

## Representaciones sobre los Cuidados Paliativos en un grupo de estudiantes de medicina de la Ciudad de México

Representations of Palliative Care in a Group of Medical Students from Mexico City

Barragán Solís A,\* Bautista Sánchez S,\*\* Morales López H. \*\*\*

\* Profesora Investigadora Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENHA). Instituto Nacional de Antropología e Historia. (INAH). Miembro del Cuerpo Académico Diversidad biosocial contemporánea. ENAH-CA-2.

\*\* Médico algólogo, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México. \*\*\* Miembro del Mexican Group in Basic and Clinical Research in Internal Medicine. Adscrita al Servicio de Anestesiología del Hospital General de Ticomán SSDF. México.

Correspondencia: Dra. Anabella Barragán Solís. Correo electrónico: [anabsolis@hotmail.com](mailto:anabsolis@hotmail.com)

Recibido: 04-08-11 Aceptado: 22-11-11

### RESUMEN

**Objetivos:** Describir y analizar las representaciones de un grupo de estudiantes de medicina. **Material y método:** Estudio descriptivo transversal cualitativo. Se aplicó un cuestionario exploratorio abierto a 34 estudiantes, 22 mujeres y 12 hombres, las preguntas fueron: 1. ¿Qué crees que son los cuidados paliativos? y 2. ¿Cuáles son tres de las principales acciones que como médico llevarías a cabo ante un paciente terminal? Se efectuó el proceso de análisis del discurso a cada respuesta. **Resultados:** Tanto hombres como mujeres señalaron que los cuidados paliativos son formas de "atención, tratamiento, ayuda, cuidado y seguimiento" de pacientes en "etapa terminal, enfermedades incurables y moribundos", con el fin de proporcionar "calidad de vida" y "una buena muerte". Las mujeres anotaron que las "acciones" no sólo incluyen a los pacientes sino que también implican a los familiares. **Conclusiones:** Los alumnos identifican diversas fases del proceso de la enfermedad incurable, los cuidados de enfermería fueron los de mayor importancia. El control del dolor se estableció como un objetivo primordial, para lo cual se privilegió el tratamiento farmacológico con opioides.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, Representaciones, Enfermos terminales.

### SUMMARY

**Objectives:** To describe and analyze the representations of a group of medical students. **Material and Methods:** A qualitative, descriptive and cross-sectional study. A questionnaire was exploratory open to 34 students, 22 women and 12 men, the questions were: 1. What do you think is palliative care? and 2. What are three of the main actions would you take out as a doctor to a terminally ill patient? It made the process of discourse analysis to each answer. **Results:** Both men and women reported that palliative care are forms of "care, treatment, help, care and monitoring" of patients with "end-stage, incurable diseases and dying", to provide "quality of life" and "a good death". The women noted that the "actions" include not only patients but also involve the relatives. **Conclusions:** The students identify various phases of incurable disease, nursing care were the most important. Pain control was established as a primary objective for which privileged the opioid pharmacotherapy.

**Key words:** Care palliative, Representations Terminal patients.

## Introducción

Para Freidson<sup>1</sup>, los médicos conforman un grupo profesional regulado a su interior, lo que crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad. En este punto nos preguntamos ¿Cuáles son las representaciones de un grupo de estudiantes de medicina acerca de los Cuidados Paliativos?, ¿Cuándo se aplican los Cuidados Paliativos? ¿A quién se aplican los Cuidados Paliativos? Interrogantes que guiaron esta exploración del saber médico que Menéndez y Dipardo<sup>2</sup> definen como: la articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario, el conocimiento y las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional, las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas, en un proceso de síntesis continua.<sup>1-9</sup>

Así el saber de los médicos también incluye un conocimiento general compartido con los grupos sociales. El conocimiento médico está considerado como autorizado y definitivo, de tal magnitud es su prestigio dentro de la sociedad que su posición, es análoga al de las religiones del Estado y actualmente tiene un monopolio aprobado oficialmente sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad<sup>1</sup>. Es por ello que nos parece relevante explorar las representaciones sociales entendidas como una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, una forma de pensamiento social<sup>3</sup>.

El rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención<sup>4</sup>. Por otra parte, el *habitus* médico es el conjunto de predisposiciones incorporadas, es decir que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales que a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano, lo que finalmente se vuelve el principio de acción de su práctica profesional.

Entre los procedimientos que la misma *Norma Oficial Mexicana sobre los Cuidados Paliativos*<sup>10</sup> establece para proporcionar bienestar y calidad de vida digna hasta el momento de la muerte, está el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan al paciente, y se incluyen las indicaciones, información y capacitación de sus familiares, tutor o representante legal acerca de los cuidados generales del paciente, sobre los fármacos y las formas de comunicación de emergencias a los médicos tratantes, entre otros objetivos.

Los derechos de los pacientes terminales pueden definirse como: *Ser tratado con humanismo hasta el momento de su muerte; mantener una esperanza, cualquiera que esta sea; tener la posibilidad de expresar sus sentimientos, deseos y emociones frente a la cercanía de su muerte; recibir la atención de médicos y enfermeras para lograr el máximo confort; no morir solo; estar libre de dolor; tener una respuesta honesta cualquiera que esta sea; no ser engañado; recibir ayuda de su familia y en la-*

aceptación de su muerte: *morir en paz y con dignidad*. Conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros; ser cuidado por personas sensibles y competentes. Un factor de importancia para muchos usuarios de servicios médicos; se refiere a que su cuerpo sea respetado después de su muerte<sup>9</sup>. El objetivo de este trabajo es explorar las representaciones, en tanto ideas y creencias que tienen un grupo de estudiantes de medicina acerca de los cuidados paliativos y qué acciones consideran deben llevarse a cabo en los pacientes que los requieren, cabe destacar que la asignatura denominada *cuidados paliativos* no está integrada como asignatura en la curricula del médico cirujano en Instituto Politécnico Nacional (México).

## Material y método

En diciembre de 2009, en un aula del Hospital General de México se aplicó un cuestionario exploratorio abierto a 34 estudiantes de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (México) que estaban cursando la asignatura denominada “Terapéutica Médica”. Se integró un grupo de 22 alumnas y 12 alumnos de quinto semestre de la carrera de médico cirujano y partero, quienes aceptaron participar en el estudio, guardando el anonimato en el cuestionario, que sólo contenía su edad y sexo. Contestaron de forma individual las siguientes preguntas: 1. *¿Qué crees que son los cuidados paliativos?* y 2. *¿Cuáles son tres de las principales acciones que como médico llevarías a cabo ante un paciente terminal?*

El análisis de las respuestas se realizó de forma cualitativa, método cuya preocupación fundamental fue la comprensión del mundo desde el punto de vista de los actores sociales, así la tarea fue interpretar los significados de sus discursos y dar sentido a su subjetividad, a partir de las metáforas, que como un conjunto de representaciones se materializan en la atención del dolor y sufrimiento que padecen los sujetos reales.

## Resultados

Todos los estudiantes contestaron y entregaron el cuestionario. En las respuestas, tanto hombres como mujeres estuvieron de acuerdo en que los cuidados paliativos se aplican a los pacientes en “*sus últimos días o tiempo de muerte*”, en pacientes que cursan “*enfermedades terminales*” y que “*no responden al tratamiento médico*”, algunos especificaron que se establecen en el “*paciente moribundo*”. Acotaciones que se corresponden con lo esperado según los cánones establecidos, con excepción de la última aseveración, que más bien estaba dirigida a los cuidados tanatológicos.

El grupo de estudiantes, sin diferencia de género, consideró entre sus respuestas que las acciones de cuidados paliativos tienen el objetivo de procurar una “*muerte digna*” o “*una buena muerte*”, al “*evitar el sufrimiento*”. Y las acciones que ellos llevarían a cabo fueron descritas puntualmente: los hombres explícitamente anotaron: “*informar al paciente*”, “*disminuir el dolor*” y “*proporcionar apoyo psicológico*”, “*no abusar de la tecnología*”, “*respetar las decisiones del paciente*” y “*permitirle estar con su familia*”, además de llevar a cabo “*acompañamiento*” que consiste en “*apoyo, orientación, disponibilidad y calidad en el cuidado*”.

Las mujeres por su parte, agregaron a las propuestas anteriores, combinar la atención con el “*manejo con un tanatólogo*”, y al igual que los hombres no sólo enfocarse a la atención física, sino a la emocional y religiosa, de manera específica apoyarlo para un proceso con “*dignidad*” y “*proporcionarle espiritualidad con su ser supremo*”.

## Discusión

Los resultados demuestran que la atención de los cuidados paliativos, según las ideas de los estudiantes de medicina, tiene el objetivo de coadyuvar con la intervención médica a proporcionar: “calidad de vida”, “calidad de muerte”, “una buena muerte”. Esta última, se descubre como la guía u orientación nodal, por ello las acciones de cuidado, atención, tratamiento y ayuda que señalaron las alumnas y los alumnos entrevistados: “informar al paciente de su estado”, “dignidad para con su familia”, “mejorar el desenlace”, “minorar, quitar, eliminar el dolor”, “aliviar los síntomas”, así se logrará mejorar la calidad de vida y procurar una “buena muerte”. Las siguientes frases escritas en el instrumento aplicado ejemplifican este aspecto.

*Algunas respuestas de las alumnas: Orientar al paciente o apoyarlo para que tenga una buena calidad de muerte; procurar la calidad de espera de la muerte; Cuidados que le sirvan al paciente para que tenga calidad de vida antes de morir; ser honesto con él dándole un diagnóstico certero sin falsas esperanzas de vida; no abusar de la autoridad como médico; no abusar de la tecnología para seguirle dando una vida de sufrimiento.*

*Algunas respuestas de los alumnos: Tratar de que lleve una vida lo más normal posible; Informar y explicar el tipo de enfermedad que lo aqueja; aliviar el dolor, ayudar a evitar o aliviar efectos de la enfermedad, dar una muerte digna; pasar con él su último suspiro; sesiones de tanatología.*

Existe cierta confusión en los conceptos acerca de lo que se considera pacientes en etapa o fase terminal y pacientes moribundos. Sin embargo, en ambas etapas se abocan las posibles acciones al control del dolor para lo que los estudiantes aclararon que ello se logra con el tratamiento farmacológico basado principalmente en los opioides.

La familia aparece claramente en los discurso de las alumnas, como objeto de atención, aunque según resultados de otras investigaciones<sup>11,12</sup>, dicha “atención”, en la práctica se limita a ofrecer al principal cuidador del paciente, las indicaciones para su cuidado. Tanto los estudiantes hombres como mujeres coinciden en la necesidad de un equipo multidisciplinario conformado por psicólogos y tanatólogos, para lograr los objetivos de una atención integral y de calidad.

Estos aspectos del análisis de las representaciones llevan a plantearnos nuevas interrogantes y las problemáticas: ¿Qué imágenes tienen estos estudiantes sobre la “buena muerte”? ¿Qué se entiende en la práctica médica por etapa terminal? ¿Qué aspectos se consideran dentro de los cuidados? ¿Qué se establece en la realidad clínica como seguimiento? ¿Qué significa en la práctica estar disponible? ¿Qué elementos de estos aspectos aparecen en los programas educativos de la biomedicina? ¿Qué se entiende por calidad de vida y calidad de muerte?

Con este trabajo se demuestra que la utilización de la metodología cualitativa para el análisis de un número reducido de casos es pertinente porque sus objetivos no son la universalización del conocimiento obtenido, sino el descubrimiento de tendencias a partir de las metáforas y representaciones, que otorga una pertinencia operatoria a los conceptos manejados por las mismas sociedades<sup>13</sup>. Esto es explorar un problema poco conocido y establecer pautas para profundizar en investigaciones futuras.

## Referencias

1. Freidson E. La profesión médica, Barcelona, Ediciones Península. 1978.
2. Menéndez EL, Di Pardo RB. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1996.
3. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, Psicología social II. Pensamiento y vida social. Barcelona: Paidós; 1984:469-499.
4. Castro Vásquez MC. De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud, Hermosillo: El Colegio de Sonora. 2008.
5. Montes de Oca Lomeli GA. Historia de los cuidados paliativos. Rev digital universitaria (México DF). 2006;7(4):2-9 [accesado 15 may 2011]. Disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol7/num4/art23.htm>.
6. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina U.C. Pontificia Universidad de Chile (Santiago). 2007; 32(1):10-22.
7. Franco Grande A. El dolor en la historia. Rev Clínica Dolor y Terapia (México DF). 2008;1 (9):23-24.
8. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados, México DF: Debolsillo; 2008.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un comité de expertos. Ginebra. Serie de informes técnicos, 1990. [Accesado 15 may 2011]. Disponible en [www.murciasalud.es/recursos/ficheros/135297-folletodmcp2008.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/135297-folletodmcp2008.pdf).
10. Diario Oficial de la Federación. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007*. Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, 2008 [accesado 7 may 2011]. Disponible en [http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GWYH\\_esMX363MX367&q=Diario+Oficial++de+la+Federaci%c3%b3n+22+de+diciembre+de+2008+](http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GWYH_esMX363MX367&q=Diario+Oficial++de+la+Federaci%c3%b3n+22+de+diciembre+de+2008+).
11. Barragán Solís A. Vivir con dolor crónico, Buenos Aires: Araucaria; 2008.
12. Barragán Solís A, Bautista Sánchez S, Gutiérrez García JL, Jiménez Olvera M, Ramírez Bermejo A, Godínez Cubillo NC, et al. La experiencia del dolor crónico y el imaginario religioso desde la perspectiva del paciente y su familia. Arch Med Fam 2009;11(3):136-144.
13. Chartier R. El mundo como representación. Historia cultural: entre práctica y representación. Barcelona: Gedisa; 1999.