



ASPECTOS TANATOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL
PACIENTE TERMINAL; UNA VISIÓN GLOBAL

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

GLORIA ADRIANA MORALES RUÍZ



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F. a 19 de Febrero de 2008.

Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría
Coordinador del Diplomado en
Tanatología
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

GLORIA ADRIANA MORALES RUÍZ

Integrante de la Generación 2006 – 2007.

El nombre de la Tesina es:

ASPECTOS TANATOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE
TERMINAL; UNA VISIÓN GLOBAL

Atentamente



Dr. Felipe Martínez Arronte
Director de Tesina




A:


EL DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE
LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.

EL DR. L. ALFONSO REYESZUBIRÍA
PIONERO DE LA TANATOLOGÍA EN MÉXICO





A JORGE,
A MIS PADRES,
A: RAÚL, MARÍA, JÉSUS Y ANTONIO.
CON AMOR, ADMIRACIÓN Y RESPETO.



...“Muy pronto aprendí a conocer mejor aquella flor, en el planeta del principito siempre había habido flores muy sencillas, adornadas con una sola hilera de pétalos, que casi no ocupaban espacio y que a nadie molestaban ni llamaban la atención , aparecían una mañana entre la hierba y morían por la tarde. Pero aquella había germinado un día de una semilla traída no se sabe de dónde, no tenia ninguna semejanza con las otras y el principito la había cuidado muy de cerca” ...

Antoine de Saint-Exupéry

ÍNDICE

	PAG.
I. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCE	6
II. CUERPO DE LA OBRA:	
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. ASPECTOS TANATOLÓGICOS PARA SU APLICACIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA:	9
1. Concepto de tanatología.	9
1.2 Concepto Bio-Psico-Social y Espiritual.	11
1.3 Enfermo terminal.	13
1.4 Enfermo en fase terminal.	14
1.5 El proceso de morir.	17
1.6 Muerte adecuada.	19
1.7 Cuidados Paliativos.	20
1.8 Psicoterapia.	22
1.9 Importancia de la aplicación de aspectos tanatológicos en la atención médica.	24
CAPITULO II. ENFOQUE LEGAL Y GLOBAL EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES TERMINALES:	26
2. Enfoque de la normatividad de los Organismos Internacionales en relación a los enfermos terminales.	26
2.1 Aplicaciones legales en México en materia de Salud en los enfermos terminales.	30
2.2 Los derechos del paciente terminal.	34
2.3 Aplicación tanatológica actual.	37
2.4 Beneficios del apoyo tanatológico en la calidad de vida.	39
2.5. El futuro y la tanatología.	41
III. CONCLUSIONES	43
IV. BIBLIOGRAFÍA	45

I. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCE

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza sobre la búsqueda de una visión global en la aplicación de la tanatología actual, donde se retoman los fundamentos que son necesariamente aplicados a nuestra sociedad, en varios aspectos, los cuales desafortunadamente son aplicados cuando se ha establecido la fase terminal de un paciente.

Siendo necesario conocer la atención médica que recibe un enfermo terminal, en relación a: la información de su diagnóstico, el trato digno, la orientación en aspectos tanatológicos, y la referencia de manera formal a un apoyo tanatológico profesional.

La formación médica esta dirigida para enfrentar la enfermedad y conservar la vida, implica principios éticos, humanismo y ciencia; pero el manejo de la muerte no es enfrentado abiertamente con el paciente, por lo que, se dificulta proporcionar opciones de calidad de vida para los pacientes terminales, considerándose estas como costosas, y muchas veces no son acordes en un juicio clínico y ético, por lo que los sistemas de salud en muchas ocasiones por la saturación en los servicios ocasiona pocas alternativas tanatológicas reales para mejorar la calidad de vida para estos pacientes.

Recientemente en nuestro país se ha a probado la reforma en atención del paciente terminal, en donde se incluyen derechos de libre elección en relación a la atención médica, con medidas paliativas en un cuidado integral con el control del dolor y síntomas emocionales en forma multidisciplinario.

Para ser aplicado en todas las instituciones de salud, con el fin de evitar el abandono y deterioro que pueden llegar a presentar.

Sin embargo al hablar desde el punto de vista tanatológico podemos decir que esta investigación se dirige a fortalecer en la atención médica del paciente terminal, desde el momento de su diagnóstico en los aspectos tanatológicos por que la tanatología busca curar el dolor de la muerte y la desesperanza.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la visión actual con respecto a la aplicación de la tanatología y su relación en la atención médica en el paciente terminal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Identificar en los pacientes terminales la orientación para recibir un apoyo tanatológico profesional posterior a su diagnóstico en su atención médica.

2.- Conocer cual es el alcance que tiene un paciente terminal con respecto a su calidad de vida cuando es referido a un apoyo tanatológico profesional.

ALCANCE

Esta investigación tiene como propósito realizar un documento de consulta que se fundamente en una visión global de la tanatología actual de manera general y ser una herramienta útil en aspectos tanatológicos aplicados a la atención del paciente para el beneficio de la comunidad médica, además de enfatizar el trato digno que debe recibir todo paciente terminal, desde el punto de vista de la tanatología. Y poder obtener resultados de las preguntas que plantea esta investigación como son: ¿Todo paciente terminal recibe orientación tanatológica posterior a su diagnóstico? Y ¿Cuándo un paciente recibe apoyo tanatológico profesional mejora su calidad de vida?

II. CUERPO DE LA OBRA

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se realizan dos capítulos; el primero es denominado “Aspectos Tanatológicos Aplicados en la Atención Médica” donde se abordan algunos conceptos básicos de la tanatología y de manera general se busca conocer ¿cual es la visión actual referente al tema? y ¿por que es necesaria su aplicación en la atención médica de estos pacientes?

El segundo capítulo es denominado “Enfoque Legal y Enfoque Global en la Atención a los Pacientes Terminales” donde se desarrolla una perspectiva de como se realizará la atención a los enfermos terminales en los sistemas de salud en un futuro.

Es ineludible que uno de los hechos más importantes en la actualidad es la Globalización, de forma tal que ha impactando en toda sociedad, es un aspecto económico, político, social, cultural y tecnológico; Pero este fenómeno se menciona particularmente en relación a la salud, implica que este tema no solo se ve situado en un nivel nacional, observándose imprescindible para ver más allá como aspectos de salud internacionales y mundiales.

La Organización Mundial de la salud recomienda coherencia entre las políticas de salud, hacia acuerdos comerciales que optimicen los beneficios y reduzcan los riesgos a la salud especialmente en poblaciones pobres o vulnerables.

El diagnóstico de enfermo terminal significa para el médico una gran responsabilidad implica compromiso en orientar y dirigir de manera oportuna a todo paciente a un adecuado manejo que incluye una calidad de vida digna.

CAPÍTULO I

ASPECTOS TANATOLÓGICOS APLICADOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Concepto de tanatología

Del griego “Θάνατος” Thánatos o Tánato, significa “muerte” era descrito como la personificación de la muerte no violenta o su mensajero, y su hermano gemelo, es Hipnos “el sueño”, mientras que la muerte violenta la describen como el dominio de sus hermanas, “las Keres”¹. Los cuales son considerados hijos de la Noche; Tánato anuncia la llegada de la muerte y se le representa como un joven con alas, una espada al costado y las piernas cruzadas.²

La definición etimológica de Tanatología es thánatos: muerte, logos: tratado, Para varios estudiosos es una ciencia y también es considerada como arte. Para la psiquiatría el término Thanatos se considera a partir de una dualidad establecida por Freud quien describió los impulsos hacia la vida, Eros y tánatos los “impulsos hacia la muerte”.³

En el año 1901 el término de Tanatología fue implementado por Elías Metchnikoff médico ruso, quien la considerada como una rama de la medicina forense la cual

¹ Mitología y leyendas. (2006). Consultado el 1 de Noviembre de 2007 en:
<http://mitologiayleyendas.blogspot.com/search?q=tanatos>

² Mitología Griega. (2007). Consultado el 1 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.todohistoria.com/mitologia/letrat.htm>

³ Diccionario médico-biológico (histórico y etimológico) de helenismos (2007). Consultado el 4 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.dicciomed.es/php/diccio.php?id=335>

⁴ Revista Digital Universitaria. 10 de Noviembre de 2007. Vol.7, No.8 ISSN: 1607 – 6079. Consultado el 4 de Noviembre 2007 en:
<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/int62.htm>

trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.¹

Elisabeth Kübler-Ross, nació en Zurich, Suiza en 1926, médica psiquiatra de profesión, fue pionera en la atención a los enfermos terminales, en el año de 1958 inicio con una de las tareas más importantes para ella, el acompañar y escuchar con atención a los enfermos terminales. Es autora con gran reconocimiento de varios libros respecto a este tema.

Para la Asociación Mexicana de Tanatología el concepto es denominado como una disciplina científica con la finalidad de curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza.

Es importante mencionar los objetivos de la tanatología, descritos por el Dr. Reyes Zubiría, los cuales son aplicados por el tanatólogo al ayudar al enfermo terminal a que siga siendo productivo con una calidad de vida verdadera, ayudar a los familiares del enfermo terminal y que se preparen para la muerte de su ser querido; que le permitan morir en paz, ayudar a los que sufren ya el dolor de la muerte de un ser querido, ayudando a su proceso de duelo, ayudar a los que forman parte del equipo de salud a aliviar sus frustraciones, culpas, depresiones entre otras emociones que surgen ante la muerte del paciente y ayudar a los que tienen ideación o conducta suicidas a que encuentren una esperanza real por lo que también ayudar a los sobrevivientes del suicido y a sus familiares.

Según la Sociedad Española e Internacional de Tanatología el concepto de la tanatología es descrito como una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas, donde su principal fin es desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella.²

² Sociedad Española e Internacional de Tanatología. (2007). Consultado el 4 Noviembre 2007 en: <http://tanatologia.org/seit/index.html>

1.2 Concepto Bio-Psico-Social y Espiritual

Concepto Bio-Psico-Social

Antecedentes

Es necesario conocer de donde surge este concepto el cual se genero a partir de de la Teoría General de Sistemas fue desarrollada por L. Von Bertalanffy alrededor de 1930, él propuso la teoría de sistemas abiertos, esto es, sistemas que intercambian información con el medio ambiente como todo sistema vivo lo hace.¹ Postula que todas las criaturas vivientes son equipos organizados en sistemas, lo que forma un complejo de elementos interrelacionados, complejos y organizados jerárquicamente compuestos por niveles. Donde se conforma la base del modelo Biopsicosocial propuesto por Engel G. intenta ser coherente y verificable.

La concepción biopsicosocial de la enfermedad trata de definir un tipo de trastorno y enfermedad de naturaleza psicosomática frente a otros de carácter exclusivo psicológico o físico es una cuestión que en la actualidad no se ajusta a la realidad.²

En el modelo biopsicosocial el paciente está organizado en niveles jerárquicos y complejos, incluye fenómenos subatómicos, niveles atómicos, moleculares, histológicos, orgánicos, sistémicos, corporales, personales, sociales, culturales, cósmicos y universales. Concluyendo que cada nivel está constituido por partes que en su conjunto forman un todo, que es más que la simple suma de sus partes.

¹ Ingeniería de Sistemas Educativos. Introducción a la Teoría General de Sistemas. Encontrado el 6 de Noviembre de 2007 en:

<http://www.aprendizaje.com.mx/TeoriaSistemas/Introduccion/introduccion.html>

² Sánchez E. et al., Relevancia del abordaje Biopsicosocial en el diagnóstico y tratamiento de los desordenes psicosomáticos. *Psiquis*, 2001; 22 (3): 137-142. Consultado el 7 de Noviembre de 2007 en:

http://www.psiquis.com/art/01_22_n03_A04.pdf

Concepto Bio-Psico-Social y Espiritual

La Organización Mundial de la Salud describe al ser humano como un ente bio psico social; pero con respecto a la tanatología, el concepto es más amplio, porque, la visión es que el ser humano es una unidad total, y no puede ser visto como partes del mismo. Bio-Psico-Social y Espiritual en esta disciplina de estudio no necesariamente se relaciona a la religión, es importante es reconocer que espiritual es una condición humana esencial.

La palabra espiritualidad ha sido definida como naturaleza y condición de espiritual, como un conjunto de creencias y actitudes características de la vida espiritual de una persona o de un grupo de ellas. Otra definición es lo que está, relacionado con sentimientos y creencias profundas, a menudo religiosas, como la sensación de paz de una persona, su propósito en la vida, la relación con los otros y las creencias acerca del sentido de la vida.

Para Víktor Frankl médico neurólogo y psiquiatra de origen austriaco, fundador de la logoterapia, percibe al espíritu como un eje que atraviesa el consciente, preconsciente e inconsciente. El espíritu “el yo en su esencia”. Describiendo a la persona espiritual-existencial lo que en su dimensión más profunda es inconsciente.¹

Para el Dr. L. Alfonso Reyes Zubiría, pionero de la Tanatología en México y Fundador de la Asociación Mexicana de Tanatología, describe que la tanatología

¹ El foro de la Logoterapia. (2006). Consultado el 9 de Noviembre de 2007 en: http://www.logoforo.com/Foro/forum_posts.asp?TID=154&get=last

⁹ Reyes Zubiría L. Alfonso. PERSONA Y ESPIRITUALIDAD. Curso Fundamental de Tanatología, Tomo 1, México, 1997. p.11.

concibe al hombre como un todo, en sus necesidades y en sus realidades físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales. E involucra, al enfermo terminal, o en fase terminal, y luego a quienes lo rodean: familia, amigos, médicos....enfermeros, ministros religiosos...etc. ¹

1.3 Enfermo terminal

Desde el punto de vista de la tanatología el enfermo terminal no es un moribundo, o desahuciado como es manejado en la práctica médica. Cuando un médico comunica a un paciente su enfermedad terminal los sentimientos del paciente pueden ser contradictorios en relación al tiempo de vida, "cuando pasamos de lo abstracto a lo real, nos damos cuenta por primera vez de que nuestro tiempo es limitado". ² Y surge la idea de que vamos a morir, pero al mismo tiempo no creemos en nuestra propia muerte, o que simplemente no es el momento para pensar en ella; pero el enfermo con diagnóstico terminal, se enfrenta a su propia muerte, y necesariamente su concepto de vida será diferente aún que la enfermedad no necesariamente sea una sentencia de que su fin está cerca.

La definición en tanatología de enfermo terminal se interpreta sobre la visión del enfermo y su familia esto en relación al tiempo relativo a su pronóstico, con aspectos un tanto diferentes en cuanto al concepto que es utilizado en la medicina paliativa.

Debido a que en medicina el criterio en cuanto a un pronóstico por ejemplo mayor a cinco años puede parecer mucho tiempo desde esta perspectiva.

De acuerdo con lo anterior, la definición tanatológica de enfermo terminal determina que es la persona que padece una enfermedad, por la que

² Kübler Ross Elisabeth y Kessler David. LECCIONES DE VIDA. Trad. Victoria Morera, Zeta Bolsillo, México, 2007.p.138.

posiblemente vaya a morir, en un tiempo relativamente corto, y que conoce su diagnóstico.¹

En la práctica médica la enfermedad terminal es aquella que no responde a ningún tratamiento específico y que evoluciona de forma irremediable hacia la muerte en un período corto de tiempo.

1.4 Enfermo en fase terminal

En el concepto de enfermo en fase terminal, la atención no debe dirigirse solo a proporcionar tratamientos curativos, se necesitan en el paciente los Cuidados Paliativos, debido a ser un paciente moribundo; pero en tanatología sigue siendo una persona por más crítico que se encuentre su estado, es de suma importancia comprender sus necesidades, las cuales deben ser entendidas para poder ayudar, “es hacer su muerte amable, llena de paz y serenidad, lo que es el gran objetivo del tanatólogo.”²

Al hablar de una respuesta de inadaptación física y emocional en los pacientes moribundos hablamos de el termino de agonía, el cual tiene su origen griego: “αγον”, “agon” significa lucha, está en relación a la angustia que sufre una persona cuando se encuentra al borde de la muerte. Para los enfermos en fase terminal es muy importante que reciban un manejo profesional, implica a los cuidados paliativos (que más adelante se abordara en esta investigación en el punto 1.7.) y sobre todo un apoyo tanatológico real.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos.- SECPAL. Define a la enfermedad terminal como enfermedad incurable avanzada, precedida de una respuesta desfavorable a tratamientos específicos, acompañado de síntomas intensos

¹ Reyes Zubiría L. Alfonso. ACERCAMIENTOS TANATOLÓGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y A SU FAMILIA. Curso Fundamental de Tanatología, Tomo 3, México, 1996. p.154.

² Idídem. p.127.

multifactoriales, con impacto emocional a negación de la muerte en el enfermo, familia y equipo de salud y tener un pronóstico menor a 6 meses de vida.¹

Se dice que todo ser humano vive con la posibilidad de morir, pero un paciente en fase terminal vive con la probabilidad; se ha llegado a cuestionar que es lo que estos pacientes hacen con la certidumbre de la situación: observándose en estos pacientes es que asumen mayores riesgos, por que no tienen nada que perder.

Por otra parte el enfermo en fase terminal tiene repercusiones en forma de debilitamiento total en su persona con repercusiones bio psico sociales y espirituales. Donde la presencia de dolor no solo es una percepción subjetiva de paciente, es una experiencia multidimensional, siendo dirigida por atención de medicina paliativa.

Dentro de la tanatología se destacan las necesidades físicas que son descritas por Gray en los enfermos en fase terminal, de las cuales, podemos resumir que presentan deterioro en la sensibilidad, movimientos y reflejos que poco a poco van disminuyendo, problemas en la circulación, agitación, perdida de la visión y audición, pueden presentar dolor físico a lo largo del proceso y permanece una plena conciencia hasta el ultimo momento. Algunos pacientes prefieren la compañía de su familiar durante este proceso.

Con respecto a las necesidades psicológicas se presenta perdida de la salud; incluye perdida de la seguridad, de expectativas, pierde tranquilidad, estabilidad, su libertad de privacidad. Pérdida de libertad; esta en relación a la libertad de movimientos. Pérdida del Cuerpo; para los pacientes esto es de vital importancia por que hasta se apenan de su deterioro. Pérdida, implica autoestima, depresión. Pérdida de la paz interior; esta relacionado con un auto análisis de su vida.

¹ Navarro J. Cuidados Paliativos no Oncológicos Enfermedad Terminal: Concepto Y Factores Pronósticos. En el sitio Web de SECPAL. Guías Médicas. Consultado el 26 de Noviembre de 2007 en: http://www.secpal.com/quiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2

Siendo importante reconocer que el campo profesional de la tanatología es muy amplio en estos aspectos de cómo ayudar al paciente y a su familia.

“El cuidado en la etapa terminal es el nombre de un programa especial para el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales (moribundos) y sus familias”. Trata de proporcionar la mejor calidad de vida para los moribundos “proporcionándoles un enfoque "holístico"; es decir que da consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familias y a las demás personas encargadas de su cuidado”.¹

Desde el punto de vista de la Asociación Catalana de Estudios de Bioética ACEB el concepto de enfermedad terminal lo describe como síndrome terminal de la siguiente manera:

El diagnóstico de síndrome terminal de enfermedad se produce cuando concurren las siguientes circunstancias²:

1. Enfermedad de evolución progresiva.
2. Pronóstico de supervivencia inferior a un mes.
3. Ineficacia comprobada de los tratamientos.
4. Pérdida de la esperanza de recuperación.

¹ Familydoctor.org. Cuidado del paciente en la etapa terminal... (2005). En el sitio Web de American Academy of Family Physicians. Consultado el 13 de Noviembre de 2007 en: <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/pat-advocacy/endoflife/250.html>

² Sureda M. Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. (2003). En el sitio Web de la Associació Catalana ACEB d' Estudis Bioètics. Consultado el 16 de Noviembre de 2007 en: <http://www.aceb.org/term.htm>

1.5 El proceso de morir

Existen tres aspectos generales descritos en este proceso; el primero es que el hombre, ante su muerte, vive una contradicción existencial; segundo la muerte se experimenta de diferentes maneras en relación a vivir la propia muerte, entonces hablaremos de experiencia extrapersona e intrapersonal y tercero esta en relación al concepto de que cada muerte es un acontecimiento individual que depende de varios factores.

Reyes Zubiría¹ menciona el proceso de morir descrito por Elisabeth Kübler Ross donde se presentan cinco fases:

Primera Fase: Negación y Aislamiento.

Cuando el paciente y su familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción es negar, algunos enfermos hacen uso de la negación con miembros del equipo de salud, escogen a las personas con las que puedan conversar sobre su enfermedad y su muerte y fingen una mejoría con los que no pueden tolerar la idea de su muerte. Posteriormente aparecerá el aislamiento.

Segunda Fase: Rabia

Esta fase es muy difícil de afrontar tanto para la familia como el personal de salud ya que la ira se proyecta contra todo, en esta fase el paciente necesita respeto, comprensión y algo de nuestro tiempo, poco a poco ira disminuyendo la ira , por que lo haremos sentir de nuevo un ser humano y valioso.

Tercera Fase: Regateo

Tiene una duración breve, El enfermo al saber que es desahuciado hace promesas las cuales pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, La mayoría de estas promesas se hacen a Díos y generalmente se guardan en secreto. El pacto que realiza es un intento de diferir los hechos.

¹ Reyes.1996. Op cit. p77-82.

Cuarta Fase: Depresión

Cuando el desahuciado no pueda seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, comenzara con la sensación de tener una gran perdida. Como la refiere kübler- Ross es depresión anticipatoria es normalmente silenciosa. Hay enfermos que sufren especialmente por que siente la presión por parte de sus seres queridos, de luchar por vivir, cuando lo que desean es preparase para morir.

Quita fase: Aceptación

Si un paciente tuvo suficiente tiempo y se le proporciono ayuda en las fases anteriormente mencionadas, llegara a la aceptación; Por lo que podrá contemplar su cercano fin con relativa facilidad. Kübler Ross advierte que hay pacientes que luchan hasta el final, conservando la esperanza del mismo modo, estos no podrá llegar a la aceptación, con paz y dignidad.

El proceso de morir también ha sido descrito por Reyes Zubiría. El cual está enfocado en el proceso anterior, pero particularmente su aplicación es en la cultura del mexicano y tal vez en otras culturas latinoamericanas, donde la religiosidad y la familia son características propias y fundamentales de estas culturas; por lo que viven el proceso de morir en “Emociones Entremezcladas” las cuales son diferentes en la cultura anglo sajona por mencionar un ejemplo donde viven el proceso de morir descrito por Elisabeth Kübler Ross.

Por otra parte cuando se acerca la última etapa del proceso de morir, se presentan dos dinámicas que están interrelacionadas, en lo físico: el cuerpo empieza a dejar de funcionar correctamente, lo que es entendido como un proceso normal. La otra dinámica es el área emocional espiritual mental, donde la persona comienza el proceso de dejar el cuerpo físico con todas sus limitaciones y este proceso de separación o despegó de todos los lazos personales y afectivos. Por lo que se menciona que el “enfermo necesita el “permiso” de sus seres queridos para morir,

y procurar resolver lo que queda “pendiente”. Aunque es difícil ver este proceso en el mismo momento cuando esta ocurriendo, es necesario respetarlo como normal”.¹

1.5 Muerte adecuada

El concepto de la muerte varía según las diferentes culturas y épocas. La muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones se detienen pero este concepto se ha puesto en duda, implica comprender el concepto de muerte cerebral donde se menciona que la pérdida irreversible de actividad cerebral es el signo principal de la muerte.

Weissman define el concepto de Muerte Apropiada como: “es aquella en la que la ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad, en el ejercicio de opciones y actividades factibles y comprensión de las limitantes físicas , todo esto dentro del ideal de cada ego” Y desde el punto de vista de Shneidman “cuando hablamos de Muerte Buena, implicamos que es apropiada, no solo para el que muere , sino para también para los principales sobrevivientes: una muerte con la que ellos puedan vivir”.²

La muerte digna es la muerte con todos los alivios y paliativos médicos adecuados, así como con los consuelos humanos posibles.³

¹ Cope J. El arte del buen morir: Como ayudar a personas con enfermedades terminales (2004) p47. Mundo Hispano. Consultado 19 de Noviembre de 2007 en: <http://books.google.com.mx/books?id=AxEmdJpJc8C&pg=PA47&dq=EL+PROCESO+DE+MORIR&sig=CvD0u-gyCaG6722znVN0LEesaFE#PPA47,M1>

² Reyes. 1997. Op cit. p.11.

³ La muerte digna. Ciclo de conferencias "España, Claves de hoy". (2006).En el Sitio Web de la Fundación Alzheimer. Consultado el 23 de Noviembre de 2007 en: http://www.fundacionalzheimer.org/info/2006/doc_48

Actualmente la atención al final de la vida que se proporciona esta enfocada en considerar la aplicación de dignidad y calidad de vida, principios como son: atención integral de enfermo y familia, con métodos de control de síntomas, soporte emocional y comunicación dirigidos a los cuidados paliativos. Se destaca que también es fundamental el apoyo tanatológico que se puede brindar para beneficio del paciente, a su familia y al equipo de salud.

1.5 Cuidados Paliativos

La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, significa manta o cubierta. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “cubiertos” con tratamientos específicos. La Medicina Paliativa implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales.¹

Para la Organización Mundial de la Salud.- OMS, los cuidados Paliativos:

Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

La SECPAL² define para los cuidados paliativos (CP) no oncológicos lo siguiente:

¹ Twycross R. Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas (2000) En el sitio Web del Acta Bioética. Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Año VI - N° 1. ISSN 0717-5906. P31. Consultado 25 de Noviembre de 2007 en: <http://www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/actaa.pdf>

² SECPAL. Guías Médicas. En el sitio Web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Consultado el 13 de Noviembre de 2007 en: http://www.secpal.com/quiasm/index.php?acc=see_quia&id_quia=2

- a. Los CP deben extenderse a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no malignas, la mayoría enfermos ancianos con pluripatología y grandes discapacidades en los que muchas veces resulta difícil definir la SET(Situación Terminal de la enfermedad); por lo que es importante conocer: Pronóstico Discapacidad funcional Severidad de la enfermedad Información sobre la toma de decisiones
- b. Toma de decisiones: La base fundamental de la toma de decisiones = Enfermedad + Grado de evolución de la misma + Grado de deterioro funcional global + Gravedad de las sobreagudizaciones/crisis + Deseos, metas y opiniones de los pacientes/familia durante el curso de la enfermedad
- c. Planificación de los cuidados. Considerar: Planteamiento dinámico. Con relativa frecuencia aparecen situaciones que cambian con rapidez, surgen complicaciones, síntomas estresantes como el dolor, la disnea, etc.; entonces una actitud inicialmente más "curativa" puede sustituirse por una actitud exclusivamente paliativa.

No reservar los Cuidados Paliativos solo para las fases agónicas. Desde un punto de vista práctico debemos de tener en cuenta una serie de indicadores que pueden ayudarnos a definir la SET en pacientes con enfermedades avanzadas no malignas.

La medicina Paliativa tiene como fin incrementar al máximo la potencialidad de enfermo en aspectos individuales y familiares, estimular la mejoría y el saneamiento de las relaciones del paciente, incrementar la comunicación con los miembros del equipo de salud, control del dolor y los demás síntomas de la enfermedad y proporcionar el adecuado soporte familiar.¹

Los objetivos de un programa de cuidados paliativos son cinco:

1.- Cuidado total: corresponde al manejo de situaciones que pueden generar malestar al paciente. La magnitud de esta acción alcanza esferas espirituales, físicas, emocionales, intelectuales, sociales y económicas.

2.- Control de síntomas: implica prevenir y tratar los síntomas que aparecen en

¹ Reyes.1996, Op cit. p152.

forma corriente en el proceso de la muerte y las variables impuestas por las características de la enfermedad.

3.- Control del dolor: las causas de dolor pueden ser varias, por lo que es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente.

4.- Apoyo emocional: al paciente y a la familia.

5.- Apoyo al equipo de salud.

Por lo anterior se ha integrado en este concepto que estos cuidados al final de la vida no aceleran, tampoco detienen el proceso de morir. Así mismo no prolongan la vida tampoco aceleran la muerte. En lo que se enfoca esta visión es a dar el apoyo real de forma especializada de forma integral.

1.8 Psicoterapia

Las ciencias médicas y sociales han descrito que para poder superar la tajante división que existe entre el cuerpo y la psiquis es necesario el reconocer que el hombre es una totalidad.

El concepto de psicoterapia expresa que es aquel tratamiento, no médico, que quiere restaurar la salud emocional, mediante recursos psicológicos.¹ Trata de influir en el paciente, de forma directa o indirecta, teniendo como objetivo estimular todas las reacciones relacionadas con la salud emocional.

En esta área existen una gran diversidad de corrientes y conceptos teóricos aplicados; con un enfoque de establecer un contexto de comunicación, donde influyen el contacto a través del dialogo que puede ser directo o personal entre el psicoterapeuta y el paciente, influyendo la relación terapéutica relacionándose a

¹ Reyes.1997, Op cit. p.174.

la calidad de esta comunicación ayuda a generar un cambio en quien solicita la psicoterapia.

Los principales modelos de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cinco orientaciones en: Psicodinmicos, Humanísticos- Existenciales, Conductuales y Sistémicos.¹

Dentro de los modelos humanistas se destacan la terapia gestáltica, el análisis transaccional y la psicoterapia centrada en el cliente. Donde esta última es la psicoterapia rogeriana la cual presenta un enfoque de influencia actual sobre los psicoterapeutas norteamericanos, más que otras como la terapia racional-emotiva de Albert Ellis y del psicoanálisis freudiano.

La terapia de conducta es una de las principales corrientes en psicoterapia, se caracteriza por que está fundamentada en la psicología experimental; su objetivo esta en relación a modificar los comportamientos desadaptados para un cambio observable y medible en la conducta.

Dentro de las expectativas favorables de la psicoterapia se menciona su efectividad, y posterior a esta, sus efectos son a largo plazo cuando es aplicada profesionalmente. En tanatología la psicoterapia fundamental esta dirigida a la ayuda que se proporciona a “una persona, de manera directa y activa, a que mejore su situación vital.”²

Se ha mencionado que en algún caso es necesario aplicar una psicoterapia profunda, la cual esta dirigida para atacar las cusas primarias de la neurosis y lograr el nuevas experiencias vitales favorables para el individuo.

¹ Ruiz J. y Cano J. Las Psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. (1998). Consultado el 27 de Noviembre del 2007 en: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3b.htm>

² Reyes.1997, Op cit. p. 179.

1.9 Importancia de la aplicación de aspectos tanatológicos en la atención médica

Los avances científicos y tecnológicos que se han desarrollado en el área médica permiten que el promedio de vida sea mayor, donde influyen varios factores, y probablemente exista la idea de tener calidad de vida, Sin embargo cuando llega el momento de reflexionar sobre la muerte, puede parecer lejano para algunos, pero para otros no, los que tal vez de forma inesperada reciben un diagnóstico terminal ya sea personal, o de algún familiar, o simplemente alguien conocido lo que cambia totalmente sus expectativas de vida; Y se dirigirá a la etapa final de la vida para planificar las acciones pertinentes con respecto a recibir la atención en salud necesaria, es un período difícil para los pacientes y sus familias; no es tarea fácil debido a que las necesidades son muy particulares, para algunos puede llegar a surgir un crecimiento personal, pero en otros no es así, donde se produce un gran sufrimiento personal y familiar. Porque la enfermedad terminal no responde a ningún tratamiento específico y que evoluciona irremediable hacia la muerte.

En la mayoría de los países el sistema de salud no cuenta con la capacidad suficiente para brindar este tipo de ayuda o de dar información a estos pacientes, implica en muchas ocasiones internamientos continuos en centros no adaptados para brindar un apoyo en pacientes terminales o en abandono o aislamiento del sistema de salud.

Es por ello que la atención médica también se debe de proporcionar información, orientación y referir a un apoyo tanatológico real e integral para el paciente terminal y sus familiares; Pero no solo esperar hasta que se encuentre en una fase terminal de su padecimiento.

El conjunto de características que definen el bienestar y el funcionalismo de una persona en un momento dado se relacionan a los ámbitos físicos, psicológicos, sociales del individuo y espiritual.

Por otra parte también se busca el beneficio en que el paciente terminal obtenga un trato digno por el personal de salud y la información necesaria a su padecimiento, tratamiento y pronóstico, que pueda conocer cual es el apoyo tanatológico, como puede obtener esta ayuda y los beneficios que puede obtener en este tipo de manejo.

CAPITULO II

ENFOQUE LEGAL Y GLOBAL EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES TERMINALES

2. Enfoque de la normatividad de los Organismos Internacionales en relación a los enfermos terminales

Para iniciar el capítulo es importante mencionar a las Naciones Unidas en donde ya desde hace tiempo se han establecido la Declaración Universal de Derechos Humanos, en cuyo documento¹ consta que es:

Como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

La Organización Mundial de la Salud.- OMS. Ha generado un documento denominado “Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa” donde se observa un marco común para la promoción y aplicación de los derechos de los pacientes.

Y la Asociación Médica Mundial.- AMM. Emite declaraciones con respecto a los enfermos terminales, dentro de las cuales se encuentra el código internacional de ética médica, los derechos de los pacientes, la investigación en seres humanos, entre otros. Además cuenta con la creación de Declaraciones como por ejemplo la de Venecia, Italia emitida en 1983 y revisada en Pilanesberg, Sudáfrica en el

¹ Declaración universal de los derechos humanos. (1948-1998). En el sitio Web de Las Naciones Unidas. Consultado el 27 de Noviembre de 2007 en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

2006 en la cual se manifiesta los principios dirigidos a la Enfermedad Terminal y la Declaración de Lisboa, Portugal que trata sobre los Derechos del Paciente.

Con respecto a la Organización Panamericana de la Salud ha difundido los Principios éticos generalmente aceptados en los diversos códigos de ética médica con respecto a la Medicina Paliativa.¹ Se presentan fragmentos de este documento describiendo los seis principios éticos:

1.- PRINCIPIO DE INVIOLABILIDAD DE LA VIDA HUMANA

La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un valor fundamental del que derivan los derechos humanos. El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.

El informe del Comité de expertos de la OMS establece que entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están el “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal” y “establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.

Estos objetivos corresponden a una concepción del derecho a morir con dignidad no como un derecho a morir, sino como un derecho a una forma de morir. La expresión denota, entonces, una exigencia ética. La idea fundamental es que el ser humano agonizante plantea una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad. Los objetivos que se plantean los cuidados paliativos son una respuesta activa y concreta frente a estas exigencias éticas del morir humano.

2.- PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA

Parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida humana es el deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena. Pero es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino solo aquellas que le ofrezcan una razonable probabilidad de beneficio.

¹ Cuidados Paliativos .Guías para el manejo clínico. Consultado el 4 de Noviembre de 2007 en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>

Este principio sostiene que existe la obligación moral de implementar solo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple, se consideran “desproporcionadas” y no son moralmente obligatorias. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud moral de omitir aquellas intervenciones que puedan reportar beneficios para el paciente particular, pues ello representaría una forma de eutanasia (por omisión).

Para verificar si esta relación de “debida proporción” se cumple o no en determinada situación, es necesario confrontar el tipo de terapia -su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación -con los resultados esperables.

Es importante destacar aquí que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse por referencia al beneficio global.

3.- PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO EN EL MANEJO DEL DOLOR Y LA SUPRESIÓN DE LA CONCIENCIA

El uso de opioides y otras drogas que pueden alterar el estado de vigilia del paciente es habitual en Medicina Paliativa. No es infrecuente que el recurso a este tipo de terapias genere dudas en la familia o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas (como hipotensión, depresión respiratoria, etc.) podrían representar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar, en primer lugar, que cuando se utilizan en forma adecuada, los efectos secundarios de estas drogas no son tan frecuentes como se solía afirmar en el pasado.

Sin embargo, aun cuando en algún caso se pueda prever la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa que usar estas terapias sea moralmente reprobable. Se aplica aquí el clásico principio ético conocido como doble efecto (o voluntario indirecto).

En estas condiciones, esta forma de terapia representaría el mayor bien posible para ese paciente.

Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico justificado y no debe ser directamente deseada, sino solo tolerada. No sería lícito, por ejemplo, sedar a un paciente por razones como falta del personal necesario para la atención.

4.- PRINCIPIO DE VERACIDAD

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, en términos generales, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de

decisiones (autonomía). Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos.

Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable.

En estas circunstancias, no es inusual en Latinoamérica optar por una actitud paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Ello podría suponer caer en la “conspiración del silencio” que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una injusticia, pues priva al paciente del derecho a ejercer su autonomía.

Por tanto, dependiendo del caso, respetar el deseo del paciente de optar por un modelo familiar de toma de decisiones puede representar justamente la forma concreta de respetar su autonomía.

Por otro lado, existen circunstancias en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un paciente determinado en atención al principio de no maleficencia.

En el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

5.- PRINCIPIO DE PREVENCIÓN

Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica, es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas.

6.- PRINCIPIO DE NO ABANDONO

Exceptuando casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo es inadecuado. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación empática es, muchas veces, la mejor forma de lograr que recapacite.

Este principio ético nos previene también frente a una forma más sutil de abandono.

La atención de pacientes terminales nos enfrenta necesariamente con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirse. Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia. El ethos de la

medicina paliativa nos recuerda que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar.

2.1 Aplicaciones legales en México en materia de Salud en los enfermos terminales

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentran fundamentada las garantías individuales, en relación a la salud en el artículo 4º. En un fragmento de dicho artículo¹ se decreta:

...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...

De donde surge la Ley General de Salud, donde Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Última reforma publicada el 19-06-2007 que es la que actualmente norma.

A continuación se mencionara que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SSA; Presentan el un Documento en donde se incluye además, en cada uno de sus artículos, el fundamento legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con la materia.²

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultado 3 Diciembre de 2007. Disponible en: http://www.captralir.df.gob.mx/transparencia/leyes/constitucion_mexicana.pdf

² Presentación: Carta de los Derechos Generales de los Pacientes Diciembre, 2001. Consultado el 12 de Diciembre de 2007. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc

1. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico. Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código — Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.}

Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1

6. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9. y 5.5.

8. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

10. SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.

El Congreso mexicano en la Cámara de Diputados en octubre del 2007, aprobó la reforma a diversos artículos de la Ley General de Salud que subraya obligatoriedad de los hospitales a dar un cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente con enfermedad en estado terminal¹, mediante la prevención, tratamiento y control del dolor, así como de otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. Donde el concepto de Enfermedad en estado terminal a todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor de seis meses.

¹ Diario Médico de México. En el sitio Web de Medicina Digital.com. Consultado el 6 de Diciembre de 2007 en: http://www.medicinadigital.com/index.php?option=com_content&task=view&id=7119&Itemid=134

Otra reforma aprobada concierne a la relativa al artículo tercero de la Ley General de Salud, determina incluir el tratamiento del dolor; en los tratamientos médicos y no que sólo se perciba como una derivación o consecuencia de las enfermedades. De tal forma que “tendrán el derecho a una atención médica curativa y paliativa durante el transcurso de la enfermedad; trato digno y respetuoso; información clara, oportuna y suficiente sobre su estado médico”. Y que los pacientes en esa fase “tienen derecho a decidir libremente sobre el tipo y lugar de atención médica que mejor se adecue a su enfermedad, necesidades y calidad de vida, así como el sitio donde desea morir”.

Mencionando también que “todas las instituciones de salud, públicas y privadas, deberán incorporar cuidados paliativos en el segundo y tercer nivel de atención; cuidados paliativos, disminuir las restricciones para la prescripción de analgésicos fuertes, tipo opiáceos cuando sean necesarios, a fin de eliminar el dolor evitable”. Por lo que se debe “dar atención paliativa digna, profesional, ambulatoria o domiciliaria, con visitas médicas según requerimiento, en caso justificado, a fin de evitar el abandono y altas hospitalarias automáticas, pretextando la no recuperación del enfermo”. Otra reforma aprobada esta en relación al artículo tercero de la Ley General de Salud, que determina incluir el tratamiento del dolor “en los tratamientos médicos y no que sólo se perciba como una derivación o consecuencia de las enfermedades”. Por lo “que el tratamiento del dolor crónico y los cuidados paliativos de enfermos terminales debe ser expresamente señalado en la LGS como materia de salubridad general”.

2.2 Los derechos del paciente terminal

La Asociación Médica Mundial.- AMM a descrito que “cuando el diagnóstico médico de un paciente excluye la esperanza de reponer o mantener su salud y su

muerte es inevitable, con frecuencia el médico y el paciente se ven enfrentados a un conjunto de decisiones complejas relativas a las intervenciones médicas”.¹

En la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina ha sentado principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de los enfermos terminales o moribundos. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de las miembros más vulnerables de la sociedad, tal y como demuestran muchas experiencias de sufrimiento del presente y del pasado más próximo. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo al morir.

Se presenta en forma de síntesis lo que la Organización Mundial de la Salud.-OMS, establece que los pacientes terminales: Deben vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual, social y ocupacional, Vivir independientemente y alerta, expresar sus emociones y sentimientos, ejercer autonomía, tener alivio de sufrimientos en todos los aspectos, al conocimiento de su enfermedad lo que implica el diagnóstico y su pronóstico, a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades, a ser el eje principal en decisiones para sus cuidados al final de la vida, a que no se prolongue su sufrimiento indefinidamente, a no morir solo, a tener una muerte digna y a recibir asistencia espiritual. A que el paciente ejerza sus derechos con apoyo de su familia y del equipo de salud.

¹ Declaración de Venecia de la AMM sobre la Enfermedad Terminal. (2006). Consultado 3 de Diciembre de 2007 en:
www.wma.net/s/policy/i2.htm

Para la tanatología como menciona Reyes Zubiría ¹ “el enfermo terminal tiene los mismos derechos que cualquier persona” en donde aplica que el Enfermo terminal y en Fase terminal tiene derecho:

- a) A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta. Lo que implica que debe ser tratado como un ser humano, vivo hasta su momento final.
- b) A vivir independiente y alerta. Tiene derecho a expresar sus sentimientos y emociones, en todo momento, y la manera de enfrentar su propia muerte.
- c) A tener alivio de sus sufrimientos, físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales. Lo que incluye tener derecho de no presentar dolor, en lo posible.
- d) A conocer, o rehusar conocer, todo lo conveniente a su enfermedad, su estado, su pronóstico médico.
- e) A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen.
- f) A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida
- g) A que no se prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se apliquen medidas extremas, o heroicas, para sostener sus funciones vitales.
- h) A usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.
- i) A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
- j) A disponer de ayuda de y para su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.
- k) A no morir solo.
- l) A morir con verdadera dignidad, con plena, con aceptación y en total paz.
- m) A esperar que la inviolabilidad de su cuerpo sea respetada tras su muerte.

A continuación se expone fragmentos de los objetivos de la Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa ²en donde la OMS considera:

¹ Reyes. 1996, Op cit. p.155-157.

² Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. EUR/ICP/HLE 121. (1994). Consultado el 3 de Diciembre de 2007 en:
<http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/09E171FD-2284-43C9-8EF8-A4A259751805/0/Declaraci%C3%B3nsobrelapromoci%C3%B3ndelosderechosdelospacientesenEuropa.pdf>

- Reafirmar los derechos fundamentales humanos en el apartado de la atención sanitaria, y en particular proteger la dignidad e integridad de la persona.
- Ofrecer a la consideración de los Estados Miembros un grupo de principios básicos que puedan ser utilizados al revisar las políticas de atención a los pacientes.
- Ayudar a los pacientes a obtener el beneficio completo derivado del uso de los servicios del sistema público de salud, y mitigar los efectos de cualquier problema que puedan experimentar con ese sistema;
- Promover y mantener relaciones beneficiosas entre los pacientes y los profesionales de la salud.
- Reforzar oportunidades existentes y proporcionar nuevas oportunidades para el diálogo entre las organizaciones de los pacientes, los profesionales de la salud, las administraciones sanitarias y otros agentes sociales;
- Enfocar la atención nacional, regional e internacional sobre las necesidades cambiantes en los derechos de los pacientes y fomentar una cooperación internacional.
- Asegurar la protección de los derechos humanos fundamentales y humanizar la asistencia que se presta a todos los pacientes, incluyendo a los más vulnerables, como los niños, pacientes psiquiátricos, los ancianos o los enfermos graves.

2.3 Aplicación tanatológica actual

Como antecedente previo al respecto es conveniente mencionar un aspecto actual que influye en los servicios de salud, como lo es la globalización la cual tiene impacto en todos los niveles. “El término en español más correcto sería mundialización. Globalización viene del término inglés Globe.”¹

Pero en relación a la salud es sin duda un fenómeno social, el cual es afectado por todos los cambios e intereses generados por este proceso; para mencionar el concepto podemos decir que “la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unifica mercados, sociedades y culturas, a través

¹ La Globalización y las Instituciones Internacionales. Consultado el 5 de Diciembre de 2007 en: <http://www.reingex.com/74.asp>

de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global.”¹

Al hablar de una aplicación tanatológica actual nos lleva a la reflexión de que: “cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como una persona sin derecho de opinar. A menudo es otro quien toma la decisión...”² Para algunos la tanatología científica “afrenta el tema de la muerte desde un sentido "empírico" o, desde los conocimientos que se derivan, induce las técnicas para afrontar el problema existencial de la muerte”.³

El personal de salud influye en la calidad de atención en la enfermedad terminal, por lo que surge la necesidad de aceptar el fenómeno de la muerte como un proceso natural. El conocimiento de la existencia de enfermedad y todo aquello que implica “le pertenecen al enfermo, en tanto que la dolencia habite su cuerpo. Nadie tiene derecho de despojarlo de tal conocimiento y ocultarlo: Tenemos el trágico derecho de conocer nuestros bienes como nuestros males”.⁴

Para Kübler -Ross son muchas las razones por las que:”no se puede afrontar la muerte con tranquilidad. Uno de los hechos más importantes es que, hoy en día, morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en que momento se produjo la muerte”⁵

¹ Globalización concepto de globalización características de globalización. Consultado el 4 de Diciembre de 2007 en:
[http://riie.com.ar/?a=29400&globalizacion concepto de globalizacion características de globalizacion](http://riie.com.ar/?a=29400&globalizacion+concepto+de+globalizacion+caracteristicas+de+globalizacion)

² Kübler Ross Elisabeth. SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS.2da.ed, Random House Mondadori Debolsillo, México, 2006. p.22.

³ Grandes retos para la tanatología del siglo XXI. En el sitio Web de la Sociedad Española e internacional de tanatología. Consultado el 8 de Diciembre de 2007 en:
<http://tanatologia.org/seit/GrandesRetosTanatologiaSigloXXI.html>

⁴ Ortiz Quesada Federico. MUERTE MORIR INMORTALIDAD. Taurus, México, 2005. p.110.

⁵ Kübler. 2006, 2da.ed,Random House. Op Cit. p.21.

Hoy en día son muy pocos los paciente que a nivel mundial pueden recibir un apoyo en cuidados paliativos o tener acceso a un apoyo tanatológico profesional, debido a que son varios los factores influyentes pero este hecho no puede negar que es necesario dar el apoyo y la atención en salud necesaria en el paciente terminal. Y no solo es dar tratamiento de los síntomas físicos y del cuidado corporal, es necesario ocuparse del nivel emocional, mejorar su calidad de vida y lo más importante curar el dolor de la muerte y la desesperanza que llegan a sufrir.

2.4 Beneficios del apoyo tanatológico en la calidad de vida

Como puede llegar a influir un apoyo tanatológico en un paciente terminal, sin duda es de gran ayuda por que evidentemente es necesario en la atención médica, implica el trato que reciben los pacientes terminales el cual debe ser más humano, es decir proporcionar un trato digno lo que incluye contar con la información necesaria de su padecimiento, conocer cuales el apoyo indicado para su manejo y todo esto debe ser proporcionado en su atención médica de una forma asertiva.

Por lo que es de suma importancia mencionar los conceptos de trato digno y calidad de vida.

El trato digno¹ es definido como:

El derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Pueden identificarse algunos subelementos en la conformación del trato digno:

- Libertad de tránsito y movimiento

¹ Dirección General de Evaluación del Desempeño. Documento técnico Propuesta metodológica para la construcción de un Índice de trato. Consultado el 6 de diciembre de 2007 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf

- Ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio.
- Derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración.

La OMS¹, define calidad de vida de la siguiente manera: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Es decir:

Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno².

Posteriormente se han desarrollado instrumentos de medición (Indicadores) que permiten una valoración integral de la persona en relación a la calidad de vida.

Por otra parte es necesario que el médico en la atención del paciente terminal sea consciente de la crisis que se vive y brindar apoyo de tal manera que fluya la comunicación entre el paciente y sus familiares. De ser posible lograr una empatía para el beneficio integral, lo que mejoraría en gran parte la relación médico paciente y le proporcionaría de forma objetiva una alternativa para mejorar su calidad de vida al ser derivado a la atención en cuidados paliativos y sobre todo un apoyo tanatológico real; en donde curar el dolor de la muerte y la desesperanza del paciente terminal sea el objetivo fundamental.

¹ LatinSalud.com. Longevidad y calidad. Consultado el 9 de Diciembre 2007 en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00284.asp>

² Portal Mayores. Glosario de Gerontología y Geriátrica: C. Consultado el 7 de Diciembre de 2007 en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/c.html>

2.5. El futuro y la tanatología.

La globalización de la salud se encuentra en debate, con un contexto de naturaleza económica y de gestión, relacionados a la organización de los servicios médicos y de salud. Lo que manifiesta un dilema que es de orden epistemológico, conceptual y de principios que orientan las políticas de salud. Por otra parte se ha expresado por la Organización Panamericana de la salud (OPS) que “los objetivos de desarrollo del milenio no son sólo retórica con buenas intenciones. Demandan avances concretos y cuantificables para mejorar la calidad de vida en el mundo en desarrollo”.¹

Lo anterior genera que “los desafíos se encuentran en la capacidad de promover cambios paradigmáticos que logren implementar políticas en torno a una reconceptualización de la salud, como parte integrante del desarrollo económico y social, transformándola en un indicador valórico y ético de la modernidad.”²

Con respecto a los cuidados paliativos en Latinoamérica como lo manifiesta la SECPAL³ no son el resultado de un plan concertado para la región, sino de eventos fraccionados. Esto es en parte el reflejo de la falta de apoyo regional de organismos internacionales y de falta de fuentes de financiación internacional que permitieran diseñar y aplicar una estrategia para toda América Latina.

En México se ha dado un paso importante respecto a los cuidados paliativos, pero todavía falta camino por recorrer. El hecho es que también se trata de impulsar en

¹ Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud Vol 9, Núm 2. (2004). Consultado el 9 de Diciembre del 2007 en: www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero20_articulo01.htm

² Llambías J. Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado Rev Cubana Salud Pública (2003); 29(3): 236-245. Consultado el 6 de Diciembre del 2007 en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=21288&id_seccion=1250&id_ejemplar=2191&id_revista=79

³ De Lima L. Los Cuidados Paliativos en América Latina Título (2006). Consultado el 5 de Diciembre de 2007 en: http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=317

el paciente terminal el concepto de voluntad anticipada en la cual se: “permitirá la práctica de la ortotanasia como método para que los enfermos terminales mueran sin sufrir en la agonía”¹. Por lo anterior, se modificarán el Código Penal y la ley de salud locales para que respalden la decisión de quienes no quieran continuar con su atención médica durante una enfermedad incurable. Pero no se menciona al respecto que el paciente debe estar informado sobre si puede recibir un apoyo tanatológico, desde que conoce su diagnóstico. Y de cuales son los beneficios para el y su familia antes de llegar a requerir los cuidados paliativos, y aún dentro de este manejo debe continuar su apoyo tanatológico real; la finalidad de esta relación es lograr empatía con el paciente que sufre, y no sólo la alianza contra la enfermedad orgánica, requiere la reconciliación entre lo orgánico y lo psíquico.

Porque la tanatología no solo es brindar “un acompañamiento” sino dar un apoyo real e integral necesario, es ayudar al enfermo terminal y a los familiares a tener una mejor calidad de vida y a prepararlos para el proceso de la muerte con dignidad total aceptación.

¹ Vivir México. Aprueban ley para una muerte digna. Consultado el 9 de Diciembre de 2007 en: <http://vivirmexico.com/2007/11/27/aprueban-ley-para-una-muerte-digna/>

III. CONCLUSIONES

Para concluir, se responden las preguntas que surgieron al inicio de la investigación para relacionarlas con la información al respecto. ¿Todo paciente terminal recibe orientación tanatológica posterior a su diagnóstico? No, debido a que como tal no está especificado en la literatura consultada. Sin embargo se manifiesta que deben de ser enviados a los cuidados paliativos, implica la fase terminal del paciente. Por tal motivo es necesario reconocer que el paciente terminal es muy vulnerable en este periodo implica que puede estar consciente de su situación o no, llegando a presentar deterioro progresivo causando un gran impacto emocional, físico en su persona y en su familia, con un gran deterioro en su calidad de vida. Por lo que resulta imprescindible recibir orientación específica de aspectos tanatológicos por parte del personal médico y ser remitido a este apoyo de forma oportuna.

¿Cuándo un paciente recibe apoyo tanatológico profesional mejora su calidad de vida? Si, debido a que la tanatología percibe al hombre como un todo; bio psico social y espiritual. Es proporcionar la atención al paciente y a su familia en el proceso de su enfermedad; implica tener una mejor calidad de vida, recibir un trato digno que incluye ser informado, ser orientado y apoyado de forma integral. Para morir con dignidad, con plena aceptación. Y no es dar consejos o consuelos tampoco se trata de solo dar un apoyo o acompañamiento emocional, sino una orientación adecuada, porque para la tanatología es fundamental curar el dolor de la muerte y la desesperanza.

Para el manejo adecuado de los pacientes terminales ya han sido estipulados derechos que describen la obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas que también fundamenta la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. Así como de vivir hasta su máximo potencial en mejora de su calidad de vida, expresar sus emociones y tener alivio de sufrimientos en todos los aspectos.

En nuestro país surge una nueva ley para la atención a pacientes terminales que implica recibir atención de cuidados paliativos y otra es la de Voluntad Anticipada. Sin embargo es importante analizar que falta camino por recorrer que estas medidas deben ser aplicadas en forma asertiva y sin discriminación. Y antes de plasmar la decisión en el documento de voluntad anticipada el paciente debe de ser informado de manera responsable y ética sobre las opciones que existen para su manejo e incluir que debe recibir atención tanatológica real.

IV. BIBLIOGRAFÍA

García Pérez José. ÉTICA DE LA SALUD EN LOS PROCESOS TERMINALES. San Pablo, España, 1998.

Kübler Ross Elisabeth. LA RUEDA DE LA VIDA. Trad. Brito Amelia, Zeta Bolsillo España, 2006.

Kübler Ross Elisabeth. SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS. 2da. ed, Random House Mondadori Debolsillo, México, 2006.

Kübler Ross Elisabeth y Kessler David. LECCIONES DE VIDA. Trad. Victoria Morera, Zeta Bolsillo, México, 2007.

Ortiz Quesada Federico. MUERTE MORIR INMORTALIDAD. Taurus, México, 2005.

Reyes Zubiría L. Alfonso. PERSONA Y ESPIRITUALIDAD. Curso Fundamental de Tanatología, Tomo 1, México, 1997.

Reyes Zubiría L. Alfonso. DEPRESIÓN Y ANGUSTIA. Curso Fundamental de Tanatología, Tomo 2, México, 1992.

Reyes Zubiría L. Alfonso. ACERCAMIENTOS TANATOLÓGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y A SU FAMILIA. Curso Fundamental de Tanatología, Tomo 3, México, 1996.

Webgrafía

Asociación Mexicana de Tanatología. Consultado el 3 de Noviembre de 2007 en: <http://www.tanatologia-amtac.com/html/principal.htm>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultado el 3 de Diciembre de 2007. Disponible en: http://www.captralir.df.gob.mx/transparencia/leyes/constitucion_mexicana.pdf

Cope J. El arte del buen morir: Como ayudar a personas con enfermedades terminales (2004) P 47. Mundo Hispano. Consultado 19 de Noviembre de 2007 en: <http://books.google.com.mx/books?id=AxEmdJpJc8C&pg=PA47&dq=EL+PROCESO+DE+MORIR&sig=CvD0u-gyCaG6722znVN0LEesaFE#PPA47,M1>

Cuidados Paliativos .Guías para el manejo clínico. Consultado el 4 de Noviembre de 2007 en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>

De Lima L. Los Cuidados Paliativos en América Latina Título (2006). Consultado el 5 de Diciembre de 2007 en: http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=317

Declaración de Venecia de la AMM sobre la Enfermedad Terminal. (2006). Consultado 3 de Diciembre de 2007 en: www.wma.net/s/policy/i2.htm

Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. EUR/ICP/HLE 121. (1994). Consultado el 3 de Diciembre de 2007 en:
<http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/09E171FD-2284-43C9-8EF8-A4A259751805/0/Declaraci%C3%B3nsobrelapromoci%C3%B3ndelosderechosdelospacientesenEuropa.pdf>

Declaración universal de los derechos humanos. (1948-1998). En el sitio Web de Las Naciones Unidas. Consultado el 27 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

Diario Médico de México. En el sitio Web de Medicina Digital.com. Consultado el 6 de Diciembre de 2007 en:
http://www.medicinadigital.com/index.php?option=com_content&task=view&id=7119&Itemid=134

Diccionario médico-biológico (histórico y etimológico) de helenismos (2007). Consultado el 4 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.dicciomed.es/php/diccio.php?id=335>

Dirección General de Evaluación del Desempeño. Documento técnico Propuesta metodológica para la construcción de un Índice de trato. Consultado el 6 de diciembre de 2007 en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf

El foro de la Logoterapia. (2006). Consultado el 9 de Noviembre de 2007 en:
http://www.logoforo.com/Foro/forum_posts.asp?TID=154&get=last

El Médico Interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad (2004). Consultado el 13 de Noviembre de 2007 en:
http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema16/herramientass6.htm

Familydoctor.org. Cuidado del paciente en la etapa terminal... (2005). En el sitio Web de [American Academy of Family Physicians](http://www.familydoctor.org). Consultado el 13 de Noviembre de 2007 en:
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/pat-advocacy/endoflife/250.html>

Globalización concepto de globalización características de globalización. Consultado el 4 de Diciembre de 2007 en:
[http://riie.com.ar/?a=29400&globalizacion concepto de globalizacion características de globalizacion](http://riie.com.ar/?a=29400&globalizacion%20concepto%20de%20globalizacion%20caracteristicas%20de%20globalizacion)

Grandes retos para la tanatología del siglo XXI. En el sitio Web de la Sociedad Española e internacional de tanatología. Consultado el 8 de Diciembre de 2007 en:
<http://tanatologia.org/seit/GrandesRetosTanatologiaSigloXXI.html>

Ingeniería de Sistemas Educativos. Introducción a la Teoría General de Sistemas. Encontrado el 6 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.aprendizaje.com.mx/TeoriaSistemas/Introduccion/introduccion.html>

La Globalización y las Instituciones Internacionales. Consultado el 5 de Diciembre de 2007 en:
<http://www.reingex.com/74.asp>

La muerte digna. Ciclo de conferencias "España, Claves de hoy". (2006). En el Sitio Web de la Fundación Alzheimer. Consultado el 23 de Noviembre de 2007 en:
http://www.fundacionalzheimer.org/info/2006/doc_48

LatinSalud.com. Longevidad y calidad. Consultado el 9 de Diciembre 2007 en:

<http://www.latinsalud.com/articulos/00284.asp>

Llambías J. Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado Rev Cubana Salud Pública (2003); 29(3): 236-245. Consultado el 6 de Diciembre del 2007 en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=21288&id_seccion=1250&id_ejemplar=2191&id_revista=79

Mitología Griega. (2007). Consultado el 1 de Noviembre de 2007 en:

<http://www.todohistoria.com/mitologia/letrat.htm>

Mitología y leyendas. (2006). Consultado el 1 de Noviembre de 2007 en:

<http://mitologiayleyendas.blogspot.com/search?q=tanatos>

Muerte y agonía. (2007). En el sitio Web de la Enciclopedia Microsoft Encarta. Consultado 23 de Noviembre de 2007 en:

http://es.encarta.msn.com/encyclopedia_761569168/Muerte_y_agon%C3%ADa.html

Navarro J. Cuidados Paliativos no Oncológicos Enfermedad Terminal: Concepto Y Factores Pronósticos. En el sitio Web de SECPAL. Guías Médicas. Consultado el 26 de Noviembre de 2007 en:

http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2

Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud

Vol 9, Núm 2. (2004). Consultado el 9 de Diciembre del 2007 en:

www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero20_articulo01.htm

Portal Mayores. Glosario de Gerontología y Geriatría: C. Consultado el 7 de Diciembre de 2007 en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/c.html>

Presentación: Carta de los Derechos Generales de los Pacientes Diciembre, (2001). Consultado el 12 de Diciembre de 2007. Disponible en:

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc

Protección de los derechos humanos y la dignidad en los enfermos y moribundos. (1999). Consultado el 6 de Diciembre de 2007 en:

http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=304

Revista Digital Universitaria. 10 de. Vol.7, No.8 ISSN: 1607 – 6079. Consultado el 4 de Noviembre 2007 en:

<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/int62.htm>

Revista Futuros. Globalización, gobernabilidad y salud. ISSN 1913-6196. Consultado el 3 de Diciembre de 2007 en:

http://www.revistafuturos.info/futuros14/globalizacion_salud.htm

Ruiz J. y Cano J. Las Psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. (1998). Consultado el 27 de Noviembre del 2007 en:

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3b.htm>

Sánchez E. et al., Relevancia del abordaje Biopsicosocial en el diagnóstico y tratamiento de los desordenes psicósomáticos. Psiquis, 2001; 22 (3): 137-142. Consultado el 7 de Noviembre de 2007 en:

http://www.psisquis.com/art/01_22_n03_A04.pdf

SECPAL. Guías Médicas. En el sitio Web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Consultado el 13 de Noviembre de 2007 en:
http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2

Sociedad Española e Internacional de Tanatología. (2007). Consultado el 4 Noviembre 2007 en:
<http://tanatologia.org/seit/index.html>

Sostenibilidad portal. Salud y Globalización. Consultado el 2 de Diciembre de 2007 en:
http://portalsostenibilidad.upc.edu/detall_01.php?numapartat=3&id=200

Sureda M. Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. (2003). En el sitio Web de la Associació Catalana ACEB d' Estudis Bioètics. Consultado el 16 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.aceb.org/term.htm>

Twycross R. Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas (2000) En el sitio Web del Acta Bioética. Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Año VI - Nº 1. ISSN 0717-5906. P31. Consultado 25 de Noviembre de 2007 en:
<http://www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/actaa.pdf>

Vivir México. Aprueban ley para una muerte digna. Consultado el 9 de Diciembre de 2007 en:
<http://vivirmexico.com/2007/11/27/aprueban-ley-para-una-muerte-digna/>

