A lo largo de los años de Universidad, el aspirante a médico va adquiriendo los conocimientos técnicos necesarios para hacer frente a las enfermedades orgánicas pero se le va inculcando un distanciamiento humano con respecto al enfermo, lo que conduce a una relación terapéutica fría y deshumanizada.

Los profesionales sanitarios son cada día más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sienten desprovistos y desarmados de cara a la angustia y la soledad del moribundo e incapaces de establecer una relación de ayuda con él. No han sido preparados para ello.”(24).

Sensación de fracaso profesional

*“Contra la muerte y la duda,
no crece, en el jardín, hierba alguna”*
Anónimo medieval.

“En la Universidad se nos ha enseñado a salvar vidas. Así, aunque sea de manera inconsciente, la muerte de nuestro enfermo la vamos a interpretar como un fracaso profesional. Por ilógico que sea, ya que la muerte es inevitable, el médico tiende en lo más íntimo a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo. La condena del enfermo es entendida como un signo de impotencia de la Medicina, como un acontecimiento que humilla el prestigio exterior del médico, la fe íntima que cada médico debe nutrir en su capacidad de curador. Con la caída de la esperanza cae también en el médico el interés por el enfermo.

Cuando se exploran las causas de esta modificación de las conductas —que llevan incluso a abreviar, objetivamente, el tiempo de estancia al pie de la cama por parte de los médicos en los pases de sala—, los motivos aducidos eran nuevamente causas que encubrían el rechazo al paciente. Un rechazo que era consecuencia desagradable de la molesta sensación de haber perdido el control sobre él pero, por otro lado, de la percepción y vivencia de la pérdida de ese paciente tal y como si fuera un fracaso propio. Esta sensación de fracaso es una consecuencia indirecta del presupuesto según el cual la medicina tendría un remedio contra todo. Profesionales y profanos parecen haberse confabulado en las últimas decenas de años en alimentar la ilusión de que todo mal puede curarse. Y bajo esta ilusión aparece en filigrana el carácter inevitable de la muerte.

Cuando el cirujano que realizó el primer trasplante de corazón, Christian Barnard, dijo : *“La muerte es un enemigo, cederle sin lucha equivale cometer la mayor de las traiciones...”*, estaba expresando esta misma idea. Si consideramos a la muerte como un enemigo, es comprensible que cuando la muerte vence (lo que antes o después sucede siempre), los médicos se sientan vencidos y fracasados. La muerte siempre estuvo excluida del saber médico salvo en medicina forense.

El médico tiene que estar ahí para ayudarle al paciente a morir —cueste lo que cueste, porque la muerte es índice de su fracaso, tal y como hoy se entiende—. Ser médico es, en primer lugar, ser nada más que eso: médico y serlo hasta el final. Ningún médico está autorizado a abandonar a su enfermo por el mero hecho de padecer una enfermedad incurable y grave. El médico debe aprender, por fin, que la muerte es algo natural. Cuando el médico rechaza la muerte, termina por abandonar al enfermo; cuando la niega y se niega a dejar morir a su enfermo, caerá en el encarnizamiento o furor terapéutico (intento curativo persistente). Solamente cuando es capaz de aceptarla como algo natural e inevitable, se dedicará a cuidar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso. La muerte es el precio que paga todo ser pluricelular desde el mismo momento de su nacimiento” (25).

15.- EL MÉDICO-TANATÓLOGO

Según estudios antropológicos, eran monjes quienes acudían a los domicilios de los feligreses a paliar el sufrimiento del moribundo. Las raíces de la asistencia a los enfermos moribundos y el consuelo a los dolientes se encuentran en una filosofía teologal inmersa en necesidades de trascendencia, paz y espiritualidad. Esta filosofía teologal inició en la Europa del medioevo.

En los años 70's ya con todo un aparato mediático mundial, con la aparición del SIDA, la Dra. Elisabeth Kübler-Ross se dio a la tarea de difundir la Tanatología y por el perfil de su especialidad – psiquiatría- posicionó en el colectivo la figura del tanatólogo en el humanismo y en el servicio. Actualmente, la población mundial se encuentra saturada de sistemas que pretenden cubrir el perfil profesional de alguien que sea capaz de atender a enfermos de manera integral. Entre los diferentes especialistas que cubren el área de Cuidados Paliativos se encuentran:

Los ALGÓLOGOS, especialistas en el DOLOR FÍSICO. Se definen con perfil multi asistencial siendo que el enfoque se aterriza más a paliar sintomatología física terminal y no logra cubrir las áreas psicológica, social y trascendental del enfermo.

Los PSICO-ONCÓLOGOS se abocan más al proceso que viven los pacientes y la familia mas no otorgan un esquema de seguimiento del duelo.

Los TEÓLOGOS hacen su esfuerzo en el consuelo espiritual pero descuidan las otras áreas.

Al contestar sobre las acciones que ejercen y las situaciones en las que actúa un tanatólogo, se debe entender que su perfil apela necesariamente a los objetivos de la tanatología, la atención a las necesidades del enfermo, de la familia. El tanatólogo no resuelve el pasado del moribundo, ni solventa el futuro sino que actúa en el presente mismo del cambio, promoviendo, las decisiones, las emociones, los pensamientos y las actitudes del ser ante la muerte desde la experiencia humana.

A diferencia de cualquier otro humano y profesionista afín a los procesos terminales, trabaja el área emocional, social, espiritual y legal de la familia con el previo conocimiento del proceso de vivir la muerte y adaptarse a las pérdidas, a través de elementos humanísticos.

La intervención Tanatológica profesional es de CONTENCIÓN, no es terapia clínica ni psiquiátrica. Se puede proponer el término de TANATOTERAPEUTA como aquella persona que trabaja todo tipo de pérdidas desde un enfoque humanística integral (26).

Para responder a los miedos y a las condiciones humanas de las personas murientes siempre será necesario enfrentarse a los propios miedos y condiciones humanas. No es realista esperar sólo actitudes positivas del médico tanatólogo, a veces ante el moribundo, la misma familia, y los cuidadores, se sentirán enfadados o frustrados por el cansancio de la atención y cuidado.

Angustia ante la propia muerte

EL MÉDICO como un ser para la muerte vive lo absurdo de la vida y de la muerte (27). La muerte del paciente le recuerda la suya y no es bienvenida, por lo tanto, plantea una situación que sabe que puede manejar cada vez menos. Parecería que está obligado a reprimir o negar sus emociones y aparenta estar por encima de ellas pero es un SER HUMANO como todos.

La serenidad o la angustia con que imaginamos encarar la propia muerte es lo que cualifica la capacidad de respuesta profesional y es lo que determina la disponibilidad para ayudar al paciente. DOCTOR, ¿USTED TAMBIÉN SE ENFERMA? PREGUNTA LA ADMIRADA PACIENTE AL MÉDICO QUE LA ATIENDE. Los médicos son casi los únicos en nuestra comunidad, a quienes se les atribuye la omnipotencia pero la APARENTE falta de sentimientos son sólo estrategias inconscientes.

Cuando vean morir a un hombre, frente a esta angustia, es inevitable que algunos médicos pongan en juego mecanismos inconscientes adaptativos-defensivos- que pueden ir desde la dimisión y abandono, hasta la hiperactividad terapéutica, una encarnizada lucha tan **narcisista como inútil.**

Todo esto impide al moribundo comunicarse con su médico y se termina en la DISTANASIA, con los llamados “cocktails líticos”, químicos que poseen esta extraña virtud de permitir que el moribundo se deslice en una especie de inconsciencia y evita “molestar” al personal que lo “cuidan”.

Esto es, sin duda, la más fuerte prueba a la cual se someten los médicos, quienes soportan difícilmente su impotencia frente a la inminencia de su “fracaso”. Necesitan ambos, tanto paciente como médico del apoyo de CUIDADORES de la misma familia y cuidados profesionales respectivamente (28).

Ante una formación integral de MÉDICO –TANATÓLOGO se supone adquiriría conocimientos específicos para cuidarse de una manera integral ante el desgaste extra que significa no tener consciencia de las ligas o vínculos subconscientes; Freud les llama CATEXIAS (29).

“La estadística menciona que los profesionistas que más temprano mueren o padecen de trastornos psicosociales son los médicos. Habría que estudiar qué tanto aquellos que mueren se han vuelto continentes del proceso de muerte de sus pacientes” (30)

El profesional de la salud es UN FILÓSOFO de su propia vida y de su propia muerte, y tiene interés en analizar y comprender los diferentes componentes del EXISTIR Y SER, ENCONTRAR EL SENTIDO A SU VIDA (31).

Derechos Humanos concede por un lado el derecho-obligación de decir la verdad y por otro lado, la ética Hipocrática el “NO HACER DAÑO”: Un aforismo dice:

*Si puedes curar, cura.
Si no puedes curar, alivia.
Y si no puedes aliviar, consuela.*

Aliviar y consolar es lo único que se puede hacer para ayudar al enfermo, pero que es MUCHO. El médico no lo considera muerto antes de morir. Con el hecho de que no se considere abandonado por su médico, que le visita, le escucha, le acompaña en vida, le tranquiliza y conforta, le da su mano y es capaz de transmitirle esperanza y confianza son elementos de ayuda para el paciente, aparte de la misión que la profesión médica confiere, que es tener al Hombre como su IMPERATIVO.

El médico tiene que estar ahí para ayudarlo a morir.

El médico, como todo humano, aprende que la muerte es la sublimación de la esperanza de cambio a algo nuevo no narrado por nadie.

Como es capaz de aceptarla como algo natural e inevitable, se dedica a cuidar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso.

16. - CUIDADOS PALIATIVOS SUS METAS EN EL CÁNCER.

Es un programa experimentado, de naturaleza interdisciplinaria, dirigido al que está muriendo y al que está en duelo; para satisfacer los aspectos físicos, emocionales y espirituales de los procesos de muerte y duelo. Su filosofía es el alivio y el confort (32).

En algunos casos, la enfermedad de la persona no puede curarse ni controlarse con tratamiento, o la persona no desea recibir tratamiento adicional. Sin embargo, esto no quiere decir que no hay nada más que se pueda hacer.

El tratamiento paliativo, a veces llamado “cuidado en su etapa terminal” es una forma de cuidado que le ayuda a la persona a tener una mejor calidad de vida posible a medida que su padecimiento progresa. El objetivo del cuidado paliativo no es el no morir, sino, el objetivo es, vivir cada día que queda de vida tan completo como sea posible.

La terapia paliativa es un tratamiento que pretende aliviar los síntomas y disminuir el sufrimiento causado por enfermedades potencialmente mortales. También a la Terapia Paliativa se le identifica como CUIDADOS PSICO-EMOCIONALES PATIVOS cuando se enfoca a la atención psicológica. Esta terapia se administra junto con otros tratamientos para el cáncer y otras enfermedades terminales, **desde el momento del diagnóstico, durante el tratamiento, la supervivencia, la recaída o el avance de la enfermedad, así como en la etapa final de la vida.**

Ë METAS:

- v “Aliviar el dolor y demás síntomas.
- v Mejorar el bienestar emocional, mental y espiritual.
- v Dar apoyo a los miembros de familia de la persona que tiene cáncer durante la enfermedad y después de la muerte de la persona.
- v Involucra una participación en asociación entre la persona que tiene cáncer, su familia y amigos y los miembros del equipo de cuidado de salud. Este equipo puede incluir los servicios de un médico, enfermero, trabajador social, asesor psicológico, tanatólogo y de un consejero espiritual” (33).

Ë Enfermedades infantiles

De los pacientes, “1 de cada 3 niños que se encuentran en cuidados paliativos son pacientes oncológicos, mientras que del resto el 20% sufren enfermedades neurodegenerativas”(34), el resto son pacientes con enfermedades metabólicas, cardiovasculares, normalmente cardiopatías congénitas incompatibles con la vida, y malformaciones que también son incompatibles con la vida.

Ë Los objetivos de las unidades de Cuidados Paliativos

El objetivo principal es dar al paciente una asistencia integral, controlando los síntomas para lograr una mejor calidad de vida del enfermo y su familia.

El tratamiento se encarga de aliviar síntomas como el “dolor, pérdida del apetito, fatiga, debilidad, pérdida de peso, constipación, dificultad para respirar, confusión, náusea, vómito, tos y garganta adolorida o seca” (35) permitiendo disminuir el sufrimiento, que es uno de los temas más estresantes para la familia y el paciente con el fin de que el paciente pueda fallecer tranquilo y sin dolor. “Desde que se ha instaurado el programa no ha vuelto a haber ninguna petición de eutanasia, porque la gente no ve esa necesidad de acabar con su vida mucho antes ya que la vida que está teniendo tiene una calidad de vida suficiente” (36).

Ë Asistencia médica y social

En cuanto al futuro de estos pacientes y su tratamiento, se pretende conseguir la atención integral del enfermo terminal y de su familia tanto en aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales promocionando la autonomía y respetando la dignidad del enfermo mediante una atención continuada e individualizada.

“El protocolo que suelen utilizarse en estas unidades establece que, entre otras acciones, el servicio de anestesia las 24 horas del día los 7 días de la semana hasta que fallece el paciente y con el apoyo de un capellán, la familia y el paciente sean atendidos en el proceso de adaptación a la nueva situación y la elaboración del proceso de duelo” (37).

Para ello, cuentan con un psicólogo que además de valorar los posibles desequilibrios afectivos y tratar de evitar sentimientos de aislamiento por parte de los familiares y pacientes, tratará de elaborar el duelo y acompañarlos durante la pérdida del ser querido hasta el punto de que, tras el fallecimiento, se hace una reunión de la familia un mes después para ver que el proceso de duelo ha sido el adecuado, o si la familia establece que sean más seguido las reuniones dados conflictos previos no resueltos, se valorará su petición.

Ë Proyección

Se propondrá un fármaco de tipo opiáceos-sedantes, tratando de conseguir tranquilidad al paciente y quitarle la ansiedad así como otro tipo de coadyuvantes como puede ser laxantes, antieméticos, los cuales quitan los efectos secundarios de los dos fármacos anteriores.

Esta especialidad relativamente moderna es imprescindible para conseguir, a través de la unidad de cuidados paliativos extra hospitalarios, que el paciente con una enfermedad terminal permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio, evite los ingresos innecesarios al hospital y pueda cuando llegue el momento morir en su casa rodeado por los suyos.

Ë Tratamientos

- Farmacológico
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cirugía
- Procedimientos anestésicos
- Procedimientos físicos
- Intervenciones psicológicas

È Factores que podrían afectar

Por una parte, existen enfermedades como son las neurodegenerativas y cierto tipo de tumores que pueden prolongarse mucho tiempo; y, por otro lado, están las enfermedades con expectativas de vida limitada, una situación en la que se encuentra un gran número de pacientes.

Las expectativas de vida dependerán mucho de cuál es la enfermedad de base, es decir hay enfermedades en la infancia como son las leucemias y linfomas que son pacientes que están relativamente bien hasta pocas semanas antes de su muerte, con lo que la media de este tipo de tratamiento suele ser dos o tres semanas.

El tratamiento paliativo se administra a pacientes en estados avanzados de cáncer u otra enfermedad de la que no se tenga cura. La finalidad del tratamiento no es salvar al enfermo puesto que la muerte es inexorable, dada la progresión de la enfermedad y el poco conocimiento que se tiene de los tratamientos en cuestión.

Lo que realmente se quiere lograr es dar una muerte tranquila y una buena condición de vida en sus últimos momentos, siendo el efecto deseado aliviar el sufrimiento sin pérdida de conciencia.

La sedación se debe considerar en situaciones extremas, contemplando el deseo del paciente en concomitancia con la familia y tomando en consideración lo difícil que es tomar decisiones teniendo conciencia de que se aproxima el final de los días.

Con este tratamiento no sólo se pretende dar la posibilidad a las personas en estado terminal de sobrellevar un período difícil en la vida de los afectados, tanto familiares como portadores de las enfermedades, sino también permitir que los últimos recuerdos con sus seres queridos sean lo más enriquecedores posible.

17. - CUIDANDO A LOS CUIDADORES (38)

Los enfermos crónicos terminales requerirán un CUIDADOR. Es recomendable que sea un familiar, aunque también hoy en día hay profesionales que le brindan asistencia básica en todo momento.

La condición de un cuidador o cuidadora se enmarca en circunstancias que le generan un gran impacto, con efectos determinantes en sentimientos comunes. El más significativo es la IMPOTENCIA al constatar todos los días, que su enfermo va muriendo. También requieren a su vez de un especial cuidado ya que hay sobrecarga laboral y cansancio extremo.

El psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974 observó en su trabajo en una clínica de toxicómanos que los asistentes voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo, ansiedad y depresión volvíán menos sensibles, poco comprensivos y hasta agresivos, con trato distanciado y tendencia a culpar a los enfermos de las enfermedades que estos padecían.

En 1976 Cristina Maslach, psicóloga, utilizó el mismo término que usaban los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés entre sus compañeros de trabajo y le llamaron BURN-OUT: estar quemado.

Así pues, al aplicar este término BURN-OUT se está refiriendo al desgaste que sufren los trabajadores de los servicios a personas (sanidad, enseñanza, administración pública, policía, servicios sociales, médicos, burócratas etc.) debido a unas condiciones de trabajo en las que tienen fuertes demandas sociales.

18. – ESQUEMA DE IMPLEMENTACION DE SERVICIOS MÉDICOS
PALIATIVOS PARA INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS



19. - CONCLUSIONES

- La muerte nos puede sorprender al siguiente momento de leer este párrafo, aun cuando no estemos enfermos y tomemos todas las precauciones médicas. Parte del buen vivir consiste en responsabilizarnos de cada momento para que cuando lo inevitable nos suceda habremos puesto orden para no dejar como único legado un cúmulo de problemas. Hagamos nuestro testamento y la declaración de Voluntad anticipada.
- El médico no ha fallado. Es la figura principal en donde recae la responsabilidad de brindar todo el apoyo humano que requiere el enfermo en estado terminal, así como a su familia.
- Las Autoridades de Salud conocen las leyes de los Derechos del Enfermo Terminal. Sólo es cuestión de SOLICITAR QUE SE CUMPLAN.
- Falta adaptar al siglo XXI los planes de estudios para médicos donde se incluyan las materias de Tanatología y Cuidados Paliativos. Por la creciente alza del promedio de vida, pero también de la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, se requieren, por ahora, Técnicos en Cuidados Paliativos y que eventualmente, evolucione a licenciatura y maestría en cuidados paliativos.
- El familiar “cuidador” y los más lábiles miembros de la familia enferman y toda la familia se descontrola, la familia entra en crisis económica y emocional.
- El médico es el garante del trato humano a favor del ENFERMO TERMINAL.
- Se puede re-humanizar la atención médica a través de la MEDICINA PALIATIVA pues hay vocación. La Tanatología en México ha crecido y se ha fortalecido. Hoy es una Institución formada por profesionales a nivel internacional; la “Globalización” implica ajustes y en el área médica se toman medidas para re-humanizar esa relación del médico con su enfermo moribundo.
- SUBLIMAR EL DUELO EN DESARROLLO HUMANO, esto es darle un sentido al sufrimiento y un significado a la vida y la muerte.
- La INSTITUCIÓN MÉDICA y el Médico en lo particular por medio de SUS CUIDADOS PALIATIVOS FÍSICOS Y PSICO-EMOCIONALES, recupera su lugar de Servicio y atención humana. Los seres humanos que lo conforman se reivindicán, abren sus corazones, arropan y cobijan al MORIBUNDO suavemente cuando más los necesita; y el MÉDICO ESTÁ AHÍ mostrando su VOCACIÓN EN LA HUMANA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-TERMINAL.

20.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Edna Martha Hamill Meléndez, Tanatología y Bioética: ante el sufrimiento humano, Ed. Peinter, Pag. 52, 2009
- (2) [http://www.msc.es/planorganizacion/sns/planCalidadSNC/...](http://www.msc.es/planorganizacion/sns/planCalidadSNC/)
- (3) <http://cyberpsico.com.ar/melancolia1.htm>
- (4) Reyes-Z, A. Curso fundamental de tanatología. Tomo 1, 1ª ed., Derechos de Autor, México; 1996.
- (5) de la Fuente Ramón, Psicología Médica, FCE, Cap. V, Pags. Año
- (6) Kübler-Ross E; La Rueda de la Vida, EDICIONES B, 9ª Ed. pp. 147-55, 1997
- (7) <http://www.lecturalia.com/autor/1728-saint-john-perse>.
- (8) Daniel Behar, Un buen morir, Encontrando sentido al proceso de la muerte. Ed. Pax México, pp. 37 a 47, 2009.
- (9) de la Fuente Ramón, Psicología Médica. 2ª Ed. 1992, F.C.E. pp. 218- 220.
- (10) <http://www.bing.com/search?q=Savater%2Fetica+para+amador+&f1>
- (11) Kierkegaard Soren, Temor y Temblor, Ed. Losada, 2004.
- (12) cf. Job 4, 1-21
- (13) de la Fuente Juan Ramón, Psicología Médica, FCE Pág. 179-180, 1992.
- (14) Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke, La enfermedad como camino, ed. DEBOLSILLO, Tercera edición, pp. 13-24, año 2005.
- (15) <http://www.big.com/search?q=rudolph+virchow&=HPM>
- (16) http://www.es.wikipedia.org/org/wiki/Ignacio_Garcia%3Ada_T%C%A91
- (17) Groddeck, G.W., The Book of the it. Nervous and Mental Disease Publ., N.Y. 1928.
- (18) De la Fuente Ramón Psic. Méd. 2ª Ed. Pag. 186. año 1992
- (19) Parsons, T., S. Edward, K. Naegle y J.R. Pitt, Theories of Society, The Free Press NY, 1965.
- (20) Frank, J.D., "The Influence of Patients and Therapist Expectations on the Outcome of Psychotherapy", Br. J. Med. Psychol, núm 41 (1968), p. 349. Véase también ibid., Persuasion and Healing: a Comparative Study of Psychotherapy, Johns Hopkins Press, Baltimore, 1961.
- (21) Galindo Cásares Jesús, Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, Epoca II. Vol. V. Núm. 9, Colima, pp. 9-24 1999
- (22) Kübler-R, E. La Rueda de la vida, Ed. Grafo, 3ª ed., España; 1997
- (23) de la Fuente Ramón, Psicología Médica, 2ª Ed. Pag. 211 año 1992
- (24) Gómez Sancho Marcos Dr, "El médico ante la muerte", Texto completo en: http://histórico.medicoypacientes.com/colegios/2012/04/12_04.
- (25) Blanco Picabba Alfonso, Phicothenia, Vol. 6, N°, 1, Pag. 119-21, año 1994. Texto completo en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2017426>

- (26) Gómez Urrea Fernando Rafael, El Secreto para Superar las Pérdidas, Ed. Trillas, Pags. 38 a 42. Año 2009.
- (27) Sartre Jean Paul, El Ser y la Nada, 3 vols. Iberoamericana, Buenos Aires, 1946 1, 2ª ed., 1954
- (28) <http://www.bing.com/search?q=instituto+de+la+memoria&form=>
- (29) Freud S. Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva Madrid, 1973.
- (30) <http://www.bing.com/search?=&aprendiendo+a+morir+Federico+1>
- (31) Eagleton Terry, El sentido de la vida, Ed. Paidós, Cap. 3, pp. 123 a 2008.
- (32) Enf. Roxana Bonacina, Dra. María A. Minatel, Dra Valeria Tedeschi, Lic. Clara Cullen, Dr. Roberto Wenk. Cuidado paliativo [monografía en línea]. Argentina: Fundación FEMEBA; 2004. [Fecha de acceso 23 de agosto de 2010]. URL disponible en: <http://paliativofemeba.org>
- (33) [/uploads/2009/06/Cuidado%20Paliativo.%20Gu%edas%20de%20Tratamiento%20Para%20Enfermer%eda.pdf](http://uploads/2009/06/Cuidado%20Paliativo.%20Gu%edas%20de%20Tratamiento%20Para%20Enfermer%eda.pdf)
- (34) Cáncer: cuidado paliativo [En línea]. Estadounidense: Personal editorial de familydoctor.org; 2004. [Fecha de acceso 23 de agosto 2010]. URL disponible en: <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/cancer/treatment/722.html>
- (35) El tratamiento del dolor y mejorar la calidad de vida, objetivos de las unidades de Cuidados Paliativos. El confidencial [en línea]. 2009. [Fecha de acceso 23 de agosto 2010]. URL disponible en: http://www.elconfidencial.com/cache/2009/02/10/salud_75_tratamiento_dolor_mejorar_calidad_objetivos.html
- (36) Cáncer: cuidado paliativo [En línea]. Estadounidense: Personal editorial de familydoctor.org; 2004. [Fecha de acceso 23 de agosto 2010]. URL disponible en: <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/cancer/treatment/722.html>
- (36) El tratamiento del dolor y mejorar la calidad de vida, objetivos de las unidades de Cuidados Paliativos. El confidencial [en línea]. 2009. [Fecha de acceso 23 de agosto 2010]. URL disponible en: http://www.elconfidencial.com/cache/2009/02/10/salud_75_tratamiento_dolor_mejorar_calidad_objetivos.htm
- (37) El tratamiento del dolor y mejorar la calidad de vida, objetivos de las unidades de Cuidados Paliativos. El confidencial [en línea]. 2009. [Fecha de acceso 23 de agosto 2010]. URL disponible en: http://www.elconfidencial.com/cache/2009/02/10/salud_75_tratamiento_dolor_mejorar_calidad_objetivos.html 1 imagen.
http://www.google.cl/images?hl=es&source=img&biw=1276&bih=599&q=quimio+y+radio+terapia&gbv=2&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=
- (38) Barrera Lucy Ortiz, Pinto Afanador Natividad, Sánchez Herrera Beatriz, Carrillo Gloria Mabel, Chaparro Díaz Lorena, Cuidando a los Cuidadores, Familias de personas con enfermedad Crónica, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, pags. 24 a 75. Año 2010
- (39) <http://web.mit.edu/afs/athena.mit.edu/user/w/c/wchuana/News/college/MIT->

AUTOR:

Rosendo Díaz Arellano

Médico Cirujano

Master Psicoterapia Gestalt

Diplomado en Filosofía

TÍTULO:

Humana Relación

Médico-Enfermo Terminal

(Rehumanización de la medicina)

GENERACIÓN 2013-14

e-mail: yoposmoderno@hotmail.com