

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS CLÍNICAS

“RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA
SALUD PSICOLÓGICA DE LOS PACIENTES. ESTUDIO
REALIZADO EN LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA EN
EL ÁREA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS
ANDRADE MARÍN (HCAM) A 50 PACIENTES Y 15 MÉDICOS
DURANTE EL PERÍODO DE DICIEMBRE DE 2009 A
OCTUBRE 2010”

Vanessa Aquino
Gabriela Pozo

DIRECTORA: Psicóloga Nathalia Quiroz

Quito, 2010

Dedico este trabajo:

A DIOS, por ser él la razón de mi vida; a mi padre, porque desde el cielo me da sus bendiciones; a mi madre, porque ha creído en mí, me ha incentivado y apoyado siempre; a mis sobrinos: Francesco, Luis Mario y Valentina por alegrarme y enseñarme la sencillez de la vida; a mi ñaño Sandro por ser el hermano de quien he tenido varios consejos; a mi hermano Juan Carlos, a mi cuñada Mayra y a mi novio Roberto por apoyarme, aconsejarme y alentarme cada uno a su manera; a la familia de Manó por tener las puertas de su casa y su corazón siempre abiertas para mí.

A mis amigos y amigas que aunque son pocos, son muy importantes en mi vida.

A mis primos y primas más allegados por su confianza, sus chistes y fiestas que hacen de esta gran familia un sentimiento que enorgullece.

A todos los que de una u otra manera me ayudaron les agradezco de todo corazón.

Dedico también este trabajo a los que no confiaron en mí, a los que me dieron la espalda, a los que a manera de preocupación, nos desperdiciaron ninguna oportunidad para hacerme sentir mal, les agradezco porque de ellos he sacado fuerzas para seguir adelante.

Vane

Dedico este trabajo:

En primer lugar a Dios por darme la fuerza, el valor para seguir adelante a pesar de los obstáculos, a mi Mami y a mi Papi por estar a mi lado apoyándome en cada etapa de mi vida, a mi ñaña por ser la cómplice perfecta en todas mis locuras, a mis abuelitos que siempre están junto a mí, a mis tías, tíos primos y primas y mis amigas cómplices y confidentes a lo largo de mi carrera.

Gabby

Agradecemos a todas las personas que aportaron con su granito de arena a lo largo de nuestra carrera:

Gracias a las personas que trabajan en la Biblioteca General junto con las que compartimos algunos años mientras estudiábamos, y de los que guardamos un gran cariño; a los amigos, amigas, compañeros y compañeras con quienes compartimos estos años y fueron los cómplices perfectos de aventuras y anécdotas que quedarán por siempre grabados en nuestros corazones, a los profes que siempre estuvieron prestos a darnos sus valiosos consejos y sincera amistad, en especial a Nathalia nuestra directora gracias por el acolite.

Gracias también al Hospital Carlos Andrade Marín en especial al personal y a los pacientes del área de oncología, sin su apoyo no habría sido posible esta investigación.

A nuestras familias:

Pozo Rosas

Gracias mami y papi por ser mi apoyo y guía a lo largo de mi vida, no se que seria de mi sin su apoyo, gracias a Dios por que a pesar de ponernos una prueba difícil pudimos superarla en familia y sirvió de guía para esta disertación, a mis abuelitos, tíos, tías primos y primas, a toda mi familia en general gracias por estar a mi lado apoyándome, ayudándome para no dejarme caer. Los amo a todos...

No podía dejar de lado a mis amigas y cómplices Sofi, Kary, Daya gracias por todos estos años de locuras, de lágrimas y sobre todo de una hermosa amistad las quiero mucho, y a ti Vane gracias por permitirme hacer esta tesis juntas fue una experiencia chévere al fin lo logramos y de aquí a seguir adelante.....

Aquino Arequipa

Muchas Gracias, porque por ustedes soy lo que soy, tengo lo que tengo y son la razón de mi vida...Dios le Pague mami, ñaños, cuñada y sobrinos.

INDICE

| | Pág. |
|---|----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPITULO I | |
| RESEÑA HISTÓRICA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE | 3 |
| 1.1 ENFERMEDAD | 5 |
| 1.1.1 ENFERMEDAD FÍSICA | 7 |
| 1.1.2 ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA | 13 |
| 1.2 MÉDICO | 14 |
| 1.2.1 JURAMENTO DE HIPÓCRATES | 15 |
| 1.2.2 ÉTICA MÉDICA | 17 |
| 1.2.3 DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS ENFERMOS | 18 |
| 1.2.4 DEBERES DE LOS MÉDICOS ENTRE SI | 18 |
| 1.3 DERECHOS HUMANOS | 19 |
| 1.3.1 DERECHO-DEBER A LA VIDA | 20 |
| 1.3.2 DERECHO A LA SALUD | 21 |
| 1.3.3 EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y EL CRITERIO DE EQUIDAD | 21 |
| 1.4 PACIENTES ONCOLÓGICOS | 23 |

| | |
|--|----|
| 1.4.1 DEPRESIÓN | 25 |
| 1.4.2 ANSIEDAD | 29 |
| 1.4.3 RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN | 32 |
| 1.5 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN | 33 |
| 1.5.1 HISTORIA | 33 |
| 1.5.2 SERVICIOS | 34 |
| CAPITULO II | |
| RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) | 36 |
| 2.1 LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE | 40 |
| 2.2 TIPOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE | 42 |
| 2.3 EFECTOS DE LA RELACIONES MÉDICO-PACIENTE | 44 |
| 2.4 ALTERNATIVAS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE | 46 |
| CAPITULO III | |
| RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN | 49 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 49 |
| 3.1 RESUMEN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | 60 |
| 3.2 CONCLUSIONES | 64 |
| 3.3 RECOMENDACIONES | 65 |
| ANEXOS | 66 |

| | |
|--------------|----|
| ANEXO1 | 67 |
| ANEXO 1 | 71 |
| ANEXO 2 | 73 |
| BIBLIOGRAFIA | 75 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|-----------|----|
| CUADRO 1 | 51 |
| CUADRO 2 | 52 |
| CUADRO 3 | 53 |
| CUADRO 4 | 54 |
| CUADRO 5 | 55 |
| CUADRO 6 | 56 |
| CUADRO 7 | 57 |
| CUADRO 8 | 58 |
| CUADRO 9 | 59 |
| CUADRO 10 | 60 |
| CUADRO 11 | 61 |
| CUADRO 12 | 62 |
| CUADRO 13 | 63 |

INTRODUCCIÓN

En un principio el tema surgió en una época en la que el HCAM estaba aplicando un nuevo servicio para evitar las grandes filas en el hospital, pero se topó con otro problema que era el colapso y saturación de las líneas telefónicas para tomar una cita, entonces surgió a partir de ahí una interrogante acerca del servicio brindado por los hospitales públicos del país.

A partir de las primeras ideas con las que se pretendía realizar la investigación en toda el área de consulta externa del HCAM; nos dimos cuenta que era muy amplia la muestra, por lo que se decidió realizarla únicamente en el área de consulta externa de oncología del HCAM.

Por otro lado se vivió la experiencia de tener a un familiar cercano en tratamiento en esta área, con lo cual se evidenció más de cerca la realidad tanto del servicio que presta el hospital, así como también de las relaciones que se establecieron.

El trabajo de esta disertación tiene la aplicación de conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, así como investigaciones realizadas para el sustento teórico necesario. El mismo trata de exponer a través de un trabajo de investigación la problemática comunicacional entre los médicos y pacientes del área de consulta externa de oncología del Hospital Carlos Andrade Marín.

La disertación va a tratar sobre el tipo de relación existente entre el médico y paciente de la Unidad de consulta externa de Oncología del HCAM y su posible influencia en la salud psicológica de sus pacientes.

El objeto de estudio será la relación entre médicos-pacientes, así como la manera que llevan a cabo sus consultas, sesiones o citas, según la información obtenida en las entrevistas y encuestas.

Se pretende con este estudio abarcar el área de Oncología que brinda el hospital en la Unidad de Consulta Externa. Los pacientes que acuden son afiliados, afiliados voluntarios y jubilados al IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). Asisten a este centro con

sus diferentes malestares y sintomatologías, previa cita. El horario de atención es de 8:00 a 19:00, pero la mayor afluencia de pacientes es en la mañana.

Con ese trabajo se pretende ir más allá de un análisis comunicacional de la institución Pública, el análisis de la comunicación verbal y no verbal en la relación médico- paciente dentro de la misma, tomando en cuenta que somos seres sociales y por esto es necesario la interrelación con los otros, ya que esta está presente desde los principios de la vida y es también la que logrará diversas características en una persona.

Tomando en cuenta lo anterior surgió la idea de investigar los tipos de relaciones que se pueden presentar dentro de un medio hospitalario entre los médicos y pacientes, para este fin se tomó a la Unidad de Oncología del HCAM, en donde los pacientes que acuden de por si están atravesando un proceso de enfermedad crítico, lo cual los vuelve más susceptibles al medio (trato), los médicos deberían tener en cuenta la forma en que se lleva a cabo la consulta sin tomar en cuenta la especialidad ni el tipo de paciente, deberían tratar de que el paciente se sienta atendido, puesto que si el paciente recibe la atención esperada su proceso de recuperación sería óptimo.

Con este trabajo queremos dejar sentado un cuestionamiento sobre las relaciones que se establecen en el medio hospitalario y cómo éstas afectan en la salud y recuperación de los pacientes.

CAPÍTULO I

RESEÑA HISTÓRICA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En la Grecia clásica, fueron tres los tipos cardinales de la relación sanadora:

1. **Ayuda espontánea:** cuando el enfermo se presta siguiendo el “instinto de auxilio”, y opera en el alma humana normal, no se recorre a usos tradicionales ni a ritos mágicos, por ejemplo cuando la madre aprieta en su regazo a su hijo con fiebre o cuando la niña apoya su mano con ánimo protector sobre la región que le duele a su hermano. De este modo se practica la relación sanadora primaria.
2. **Curación mágica:** prevalece en los actuales pueblos primitivos, existiendo hasta la actualidad la reliquia supersticiosa en las zonas inferiores de no pocas sociedades civilizadas; este tipo de relación se basa en atribuirle al brujo, hechicero, chamán, mago, poderes misteriosos, sobrehumanos, poniendo en práctica sus recursos mágicos e intenta modificar la realidad del enfermo en el sentido de la salud. Sin embargo, algunas veces no se cumple la eficacia de la ceremonia mágica y se atribuye a la impureza del hechicero o del enfermo, a un defecto en el rito o a un capricho divino.
3. **Tratamiento empírico:** se refiere a los curanderos o cualquier persona de las sociedades semicivilizadas que pueden entablillar un miembro fracturado o que tienen conocimientos de las propiedades curativas de las hierbas. La relación se basa en la confianza amistosa en el paciente y la amistad auxiliadora en el médico.

La medicina mágica y empírica es muy distinta a la medicina técnica que duró entre los siglos VI y V A.C. y que fue inventada por los griegos coloniales.

En este punto según Pedro L. Entralgo existen cuatro nociones que fundamentan a la medicina hipocrática.

1. Las propiedades o virtudes de las cosas dependen de un principio de operaciones que están en las cosas mismas; para los griegos fue una realidad universal, unitaria, principal, fecunda, armoniosa, soberana y divina.

2. Todo lo que nace y acontece en la naturaleza ocurre por una secreta “razón” que está inscrita en la misma naturaleza; y fue la inquietud por la razón y por saber más de sí mismo que surgió la fisiología o saber racional-científico acerca de la naturaleza. Parte orgánica y humor son los conceptos básicos de la fisiología griega.
3. Aquí se despierta una idea más cognoscible de la naturaleza; la mente del médico mira a la realidad como comprobable, lo que las cosas por su propia naturaleza son, de qué y por qué de las acciones. El concepto general y la causa, conocidos mediante la observación rigurosa y el raciocinio, se constituyen así en fundamento de la operación terapéutica, y el médico deja de ser curandero, hechicero o mago, y para siempre se eleva a la condición de técnico de la medicina.
4. Necesidad que la naturaleza sea humanamente razonable, por ejemplo, de que si un enfermo no hubiese ingerido cierto alimento, no habría adquirido su enfermedad; por lo que la ingestión del alimento hace inevitable la aparición de la enfermedad, a esto lo llaman azar o fortuna.

En el fundamento de la práctica Hipocrática la vinculación entre médico y paciente los griegos denominaron “amistad”. Antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo es amistad, entendiendo tal amistad como amor al hombre, amor al arte y al arte de curar. El médico es amigo del enfermo siendo a la vez amigo de la medicina y amigo del hombre.

La medicina ayuda de manera eficaz a la naturaleza, y el médico puede lograr la curación de enfermos que abandonados a sí mismos nunca sanarían, la medicina es fiel a la naturaleza y la curación.

Por otro lado la amistad del enfermo con el médico consiste en confianza agradecida a quien puede devolverle su validez normal; por una parte la confianza del enfermo en la medicina, y por tanto en el médico; y por otra, la confianza en el médico que lo trata o lo va a tratar.

Según el Habita Decenti que describe Pedro Entralgo en su libro La relación Médico-Enfermo : “El médico que a la vez es un filósofo, es semejante a un dios”.

Sin embargo no siempre el médico pareció ser semejante a un dios a los penetrantes ojos de los griegos.¹

Es preciso que el enfermo ayude al médico a combatir la enfermedad.

Antes que entre un médico y un enfermo, la relación médica se vincula entre dos hombres, tomando en cuenta por un lado un hombre enfermo y la necesidad para que lo curen, y por otro la capacidad de otro para curar. Aquí vale señalar la advertencia de Unamuno²:

“Que uno es el hombre de todos
Y otro el hombre de secreto,
Y hay que librarse de modos
De hacer a un sujeto objeto.”

El hombre es por esencia persona y aunque la relación médico- paciente es una convivencia, no puede y no debe ser relación pura y exclusivamente interpersonal, pues hay que tomar en cuenta la estructura interna de ambos, el fin propio de la relación entre ambos y la comunicación. Pues lo propio del médico en cuanto tal no es hacer hombres buenos, ni hombres felices, sino hombres sanos. Un individuo sano puede ser bueno o malvado, feliz o infeliz y lo será según la particularidad del mundo en que viva, del empleo que haga de su libertad y el signo favorable o desfavorable de su suerte.³

1.1 ENFERMEDAD

Como fenómeno vital, la enfermedad ha recibido diversas interpretaciones según la sociedad y la época en la cual ocurre. En los inicios de nuestra cultura y desde la perspectiva aristotélica, la salud fue equiparada con el orden natural, y valorativamente con lo “bueno”, en tanto que su quebranto, vale decir, la enfermedad, se asimiló tradicionalmente a lo “malo”.

Bajo esta premisa la enfermedad se produciría en el hombre como consecuencia de sus malas acciones que ofenden a Dios, o por incumplimiento de sus deberes. Facilitar que la

¹ LAIN, Entralgo Pedro. *La Curación por la Palabra en la Antigüedad clásica*. Revista de Occidente. Barcelona, 1959.

² LAIN, Entralgo Pedro. *La relación Médico-Enfermo*. revista de Occidente. Madrid, 1964; pág. 237

³ Revista Occidente; ensayo Salud y Perfección del hombre, del libro Ocio y Trabajo; Madrid; 1960.

furia divina se aplaque, deviene en necesidad angustiante conduciendo al empleo de la oración y de rituales específicos como mecanismos intermediarios de perdón y curación.

De ahí que los primeros principios de atención de salud se inscriban tanto en la interpretación religiosa y el quehacer de los sacerdotes como en la necesaria confesión de los pecados personales del enfermo, a fin de lograr el divino perdón como paso previo e indispensable para restituir el orden natural afectado.

La población ecuatoriana que en su mayoría es Católica, hace que el Ecuador sea un país muy creyente en Dios y sus escrituras, muy independientemente de la religión a la que pertenezcan, por lo que parece pertinente realizar algunas referencias de la Biblia.

- **El Adán en el jardín del Edén**

Génesis 3, 1-4

La serpiente era el más astuto de todos los animales del campo que Yavé Dios había hecho.

Dijo a la mujer: ¿es cierto que Dios les ha dicho: No coman de ninguno de los árboles del jardín?

La mujer respondió a la serpiente: Podemos comer de los frutos de los árboles del jardín, pero no de ese árbol que está en medio del jardín, pues Dios nos ha dicho: No coman de él ni lo prueben siquiera, porque si lo hacen morirán.

La serpiente dijo a la mujer: no es cierto que morirán, es que Dios sabe muy bien que el día en que coman de él, se les abrirán a ustedes los ojos; entonces ustedes serán como dioses y conocerán lo que es bueno y lo que no lo es.

Y como es de conocimiento de este pasaje, Eva comió del árbol que le estaba prohibido por insistencia de la serpiente, y le dio a Adán para que comiera; y él, lo hizo también. La obediencia es uno de los valores importantes al que nos sujetamos como hijos, como ciudadanos, como hermanos, puesto que al suceder lo contrario, debemos tener presente sobre los posibles efectos que esto acarrea, y por lo tanto sentiríamos culpa.

- **La sentencia de Dios**

Génesis 3, 15-19

Haré que haya enemistad entre ti y la mujer, entre tu descendencia y la suya.

Ella te pisará la cabeza mientras tú herirás su talón. A la mujer le dijo: Multiplicaré tus sufrimientos en los embarazos y darás a luz a tus hijos con dolor. Siempre te hará falta un hombre, y él te dominará.

A partir de esta sentencia dada por Dios, quedó marcada la existencia del ser humano en la tierra, por causa de esta falta de Adán y Eva se producen culpas hasta el día de hoy, pues nos detenemos a pensar qué sería de nuestra existencia ahora si ellos no hubiesen pecado. Esta culpa que en muchos casos se producen al enterarnos de que padecemos cáncer, puede deberse al hecho de haber cometido alguna falta durante nuestra vida, peso de conciencia que molesta y que podría acompañar durante este difícil proceso de tratamiento y recuperación.

Otra de las ordenanzas enviadas por Dios para cumplirlas es la práctica de los mandamientos⁴. La falta a uno de estos mandamientos en la creencia Cristiana también produce maldiciones y en caso de no cumplirlas, podría producir culpas en los momentos difíciles de la vida de cada persona. Muchas veces solamente el hecho de pensar en hacer algo malo a alguien, podría implicarle una culpa posteriormente.

Se han dado varias interpretaciones a los distintos pasajes de la Biblia según las diferentes religiones. Sin embargo uno de los pasajes con cierta interpretación universal es el de la desobediencia de Adán y Eva.

1.1.1 ENFERMEDAD FÍSICA

Desde un punto de vista más general la enfermedad como tal es un fenómeno natural que puede presentarse en los seres humanos, independientemente de su género, edad, situación económica o social, entre otras cosas; cuando la enfermedad se presenta en la persona, la forma de vida se ve alterada puesto que hay cambios que obligan al “enfermo” a actuar diferente a como lo hacía cuando tenía “salud”.

A lo largo de la vida los seres humanos estamos enfrentados a una lucha constante entre la enfermedad y la salud, entendiendo a la salud como el estado de ausencia de la enfermedad, lo que nos lleva a darnos cuenta de que habría dos maneras diferentes de

⁴ Biblia Latinoamericana

enfrentarnos a la vida, por un lado está nuestra forma de vida habitual en la que gozamos de salud y vitalidad y por otro lado la vida con la enfermedad, en donde hay un deterioro de las relaciones sociales por ende el estado habitual de vida se altera lo que afecta psíquicamente a la persona.

Al tener claro que la enfermedad es un hecho natural y que puede aparecer a lo largo de la vida del ser humano, hay que tener en cuenta también que ésta es diferente para cada organismo, no todos vamos a reaccionar de la misma manera así el diagnóstico sea el mismo.

Enfermedad es un término cargado de connotaciones y con varias definiciones, el término enfermedad viene del latín *infirmitas* que significa debilidad, incapacidad, impotencia y minusvalía, para Lain Entralgo la enfermedad es un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psico-orgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo afecto, y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal).⁵

Enfermedad es el resultado morboso de la acción de los factores patógenos sobre el individuo con quiebra de su sistema homeostático. Dolencia es la reacción del sujeto anímico frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir y la interpretación idiosincrásica, psicológica, social y cultural, que le confiere. En la misma línea, Según señalaba que “no hay enfermedades puramente orgánicas ni puramente psicológicas. Todas ellas muestran un funcionamiento defectuoso de la totalidad del hombre”⁶.

Se puede comprender a la enfermedad desde tres maneras diferentes: estado particular del organismo, diagnóstico por parte del médico a partir de los síntomas ya sean objetivos o subjetivos y por último en base a la conciencia de enfermedad que refiere la persona.

En el libro *psicología médica* de P. Ridruejo Alonso, las formas de concebir a la enfermedad pueden ordenarse en dos grupos:

⁵ LAIN, Entralgo Pedro. *Antropología médica*. Salvat. Barcelona, 1984

⁶ SEGUIN, Carlos Alberto. *Tú y la Medicina*. Editorial Poniente, Lima, 1993

1. La enfermedad vista como una realidad independiente, es que una causa externa modifica el estado normal del individuo (salud) independientemente de la naturaleza de la causa ya sea esta biológica, física, química, cultural, psicológica.
2. La enfermedad como reacción del organismo frente a una alteración de su equilibrio; según esta concepción el origen de la enfermedad se encuentra en el mismo individuo por lo tanto no hay un agente externo que la haya desarrollado, sino la alteración al equilibrio del organismo es lo que la desató. Bajo esta premisa se establece una relación entre el enfermo y su padecimiento lo que lo lleva a buscar su cura.

Aparecen seis dimensiones de la enfermedad en el mismo libro:

1. **Dimensión carnal:** La que corresponde al hombre-carne, al *sarx* griego. Es el hombre en su vida empírica, el hombre biológico de los órganos, aparatos y sistemas en contacto con la tierra, con lo material, en el que la medicina busca la lesión de la enfermedad.
2. **Dimensión somática:** encierra los aspectos de la enfermedad referentes al hombre-cuerpo (*soma*), como organismo (organización de estructuras y dinamisismos) en comunicación con otros organismos. La enfermedad es desorganización de la totalidad o integridad.
3. **Dimensión psíquica:** el hombre-alma (*psyjé*) es el sujeto en su vida consciente, en cuanto yo, que en la enfermedad se hace paciente. La consideración global de las tres dimensiones es el fundamento de la patología psicosomática.
4. **Dimensión personal:** en ella el hombre se abre a valores absolutos como señal de su trascendencia en busca de sentido. Es el ser espiritual del hombre (*pneuma*) que actualiza sus posibilidades de comunicación con toda la realidad y hace de la vida una existencia, siendo el fundamento de la medicina antropológica.
5. **Dimensión social:** la influencia de la realidad que llamamos sociedad en el hombre y la de éste en los grupos sociales a los que pertenece, impiden que la enfermedad pueda considerarse un fenómeno exclusivamente individual.

6. **Dimensión histórica:** la defensa de la cualidad histórica del hombre ha sido mantenida por numerosos autores, y el curso de la historia depende de los hombres y también de sus enfermedades. Las enfermedades epidémicas influyen en los momentos históricos y éstos condicionan estilos de enfermar y califican a las enfermedades influyendo en la forma que adoptan en los enfermos... La evolución histórica ha hecho aparecer y desaparecer enfermedades, ha adjudicado y suprimido la calificación de enfermedades a determinadas conductas, y, sobre todo, ha hecho que se modifiquen sus síntomas. Y quizás lo más importante: la historia es evolución cultural, es decir, cambios de usos y costumbres, creencias, normas y valores, cambios que afectan al ser humano en su salud y enfermedad.⁷

Los conductistas desarrollan el concepto de conducta de la enfermedad mientras que los cognitivistas se interesan por lo que denominan representación mental del concepto de enfermedad.

Es frecuente que ante la presencia de una enfermedad aparezcan sentimientos de culpabilidad por parte del que la sufre y además se le puede dar diferentes significados y sentidos a la enfermedad, independientemente del tipo de enfermedad que se padezca, la enfermedad puede significar un castigo, esta idea ha sido a lo largo de la historia alimentada por relatos bíblicos, mitología, en donde un ser superior ejerce su maldad sobre el inferior (ser humano) a quien le manda epidemias (enfermedades) por haber caído en el “pecado” o desobediencia; para otros la enfermedad puede representar un refugio en donde se ven “protegidos” por esta enfermedad, creyendo que al estar padeciendo algo pueden dejar de lado la realidad a la que se están enfrentado y recuperar fuerzas para al aliviarse enfrentarla de nuevo.

Tomando en cuenta lo anteriormente dicho, se podría entender a la enfermedad como un modo de vida, único para cada persona así la afección sea la misma, al ser un modo de vida distinto al acostumbrado obliga al “enfermo” a enfrentarse a situaciones desconocidas, nuevas experiencias las cuales brindan posibilidades de autorrealización, un sujeto enfermo descubre nuevas potencialidades que le ayudan a sobrellevar el padecimiento.

1.1.1.1 Aspectos hombre enfermedad

⁷ Ridruejo Alonso, P. *Psicología Médica*. McGraw-HILL. Madrid, 1996

Un enfermo es un ser humano que padece una enfermedad, sea consciente o no de su estado. Joan Riehl-Sisca define el *rol del enfermo* como “la posición que asume una persona cuando se siente enferma.”⁸

La forma en que un individuo percibe la salud y la enfermedad es un fenómeno complejo y particular de como éste reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones de su personalidad (emocional, racional, física y espiritual).

Así, cada persona vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que dé a tales experiencias, a pesar de las reacciones individuales, el entorno social y cultural aporta un encuadre de tales reacciones, limitando su expresividad a ciertas formas “culturalmente aceptables.”

Siguiendo la misma línea, Sanz Ortiz expresa: “Cuando la persona enferma, lo hace de forma integral. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono.”⁹

El hombre en la enfermedad es un ser débil, con poder y valor disminuidos, que sufre y que va hacer o ha sido objeto de juicios clínicos, experiencia compleja que adquiere sus matices y expresiones diferentes en cada caso, de acuerdo con la singularidad de quien es sujeto.¹⁰

La experiencia de enfermedad es la vivencia de un proceso que implica cambios o modificaciones de un estado previo que se puede dividir en cinco etapas¹¹:

1. en la que se experimenta el síntoma.
2. en la que se asume el papel de enfermo.
3. en la que se toma contacto con el agente de salud.
4. en la que el enfermo se hace dependiente del servicio de salud.

⁸ FARRERAS Valentí P & Rozman C *Medicina Interna*, 14a Ed.Harcourt SA, Madrid, 2000.

⁹ FARRERAS Valentí P & Rozman C *Medicina Interna*, 14a Ed.Harcourt SA, Madrid, 2000.

¹⁰ SEGUIN, Carlos Alberto. *La enfermedad, el médico y el enfermo*. Pirámide Madrid, 1982

¹¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad>. Fecha de acceso: 23 de octubre 2009

5. en la que tiene lugar la rehabilitación o recuperación o aceptación del estado de enfermedad si éste es crónico.

La conducta de enfermedad implica cómo el enfermo controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones y hace uso del sistema sanitario. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena. Sin embargo, la manifestación de la conducta de enfermedad puede usarse para controlar las adversidades de la vida. El rechazo de todo ser humano ante la presencia de la enfermedad se manifiesta mediante negaciones ante él mismo, ante quienes lo rodean, rechazando consultar al médico o no cumpliendo sus prescripciones.

Bajo estas circunstancias los autores Delay y Pichot, y Moor, han señalado tres causas de resistencia a la enfermedad:¹²

La primera, la resistencia a la propia debilidad, por un lado, es la negación de la debilidad, impotencia y minusvalía que supone estar enfermo a lo que se opone el yo. Socialmente estar enfermo puede ser vivido como una pérdida de valor ante los demás, por lo que cuanto más fuerte se crea uno como hombre en la sociedad, más se opondrá a su presentación como enfermo ante ella.

La segunda podría entenderse como una negación del sufrimiento, en donde lo que se niega es la dolencia más que la enfermedad al confiar en la poca importancia de la causa y en que determinadas circunstancias en poco tiempo harán desaparecer el malestar general.

La tercera es la defensa contra el temor del diagnóstico y del tratamiento, por lo que parece estar más relacionada con la enfermedad en sí. Aquí aparece una evitación de ver al médico como juez, de su sentencia y de sus sanciones, de su juicio diagnóstico y pronóstico, y de las prohibiciones, imposiciones y sufrimiento posiblemente causado por el tratamiento.

El significado de la enfermedad para el paciente no es ajeno a su oposición a ella, mayor cuando significa castigo y menor cuando significa refugio.

¹² Ridruejo Alonso, P. *Psicología Médica*. McGRAW-HILL. Madrid, 1996

*“El supuesto básico del que parte la psicología cognitiva es el de considerar al paciente un procesador activo, capaz de construir o elaborar su propio concepto de enfermedad, y en función de ello regular su conducta”.*¹³

1.1.2 ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA:

Enfermedad psicósomática es una dolencia física producida por conflictos emocionales subconscientes o de tipo psicológico

Las palabras griegas *psyche* y *soma* significan, respectivamente, mente y cuerpo; de ellas deriva el término psicósomático aplicado a la influencia de la mente sobre el cuerpo. Una enfermedad psicósomática es una dolencia física producida por conflictos emocionales subconscientes o cualquier otro factor de tipo psicológico.

A lo largo de la historia se ha observado que la mente influye en el funcionamiento corporal pudiendo provocar ciertos procesos patológicos, para Ramón De La Fuente “en ciertas circunstancias un síntoma corporal puede ser expresión de un conflicto mental o bien la respuesta del organismo a estímulos emocionales persistentes o recurrentes”¹⁴

Dolencias como las úlceras del aparato digestivo, los dolores de cabeza y las palpitaciones son con frecuencia psicósomáticas, hay médicos que opinan que la mayoría de las enfermedades fisiológicas, quizá incluso el cáncer, están influidas en cierta medida por factores psicológicos.

Las enfermedades psicósomáticas tienen su origen en un conflicto psicológico que se expresa a través de un síntoma físico, las emociones y sentimientos negativos que no se pueden exteriorizar se manifestarán orgánicamente. Respecto a las enfermedades o trastornos psicósomáticos existen muchas controversias a nivel científico, pero cada vez más la medicina está tomando al individuo como un todo y comprendiendo que la mente y el cuerpo no son cosas separadas sino que forman una unidad.

Una persona que sufre estados depresivos por largo tiempo, tendrá debilitado su sistema inmunológico por lo que su organismo estará vulnerable a cualquier tipo de infección, desde una gripe hasta enfermedades de mayor gravedad. El estrés produce aumento en los niveles de colesterol, hipertensión arterial y hasta puede llegar a causar infartos y

¹³ Ridruejo Alonso, P. *Psicología Médica*. McGRAW-HILL. Madrid, 1996

¹⁴ DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1992

hemorragias cerebrales. Las enfermedades psicosomáticas se pueden manifestar como gastritis, úlceras, diarreas y colon irritable, entre otras. En la piel encontramos dermatitis, psoriasis, urticarias, eccemas, caída de cabello. En el aparato respiratorio se pueden manifestar con ataques de asma, bronquitis o tos. A nivel muscular son muy conocidas las contracturas cervicales y los dolores a nivel lumbar provocados por la ansiedad. Son comunes las disfunciones sexuales de origen psicológico y las alteraciones en la menstruación. Un trastorno psicosomático frecuente es el dolor de cabeza ante un problema de difícil solución. Las enfermedades psicosomáticas requieren de terapia psicológica para encontrar el origen del conflicto que causa los síntomas físicos y lograr que el paciente se fortalezca interiormente.

Con frecuencia estos pacientes pueden ser curados tratando el problema psicológico en el que radica su enfermedad.

1.2 MÉDICO

Desde Hipócrates el Acto Médico constituye, en esencia, una acción galénica benéfica en la cual el médico orienta su dinámica de acción hacia un objeto-persona que lo solicita o necesita de su ayuda en su lucha por la preservación de dos valores excelsos de la especie humana: la vida y la salud. Apoyados en esta perspectiva, podríamos argumentar que, en tal sentido, todo Acto Médico, más allá de su actividad específica, actualiza las potencias del paciente lo que, a su vez, habrá de manifestarse en los efectos curativos o, cuando menos, en el alivio de su sufrimiento.

La relación médico-paciente es la base del Acto Médico y la mayor potencia recuperadora de la salud que se actualiza mediante su efecto terapéutico inespecífico. Wolpe¹⁵ ha señalado que la sola presencia de una buena relación médico-paciente, explica el 50% de los éxitos terapéuticos clínicos.

1.2.1 JURAMENTO DE HIPÓCRATES

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo

¹⁵ WOLPE J. The Practice of Behavior Therapy. Pergamon Press. Inc. New York. 1973.

desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer pesarios abortivos. Pasare mi vida y ejerceré mi arte en la inocencia y en la pureza.

No cortaré a nadie ni siquiera a los calculosos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

*Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.*¹⁶

El Juramento Hipocrático es el primero de los cánones perpetuos de la decencia médica, “era impuesto por el Padre de la Medicina a todos los discípulos de la Escuela de Coos; y por su inalterable magnificencia, por su elevada idea de la dignidad médica”¹⁷. Este texto es jurado hasta la actualidad por parte de los médicos recién graduados ante familiares, amigos, profesores, compañeros y demás personas; este juramento es el primer código de ética médica que ha existido y ante el cual aún se continúa jurando.

Este código es un ejemplo de la relación médico- paciente que debería existir en hospitales, clínicas y centros médicos públicos y privados. Esta relación consta de dos partes, la una, el médico que cumple el papel de curador, técnico, sabio o facultativo, y, la otra, el paciente, enfermo o el que adolece de algo. Es importante la relación transversal que debe existir entre el médico y el paciente, pues el bienestar y el mejor

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocratico .Fecha de acceso 23 de octubre 2009

¹⁷ http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_87/cua1087.htm. Fecha de acceso: 23 de octubre 2009

interés del paciente deben ser prioridad para el médico, ya que debe tratar y curar cuando sea posible y además ayudar a los pacientes a sobrellevar la enfermedad, la invalidez, y la muerte en todas las circunstancias.

Sea cual fuere el proceder del tratamiento, al comienzo de una relación el médico debe comprender todas las quejas, los sentimientos y las expectativas del paciente.

Después de ponerse de acuerdo sobre el problema que tienen que enfrentar, el médico presenta una o varias posibilidades de acción. Si ambas partes se ponen de acuerdo, el paciente podrá entonces autorizar al médico a iniciar una trayectoria de acción y el médico aceptar esta responsabilidad.

La relación tiene mutuas obligaciones. El médico debe ser profesionalmente competente, actuar con responsabilidad y tratar al paciente con compasión y respeto.

El paciente debe entender y consentir el tratamiento y debe participar con responsabilidad en la atención y en el tratamiento. Aunque el médico merece una compensación justa por los servicios prestados, la profesionalidad y el sentido del deber hacia el paciente y la sociedad., la obligación primordial del médico es para con el paciente. El facultativo debe ser flexible y abierto a las preocupaciones del paciente.

Hay ocasiones en que las creencias religiosas, culturales u otras del paciente indican decisiones que van en contra del consejo médico. El facultativo está obligado a tratar de entender claramente las creencias y puntos de vista de su paciente. Luego de tratar seriamente de resolver las diferencias, si el médico no se siente capaz de continuar atendiendo tal o cual afección del paciente, debe retirarse y ceder el cuidado del paciente a otro colega que tenga más experiencia, para así tratar de cumplir con lo que estipula el Juramento Hipocrático, en donde lo esencial es la salud del paciente.

1.2.2 ÉTICA MÉDICA

La palabra ética proviene del griego ethos cuyo significado es "costumbre"¹⁸
Según el código internacional de ética médica adoptado en Londres, 1949. enmendado en Sydney, 1968, y Venecia, 1983, dice:

¹⁸ <http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica>. Fecha de acceso: 14 de noviembre 2009

El médico mantendrá siempre el más alto nivel de conducta profesional. El médico no permitirá que el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en favor de sus pacientes quede influido por motivos de ganancia. En todo tipo de práctica médica, el médico procurará prestar su servicio profesional con competencia, con plena independencia técnica y moral, y con compasión y respeto por la dignidad del hombre. El médico debe tratar con honradez a sus pacientes y colegas y se obliga a denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia y a los que incurran en fraude o engaño. Se consideran faltas de ética las siguientes prácticas:

a) La publicidad hecha por el médico, a menos que esté permitida por las leyes del país y por el Código de Ética de la asociación médica nacional.

b) Dar o recibir una comisión u otra ventaja por haber enviado un enfermo a un colega, o por dirigir al paciente a determinada farmacia o establecimiento. El médico deberá respetar los derechos de los pacientes, de los colegas y de los otros profesionales de la salud, y protegerá las confidencias de sus enfermos. El médico, cuando administre cuidados profesionales que puedan debilitar la condición física o mental de su paciente, sólo lo hará para beneficio del enfermo. El médico obrará con suma cautela al divulgar, a través de canales no profesionales, sus descubrimientos, nuevas técnicas o remedios. El médico certificará sólo lo que haya comprobado personalmente.

1.2.3 DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS ENFERMOS

Lo siguiente fue tomado de la página Web que se describe en nota al pie¹⁹:

El médico tendrá siempre presente su deber de preservar la vida humana. El médico debe a su paciente una total lealtad y todos los recursos de su ciencia.

- Siempre que un médico vea que alguna exploración o tratamiento sobrepasan su capacidad, deberá pedir la ayuda de otro médico que tenga la habilidad necesaria.
- El médico guardará secreto absoluto sobre todo lo que sabe acerca de su paciente, aun después de la muerte de éste.

¹⁹ <http://www.muertedigna.org/textos/euta22.html>. Fecha de acceso 17 de septiembre 2009

- El médico tiene la obligación humanitaria de prestar auxilios en caso de urgencia, a no ser que esté seguro de que otros médicos pueden y quieren prestar esos auxilios.

1.2.4 DEBERES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ

- El médico se portará con sus colegas como quisiera que sus colegas se portaran con él.
- El médico no puede atraer hacia sí los pacientes de sus colegas.

La medicina tiene como función central el servicio de la salud del hombre y si bien el inmediato contacto del médico con la corporalidad humana, no le es posible hacer abstracción de aspectos tales como la libertad y responsabilidad de ese ser humano.

“Cada médico sabe intuitivamente que acercándose al cuerpo del enfermo, se acerca en realidad a su persona; el cuerpo del enfermo no es propiamente un objeto sino un sujeto.”²⁰

1.3 DERECHOS HUMANOS²¹

Los derechos humanos son garantías legales universales que protegen a los individuos los grupos contra aquellos actos de los gobiernos que interfieren con los derechos fundamentales y la dignidad humana. La legislación de derechos humanos obliga a los gobiernos a hacer algunas cosas y les impide hacer otras. A continuación figuran algunas de las características más frecuentemente citadas de los derechos humanos.

- Garantía internacional;
- Protección legal;
- Atención a la dignidad del ser humano;
- Protección de individuos y grupos;
- Obligación para los Estados y los agentes de los Estados;
- No pueden ser suprimidos o suspendidos;
- Igualdad e interdependencia

²⁰ <http://www.muertedigna.org/textos/euta22.html>. Fecha de acceso 17 de septiembre 2009

²¹ Naciones Unidas, Derechos humanos y aplicación de la ley; 2004

- Universalidad.

Los Derechos Humanos se describen en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los diversos tratados (también denominados “pactos” y “convenios”), declaraciones, directrices y conjuntos de principios elaborados por las Naciones Unidas y organizaciones regionales. Incluyen una amplia gama de garantías, que se refieren a prácticamente todos los aspectos de la vida humana y las relaciones entre las personas. Entre los derechos garantizados a todos los seres humanos figuran los siguientes:

- Libertad de asociación, expresión, reunión y circulación;
- Derecho a la vida;
- Prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- Prohibición de la detención o reclusión arbitrarias;
- Derecho a un juicio imparcial;
- Prohibición de la discriminación;
- Derecho a recibir la misma protección de la ley;
- Prohibición de la interferencia arbitraria con la intimidad, la familia, el domicilio o la correspondencia;
- Derecho de asilo;
- Derecho a la nacionalidad;
- Libertad de pensamiento, conciencia y religión;
- Derecho a votar y a tomar parte en el gobierno;
- Derecho a condiciones de trabajo justas y favorables;
- Derecho a alimento, vivienda, vestido y seguridad social apropiados;
- **Derecho a la salud;**
- Derecho a la educación;
- Derecho a participar en la vida cultural.

La sociedad es consciente de que los derechos humanos deben ser vigilados y protegidos para asegurar la supervivencia de la especie humana en el planeta. Los experimentos realizados por la medicina nazi durante la guerra, violando los derechos humanos más elementales, generaron una respuesta corporativa de los países que decidieron agruparse en las Naciones Unidas y promulgar sendas normas y códigos (Nuremberg, 1947) a fin de frenar la insensatez y destructividad humanas. Aparece la

Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 1948, como expresión de tal ideal común. Se subraya la dignidad intrínseca del Hombre y sus derechos inalienables a ser respetado como individuo autónomo. La autonomía, como principio fundamental, cambiará la dinámica de la relación médico-paciente en la práctica de la medicina, contribuyendo a la emergencia de nuevos problemas éticos en las decisiones clínicas. El enfermo deja de ser paciente y se convierte en socio de una empresa común orientada a la recuperación de su salud. La enfermedad se entiende como algo más complejo que el desorden natural. El médico debe tomar en consideración la opinión autónoma del enfermo respecto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en éste habrá de implementar.

Consecuentemente, deberá solicitar su consentimiento voluntario surgiendo, así, la base de la teoría del Consentimiento Informado.

1.3.1 Derecho-deber a la vida

La vida de una persona es necesario preservarla, cuidarla y mantenerla, pues es una persona, en otras palabras es bueno todo lo que promueve, custodia o defiende la vida. “El hombre puede asumir su vida únicamente en la línea de una creciente humanización , de ningún modo en la línea de una manipulación que la considere o la trate como una cosa poseída, como un medio o un objeto de cual servirse.”²² “La vida del hombre no puede ser violada porque el hombre es persona”²³ y la vida es un valor fundamental.

1.3.2 Derecho a la salud

“La salud no es más que una cualidad de la vida o, en otras palabras, es la condición físico-psicológica en la cual la vida de un ser humano puede desarrollarse con normalidad”²⁴

1.3.3 EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y EL CRITERIO DE EQUIDAD

Se equipara tradicionalmente al principio de justicia con el concepto de equidad, es decir, con dar a cada quien lo que le corresponde. En el campo de la salud, esto no significa

²² Aguilera Pablo, En la frontera/ muerte problemas bioéticos, Santiago de Chile 1992

²³ *Ibíd.* Idem Pág. 91

²⁴ Aguilera Pablo, En la frontera/ muerte problemas bioéticos, Santiago de Chile 1992

tratar a todos los pacientes por igual sino otorgar a cada uno el correcto tratamiento que su enfermedad exige, además de facilitarle la oportuna accesibilidad al mismo.

En la década de los 80, se torna cada vez más urgente el tema de la distribución de los recursos de salud, crecientemente más costosos y escasos. Qué criterios utilizar para decidir con justicia qué personas deben recibir primero la ayuda profesional representada, por ejemplo, por las facilidades de diálisis, de una intervención quirúrgica altamente especializada y de elevado costo, o una cama y tratamiento gratuitos en un hospital estatal. Errores en tales decisiones generan inequidades y contribuyen a la creciente deshumanización de los servicios de atención.

En torno a este problema, las principales críticas han sido resumidas en los siguientes términos:

- a) Desigualdad en la prestación de servicios de salud
- b) Indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes
- c) Despersonalización del personal de salud, tanto en la medicina privada como pública
- d) Insuficiente respeto por la autonomía y capacidad de decisión del enfermo

Es relevante el tomar en cuenta el papel que desempeña el Estado y la constitución Ecuatoriana sobre el tema de Derechos a la Salud, por eso se cree importante citar lo que la Constitución dice respecto a este tema.

Régimen de la Salud concordancias Tomo I, actualizada a mayo 2009

- **Título I:** Elementos constitutivos del Estado

Capítulo I: Principios fundamentales

Art. 3 Deberes el Estado: son deberes primordiales del Estado:

Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Capítulo II: Derechos del Buen Vivir

Sección 7a: Salud

Art 32: Derecho a la salud: la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo III: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35: Atención a grupos vulnerables: las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección 7a: Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50: Derecho a la atención especializada y gratuita : El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

1.4 PACIENTES ONCOLÓGICOS

El cáncer es una enfermedad que despierta miedo, todos seguramente alguna vez nos hemos detenido a pensar que sería de nosotros, nuestra vida y nuestra familia en el caso de que nos diagnosticaran cáncer, y a este pensamiento se asocia la idea del deterioro, sufrimiento y muerte. El temor de esta enfermedad genera creencias que desembocan en

ideas de prejuicios que sustentan actitudes de ocultamiento, distanciamiento y segregación.

La idea de enfermedad y de muerte son casi innombrables. La idea de muerte en enfermedades oncológicas dejó de ser un evento cotidiano, ya que la gente dejó de morir en sus casas junto a sus seres queridos para hacerlo en los hospitales, conectados a aparatos modernos. El hecho de ya no morir en la casa nos hace pensar también que se ha dejado de pensar en la muerte natural, por lo que se puede decir en este caso que la vida de una persona podría finalizar en una artificialidad. Y es esta enfermedad que nos hace pensar en el hecho de muerte como algo innombrable, frente a la que según Freud somos siempre simples espectadores.

El hablar de muerte se mantiene silenciada en el discurso cotidiano; mientras que ser bellos, exitosos y siempre jóvenes es el prototipo de felicidad, por lo que el ideal de perfección estética ha desplazado a los otros valores. Sin embargo sabemos de los adelantos de la ciencia y tecnología que posibilitan la esperanza y prolongación de la vida.

La Calidad de vida en el paciente oncológico, es el punto de atención central para la Medicina en general, ayudar a vivir y acompañar a morir, sin embargo de esto la medicina se ha centrado exclusivamente en tratar enfermedades con la esperanza de curarlas, dejando en el abandono y la marginación a los enfermos desahuciados, considerados como un fracaso de la medicina moderna.

Debido a la deshumanización de la medicina y su falta de compromiso con el final de la vida de las personas que sufren una enfermedad incurable, aparece en los años 60 una nueva forma de hacer medicina llamada Medicina Paliativa. El objetivo de la Medicina Paliativa es atender al enfermo y a su familia de forma integral, cuidando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, procurando al máximo el bienestar posible.

Atender al enfermo de forma integral significa considerarlo como un todo, tratar no solamente los síntomas físicos como el dolor, la dificultad respiratoria o la depresión, sino atender emocionalmente a la familia que también sufre el proceso Terminal del enfermo, ayudándole a manejar sus sentimientos permitirles expresar sus dudas y sus temores, facilitar el mejor entorno social posible, con sensibilidad hacia las necesidades espirituales y la trascendencia del proceso de morir, sin juzgar, sin prejuicios y sin intentar imponer nuestros valores.

Los cuidados paliativos no aceleran la muerte ni prolongan la vida, sino que asisten y acompañan al enfermo y familia hasta que la muerte ocurre, como un proceso natural, por el propio devenir de la enfermedad, en un ambiente de alivio y contención. Esta Medicina es la mejor manera de atender a un enfermo durante el final de su vida, pero esto no quiere decir que evite totalmente el sufrimiento que origina la muerte propia o la de un ser querido.

Para muchos enfermos es mucho más preocupante el sufrimiento en el proceso de la enfermedad Terminal, que la misma idea de muerte, especialmente si han tenido experiencias de familiares o conocidos que hayan muerto de cáncer con mucho dolor o con experiencias físicas desagradables.

Hace mucho tiempo la idea de curar un cáncer era muy lejana, pero ahora con los avances de la ciencia se puede lograr una curación en algunos casos, o un alivio y prolongación de la vida en otros. A pesar de estos avances en muchos de los tratamientos oncológicos se da un sufrimiento humano innegable.

Creemos que es importante en este punto de la disertación abordar el tema de la depresión, tomando en cuenta que la investigación se realizó en el área de salud de oncología en donde los pacientes podrían tener cargas emocionales que los afligen lo cual originaría episodios depresivos.

1.4.1 DEPRESIÓN

Depresión viene del latín depressio que significa hundimiento. La emoción se denomina tristeza. La tristeza es una emoción que tiene su origen en la pérdida de algo o alguien querido, en donde la tristeza podría decirse que es normal, sin embargo en casos extremos, la duración o intensidad de esa tristeza la hace disfuncional y se convierte en patológica y aparece la depresión.

El DSM-IV²⁵ da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc. La depresión se puede dar por causas externas, es decir en donde se conoce el motivo de la tristeza intensa; o internas, en donde se denomina que la depresión es endógena y se debe a cambios internos del cuerpo.

²⁵ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ; cuarta edición

Cualquiera de las dos causas que sucedan se provoca un desequilibrio en los neurotransmisores. Pero también es cierto que, cuando ha aparecido una depresión, el contexto social cambia, fundamentalmente por los cambios en el comportamiento de la persona que padece depresión.

Trastorno depresivo mayor.

El DSM-IV expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma:

A) Durante al menos 2 semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) necesariamente.

(1) Estado de ánimo deprimido.

(2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.

(3) Aumento o disminución de peso/apetito.

(4) Insomnio o hipersomnio.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.

(6) Fatiga o pérdida de energía.

(7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.

(8) Problemas de concentración o toma de decisiones.

(9) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p.ej. hipotiroidismo).

D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento)

Otras clasificaciones

Cabe distinguir entre depresión reactiva y depresión endógena, aunque sea una clasificación que ya no se use, a veces todavía se emplea. La depresión reactiva es cuando se conoce la causa que la ha originado, si no se conoce se suele decir que es una depresión endógena.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los profesionales de la salud mental definen el trastorno depresivo mayor como episodios agudos, pero limitados, de síntomas depresivos que se denominan episodios depresivos mayores

CARACTERÍSTICAS DE DIAGNÓSTICO DE UN EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN EL LIBRO PSICOLOGÍA DE LA ANORMALIDAD DE HALGIN, RICHARD P .

- Durante la mayor parte del tiempo en un período de dos semanas, la persona experimenta por lo menos cinco de los síntomas siguientes, que comprenden un cambio en relación con el funcionamiento anterior (debe estar presente por lo menos uno de los primeros dos síntomas).
 - Estado de ánimo deprimido.
 - Menor interés o placer en todas o la mayor parte de las actividades cotidianas.
 - Pérdida de peso involuntaria significativa o disminución o aumento del apetito.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Agitación o retardo psicomotor.
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Sentimientos de falta de valía o culpa inapropiada.
 - Dificultades para concentrarse o indecisión.
 - Ideas recurrentes de muerte o suicidas.

- Los síntomas no forman parte de un episodio mixto (maníaco/depresivo) y no son atribuibles a una afección médica, al consumo de una sustancia o alguna pena profunda.
- Los síntomas ocasionan angustia o deterioro significativo.

TEORÍAS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN

Existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión:

1. La teoría conductual: como falta de refuerzo.

Según esta teoría la depresión se debería a una falta de refuerzos que hace que el sujeto que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión persiste.

El tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas que podría presentarse es que el sujeto deprimido dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se sienta bien es cuando saldrá y hará las cosas que le gustaban. Sin embargo se trata de plantearle lo contrario, es decir que el sujeto debe continuar haciendo las actividades que dejó de hacerlas, entonces se sentirá bien, reforzado y con más ganas de seguir.

2. La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

La depresión según esta teoría se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo desfigura la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva; el mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos que padecen depresión; analizarlos y cambiarlos racionalmente. La expresión corporal que puede darse se debe a los pensamientos automáticos. Cuando se piensa mucho sobre un tema se va reduciendo el pensamiento de forma que se generaliza el contenido y lo único que se siente es la preparación para actuar, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a que se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras veces es preciso hacer algún

experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

3. La indefensión aprendida

Esta teoría se refiere a la incapacidad para poder resolver algún problema. Por lo que se puede decir que está relacionada con la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

4. Teoría biológica

La depresión, según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos.

En realidad se pueden aplicar todas las teorías y explicar los síntomas de la depresión en función de cada una de ellas.

Para la investigación que se realiza en la presente disertación se aplicó los test de depresión de Beck y de ansiedad de Hamilton. (Ver anexos).

TEST DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), "fue creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión"²⁶.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Este test es muy utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no

²⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresi%C3%B3n_de_Beck. Fecha de acceso: 6 de enero 2010

es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil.

Es importante abordar también el tema de la ansiedad que es parte de todo ser humano, y más aún en aquellos que padecen una enfermedad crónica en donde es más evidente.

1.4.2 ANSIEDAD

Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

TRASTORNO DE ANGUSTIA²⁷

Las personas con trastorno de angustia experimentan crisis de angustia o pánico, periodos de miedo intenso y malestar físico, en los que se sienten abrumados y aterrados por una gama de sensaciones corporales que les hace pensar que están perdiendo el control.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE LA CRISIS DE ANGUSTIA

Una crisis de angustia es un periodo de miedo o incomodidad intensos durante el cual una persona experimenta cuatro o más de los siguientes síntomas, los cuales se desarrollan en forma abrupta y alcanzan su máximo en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, latidos fuertes o ritmo cardíaco acelerado.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensaciones de falta de aliento o asfixia.
- Sensaciones de ahogo.
- Dolor o malestar de pecho
- Náusea o dolor abdominal.
- Sensaciones de vértigo, inestabilidad, mareo o desfallecimiento.
- Sensaciones de irrealidad (desrealización) o una sensación de desprendimiento de uno mismo (despersonalización)
- Miedo de perder el control o volverse loco

²⁷ HALGIN, Richard P.; Psicología de la Anormalidad; The Mc Graw Hill; quinta edición; México; 2009

- Miedo de morir
- Sensación de hormigueo o entumecimiento.
- Escalofríos o sofocaciones.

TEST DE HAMILTON

La escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA) es una escala de evaluación propuesta por Max Hamilton en 1959, que explora el estado de ansiedad (interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y está asociado a la activación del sistema nervioso autónomo).

La HRSA representa el prototipo de escala constituida por categorías de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Aunque esta escala contiene preguntas relativas a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. La escala consta de 14 ítems cada uno con una puntuación de 0 a 4. La escala fue diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y se aplica a pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad para el estudio de la evolución clínica de la enfermedad a lo largo del tratamiento.

La ansiedad es en principio una reacción emocional normal de anticipación a un peligro venidero, pero que también puede tornarse patológica.

"Se considera normal cuando se presenta ante situaciones que pondrían ansiosa a la mayoría de las personas, dar un examen, estar en la sala de parto cuando nace un hijo, o situaciones más complejas como pueden ser un asalto o un secuestro", explicó a Infobae.com Luis I. Mariani, médico psiquiatra, presidente de la Sociedad Iberoamericana de Salud Mental en Internet y director del portal Eutimia.com.

La ansiedad patológica en cambio, sería "aquella que aparece sin un factor externo que la explique, que perdura en el tiempo y que tiene una intensidad que altera la vida laboral o académica y las relaciones familiares y sociales del individuo", dijo y recalzó que "comprende una variedad de cuadros clínicos"²⁸.

Cada cual incluye particulares signos y síntomas. No obstante, según el manual de psiquiatría de Kaplan y Sadock, entre otros síntomas generales se incluyen temblores,

²⁸ Infobae.com Luis I. Mariani, médico psiquiatra, presidente de la Sociedad Iberoamericana de Salud Mental

estremecimiento, cefalea, tensión muscular, sudoración, fatigabilidad. Y, entre los síntomas: sentimientos de terror, dificultad de concentración, estado de hiper alerta, insomnio, "nudo en la garganta".

"Los 14 ítems que conforman el test analizan diferentes aspectos del cuadro clínico denominado Ansiedad. Cada ítem lleva una puntuación que tiene un rango de 0 a 4 puntos, el puntaje 0 (cero) representa la inexistencia del síntoma en cuestión y la puntuación 4 representa una intensidad extrema de dicho síntoma. Se considera normal hasta un puntaje total menor de 8. De allí en más la relación es lineal, a mayor puntaje, mayor severidad de la ansiedad"²⁹.

La Ansiedad Generalizada

Es uno de los cuadros incluidos en los trastornos de ansiedad. "El síntoma fundamental es la ansiedad, que es persistente en el tiempo (dura más de 6 meses) y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), no estando restringida a una situación en particular como en las fobias", dijo Mariani.

La ansiedad "está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas. Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación".

Tanto ese síntoma como la "preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas: nerviosismo, inquietud o impaciencia, fatigabilidad (cansancio) fácil, dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse, alteraciones del sueño, sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)"³⁰, detalló.

²⁹ www.infobae.com/salud/304430-100796-0-EI-test-la-ansiedad. Fecha de acceso: 6 de enero 2010

³⁰ <http://www.sitiosargentina.com.ar/notas/2007/marzo/test-ansiedad.htm>. Fecha de acceso: 6 de enero 2010

1.4.3 RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión.

1.5 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

1.5.1 HISTORIA

El origen de la Seguridad Social en el Ecuador se vincula a la creación de la Caja de Pensiones en 1928, pero solo hasta 1936 se pone en funcionamiento la primera unidad médica del Seguro Social, adscrita al Hospital San Juan de Dios.

La seguridad social, desde su inicio, fue exclusivamente para los trabajadores asalariados y en los primeros años de la década de los 80s, amplió su cobertura al sector rural a través del seguro social campesino. Se calcula que sumado los dos sectores la cobertura de sus prestaciones apenas alcanza 20% de la población.

El incremento de los costos en el área de salud, el incumplimiento de las obligaciones por parte del estado y el peso de la estructura burocrática institucional, entre otras razones ha contribuido a la descapitalización y deterioro de los diferentes servicios del Seguro Social.³¹

³¹ FIERRO, Benítez Rodrigo. *El cóndor, la serpiente y el colibrí : la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX* . ed. por Rodrigo Fierro Benítez. Quito, 1930.

El Hospital Carlos Andrade Marín es un hospital de la Seguridad Social, inaugurado el 30 de mayo de 1970, Es un hospital de especialidades de referencia nacional. Dispone de 640 camas.

El servicio de Oncología cuenta con 22 camas, pero al momento están habilitadas 11. Los profesionales que brindan atención especializada son 7 médicos tratantes, 4 médicos residentes, 11 enfermeras, 9 auxiliares, 4 tecnólogos, 2 técnicos y un médico administrativo.

Los recursos físicos de los que dispone son tomografía axial computarizada, resonancia magnética, medicina nuclear, endoscopia, laboratorio de patología, inmunohistoquímica, y marcadores tumorales, citogenética y mamografía entre los recursos físicos para tratamientos tenemos: bomba de cobalto y medicina nuclear.

Los medicamentos quimioterápicos se los adquiere por concurso a los laboratorios oferentes.

El director de Oncología considera que las limitaciones en su servicio constituyen: la falta de presupuesto para la administración de insumos, la renovación de equipos de radioterapia y la creación de un registro hospitalario de alta calidad.

1.5.2 SERVICIOS

El Hospital Carlos Andrade Marín pone a su disposición los siguientes servicios médicos³²:

Área Materno Infantil

Servicio de Estomatología

Servicio de Oncología y Radioterapia

Servicio de Nefrología

³² http://hcam.iess.gov.ec/html/servicios_medicos.html

Servicio de Urología

Servicio de Neurología

Servicio de Gastroenterología

Servicio de Oftalmología

Servicio de Obstetricia

Servicio de Cardiología

Servicio de Rehabilitación

Cirugía General

Centro de Alto Riesgo Obstétrico

Comité de Infectología

CAPITULO II

2 RELACION MÉDICO-PACIENTE (RMP)

En la sociedad en la que vivimos el médico es el autorizado a diagnosticar la enfermedad, el sujeto conciente de su malestar acude al galeno el cual escucha los síntomas y busca la patología en la que encaja, llegando así al diagnóstico de la enfermedad, es ahí cuando la sociedad acepta al sujeto como enfermo y le confiere un nuevo estatus, el estar enfermo representa en la persona un deterioro en todas sus funciones, lo que hace que en un primer momento la enfermedad sea negada, no quiere ir al médico, no acepta el tratamiento, rechaza todo tipo de ayuda, aparenta estar bien y no da importancia al asunto, pero al hacer conciencia de la debilidad y de los cambios físicos que aparecen en las enfermedades acepta la ayuda, y es ahí donde descubre las nuevas capacidades que puede desarrollar al hacerse cargo de su dolencia. Quien va al médico es un ser con conciencia de enfermedad y afectado por ella.

La enfermedad es una realidad trágica para el ser humano que lo lanza, a situaciones límite: la muerte en su dimensión física o la locura en su dimensión mental.

El término paciente representa, el sello cultural de entender la relación médica desde la óptica del principio de beneficencia. Cuanto más paciente sea el enfermo y más fielmente siga las indicaciones, tanto más colaborará con el objetivo terapéutico de restituir el orden natural, en situación de enfermedad, el paciente debe comportarse como un inválido sin derecho a participar en las decisiones.

El paciente renuncia al cotejo de opiniones, él no sabe, quien sabe es el médico, el cual solo quiere su bien. Es más, el médico como un ser superior al paciente, debe conocer toda su intimidad humana, el paciente no debe guardarle ningún secreto, debe confesarse a conciencia.

Este tipo de relación confiere al profesional de un exagerado poder de decisión sobre el destino y la vida del enfermo a su cargo, pero al mismo tiempo, de un enorme poder terapéutico a través de la intensa relación emocional que establece con su paciente, puesto que de la empatía que surja entre médico y paciente, dependerá mucho la adherencia al tratamiento. Los tipos de relaciones que se puedan establecer entre el paciente y el médico son fundamentales a lo largo del proceso terapéutico.

El médico se convierte, así, en el segundo profesional que maneja los mecanismos psicoterapéuticos catárticos y de apoyo emocional: el primero ha sido históricamente, el sacerdote.³³

“La relación médico-paciente no sólo se da en el plano intelectual y técnico sino que también, en el plano ético y afectivo. Para su éxito son decisivos los conocimientos, habilidades y destrezas del médico, pero, al mismo tiempo, y no menos importante, lo son una disposición amistosa y de ayuda al paciente, genuino interés y diligencia en su atención y respeto por su condición de persona, cualquiera sea su condición económica o social o sus creencias religiosas o políticas.

La impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia del médico, perturban seriamente cuando no irremediablemente la RMP. El médico existe para ayudar al enfermo, no para juzgar sus conductas, condenarlo o absolverlo, y su actitud debe ser modesta, conciente de su propia falibilidad y de las limitaciones de la ciencia y arte que cultiva.”³⁴

En base a lo expuesto anteriormente por relación médico- paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico. La RMP, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico.

³³ JASPERS J. Psicopatología General. Editorial Beta. Bs. As. 1947

³⁴ GOIE, Alejandro; “Ética de la Relación Médico Paciente”

Es necesario definir los conceptos de médico y paciente, pues la investigación se basa en la relación de estos dos.

Paciente: Es un ser humano angustiado, que busca ayuda para mejorar su salud o para prevenir enfermedades y que lleva a la consulta expectativas respecto al encuentro con el profesional.

Médico: Es la persona capacitada para brindar ayuda a los pacientes con sus problemas de salud. El médico debe aliviar su angustia; reconocer y manejar sus propias emociones; Siendo su primera obligación ética tener conocimientos actualizados. Sus decisiones clínicas las adoptará no sólo por razones técnicas sino que también éticas. La formación antropológica y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables por la tecnología, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz.

A continuación se describirá lo que es el paciente para la psicología cognitiva.

El supuesto básico del que parte la psicología cognitiva es el de considerar al paciente un procesador activo, capaz de construir o elaborar su propio concepto de enfermedad, y en función de ello regular su conducta.³⁵

Los conductistas desarrollan el concepto de conducta de la enfermedad mientras que los cognitivistas se interesan por lo que denominan representación mental del concepto de enfermedad.

Una vez frente al profesional, el paciente tiene la expectativa de que el profesional pueda escuchar sus lamentos y brindarle una solución. Toda situación de enfermedad genera angustia y ansiedad, lo cual lleva al paciente a querer conocer detalles de su problemática, escuchar una palabra de aliento y de alguna forma sentirse contenido.

El profesional, sin dejar de cumplir su rol, podría ver al paciente como un número de una larga lista de personas en las mismas condiciones, a las que debe atender, tomando en cuenta que la investigación de esta tesis se desarrolló en un hospital público y donde la demanda es mayor que en un hospital privado, la consulta se desarrolla de una manera impersonal y breve, en donde se dice lo necesario, el médico se limita al diagnóstico y tratamiento, dejando de lado la parte humana, mientras que el paciente va a la consulta lleno de expectativas que espera se cumplan.

³⁵ Ridruejo Alonso, P. Psicología Médica. McGRAW-HILL. Madrid, 1996

Para Skinner “la conducta se trata de un proceso...y es necesariamente única para cada individuo”³⁶, bajo esta premisa la conducta tanto del paciente como la del médico se verá cargada de diversas cogniciones, por un lado la enfermedad del paciente, puede acarrear consigo no solo preocupaciones respecto a su padecimiento, la consulta médica inicia mucho antes de la primera cita y trasciende el espacio de la consulta. Inicia y termina con las suposiciones previas del paciente acerca de la figura del médico, y también a partir de las suposiciones previas del médico acerca de su rol profesional sin olvidar los saberes, imaginarios y creencias que cada uno trae al encuentro desde sus contextos históricos, culturales y sociales; a esto se suma los diversos prejuicios que pueden existir y que podrían irrespetar creencias y saberes tradicionales que puedan tener ambas partes en relación a diversas ideas.

Desde la teoría cognitiva los mismos, pueden entenderse como conocimientos o saberes previamente adquiridos, orientado su investigación a las estructuras y procesos implicados en la adquisición de la conducta, tomando en consideración lo expuesto por José Bleger en su libro *Psicología de la Conducta*: “lo que una persona acusa o expresa como motivación de su conducta puede ser sólo parte de la motivación total, pero puede ser también únicamente una justificación o racionalización de aquélla, escapando a su conocimiento las motivaciones verdaderas” en este punto es necesario tomar en cuenta las motivaciones que hace que el médico o el paciente actúen de una u otra forma, no sólo viéndolo desde el punto de vista causal (estímulo-respuesta, Skinner), sino entendiendo causas internas de ambas partes.

Dentro de la relación, el médico no es el único protagonista puesto que el paciente no debería ser un ser estático, por lo que podrían aportarse, modularse o cambiarse ideas entre sí; esto produciría una ruptura de la RMP tradicional, la cual se limita a etiquetar y medicar, para empezar a entender al paciente desde una perspectiva del ser bio-psico-social, comprendiendo esta trilogía como el bienestar biológico, psicológico y social, y no únicamente como el restablecimiento del equilibrio entre salud y enfermedad.

³⁶ SKINNER, B.F.; Ciencia y Conducta Humana; editorial Fontanella; Barcelona; 1971

2.1 LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La comunicación se constituye a partir de muchos procesos que la condicionan y la forman, pero nos centraremos en dos elementos fundamentales cuando se habla de comunicación, el cómo transmitimos información³⁷. En comunicación se transmite información a través del lenguaje verbal y el lenguaje no verbal. Y en la mayoría de los casos paralelamente. Cuando nos comunicamos estos dos grandes bloques están interrelacionados.

Una comunicación directa se da cuando el emisor y el receptor están interactuando, porque cuando comunicamos no sólo lo hacemos a través de las palabras; como soporte o sustitución de la misma utilizamos el lenguaje no verbal.

Esa utilización es tan necesaria como efectiva que está tan automatizada que en muchos casos no somos conscientes de su utilización. Cuando estamos nerviosos, tristes o alegres, nuestros gestos denotan ese estado anímico.

Comunicación Verbal: La transmisión de una idea o mensaje a través de la voz, las palabras, en definitiva al mensaje en sí.

Comunicación no Verbal: “El lenguaje o conducta no verbal sería el lenguaje del propio cuerpo; es decir, todos aquellos gestos, posturas, miradas...que intervienen en el proceso de comunicación de un modo directo y no son palabras explícitamente manifiestas”.³⁸

Si la comunicación verbal hace referencia al contenido del mensaje, la comunicación no verbal implica el conjunto de elementos que ofrecen información de cómo emitimos ese mensaje, es decir, a cerca de sentimientos, motivaciones, actitudes.

Cuando hablamos con la persona, a la que estamos informando se puede producir un feedback indirecto, generado por silencios o formas de expresión no verbal (gestos) que lo que pueden provocar es una reacción dubitativa de la persona que esta recibiendo el feedback.

³⁷ SKINNER, Burrhus Frederic, Conducta verbal, México: Trillas.

³⁸ GARCIA, Aguilera, F.J. y Aguilar Cuenca, D. (2001): “Desarrollo Integral de Competencias Pedagógicas para Formadores”. Fundación EPES. Málaga.

“No debemos preocuparnos sólo del que decir, sino más aún del cómo lo voy a decir, de cómo captar la atención y de la respuesta que nuestro receptor está manifestando”.³⁹

El mensaje que transmitimos en una conversación, sea en el lugar que sea, siempre irá ligado a la intención emocional con la cual lo emitimos. Con la comunicación verbal hay cosas que acaban no diciéndose y la comunicación no verbal ayuda a interpretar todos aquellos mensajes que no se expresan y que de una u otra manera tienen incidencia en la comunicación verbal. Con mucha frecuencia se presentan problemas en la comunicación, se dice más de lo que se cree y menos de lo que se piensa; y con los gestos ocurre parte de esto, que se dice más de lo que se piensa con un gesto o una postura, así como también no somos conscientes que en la comunicación también influyen factores como el espacio en el que nos movemos a la hora de comunicarnos con la otra persona.

La participación del paciente como ente activo comienza con la decisión de consultar al médico, de decidir cual camino de la cura escoger, antes de la consulta el paciente ha reunido información verbal o dialógica⁴⁰. La utilidad de esta información durante la relación que se establece en la consulta dependerá de la claridad del lenguaje y la familiaridad con el idioma, así también como grupo social y nivel cultural.

A más de la comunicación verbal es necesario tomar en cuenta la comunicación no verbal que existe en la RMP (cambios de humor, sensaciones de angustia, llanto, alegría, etc.), puesto que las cosas que se dicen y de la manera como se dicen (verbal- no verbal) podrían influir en el tratamiento del paciente, así como en la RMP.

Según Arthur Staas algunas de las funciones de gran relevancia del lenguaje implican el control del comportamiento de otra persona por el estímulo lingüístico. Una de las maneras en que ello se hace es mediante la evocación de respuestas emocionales a través del lenguaje.

Si presentas lenguaje que provoca respuestas emocionales positivas se producirá aproximación, si el lenguaje evoca respuestas negativas se dará evitación, por eso es necesario que el médico tenga en cuenta la importancia del lenguaje en el momento de la consulta, e incluso fuera de ella, ya que los pacientes oncológicos a diferencia de otros

³⁹ GARCIA, Aguilera, F.J. y Aguilar Cuenca, D. (2001): “Desarrollo Integral de Competencias Pedagógicas para Formadores”. Fundación EPES. Málaga.

⁴⁰ COLE, Michael; Cognición y Pensamiento; Ediciones Paidós, Buenos Aires, 1986

pacientes están más susceptibles y necesitan el sentirse contenidos por las personas que lo rodean.

Una simple palabra podría hacer que su conducta se modifique, “sólo podemos conseguir controlar la conducta en la medida en que podemos controlar los factores responsables de la misma”.⁴¹

2.2 TIPOS DE RELACION MÉDICO-PACIENTE

Según Lázaro J. en el libro “De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable” Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible. “Esta relación ha ido variando desde los albores de la historia con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.”

Las características del médico en esta interrelación las resumió Hipócrates hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.

Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por Pedro Lain Entralgo:

- Saber ponerse en el lugar del otro.
- Sentir como el o ella.
- Disponerse a ayudarle cuando enfrenta dificultades.

Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano.⁴²

⁴¹ SKINNER, B.F.; Ciencia y Conducta Humana; editorial Fontanella; Barcelona; 1971

⁴² LAIN, Entralgo Pedro. La relación médico enfermo Madrid; Revista de Occidente; 1964.

La RMP pueden ser clasificada de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas.⁴³

La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa.

La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento.

La relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

A lo largo de la investigación realizada se logró evidenciar diversos tipos de RMP aunque se basó únicamente en pacientes de consulta externa; no pudimos hacernos de ojos ciegos ante los pacientes que recibían radioterapia y quimioterapia, los cuales necesitan en promedio 15 minutos para la primera y 2 horas para la segunda.

Algunos pacientes que se acercaban a que les realice la entrevista, lo cual mostraba la necesidad que tenían por expresarse. En las entrevistas se evidenció que no todos los pacientes que iban donde el mismo médico eran tratados de la misma manera, esto está demostrado en las motivaciones generadas en el paciente y el médico, que están explicadas arriba.

El momento de la consulta el paciente oncológico llega indefenso, deposita su confianza y su vida en las manos del galeno, quien desde ese momento se convierte en un ser superior, es él quien “domina” la situación, quien tiene el derecho de ser juez y parte sobre la vida del paciente, la relación que aquí se puede establecer es de autoritarismo, en la cual el paciente es anulado por el médico, si bien es cierto que el paciente oncológico es de por sí un paciente difícil, más complicado será para él el poder establecer una relación empática con su médico, que le brinde la confianza que necesita.

Por otro lado otro tipo de relación que podría establecerse es en la que él paciente se sienta culpable de la enfermedad, y vea al médico como el “sacerdote” a quien confiar sus pecados y de esta forma curarse.

⁴³ BORROTO, Cruz R.; La comunicación humana y la actuación profesional en la práctica clínica; Ed. Bol Ateneo; 1996.

La relación ideal sería en la que el médico y el paciente puedan estar en un mismo nivel, respetando sí las diferencias de cada uno.

2.3 EFECTOS DE LA RELACIONES MÉDICO-PACIENTE

“La medicina es una actividad netamente humana, no puede dejar de atender nunca la salud,...el paciente desde el momento que vive un estado de salud crítico, piensa encontrar en el médico un hombre capaz de entenderle, explicarle, consolarle. Entonces el médico tiene que ser optimista frente al paciente, tiene que tratar de ser un buen amigo, ganarse la confianza, no puede ser superficial, cerrado, que no habla nada, que no explica nada, entra y sale, no quiere saber nada de nada,...”⁴⁴

Arthur W. Staats nos dice que las palabras tienen un gran efecto emocional en la gente; esto se pudo evidenciar en las entrevistas realizadas durante el desarrollo de la presente disertación, donde los pacientes manifestaron que en esa área de salud del HCAM existen médicos que tienen una actitud de apertura, mientras que hay otros que a decir de los pacientes se muestran como personas inaccesibles con una actitud poco amigable. Esto nos da un indicio de la importancia de la relación y las motivaciones, puesto que el ser humano es un ente social y emotivo que necesita de la interrelación con los otros, ya que vivimos en una sociedad en la que las relaciones interpersonales influyen en la forma individual de actuar durante la relación, ya sea dentro o fuera de la consulta.

“En el condicionamiento clásico, el refuerzo no depende de la respuesta sino del experimentador. El organismo parece adaptarse al medio pero no actuar sobre él”⁴⁵

Un estímulo puede evocar una respuesta emocional, puede servir como estímulo reforzante, o puede servir para dirigir o controlar la conducta tomando en consideración para esta disertación que el refuerzo sería el trato, la respuesta la actitud, el experimentador el médico y el organismo el paciente. De esta forma se podría ejemplificar

⁴⁴ Ninfa León

⁴⁵ SKINNER, B.F.; Ciencia y Conducta Humana; editorial Fontanella; Barcelona; 1971

la interacción en la RMP, en donde la actitud del paciente es consecuencia del trato que recibe.

Al no recibir el trato esperado y al no poder reclamar su derecho a una mejor atención, el paciente evidencia su descontento con actitudes, emociones, lo que nos lleva otra vez a relacionar con la propuesta de Skinner y su condicionamiento operante, en donde la conducta puede ser positiva o negativa dependiendo del tipo de estímulo.

“Se sabe que la comunicación al paciente puede ser tranquilizadora o amenazante y de alguna forma el médico la transmite por lo que las palabras utilizadas, la forma de prescribir y todos estos adquieren un valor inapreciable, los datos experimentales indican que el calor humano con que se da un consejo tienen gran influencia en que sea seguido, advierte que la actitud y personalidad del médico juegan un destacado papel en el resultado del tratamiento, y que la insuficiencia de información afecta dichos resultados en un marco clínico controlado”.⁴⁶

Al momento del encuentro entre el médico y el paciente, anteceden una serie de situaciones problemáticas para ambas partes, en general, el profesional podría llegar cansado debido a la sobrecarga laboral que experimenta, llega fuera de horario, de mal humor y se encuentra con una sala de espera colmada de personas que también cargan con la problemática de sus enfermedades, con sus problemas económicos, con el malestar que provoca la espera para obtener un turno, las dificultades en la atención administrativa, la incomodidad en la sala de espera, y el tiempo prolongado que deben aguardar para ser atendidos.

Durante la entrevista, el profesional realiza la atención correspondiente, pero el paciente podría retirarse insatisfecho porque no se sintió contenido por el profesional, porque no fueron resueltas sus dudas, porque no recibió las explicaciones correspondientes o porque tal vez las recibió pero no logró comprenderlas.

En su próxima consulta es probable que el paciente sea atendido por el mismo profesional y que el grado de impersonalidad sea el mismo que la primera vez.

⁴⁶ CAICEDO Montaña, Cintia. Mejoramiento de la relación médico paciente para un adecuado seguimiento de los pacientes hipertensos de SCS de Zapallo Grande área 7 Borbón provincia de Esmeraldas. Quito 2009, pág. 31

2.4 ALTERNATIVAS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

“Creo

que el mejor regalo que puedo recibir

de alguien es el ser vista por él,

escuchada por él.

El mejor regalo que puedo dar

es el ver, escuchar, comprender,

y tocar a otra persona.

Cuanto esto se ha hecho

siento que el contacto se ha realizado.”

Virginia Satir

“El cambio debería ser que el paciente se sintiera menos paciente, menos víctima, menos culpable o menos amenazado por la enfermedad. La palabra “paciente”, es una palabra con connotaciones de prejuicios, ¡ser paciente!, si se puede hacer algo por el paciente es que se sienta menos paciente, más actor, más responsable de su propia enfermedad, pero convertirlo en paciente ya es un tipo de definición de identificación y de transcripción muy lamentable.”⁴⁷

La relación puede mejorar notablemente gracias a esta fórmula así el médico cede a su posición y puede aceptar que tanto la ciencia como el conocimiento son relativos, que su modelo es funcional a la ideología dominante, y que las bases donde se construye su poder no son eternas

Tolstoi considera cada enfermedad como un hecho único en su texto Guerra y Paz “Ninguna enfermedad puede ser plenamente comprendida, porque toda persona tiene sus peculiaridades individuales y siempre tiene sus males propios, nuevos y complejos que la medicina desconoce; no una enfermedad de los pulmones, riñones, piel, corazón, etc., tal como lo describen los libros de medicina, sino una enfermedad que consiste en una de las innumerables combinaciones de dolencias de estos órganos.”

⁴⁷ SANCHEZ, Parga; Actores y Discursos Culturales; Ecuador; 1972-1988

En relación al texto de Tolstoi el galeno debería trabajar en función de la individualidad de cada paciente, si bien es cierto la afección orgánicamente hablando está estandarizada bajo criterios diagnósticos, la evolución y el tratamiento no será el mismo para todos los pacientes, ya que cada organismo es diferente y por tal razón cada paciente necesita un trato especial e individualizado.

El médico debe ser prudente en lo que dice y controlar sus expresiones faciales y corporales, evitar el asombro o alarma ante síntomas o situaciones del relato, o hallazgos del examen físico. No reprochar, ni escandalizarse por confidencias del enfermo.⁴⁸

Uno de los factores importantes para la marcha del proceso terapéutico y sus resultados, está en el tipo de relación que se establece entre el paciente y su terapeuta.

Con independencia de las características del paciente y sin negar la influencia que éstas puedan ejercer sobre la marcha del proceso y la relación, las variables del médico son fundamentales. Para que un paciente siga las instrucciones de su médico, tiene que percibirlo como una persona competente, confiable y empática. La competencia estaría dada por el nivel de preparación y la reputación del médico, la confiabilidad, por la seguridad que muestra, la pertinencia y claridad de los criterios, así como también de las sugerencias que emitan y la empatía se relaciona con el trato que brinde y el interés que demuestre el galeno por ayudar y comprender a su paciente.

Contribuye igualmente al buen desarrollo de la relación, la capacidad que demuestre el médico en escuchar de manera atenta y activa a su paciente y sobre todo su capacidad como comunicador. Los cuatro principios básicos⁴⁹ de la comunicación eficiente de mensajes consisten en que estos tienen que ser:

1. atendidos
2. aceptados
3. comprendidos
4. recordados.

⁴⁸ BRACERAS, Diana, "*Salud Mental y Psicoanálisis*", texto de la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA, Eudeba, 1999.

⁴⁹ ORTIZ, Manuel; *Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia Terapéutica*; Venezuela; 2000

Por ello la responsabilidad del médico siempre debe ser mantener el bienestar de su paciente, brindarle información completa de la enfermedad ya que si una persona conoce más sobre su enfermedad tiende a aceptarla y a convivir con ella

Si los médicos estimulan y apoyan las iniciativas, reconocen los sentimientos de los pacientes, proveen explicaciones claras podrán facilitar una motivación más autónoma en los pacientes.⁵⁰

CAPITULO III

3 Resultado de la investigación

En el siguiente capítulo expondremos y analizaremos los resultados obtenidos en la investigación de campo que se llevo a cabo en el Hospital Carlos Andrade Marín en el área de oncología en el periodo Enero – Marzo 2010

3.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

⁵⁰ VELA, María Belén, Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diagnóstico de Psoriasis Moderada a Severa Relacionado con Polifarmacia, Relación Médico-Paciente y sus Creencias Personales en el CEPI (Centro de la Piel) en una población de 18 a 60 años de abril a mayo del 2008.

El presente estudio se lo realizará con un corte transversal, descriptivo, exploratorio y correlacional. El material ha utilizarse en el estudio se basa en la recolección de datos bibliográficos relacionados al ambiente hospitalario, encuestas, entrevistas y aplicación de test realizadas al personal administrativo, médico y pacientes de la Unidad de Consulta Externa de oncología del HCAM.

El universo de la investigación son 50 pacientes y 15 médicos de Consulta Externa del área Oncología del HCAM.

De los pacientes que se tomaron para la muestra se puede ver que el género femenino es superior al masculino, esto es muy evidente pues al entrar a esta área de salud en este hospital la sala de espera nos encontramos con más mujeres que de hombres, sin embargo se pudo notar también que en muchos casos los pacientes, en su gran mayoría están acompañados de sus hijas, nietas, vecinas, amigas, hermanas, etc.; casi siempre mujeres. Al entrar al área de oncología se nota que está bastante llena, pero se debe tomar en cuenta que algunos de los pacientes van acompañados con más de dos o tres personas.

De las personas que se les entrevistó se puede ver que la mayoría son relativamente nuevos en el proceso de tratamiento, pues se debe tomar en cuenta que las personas que tienen mucho tiempo en tratamiento, solamente se acercan a chequeos, mientras que las personas que están en tratamiento sea quimioterapia, radioterapia u otra, se acercan más frecuentemente para ser supervisados en cuanto a su mejoría.

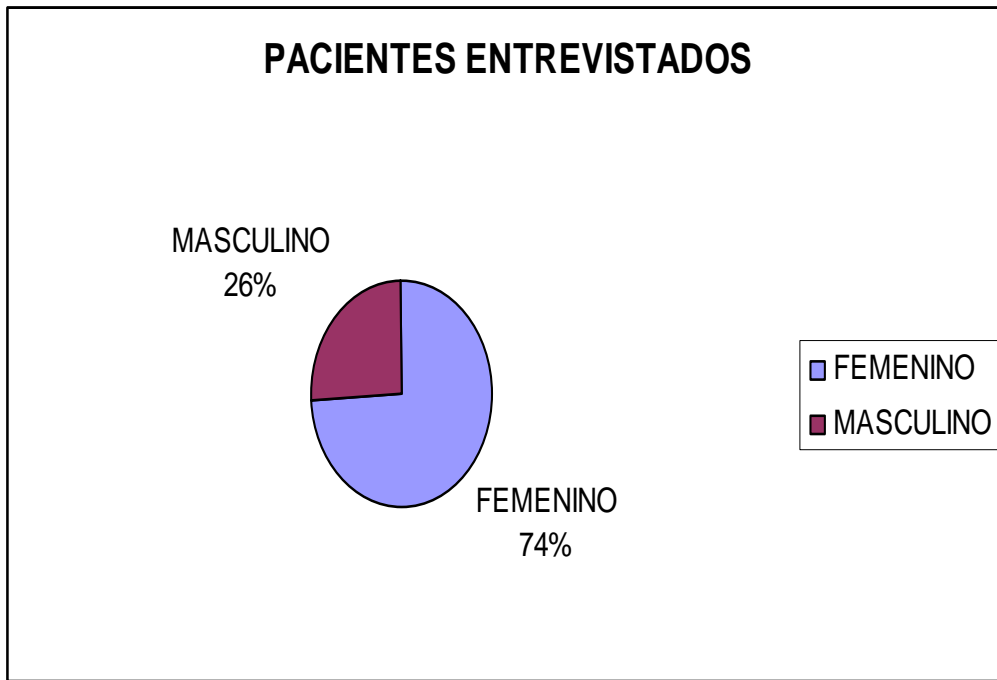
El tiempo de la consulta depende del paciente, el tipo de cáncer, el tiempo y tipo de tratamiento, no se puede estandarizar un tiempo determinado, mientras unos pacientes están de acuerdo con la duración de la consulta, hay otros que piensan que debería ser mayor.

Los pacientes perciben a los médicos como personas amables, respetuosas y atentas, aunque en las entrevistas se puedo constatar que existe algo de distancia y frialdad por parte de algunos médicos, sin embargo los pacientes se sienten contentos y atendidos en la unidad de salud, lo cual afirman, influye en su estado.

Después del estudio realizado y de haber compartido con las personas involucradas en la investigación, se puede decir que las relaciones que se establecen entre los pacientes y los médicos influyen ya sea positiva o negativamente en la salud, independientemente de

la edad, sexo o tipo de enfermedad oncológica. Se debe tomar en cuenta que el hospital es una entidad pública, razón por la cual la afluencia de pacientes es masiva, por lo que en la actualidad se están implementando mejoras en beneficio del afiliado, lo cual a decir de los pacientes entrevistados es bueno para ellos, ya que se sienten tomados en cuenta en función de sus necesidades. A pesar que también manifestaron inconformidades con ciertas actitudes por parte del personal de salud y administrativo.

CUADRO 1

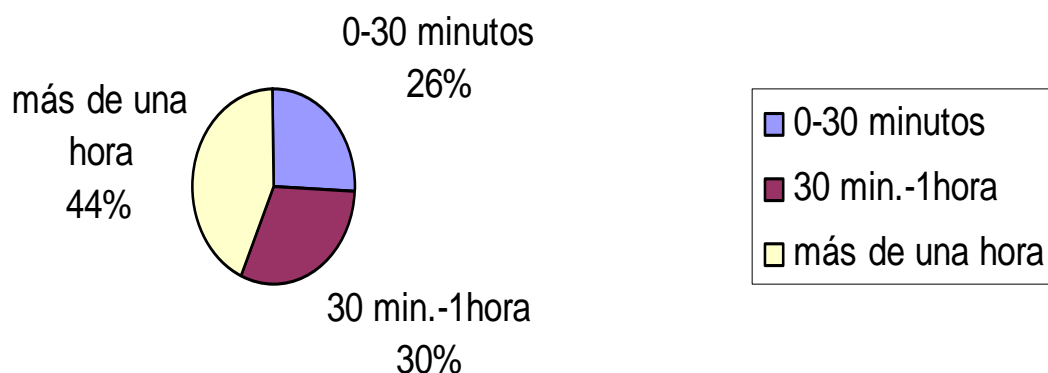


FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA: Enero 2010

La muestra fue de 50 pacientes, que equivale al 100% de la población encuestada, dando como resultado que 13 de los encuestados que equivale al 26 % es de género Masculino, mientras que los 37 restantes que equivalen al 74 % son de género Femenino. Aquí nos podemos dar cuenta que la incidencia de cáncer afecta más a las mujeres, de acuerdo a las entrevistas realizadas también pudimos evidenciar que el tipo de cáncer en las mujeres era en su mayoría al seno.

CUADRO 2

TIEMPO ESPERADO PARA LA CONSULTA



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín

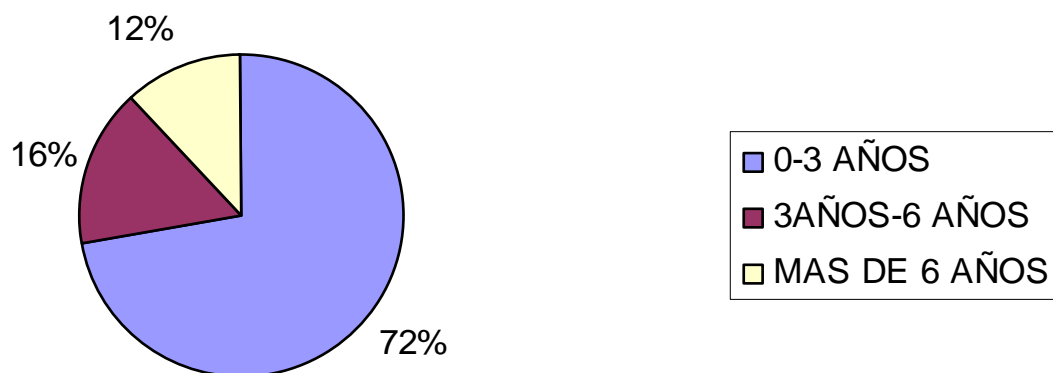
FECHA: Enero 2010

El 44 % de la población que equivale a 22 de los encuestados respondió que lleva más de una hora esperando ser atendido, el 30% que es igual a 15 encuestados llevan esperando de 30 minutos a una hora, mientras que el 26 % que corresponde a 13 personas han esperado de 0 a 30 minutos.

Los pacientes siempre tratan de llegar muy puntal a su cita, tomando en cuenta que el Dispensario Central (HCAM) es el único de los dispensarios del IESS donde hay la especialización de oncológica, hay personas que llegan desde todas las provincias del país, las cuales a veces deben enfrentar problemas como cambio de turno, reuniones de última hora de los médicos, maquinas dañadas en el caso del departamento de radioterapia, lo que aumenta el tiempo de permanencia en el hospital y por lo tanto retarda la consulta.

CUADRO 3

TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín

FECHA: Enero 2010

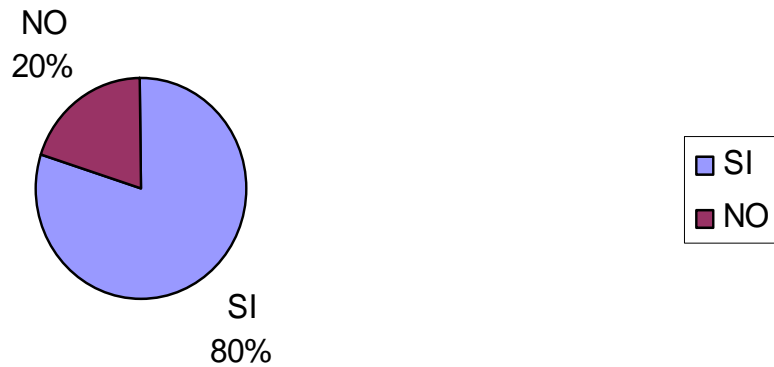
De los pacientes encuestados el 72% lleva en tratamiento de 0 a 3 años, el 16% de 3 a 6 años y el 12% más de 6 años.

Los pacientes oncológicos una vez terminado su tratamiento, deben acudir a consulta una vez cada mes, luego cada tres, luego cada seis meses y luego cada año, con el fin de controlar su salud hasta llegar a ser dados de alta definitivamente.

Durante el proceso terapéutico la cita al galeno es cada 21 días o cada quince días dependiendo del tratamiento.

CUADRO 4

ES SUFICIENTE EL TIEMPO EN LA CONSULTA?



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín

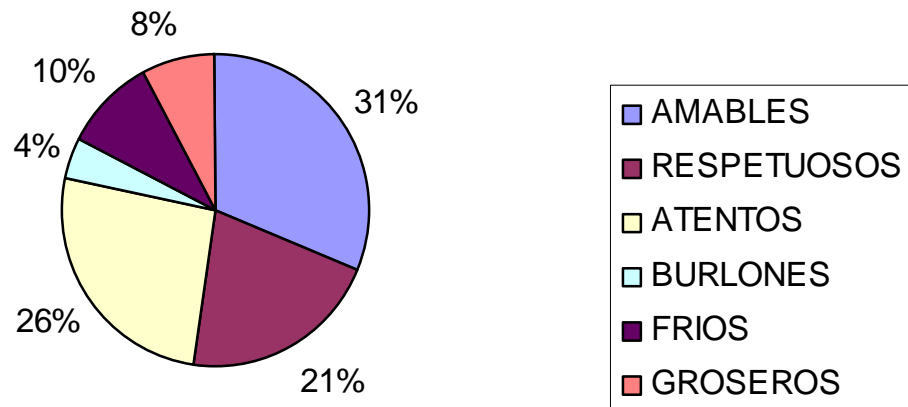
FECHA : Enero 2010

El 80 % de los pacientes encuestados están de acuerdo con el tiempo de consulta, les parece suficiente, mientras q el 20% no está de acuerdo con el tiempo de consulta.

De acuerdo a la entrevista y a la observación durante el proceso investigativo, los pacientes comentaron en su mayoría sentirse a gusto y conforme con el tiempo que dura su consulta, ya que ellos piensan que es el necesario para que el médico "diga lo que tenga que decir".

CUADRO 5

ACTITUD DE LOS MEDICOS



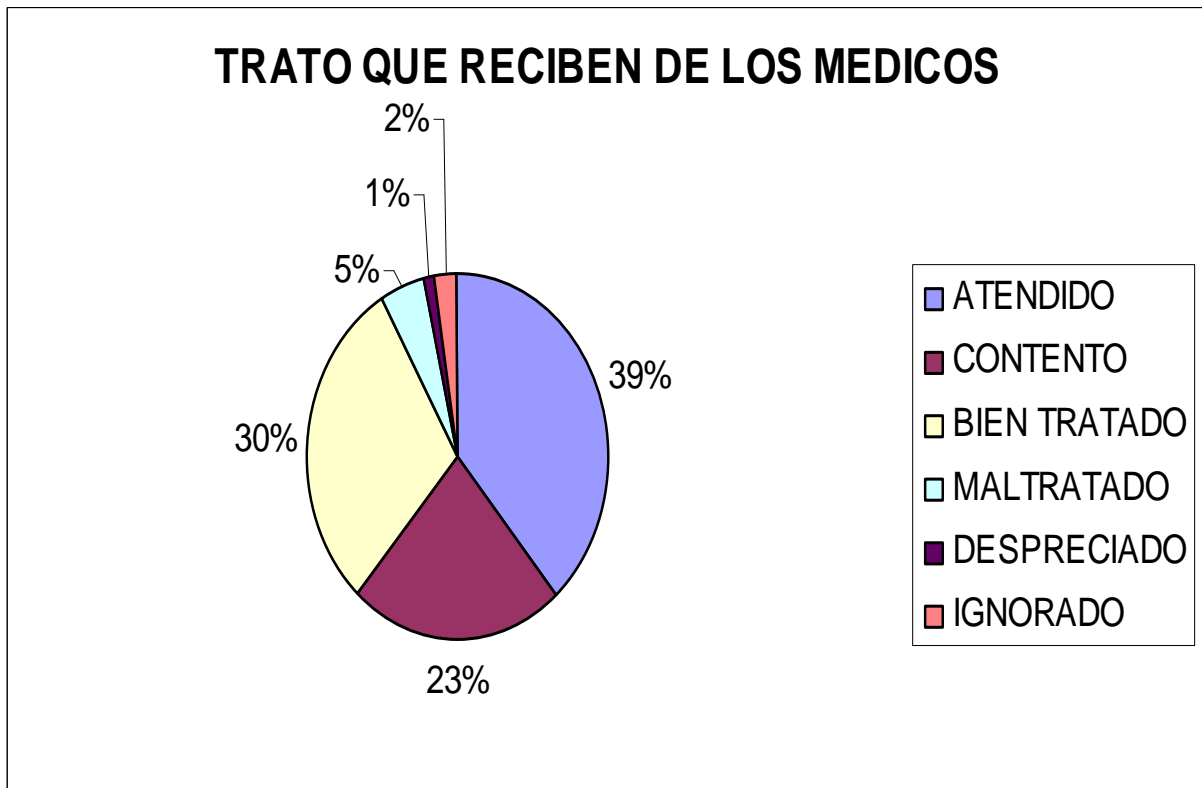
FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

El 31% de la población encuestada afirma que los médicos son amables, el 26% los considera atentos, un 21% respetuosos; sin embargo, el 10% de la población los considera fríos, el 8% groseros y el 4% burlones.

Al preguntar sobre la actitud de los médicos, la mayoría coincide con que son amables, atentos y respetuosos, aunque claro que hay sus excepciones, decían que hay médicos que son muy buenos profesionales pero que necesitan ser un poco más humanos, algunos pacientes sintieron la oportunidad de dar sus quejas sobre ciertos galenos.

El HCAM es un hospital al que solo los asegurados pueden acceder a este servicio, y las estadísticas en este punto podrían deberse a que si bien es cierto que por un lado; los tratamientos que les dan a los pacientes los cura, por otro a sí sea que recibieran un mal trato por parte de los médicos, simplemente no les queda otra que continuar asistiendo, ya que el tratamiento oncológico demanda muchos gastos como para hacerlo en un hospital privado

CUADRO 6



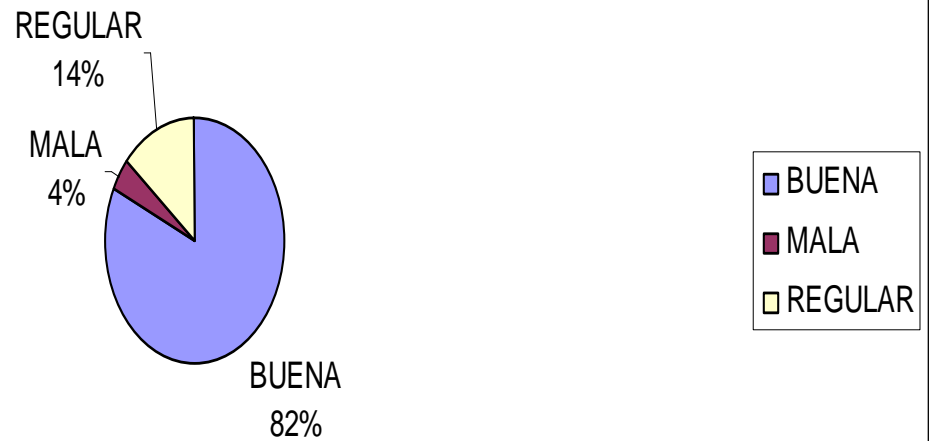
FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

En lo que se refiere al trato que reciben el 39% de los encuestados se sienten atendidos, el 30% bien tratado, el 23% esta contento con el trato por parte de los médicos, sin embargo el 5 % se siente maltratado, el 2% ignorado y el 1% despreciado por parte de los médicos.

Los pacientes en su mayoría se sienten contentos y atendidos, hay que tomar en cuenta que el tratamiento oncológico es un tratamiento costoso, y al recibirlo casi gratuito en el hospital los pacientes independientemente del trato se sienten atendidos porque están siendo curados por sus médicos a decir de los pacientes

CUADRO 7

ATENCION BRINDADA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín

FECHA: Enero 2010

En lo que se refiere a la atención en general que reciben los pacientes el 82% la considera buena, el 14% regular y el 4% mala.

De acuerdo a los resultados observados en el gráfico, se evidencia que a decir de los pacientes la atención brindada es buena, esto se puede relacionar con las ideas de los pacientes en el gráfico anterior establecidas, en donde los pacientes se sienten bien independientemente del trato, ya que ellos necesitan de los servicios y atenciones de la unidad de salud.

CUADRO 8

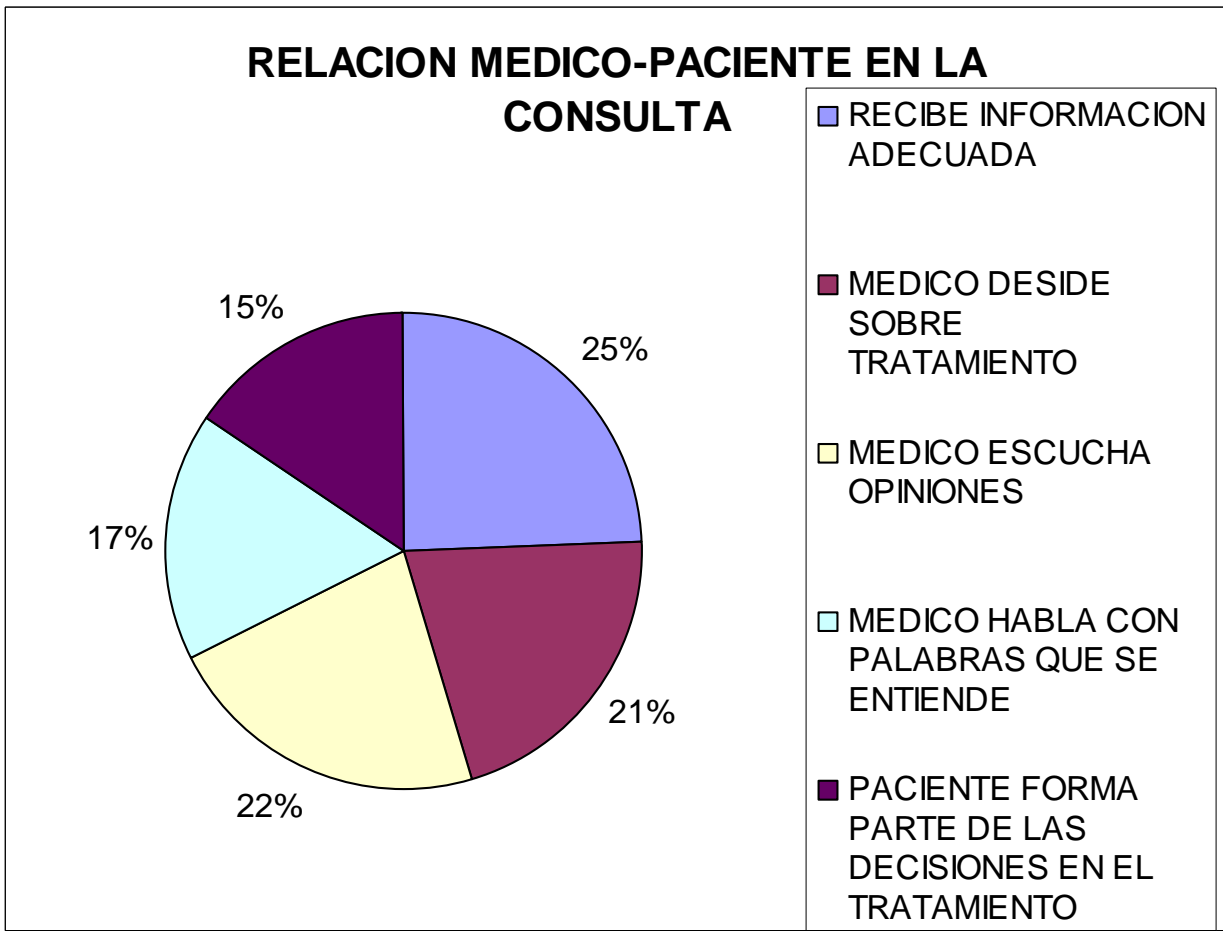


FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA: Enero 2010

El 92% de los pacientes encuestados afirman que el trato que reciben en la unidad de consulta externa de oncología del HCAM influye en su salud, mientras que el 8%, cree que no influye.

Los pacientes dicen que el trato q reciben por parte de los médicos y del personal de salud en general, si afecta en su salud, ya sea para bien o para mal.

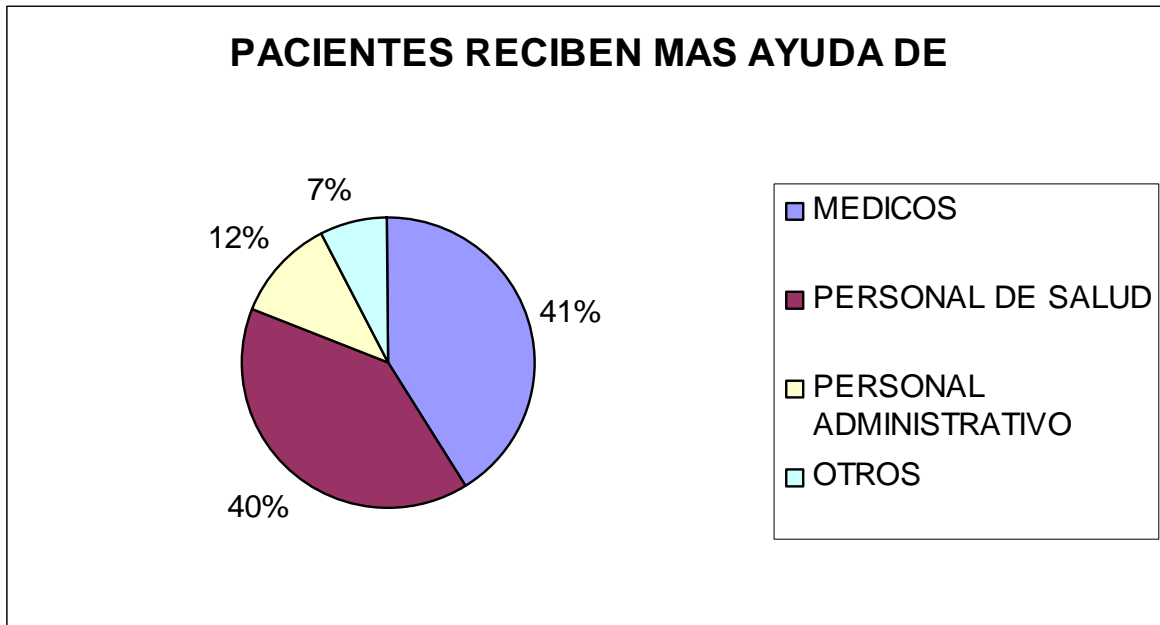
CUADRO 9



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

La población encuestada da cuenta de que la relación con su médico durante la consulta es buena y se encuentra conforme con la misma. Al principio de la investigación se presumía que la mayoría de pacientes podrían haber contestado en forma negativa, pero la estadística muestra que no.

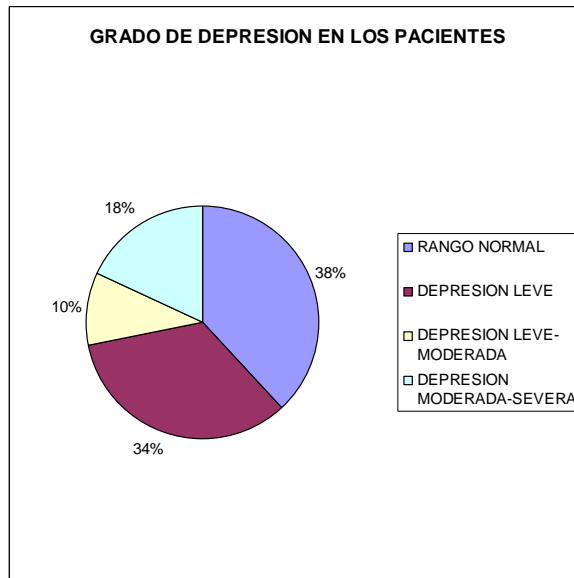
CUADRO 10



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

De los pacientes encuestados nos podemos dar cuenta que el 41% siente que recibe mas ayuda por parte de los médicos, el 40% del personal de salud (enfermeras, auxiliares, internos), el 12% personal administrativo y el 7 % de otros (voluntarios, comunidad, grupos de apoyo de los mismos pacientes, departamento de psicología y trabajo social). Los pacientes están contentos con la ayuda que reciben por parte de médicos y personal de la salud en general, aunque dicen que hay excepciones, como en todos lados unos son más atentos y los ayudan más que otros. Es importante señalar que los médicos algunas veces abandonan un minutos sus consultorios, pues deben revisar a pacientes de otras sub-áreas , por lo que es un poco molesto la espera que deben hacer los demás pacientes; así mismo las enfermeras a cargo de los consultorios algunas veces no explican correctamente el proceso que deben seguir los pacientes para tal o cual situación.

CUADRO 11



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

Después de haber aplicado el test de Beck con el fin de medir el grado de depresión de los encuestados obtuvimos los siguientes resultados:

- 38% rango normal
- 34% depresión leve
- 18% depresión moderada – severa
- 10% depresión leve – moderada

Sea el nivel que sea el nivel de depresión de los pacientes se puede decir que podría ser por causas del trato con el médico, así también como por otros factores sean estos familiares, laborales, y/o personales.

Al principio se creía que el nivel de depresión se debía a la calidad de trato que recibían por parte del galeno, sin embargo se puede decir que podría existir una relación inversamente proporcional entre el tiempo de tratamiento y el nivel de depresión, y esto puede deberse a la capacidad que tienen para resolver problemas, así como la aceptación de la enfermedad, entre otras circunstancias, pero algunas de ellas no tendrían nada que ver con el trato que reciben por parte de su médico en el área de oncología.

CUADRO 12

ESTADO ANSIOSO DE LOS PACIENTES

AUSENCIA DE
ANSIEDAD
12%



PRESENCIA
DE ANSIEDAD
88%

■ PRESENCIA DE
ANSIEDAD
■ AUSENCIA DE
ANSIEDAD

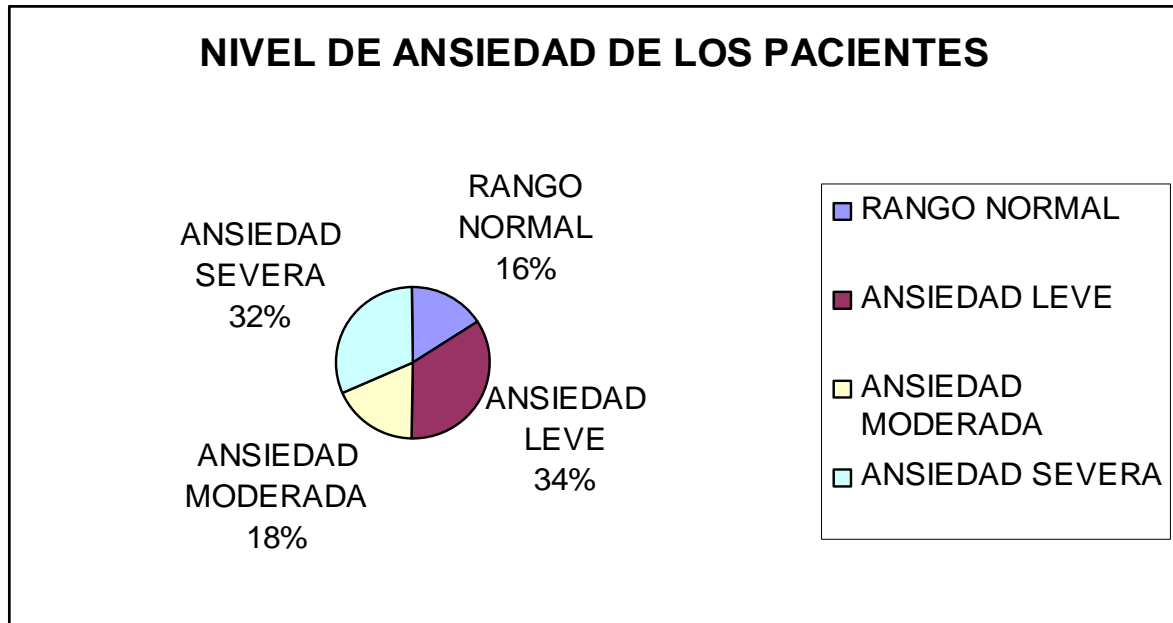
FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

Con el fin de detectar ansiedad en los pacientes se aplicó el test de Hamilton obteniendo los siguientes resultados:

En el 88 % de la población se notó la presencia de ansiedad, mientras que en el 12% restante hay ausencia de la misma.

El nivel ansioso en los pacientes podría deberse a problemas externos al hospital, tal es el caso de situaciones familiares, laborales y/o personales, sin dejar de lado el tiempo de espera a la consulta, así como a decir de algunos pacientes que les lleva tiempo el tomar un turno que muchas veces asistiendo a la hora señalada, llegan a la sala de espera y se percatan que no están en la lista, lo que es muy molesto, puesto que hacen dejar de hacer cosas también importantes para asistir a su cita médica, o peor aún en otros casos existen pacientes que llegan de otras provincias.

CUADRO 13



FUENTE: Área de Oncología Hospital Carlos Andrade Marín
FECHA : Enero 2010

En base a los resultados del test de Hamilton que mide los niveles de ansiedad, obtuvimos los siguientes resultados de la muestra tomada:

- El 16% de la muestra, que equivale a 8 personas se ubican dentro del rango normal.
- El 18% de la muestra, que equivale a 9 personas, presentan un nivel de ansiedad moderado.
- El 32% de la muestra, que equivale a 16 personas, tienen un nivel de ansiedad severa.
- El 34% de la muestra, que equivale a 17 personas, están dentro de un nivel de ansiedad leve.

El nivel de ansiedad podría decirse que hasta cierto nivel podría ser normal, dado que la angustia durante el tratamiento de quimioterapia y radioterapia y el no tener la certeza de si hará o no efecto positivo, es algo permanente. Pero se puede decir también que las personas que tienen algún tiempo en tratamiento podría tener menos ansiedad que los pacientes que recién se enteran del diagnóstico.

CONCLUSIONES

Después de la realización y análisis de la investigación, se puede obtener las siguientes conclusiones:

- Las relaciones que se puedan establecer entre el médico y el paciente sí influyen de una manera positiva o negativa en la salud del paciente.

- La consulta médica implica una interrelación de sujetos que necesita ser entendida dentro del marco institucional en el que se desarrolla. El tipo de hospital o clínica establecen pautas que definen el tipo de relación que se va establecer.
- La empatía que se establezca entre médico-paciente es fundamental porque asegurará la continuidad y éxito del tratamiento.
- Se puede concluir también que los pacientes depositan en el médico toda su confianza.
- En la relación médico-paciente, el respeto mutuo es esencial. Ni el paciente, ni la familia pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer de un profesional.
- Además de la relación del paciente con su médico, es muy importante las relaciones familiares y del entorno del paciente, puesto que al estar atravesando por una situación de enfermedad crítica y en muchos casos inesperada podría haber una despersonalización del paciente como sujeto, que lo que necesita es sentirse acompañado y sostenido por su entorno.
- Desde el mismo instante que el paciente entra a consulta, el galeno debe tomar en cuenta que su paciente es un ser humano con derechos y deberes iguales a los suyos, y debe ser tratado como tal.
- En lo que se refiere a la relación médico paciente en el HCAM, se puede concluir que la mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con la relación que establecen con su médico, aunque el trato que reciban por parte de los galenos no sea tan bueno, puesto que al decir de algunos pacientes ciertos médicos no brindarían el apoyo necesario para el proceso del tratamiento.

RECOMENDACIONES

Luego de la investigación realizada podemos hacer algunas sugerencias en base a los resultados obtenidos:

- Tratar de incluir a los familiares del paciente en el proceso de recuperación

- Profundizar la información sobre los efectos secundarios q traen consigo los tratamientos, tratando de q el paciente haga conciencia del por q ocurren y así podría involucrarse mas concientemente al tratamiento y superar la enfermedad.
- En la medida de lo posible tratar de que el tiempo de la consulta sea mas largo tomando en cuenta las limitaciones que se presentan al ser un hospital público.
- Seria de gran ayuda para los pacientes y galenos el poder fortalecer las interconsultas con el departamento de psicología, que si bien es cierto existe pero para muchos pacientes es desconocido.
- En la medida de lo posible tratar de que la información acerca del día, hora y médico de la cita este clara tanto para el paciente como para el galeno.
- Los médicos deberían saber manejar la ansiedad de los pacientes y ayudarlos a controlarla.
- El tiempo que dura la consulta debería ser un tiempo de calidad, en donde el galeno pueda satisfacer las dudas y necesidades que trae consigo el paciente.

ANEXOS

ANEXO 1

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK⁵¹

1) No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.

Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

Me siento desanimado con respecto al futuro.

Siento que no puedo esperar nada del futuro.

Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) No me siento fracasado.

Siento que he fracasado más que la persona normal.

Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso completo.

4) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .

No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

Ya nada me satisface realmente.

Todo me aburre o me desagrada.

5) No siento ninguna culpa particular.

Me siento culpable buena parte del tiempo.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

6) No siento que esté siendo castigado.

Siento que puedo estar siendo castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) No me siento decepcionado en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo.

⁵¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresi%C3%B3n_de_Beck

Estoy harto de mi mismo.

Me odio a mi mismo.

8) No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9) No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

10) No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11) No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12) No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

He perdido todo interés en los demás.

13) Tomo decisiones como siempre.

Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14) No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen

parecer inatractivo (a).
Creo que me veo horrible.

15) Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16) Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.
Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.

17) No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
Me canso al hacer cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18) Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.
Mi apetito es mucho peor que antes.
Ya no tengo nada de apetito.

19) Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.
He perdido más de 4 kilos.
He perdido más de 6 kilos.

20) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.

Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO 2

TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

0. Ausente

1. Intensidad Leve

- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. | | | | | |
| 2.- Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse. | | | | | |
| 3.- Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. | | | | | |
| 4.- Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos. | | | | | |
| 5.- Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. | | | | | |
| 6.- Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día. | | | | | |
| 7.- Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. | | | | | |
| 8.- Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). | | | | | |
| 9.- Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias. | | | | | |
| 10.- Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria). | | | | | |
| 11.- Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 12.- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual. | | | | | |
| 13.- Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina). | | | | | |
| 14.- Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics. | | | | | |

ANEXO 3

ENCUESTA

NOMBRE EDAD AÑOS

GENERO: FEMENINO MASCULINO

MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....

QUE TIEMPO ESTA ESPERANDO AQUÍ?

- 0 – 30 MINUTOS
- 30 – 1 HORA
- MAS DE 1 HORA

CUANTO TIEMPO ESTA EN TRATAMIENTO?

- 0 - 3 AÑOS
- 3 – 6 AÑOS
- MAS DE 6 AÑOS

CREE QUE EL TIEMPO QUE ESTA EN LA CONSULTA ES SUFICIENTE?

- SI
- NO

LOS MEDICOS EN ESTA AREA DE SALUD SON:

- AMABLES
- BURLONES
- RESPETUOSOS
- FRIOS
- ATENTOS
- GROSEROS

COMO SE SIENTE USTED CON EL TRATO QUE RECIBE DE LOS MEDICOS?

- ATENDIDO
- MALTRATADO
- CONTENTO
- DESPRECIADO
- BIEN TRATADO
- IGNORADO

COMO LE HA PARECIDO LA ATENCION EN ESTA UNIDAD EN GENERAL?

- BUENA
- MALA
- REGULAR

CREE USTED QUE EL TRATO QUE HA RECIBIDO EN ESTA UNIDAD INFLUYE EN SU SALUD?

SI NO DE QUE MANERA?

.....

COMO ES LA RELACION CON SU MEDICO DURANTE LA CONSULTA?

- RECIBE INFORMACION ADECUADA
- EL MEDICO DECIDE SOBRE SU TRATAMIENTO
- EL MEDICO ESCUCHA SUS OPINIONES
- EL MEDICO HABLA CON PALABRAS QUE USTED ENTIENDE
- USTED FORMA PARTE DE LAS DECISIONES DURANTE EL TRATAMIENTO

CREE USTED QUE PARA SU ENFERMEDAD DENTRO DE ESTA UNIDAD RECIBE MAS AYUDA DE:

- MEDICOS
- PERSONAL DE SALUD
- PERSONAL DE ADMINISTRACION DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA
- OTROS

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

AGUILERA, Pablo. *En la frontera vida/muerte: problemas bioéticos*. Universitaria, Santiago de Chile, 1992.

BIBLIA LATINOAMERICANA. Pastoral para Latinoamérica, 1972.

BORROTO, Cruz R. *La comunicación humana y la actuación profesional en la práctica clínica*. Bol Ateneo. La Habana, 1996.

BRACERAS, Diana. *Salud Mental y Psicoanálisis*, texto de la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA, Eudeba, 1999.

- CAICEDO Montaña, Cintia. *Mejoramiento de la relación médico paciente para un adecuado seguimiento de los pacientes hipertensos de SCS de Zapallo Grande área 7 Borbón provincia de Esmeraldas*. Disertación de la facultad de Medicina. Quito, 2009.
- COLE, Michael. *Cognición y Pensamiento*. Paidós. Buenos Aires, 1986
- DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
- FARRERAS Valentí P & Rozman C. *Medicina Interna*. 14a Ed. Harcourt SA. Madrid, 2000.
- FIERRO, Benítez Rodrigo. *El cóndor, la serpiente y el colibrí : la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. ed. por Rodrigo Fierro Benítez. Quito, 1930.
- GARCIA, Aguilera, Francisco y otros. *Desarrollo Integral de Competencias Pedagógicas para Formadores*. Fundación EPES. Málaga, 2001.
- HALGIN, Richard P. *Psicología de la Anormalidad*. The Mc Graw Hill. México, 2009.
- JASPERS J. *Psicopatología General*. Beta. Buenos Aires, 1947.
- LAIN, Entralgo Pedro. *La Curación por la Palabra en la Antigüedad clásica*. Revista de Occidente. Barcelona, 1959.
- LAIN, Entralgo Pedro. *La relación Médico-Enfermo*. Revista de Occidente. Madrid, 1964.
- LAIN, Entralgo Pedro. *Antropología médica*. Salvat. Barcelona, 1984
- NACIONES UNIDAS. *Derechos humanos y aplicación de la ley: guía para instructores en derechos humanos para la policía*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Nueva York, 2004
- PICHOT, Pierre. *DSM-IV : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1995.
- RIDRUEJO, Alonso. *Psicología Médica*. McGRAW-HILL. Madrid, 1996.
- SANCHEZ, Parga José. *Actores y Discursos Culturales. Ecuador; 1972-1988*. Centro Andino de Acción Popular. Quito, 1988.
- SEGUIN, Carlos Alberto. *La enfermedad, el médico y el enfermo*. Pirámide. Madrid, 1982
- SEGUIN Carlos Alberto. *Tú y la Medicina*. Poniente. Lima, 1993
- SKINNER, Burrhus Frederic. *Conducta verbal*. Trillas. México, 1981.
- SKINNER, Burrhus Frederic. *Ciencia y Conducta Humana*. Fontanella. Barcelona, 1971
- VELA, María Belén. *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de psoriasis moderada a severa relacionado con polifarmacia, relación médico-paciente y sus creencias personales en el CEPI (Centro de la Piel) en una población de 18 a 60 años de abril a mayo del 2008*. Disertación de la facultad de Medicina. Quito, 2008.
- WOLPE, J. *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon Press. Inc. New York, 1973.

REVISTAS

Revista Occidente; ensayo Salud y Perfección del hombre, del libro Ocio y Trabajo; Madrid; 1960.

ORTIZ, Manuel. *Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista medica Chile. 2007

PAGINAS WEB

ABASCAL, Horacio. "El juramento Hipocrático". Internet
www.bvs.sld.cu/revistas/his/cua_87/cua1087.htm
Fecha de acceso: 12 de agosto 2009

FLUVIUM, "Código Internacional de Ética Médica" Internet
www.muertedigna.org/textos/euta22.html
Fecha de acceso 17 de septiembre 2009

HOSPITAL, Carlos Andrade Marín. Internet
www.hcam.iess.gov.ec/html/servicios_medicos.html
Fecha de acceso: 30 de octubre 2009

"Inventario de Depresión de Beck". Internet
www.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresion_de_Beck
Fecha de acceso: 6 de enero 2010

SAMBUCETTI, Andrea. "El test de la Ansiedad". Internet
www.infobae.com/salud/304430-100796-0-El-test-la-ansiedad
Fecha de acceso: 6 de enero 2010

Test de ansiedad de Hamilton. Internet. www.eutimia.com

Fecha de acceso: 16 de diciembre 2009

Test depresión de Beck. Internet. www.depresion.psicomag.com

Fecha de acceso: 16 diciembre 2009

www.sitiosargentina.com.ar/notas/2007/marzo/test-ansiedad.htm

Fecha de acceso: 6 de enero 2010

www.wikipedia.org/wiki/Enfermedad

Fecha de acceso: 23 de octubre 2009

www.wikipedia.org/wiki/bioética

Fecha de acceso: 14 de noviembre 2009