



Desarrollo organizacional y gestión humana para pacientes en fase terminal

Lilia María Barajas Ortiz,¹ José Ignacio Castro Guijarro²

A la memoria de Ricardo Juárez Macías

Resumen

Esta investigación es de campo y observación científica en años recientes. Su propósito es generar alternativas viables y pertinentes para caracterizar una gestión con alto contenido humanitario abocada tanto a personas en su última etapa de vida como a la interrelación con su familia. De los resultados y conclusiones emerge la necesidad de retomar y socializar una cultura tanatológica basada en la filosofía sobre la vida y la muerte; desde la visión médica está estrechamente vinculada a cuidados paliativos integrales, para la cual se precisa una entidad organizacional que diseñe y transfiera dicha cultura y servicios asistenciales en tópicos como: ayudar y consolar tanto al moribundo como a sus familiares; otorgar asistencia psicológica a la familia durante el duelo, sobre todo evitar el duelo patológico; diseñar y aplicar normas y protocolos adaptados a las necesidades de cada enfermo evitando su pérdida de autocontrol, efectos depresivos, indefensión o alejarlo del contacto humano; definir criterios apropiados para suministro de medicamentos y uso de equipo médico; que el enfermo y familiares ejerzan su derecho a conocer o no la verdad; ayudar y orientar a los familiares en las formalidades *post mortem*; no utilizar medidas terapéuticas para aplazar la muerte a expensas del sufrimiento del paciente; generar una nueva cultura sobre voluntad anticipada para quienes así lo deseen y por último como fundamental es actuar conforme la bioética.

En este contexto y como parte de la investigación en su vertiente cualitativa se elucidaron estrategias y líneas de acción factibles, acertadas y orientadas al desarrollo organizacional asociado a una gestión humana sustentada en la administración basada en resultados, filosofía de la calidad, en teorías del cambio, de la elección racional y de lo pertinente, entre otras. Ello desde una perspectiva humanista en cuidados paliativos y proporcionar calidad de muerte.

Palabras clave: Desarrollo organizacional, gestión humana, paciente en fase terminal.

¹ Gestora de Calidad y Educación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Río Grande, Zacatecas, México, Carretera Fresnillo/Torreón Km 57.3, Colonia del Norte, 98425. <lmb0558@hotmail.com>.

² Director de Planeación, Instituto de Capacitación para el Trabajo en el Estado de Zacatecas (ICATEZ), Zacatecas, México, Fuentes del Bosque s/n, Col. Fuentes del Bosque, 98060. <ignacio.kaxtro@gmail.com>.



Introducción

Desde época prehistórica, en nuestro país existe el tradicional culto a la muerte y, paradójicamente, no es común una cultura de calidad de muerte. Existe y se pugna por calidad de vida desde la perspectiva del desarrollo, de la economía, la sociología y la psicología; debemos propiciar lo equiparable para la defunción, en especial en personas que, debido a su deteriorada salud, se encuentran en etapa terminal de su existencia.

Pues bien, en la investigación de campo encontramos y corroboramos que gran cantidad de enfermos en fase terminal no tienen cuidados paliativos requeridos, que en múltiples ocasiones sus familiares no muestran asertividad al respecto. Aplicando el enfoque cuantitativo, hallamos que ambos actores del proceso de fallecimiento no reciben apoyo tanatológico y que en varios casos no es el deseable medicamente; también detectamos que, desafortunadamente, solo un dígito del porcentaje de enfermos desahuciados recibe cuidados especiales para una buena muerte. De ambos enfoques, cualitativo y cuantitativo, se deduce la necesidad de satisfacer aquellos requerimientos de una serie de servicios orientados a la atención integral.

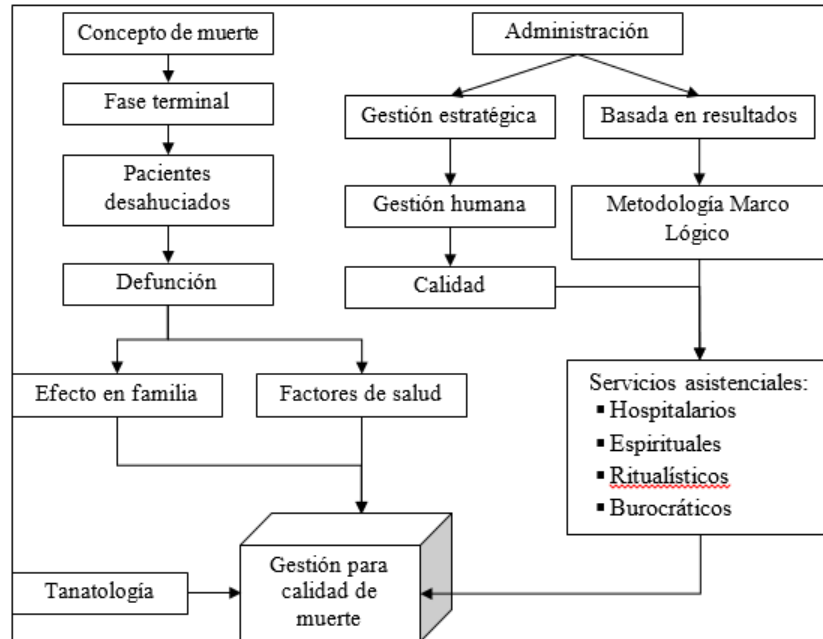
Agreguemos que un importante segmento de la sociedad elude pensar y actuar sobre el problema descrito y el de la muerte; no así en personas que tienen enfermedad incurable o cuya edad es mayor a 70 años quienes perciben la muerte como el fin de un ciclo de vida y lo consideran como natural e inevitable. Incluso hay quienes ya la desean y para ello se preparan espiritual, mental, familiar y socioeconómicamente.

Por ende, emerge el propósito de diseñar una gestión humana que contribuya en pacientes de fase terminal y apoye a sendas familias para sobrellevar el duelo *post mortem*. Concatenado a ello, resulta preciso elucidar un proceso de naturaleza organizacional en la sociedad y en centros de atención médica para propiciar una nueva cultura referente a cuidados paliativos de manera integral.

En este contexto, la presente investigación caracteriza un cúmulo de estrategias viables y pertinentes para proporcionar asistencia holística a pacientes por fallecer y a sus familiares, ello bajo una visión del desarrollo humano, de una gestión estratégica basada en resultados para el desarrollo organizacional de un ente abocado a este tópico poco considerado desde la perspectiva de la administración, psicología, tanatología y ciencias de la salud.

De igual manera, esta investigación trata de la atención de centro hospitalario integral para pacientes terminales donde el cuidado al final de la vida sea proporcionado por profesionales de la salud y voluntarios. Dicho centro se piensa para ofrecer apoyo médico, psicológico y espiritual; su objetivo es ayudar a los pacientes terminales a experimentar paz, consuelo y a morir con dignidad, como también paz y consuelo a sus familiares y personas cercanas. De lo anterior es preciso determinar conceptualmente la gestión humana para el buen morir, para ello se tiene el siguiente esquema.

Gráfica 1. Mapa conceptual sobre defunción de ser humano y tipos de gestión



Fuente: Elaboración propia.

Se tienen dos principales rutas o vertientes conceptuales: la muerte y la ciencia administrativa. Ambas confluyen en una visión de la calidad de muerte desde la construcción de proceso estratégico y basado en resultados para dicha calidad. En términos generales, esta es la ruta epistemológica de nuestro trabajo.

Revisión de Literatura

De Carlos Celedón (2012: 261) se transcribe el concepto de enfermo terminal como “aquel cuyo destino, dado su diagnóstico, evolución y falta de respuesta positiva al tratamiento, tiene con seguridad casi absoluta, la muerte”. La Organización Mundial de la Salud (1990: 13) argumenta que los cuidados paliativos “son aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal”. Argelia Lara-Solares (2006) refiere que “en el paciente en el cual no cabe la posibilidad de curación existen diferentes estadios que tienen significados diferentes en cuanto al auxilio que se puede prestársele: “a) Enfermedad incurable avanzada, b) Enfermedad terminal, c) Situación de agonía”. De acuerdo con Twycross G.R. y Lack S.A. (1990), “las necesidades del paciente en diferentes ámbitos a considerar son aspectos orgánicos (aspectos médicos), emocionales (aspectos psicológicos), familiares y laborales (sociales), existenciales (espirituales-metafísicos) y bienestar y calidad de vida”.

Por otro lado, de las ciencias de la administración se retoma el concepto de gestión, el cual refiere a una serie de actividades secuenciales o paralelas para lograr el propósito de la organización, cuando se



diseñan estrategias para obtener resultados entonces se habla de gestión estratégica. Para el tema que nos ocupa es la gestión con alto grado de humanismo en el cuidado y auxilio de pacientes por morir o gestión humana sobre la que hay abundante literatura, aquí solo se cita a Calderón Hernández et al. (2006: 241-242), quienes consideran los factores “a) concepto del ser humano; b) concepto del trabajo; c) características del momento histórico; d) relaciones laborales y e) teorías aplicadas a la gestión”. Así, el término gestión es utilizado para referirse al conjunto de acciones o diligencias que permiten la realización de cualquier actividad o deseo. Dicho de otra manera, una gestión se refiere a todos aquellos trámites que se realizan con la finalidad de resolver una situación o materializar un proyecto. En el entorno empresarial o comercial, la gestión está asociada con la administración de un negocio.

Materiales y Métodos

Los métodos aquí utilizados son dos: 1) FODA que aporta elementos para manejarse cuantitativamente y 2) Método de Matriz de Impactos Cruzados-Multiplicación Aplicada a una Clasificación (MIC-MAC).

La investigación de campo está basada en el diseño de cuatro categorías o ejes de cuestionamientos de interés: 1) Estado físico general de salud; 2) Ambiente familiar y social; 3) Estado emocional y 4) Capacidad de funcionamiento personal. Se aplicó en mayo y junio 2019 a una muestra de 81 pacientes por morir atendidos en hospitales de la zona metropolitana Zacatecas-Guadalupe de una población de 87, con confianza del 95% ($z = 1.96$), error del 3% y $Q = P = 50\%$. Los resultados sistematizados se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Cuestionario de entrevista por eje o categoría

Estado físico general de salud

1. Me falta energía.
2. Tengo nauseas.
3. Debido a mi estado físico tengo dificultades para atender las necesidades de mi familia.
4. Tengo dolor.
5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.
6. Me siento enfermo(a).
7. Tengo que pasar tiempo acostado(a).

Ambiente familiar y social

8. Me siento cercano(a) a mis amistades.
9. Recibo apoyo emocional de parte de mi familia.



10. Recibo apoyo por parte de mis amistades.
11. Mi familia ha aceptado mi enfermedad.
12. Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.
13. Me siento cercano(a) con mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo).

Estado emocional

14. Me siento triste.
15. Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad.
16. Estoy perdiendo la esperanza de la lucha contra mi enfermedad.
17. Me siento nervioso(a).
18. Me preocupa morir.
19. Me preocupa que mi enfermedad empeore.

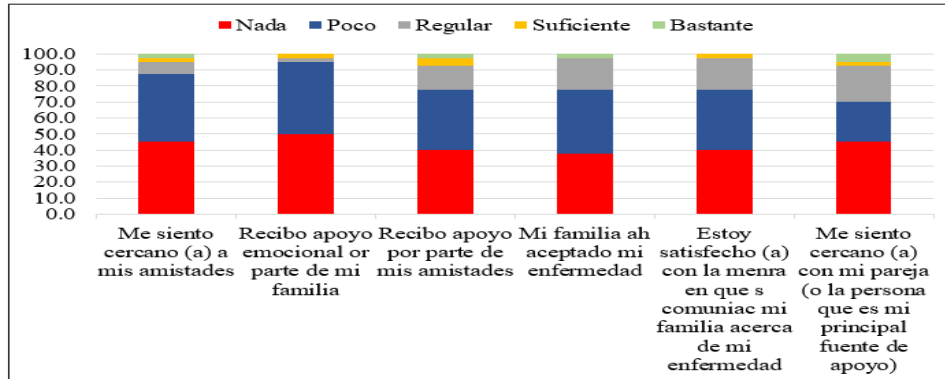
Capacidad de funcionamiento personal

20. Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar).
21. Mi trabajo me satisface (incluya trabajo en el hogar).
22. Puedo disfrutar de la vida.
23. He aceptado mi enfermedad.
24. Duermo bien.
25. Disfruto con mis pasatiempos de siempre.
26. Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.
27. Deseo apoyo integral para mi estado actual.
28. Si tuviera la oportunidad le gustaría interactuar con personas en situación parecida.
29. Desea acudir a un centro donde lo traten con calidad y personalmente a usted y su familia.
30. Dónde le gustaría morir.

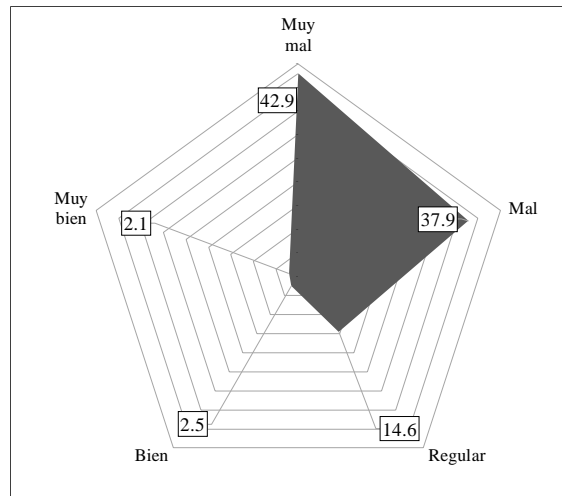
Fuente: Elaboración propia.

Las siguientes gráficas, todas de elaboración propia, muestran resultados estadísticos de categorías 2 y 3.

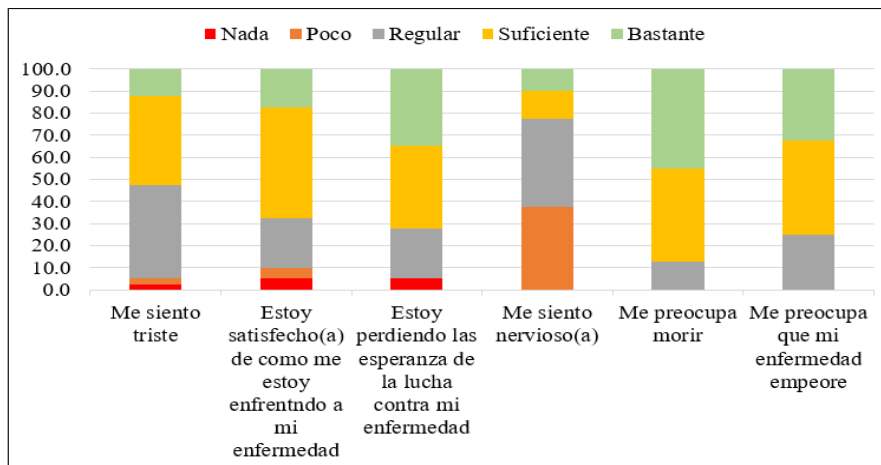
Gráfica 2. Ambiente familiar y social según mismos pacientes en fase terminal



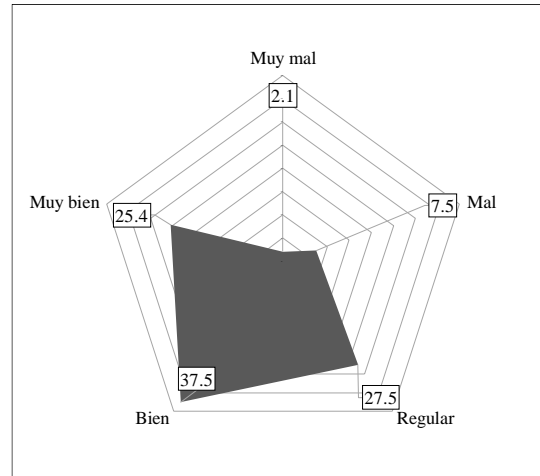
Gráfica 3. Promedio del ambiente familiar y social según mismos pacientes en fase terminal



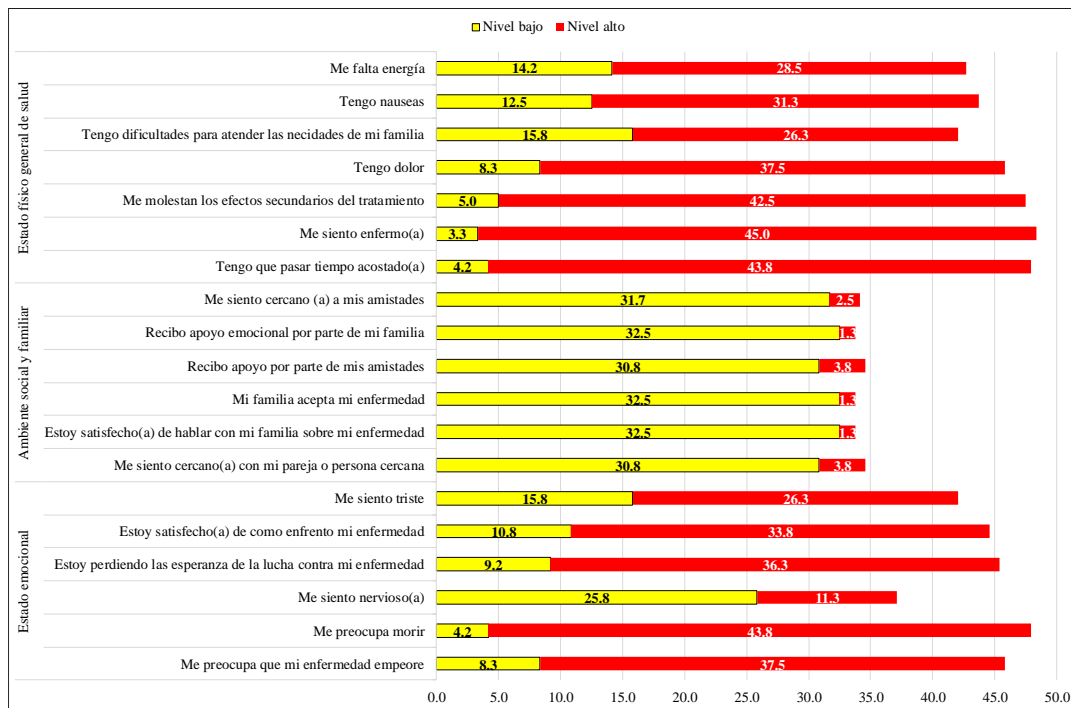
Gráfica 4. Estado emocional según mismos pacientes en fase terminal



Gráfica 5. Promedio del estado emocional según mismos pacientes en fase terminal

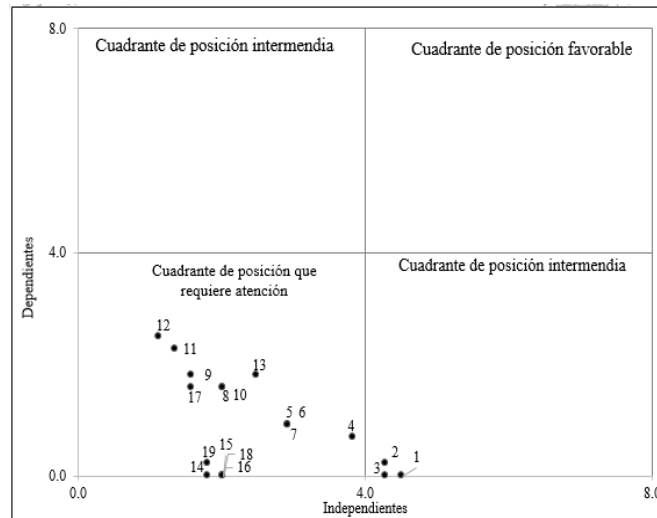


Gráfica 6. Promedio de respuestas favorables y desfavorables por pacientes en fase terminal



En cuanto al análisis FODA de tipo mixto (cualitativo y cuantitativo), tenemos que es resultante del listado anterior de tópicos favorables y desfavorables que se asigna un porcentaje en base a la frecuencia, seguido de la correlación de Pearson y estructurado en análisis de categorías principales y el Método de Matriz de Impactos Cruzados-Multiplicación Aplicada a una Clasificación (MIC-MAC), su representación es:

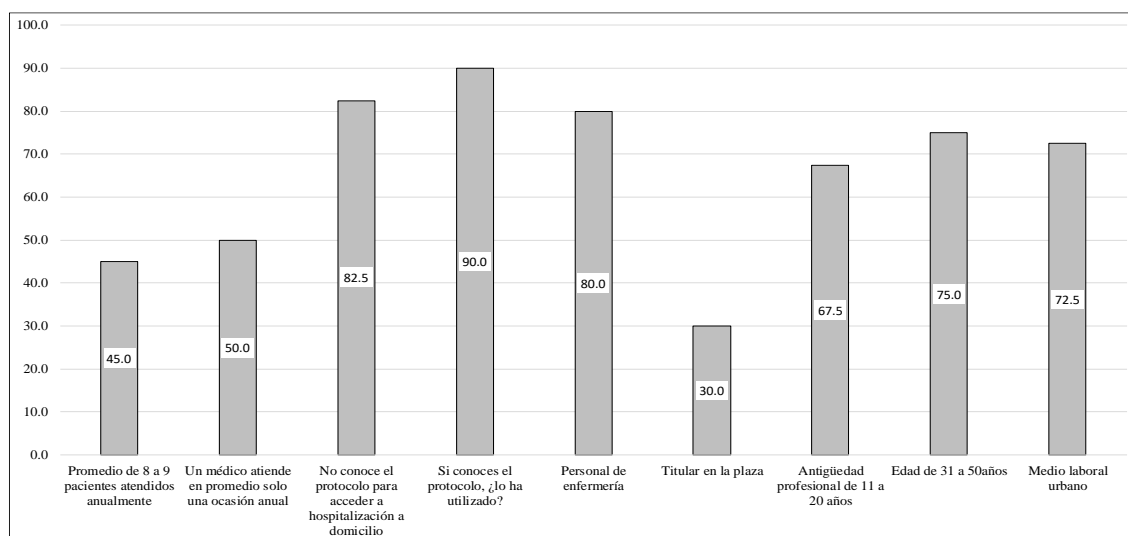
Gráfica 7. Diagrama MIC-MAC de factores desfavorables en base a porcentaje FODA mixto



De donde se comenta que en la suma de impacto que tienen los rubros de debilidades y amenazas hay mucho por hacer pues ningún factor derivado de la encuesta está en el cuadrante de porcentaje máximo o deseable por lo que se tiene una desventaja de magnitud importante.

En lo referente al personal de enfermería y médico de la zona metropolitana Zacatecas-Guadalupe que tiene relación profesional con pacientes en etapa terminal de la encuesta aplicada a dicho personal, se rescatan datos de mayor magnitud y muestran en la siguiente gráfica.

Gráfica 8. Características de profesionales de la salud que atienden a pacientes en fase terminal





De donde se percibe que es menester formar o en su caso capacitar a profesionales de la salud en este tipo de asistencia. En cuanto a las facilidades de servicios médicos del personal de asistencia en salud se tiene:

Cuadro 3. Pregunta valora las dificultades para acceder a siguientes recursos

Rubro	Nada	Poco	Regular	Suficiente	Bastante
Hospitalización a domicilio del hospital	0.0%	5.0%	2.5%	5.0%	87.5%
Oncología	0.0%	5.0%	17.5%	30.0%	47.5%
Radioterapia	0.0%	15.0%	10.0%	17.5%	57.5%
Unidad del dolor de hospital	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%	37.5%
Unidad de cuidados paliativos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de encuesta a médicos y enfermeras.

Resultados y Propuestas

De los resultados obtenidos en lo referente a situación que perciben los pacientes y el desempeño de personal a que los tiene a su cargo, se infiere la necesidad de una entidad organizacional que diseñe y transfiera dicha cultura y servicios asistenciales en tópicos como:

- Ayudar y consolar tanto al moribundo como sus familiares;
- Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades *post mortem*;
- Definir criterios apropiados para suministro de medicamentos y uso de equipo médico;
- Diseñar y aplicar normas y protocolos adaptados a las necesidades de cada enfermo evitando su pérdida de autocontrol, efectos depresivos, indefensión o alejarlo del contacto humano;
- Generar una nueva cultura sobre voluntad anticipada para quienes así lo deseen y fundamentalmente considerar la bioética.
- No utilizar medidas terapéuticas para aplazar la muerte a expensas del sufrimiento del paciente;
- Otorgar asistencia psicológica a la familia durante el duelo, sobre todo evitar el duelo patológico;
- Que el enfermo y familiares ejerzan su derecho a conocer o no la verdad;

En este contexto, la serie de propuestas para atención a pacientes en etapa terminal es un tema parcialmente abordado, entre las cuales está la de María de Lourdes Salomón Salazar et al. (2008), que orienta en gran



medida la visión sobre creación de una unidad de cuidados paliativos. Existen distintos modos de responder a las necesidades de atención de los enfermos terminales:

- 1) Encarnizamiento terapéutico: el tratamiento curativo persiste, aunque no haya posibilidades razonables de respuesta, sin responder a otro tipo de necesidades.
- 2) Abandono: se pronuncia la frase temible de “no hay nada más que podamos hacer”. Abandono al enfermo y su familia, en muchas ocasiones con egresos hospitalarios forzados, o disminución de la presencia y disponibilidad.
- 3) Modelo no integrado: después de “un intento curativo”, hay un “intento paliativo” circunscrito a las últimas semanas, sin contacto entre los diferentes equipos.
- 4) Modelo integral-integrado: las medidas paliativas se proveen gradualmente conforme aumentan las necesidades de atención, sin discontinuidad y, en fases avanzadas, pueden utilizarse tratamientos específicos razonables, con el propósito de mejorar la calidad de vida. El modelo integrado requiere buena interrelación entre los distintos equipos, un sistema integral de atención y un patrón de intervención flexible adaptado a las necesidades del enfermo, más que al pronóstico.

Conclusiones

Esta investigación pretende contribuir a elucidar sobre la importancia de lograr una calidad de muerte, sobre todo en nuestro entorno zacatecano. Con dicha calidad se tendrá una nueva cultura para comprender y actuar frente al proceso inevitable de todo ser humano: morir.

De los resultados obtenidos de la investigación de campo se infiere que es indispensable formar y capacitar sobre cuidados paliativos a profesionales de la salud que laboran en el sector público como privado.

Es necesaria la gestión humana en este campo de la salud a fin de generar propuestas de tipo estratégicas, sistémicas, viables y pertinentes para ayudar integralmente a pacientes por morir, a sus familiares antes y posterior al deceso. Pero debe ser de especial atención a aquellos pacientes que ante esta situación final de su existencia quedan desamparados o abandonados por sus familiares.

Es necesario un centro o unidad de cuidados paliativos en la zona metropolitana Zacatecas-Guadalupe, por la densidad poblacional, el cúmulo de servicios hospitalarios y médicos, por la accesibilidad de transporte para personas de municipios circunvecinos y resto del estado.

También, hay que propiciar este tipo de investigaciones para generar estrategias sobre la calidad de muerte.



Referencias

- Calderón Hernández, G. et al (2006). Gestión humana en las organizaciones. Un fenómeno complejo: evolución, retos, tendencias y perspectivas de investigación. *Cuadernos de Administración*, vol. 19, núm. 32, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia Recuperado el 24 de abril 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v19n32/v19n32a10.pdf>.
- Celedon, C. (2012). Sufrimiento y muerte en un paciente terminal. En *Revista Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Vol. 72, número 3. ISSSN 0718-4816. Recuperado el 17 de mayo 2019, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162012000300008>.
- Lara-Solares, A. (2006). Sedación en el paciente terminal. En *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 29, suplemento 1. Recuperado el 17 de mayo 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cmas061ac.pdf>.
- OMS. (1990). “Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer”. *Serie de informes técnicos 804*. Ginebra. 1990. Recuperado el 24 de abril de 2019, de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/svasca00/01.dir/svasca0001.pdf
- Salomon Salazar, M. L. (2008). Una propuesta para creación de unidades de cuidados paliativos en México, en *Medicina Interna de México*, Vol. 24, N° 3. Recuperado el 17 de abril de 2019, de OIM https://www.cmim.org/boletin/pdf2008/MedIntContenido03_08.pdf
- Twycross GR, Lack SA (1990). *Management in Advanced Cancer*. London Churchill Livingstone, 1990; 3-10. Recuperado el 27 de abril de 2019, de <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/art26-6.htm>