

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL **DE LA SALUD**

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona Provincia de San Rafael Año 54. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 2002 Número 263. Volumen XXXIV

CONSEJO DE REDACCIÓN

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE JOAQUÍN PLAZA CALIXTO PLUMED FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL FELIPE ALÁEZ M.ª CARMEN ALARCÓN MIGUEL A. ASENJO MANUEL CEBEIRO ESPERANZA CACHÓN **ÁNGEL CALVO** JESÚS CONDE **RUDESINDO DELGADO** JOAQUÍN ERRA FRANCISCO DE LLANOS PILAR MALLA JAVIER OBIS JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial Hermanos de San Juan de Dios Doctor Antoni Pujadas, 40 Teléfono 93 630 30 90 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

http://www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61 EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Editorial. ¿NECESIDADES ESPIRITUALES?	3
EL APOYO ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS	5
Javier Barbero	
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL	25
Comité de Ética Asistencial de «Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental», de Sant Boi de Llobregat (Barcelona)	
UNA EXPERIENCIA DE RELACIÓN DE AYUDA CON 100 FAMILIAS RURALES	46
Elisa Rodríguez Rodríguez	
«HAY MUCHÍSIMA VIDA EN TORNO AL MOMENTO DE LA MUERTE»	53
Una experiencia personal de una profesional de Enfermería Fina Varnet	
	57

Revista



Boletín de suscripción

Año 2002

BOR.			Suscripci	ón anual: cuatro	números
HOS			España .		Euros 30
PITTA			Extranjero		
LARÍÀ				íses zona euro sto países	
Apellidos				Nombre	
Calle			Número	Piso	Puerta
Código Postal					
Teléfono	Profes	sión		All the same	
FORMA DE PAGO					
indique con una X la forma de p	pago que le interese)				
☐ Por Giro Postal☐ Por Caja o Banco (r sin omitir ningún da				que nominativo ad de Labor Hospital	
Banco o Caja de Ahorros:					
Fitular de la cuenta:					
itulai de la cuerita.	IN THE MEDICAL	ALAL ASIO			
	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚN	MERO DE CUENTA
	Simple 1				
374 - 374					
Ruego a ustedes se sirvan to a mi nombre les sean preser					ni cuenta los recibos que
					de
100			_, a ue		Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:



Hermanos de San Juan de Dios Dr. Antoni Pujadas, 40 Tel. 93 630 30 90 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)

E-mail: curia@ohsjd.es E-mail: revistas@ohsjd.es

http://www.ohsjd.es

O.H.S.J.D. CURIA PROVINCIAL SANT BOI 5.E.37

¿Necesidades Espirituales?

Siempre que se habla de la asistencia integral nadie pone en duda las dimensiones somáticas, psicológicas y sociales de la persona que han de ser adecuadamente atendidas. Cada vez más se va incluyendo entre ellas la dimensión espiritual una vez que la propia OMS la incluyera en su ya famosa definición de la salud.

También es normal escuchar las necesidades respectivas generadas en cada una de estas dimensiones de la persona: necesidades físicas, necesidades psicológicas y necesidades sociales... Pero ¿y las necesidades espirituales?

Aquí ya se percibe habitualmente un silencio respetuoso cuando no una ligera enumeración generalmente circunscrita a las demandas rituales o de culto de las diversas confesiones religiosas. Y ello es, cuando menos, un claro indicador del desconocimiento de lo que en realidad es la dimensión espiritual de la persona.

Porque en primer lugar convendrá asumir que las necesidades espirituales no son exclusivas de los creyentes, sean de la confesión que sean. Todo ser humano posee una dimensión espiritual desde la que se ubica en la vida, dándole sentido o ausencia del mismo, plenitud o frustración, placer o dolor... Cierto es que un buen número de personas articulan esta dimensión desde una clave religiosa. Algunas desde una religiosidad natural, o creada por ellas mismas fundándose en un deísmo personalista. Otras, desde una confesionalidad de entre las muchas hoy existentes (cristianismo, islamismo, budismo, hinduismo, diversas sectas...).

Pero conviene afirmar que, sea desde una confesión religiosa u otra, o sin ninguna de ellas, la persona, toda persona tiene una dimensión espiritual que debe de ser atendida si realmente queremos ofrecer una auténtica asistencia integral al enfermo.

Hermanos de San Juan de Dios

Es verdad que nos resulta más difícil hacer un elenco de las necesidades espirituales de la persona. Nos faltan, de entrada, elementos que nos ayuden a objetivar las mismas. Y en este sentido no es infrecuente la mezcla con necesidades psicológicas; de hecho podríamos afirmar que es la dimensión más cercana a la que tratamos de analizar. Pero sería conveniente promover un diálogo entre pastoralistas y psicólogos para delimitar, en la medida de lo posible, ambos campos. No hacerlo nos lleva con suma frecuencia a observar a pastoralistas actuando como psicólogos y a éstos invadir el terreno del agente espiritual. Hay campo para todos si somos capaces de clarificar dónde están los límites, y por lo tanto el contenido, del mismo.

En el presente número de LABOR HOSPITALARIA incluimos algunos trabajos que creemos nos pueden ayudar en este objetivo. Nos referimos especialmente a los artículos de Javier Barbero «El Apoyo Espiritual en Cuidados Paliativos» y al «Modelo de Atención de la Necesidades Espirituales de los Usuarios afectos de Trastorno Psiquiátrico» de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental de Sant Boi de Llobregat.

jalá que nos ayuden en este camino difícil pero necesario de realizar en la búsqueda de una auténtica asistencia integral al hombre enfermo.

LH



AL SERVICIO DE LOS PAÍSES DESFAVORECIDOS

La ongd desarrolla su labor humanitaria con 6.000 camas en Centros Sanitarios y Sociales en África y América Latina.

CONTRIBUYE CON:

- Medicamentos
- Instrumental y aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica
- · Etc.

JUAN CIUDAD ONGD

Herreros de Tejada, 3 28016 MADRID Teléfono 913.874.483

Cta. Cte. 0049-6096-42-2510137261

El apoyo espiritual en cuidados paliativos

JAVIER BARBERO

Psicólogo del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) Área 7. IMSALUD



... vislumbrar un poco de luz en un campo en el que tantas oscuridades existen.

n la práctica todos afirmamos la existencia de necesidades espirituales en el enfermo y, con mayor énfasis, en el enfermo terminal. También es general el convencimiento de que dichas necesidades deben ser atendidas si pretendemos una asistencia integral.

I problema se plantea cuando nos preguntamos qué entendemos por necesidades espirituales del enfermo y cómo han de ser atendidas.

S in parámetros que nos ayuden a objetivar las mismas, fácilmente acabamos confundiéndolas con aspectos psicológicos que, indudablemente, se hallan estrechamente relacionados pero que no debieran confundirse. La mayor parte de las ocasiones circunscribimos las necesidades espirituales a las demandas

^{*} El presente artículo fue recogido, parcialmente, en la siguiente publicación: Barbero J. El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos. Die Trill M, López Imedio E (ed). Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades, 2000; 637-648.

de una atención religiosa concreta, con lo que negamos a los no creyentes una asistencia espiritual que debiera responder a las necesidades espirituales que son propias de todo hombre.

l artículo de Javier Barbero puede ayudarnos a vislumbrar un poco de luz en un campo en el que tantas oscuridades existen.

INTRODUCCIÓN

El tiempo de enfermedad se convierte en un momento propicio para el surgimiento de preguntas radicales en el ser humano. El tedioso tiempo que dura una hospitalización, el duro encuentro con la fragilidad, el inicio de unas pérdidas de difícil retorno, la sensación de impotencia por la falta de control sobre aspectos importantes de la propia vida y el sinsentido del sufrimiento con el que nos enfrentamos son premisas que facilitan la aparición de numerosos interrogantes. Por otra parte, la fase terminal está marcada por algunas de las experiencias que Karl Jaspers ubicaba en las llamadas por él situaciones límite, en lo que Julián Marías denomina el horizonte de las ultimidades, o Rudolf Otto el ámbito de lo numinoso (del misterio tremendo y fascinante).

Cuando surgen estas experiencias, nacen con ellas preguntas radicales: ¿Por qué a mí? ¿Qué sentido tiene la vida, ahora que me encuentro tan mal? ¿Para qué seguir peleando? ¿Qué pinta Dios en todo esto, por qué no hace nada para parar esta enfermedad? ¿Existe algo después de la muerte? ¿Qué va a ser de mí? ¿Es que el sufrimiento tiene algún sentido? ¿Uno puede encontrar sentido a su vida, aun estando sufriendo en medio de la enfermedad? ¿Cómo hacer para reconciliarme conmigo mismo, o con los demás, o con el Dios en el que uno pueda creer? ¿Qué me puede ayudar cuando me siento solo? ¿Por qué falla mi fe? Estas preguntas no tienen fácil respuesta. Pero sí que hay cierto consenso en afirmar que forman parte de la vida espiritual de la persona.

El ser humano comparte con el resto de los seres vivos, la dimensión biológica y, en éstos aparecen, con un alcance mayor o menor según los casos, ciertos aspectos de las dimensiones humanas psíquica y social, pero la dimensión *espiritual es propia y exclusiva del ser humano;* lo que le constituye específicamente como humano. ¿Por qué tenemos los profesionales —obviamente, seres humanos— tantas dificultades para manejarnos con lo

espiritual de otro ser humano que es el propio enfermo? De manera tentativa, podemos afirmar que, en líneas generales, tenemos problemas en manejarnos con lo *intangible*² y más cuando lo intangible tiene que ver con experiencia de sufrimiento, provocando en nosotros con mucha frecuencia una respuesta de evitación o de escape, utilizando mecanismos de defensa muy variados para huir de las preguntas radicales. Aunque sólo sea porque esas preguntas pueden suponer un cuestionamiento de nuestra competencia y un recordatorio de nuestros límites y de nuestra propia finitud.

Uno de estos mecanismos habituales se encuentra en la reducción de lo espiritual a lo religioso, con la *comodidad* que resulta de desviar sistemáticamente las cuestiones espirituales a los capellanes ³ o equipos de pastoral, con una dejación de responsabilidades muy problemática. *Desviar no es derivar*; porque en la derivación entra el concepto de valoración inicial y de intervención no especializada, cuando es precisa, algo que debería ser sistemático desde un enfoque interdisciplinar dentro de la dinámica de cuidados paliativos.

Con respecto al reduccionismo mencionado, simplemente decir que en la literatura especializada ya es clásica la diferenciación entre lo espiritual y lo religioso ⁴. Esto último forma parte de lo espiritual, pero no es el todo. Ahora entraremos en distintas aproximaciones acerca del hecho y la necesidad espirituales (y religiosos); sólo decir que con el apoyo espiritual la medicina y el resto de la atención sanitaria pueden recuperar su carácter de instancia *restauradora* de lo genuinamente humano ⁵, reconociendo a la espiritualidad, y dentro de ella a la religiosidad vivida en clave positiva, su tremendo potencial terapéutico.

CONCEPTO DE NECESIDAD, DE SATISFACTOR Y DE NECESIDAD ESPIRITUAL

I término necesidad es ambiguo y, sin embargo, es el que ha sido conservado por la literatura de cuidados paliativos y por los equipos. La expresión «necesidad de» se refiere clásicamente a un objeto cuya falta puede ser «llenada» por el objeto mismo, pero en realidad esta interpretación mantiene la confusión habitual entre necesidades y satisfactores.

- BARBERO, J. Afectado por el Sida. Claves ideológicas, contextuales y relacionales. CREFAT: Madrid, 1997
- FAULKNER, A., MAGUIRE, P., SPIRITUAL ISSUES. En: Faulkner, A., Maguire, P. Talking to Cancer Patients and Their Relatives. Oxford: Oxford University Press 1994; 127-137.
- LUNN, L. Spiritual Concerns in palliation. En: Saunders C, Sykes N. The Management of Terminal Malignant Disease. London: Edward Arnold 1984; 213-225.
- CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine.
 N Engl J Med 1982; 306: 639-645.

CONDE, J., REYES, M. La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores: hacia un planteamiento ponderado.
 En: Urraca S. Eutanasia Hoy. Un Debate Abierto. Madrid: Nóesis 1996; 443-460.

Veamos, por ejemplo, la clásica jerarquía de necesidades que ofrece Maslow y algunos de los satisfactores habituales:

Necesidades	Satisfactores		
De actualización de sí.	Creación de cauces que posibiliten la expresión de los propios valores		
De estima de sí.	Petición de consentimiento informado		
De amor y de pertenencia.	Visitas familiares		
De seguridad.	Autocontrol de la dosis de morfina		
Fisiológicas.	Oxigenación, nutrición, elimina- ción, termo-regulación, reposo		

Los profesionales corremos el riesgo de ofrecer satisfactores que para esa persona concreta, en ese momento concreto, no sirven para colmar la necesidad, pues aunque las necesidades humanas puedan ser más o menos universales, los satisfactores han de individualizarse y, más aún, cuando la situación límite de la terminalidad está presente.

Existen distintas elaboraciones de taxonomías de las necesidades humanas. Por ejemplo, cuando se trabajan escalas de desarrollo humano se diferencia entre necesidades según categorías existenciales (ser, hacer, tener, estar, transcender) y necesidades según categorías axiológicas (subsistencia, ocio, protección, creación, afecto, identidad, entendimiento, libertad y participación). Y a cada una de ellas le pueden corresponder distintos satisfactores, con unos atributos muy determinados (satisfactores destructores —la sedación impuesta sin consentimiento—; pseudosatisfactores, inhibidores, singulares, sinérgicos...). No es el momento de detenernos en estos asuntos; simplemente —y más en el terreno de lo intangible— resaltar la importancia de la revisión de la oportunidad de los satisfactores que ofrecemos.

La no satisfacción de las necesidades físicas en el hombre (necesidad de comer, beber, respirar, dormir), entraña de inmediato un sufrimiento, como amenaza vital y normalmente esta necesidad queda satisfecha por *objetos;* sin embargo, las necesidades psicológicas hacen referencia a unas *relaciones* interpersonales. La respuesta a estas necesidades *compromete* al sujeto cuidador. Aquí el «objeto» satisfactor no se consume en sí mismo, se convierte en sujeto y conserva su alteridad. La noción de necesidad, en este caso, es por tanto analógica.

¿Y en el caso de la dimensión espiritual del hombre, podemos hablar de necesidades? En efecto, si se pueden medir las necesidades fisiológicas en relación con una carencia precisa que debe ser colmada, si se pueden evocar necesidades psicológicas que precisan una relación de ayuda, ¿se puede hablar en términos de «necesidad» cuando se trata del cuestionamiento del hombre sobre sí

mismo? Quizás, por ahora, lo único que podemos afirmar es que la necesidad espiritual existe, pues su no satisfacción entraña sufrimiento. Y, también provisionalmente, podemos decir que puede haber una definición negativa de las necesidades espirituales, que no son ni estrictamente físicas, ni estrictamente psicológicas.

El cuerpo y la psique no dicen todo del hombre. Hay una tercera instancia, la espiritual, que no es sumativa, con las otras dos, sino que las atraviesa ⁶, es el «hilo rojo» que religa los elementos. Espiritual no se toma aquí en el sentido de religioso y básicamente concierne al cuestionamiento existencial del hombre. Este cuestionamiento y las respuestas que se den podrán expresarse en un vocabulario o a través de convicciones religiosas, pero no necesariamente. Lo que sí que es claro es que el sufrimiento, la enfermedad, la muerte son a menudo circunstancias en las que este cuestionamiento de la existencia humana aparece de forma explícita.

Veamos algunas aproximaciones al concepto de necesidad espiritual.

C. Jomain ⁷ define las necesidades espirituales en un sentido amplio: «necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje al final de su vida». Una definición probablemente descriptiva, pero poco integradora.

Los satisfactores han de individualizarse y, más aún, cuando la situación límite de la terminalidad está presente.

La Organización Mundial de la Salud ⁸ afirma que lo «espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que *transcienden los fenómenos sensoriales*. No es lo mismo que "religioso", aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el *significado y el propósito* y,

THIEFFRY, J. H. Necesidades espirituales del enfermo terminal. Trabajo de licenciatura. París, 1990. LABOR HOSPITALARIA, n.º 225-226 (1992) vol XXIV, pp. 222-226.

^{7.} JOMAIN, C. Morir en la ternura. Madrid: Paulinas, 1987.

^{8.} WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804. Geneva, WHO, 1990.



Acompañar desde la esperanza, no es fácil.

para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de *perdón*, *reconciliación y afirmación de los valores*». Es una definición amplia, pero que ya integra algunas de las necesidades que posteriormente veremos.

El concepto de necesidad espiritual ha sido desarrollado por Cecily Saunders bajo la expresión, ya clásica en cuidados paliativos, de dolor espiritual9: «... pero lo espiritual con seguridad abarca mucho más que eso. Es todo el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida. Recuerdos de defecciones y cargas de culpabilidad pueden perfectamente considerarse fuera del contexto religioso y ser difícilmente alcanzables por los servicios, sacramentos, símbolos que tanto sosiego aportan al "grupo religioso". El darse cuenta de que probablemente la vida acabará pronto bien puede despertar una apetencia de poner en primer lugar lo que es prioritario y de alcanzar lo que se considera como verdadero y valioso, y provocar el sentimiento de que se es incapaz o indigno de hacerlo. Puede haber un amargo rencor por lo injusto de lo que está sucediendo y por lo mucho de lo sucedido en el pasado. y sobre todo un sentimiento desolador de vacío. En eso consiste, creo yo, la esencia del dolor espiritual.» Expresa el negativo de la foto de la espiritualidad.

MW Hay ¹⁰ nos ofrece lo que él llama una definición operativa (working definition) de espiritualidad, que luego utilizará para definir lo que él entiende por necesidades espirituales: «la capacidad de *transcender* las realidades de funcionamiento de uno (física, sensorial, racional

y filosófica), a fin de *amar* y *ser amado* dentro de la *propia comunidad*, para dar *significado* a la existencia y manejarse con las exigencias de la vida». Integra, pensamos que adecuadamente, la relevancia comunitaria de la vivencia espiritual, al igual que la dimensión afectiva.

Para Faulkner y Maguire¹¹, el significado literal de «espiritual» es (1) «esencia» y (2) «chief quality» (cualidad cumbre), lo que sugiere, dicen ellos, que espiritualidad tiene mucho más que ver con las creencias de los individuos acerca de ellos mismos, la «esencia» de sí mismos y las cualidades de la persona, que con las creencias religiosas, aunque éstas puedan estar incorporadas en la visión particular del individuo de sí mismo como persona. Estos autores afirman que muchas personas podrían argumentar que ellas no se paran a analizar la «esencia» de ellas mismas; pero incluso aquellos que parecen más inconscientes de sus entresijos y creencias reaccionan de manera contundente si sienten que están siendo descritos de un modo que no concuerda con la visión que tienen ellos mismos como personas.

P. W. Speck¹², en el Manual de Oxford de Cuidados Paliativos, describe la espiritualidad desde tres dimensiones: la capacidad de *transcender lo material*; la dimensión que tiene que ver con los *fines y valores últimos*; el *significado* existencial que cualquier ser humano busca.

Todas estas definiciones tienen muchos puntos en común, manteniendo diferencias que en la mayoría de los casos son acentos. En el siguiente apartado intentaremos desglosar lo que, a nuestro juicio, son las necesidades espirituales más relevantes en el enfermo terminal.

SAUNDERS, C. Spiritual Pain. Journal of Palliative Care 1988;
 3.

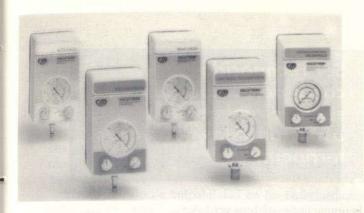
HAY, M. W. Principles in building spiritual assessment tools.
 American Journal of Hospice Care. 1989, Sept-Oct; 25-31.

^{11.} FAULKNER, A., MAGUIRE, P. Spiritual Issues. o. c.

SPECK, P. W. Spiritual issues in palliative care. En: Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press 1993.

VACUTRON

Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- · Vacuómetro codificado por colores.
- · Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

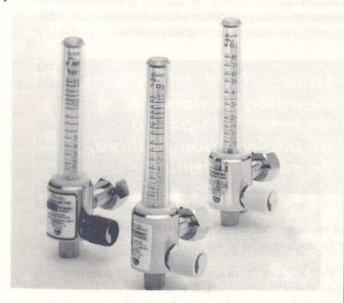
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- · Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

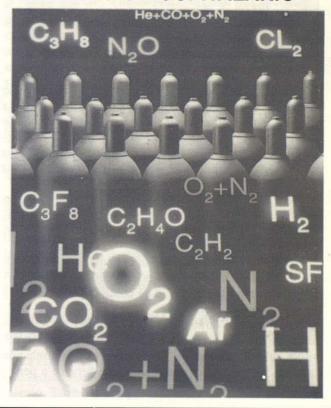
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- · Alta precisión.
- · Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- · Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO





División Médica Hospitalaria Calle Aragón, 300 08009 Barcelona Tel. (93) 290 26 00 Fax (93) 290 26 03

LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

La necesidad de ser reconocido como persona

La prueba de la enfermedad y todo lo que conlleva amenaza al sujeto en su identidad de maneras diferentes. La enfermedad aparece como una intrusa que ha invadido su cuerpo y su conciencia sin su consentimiento. El cuerpo, antes dócil, rehusa obedecer, pues imponen su ley la fiebre, la fatiga, el dolor... El cuerpo se «desolidariza» poniendo en riesgo la unidad de la persona. La enfermedad pone a prueba la integridad del yo, que no se reconoce ya en el espejo y busca en la mirada del otro la seguridad de ser reconocido.

Por otra parte, la despersonalización de las estructuras y procesos sanitarios te llevan a un tremendo anonimato. El paciente se siente reducido o identificado con su enfermedad. Se produce, además, una privación de sus anteriores roles sociales, de sus responsabilidades, se le aparta de decisiones que le conciernen, fomentando la sensación de aislamiento e inutilidad.

La enfermedad pone a prueba la integridad del yo.

Nuestra identidad procede igualmente de los otros, de la representación que ellos se hacen de nosotros. De esta manera, la necesidad de ser reconocido como persona se expresa en la necesidad de *ser nombrado*, de ser designado más esencialmente que por el lugar de su tumor o su número de habitación: «¿curar, para qué, si ya no existo?»...

De aquí surge también la necesidad de ser mirado con estima y sin condiciones, lo que en terminología de cuidados paliativos definiríamos como *garantía de soporte*, como contrato de no abandono.

Ser reconocido como persona es también sentirte realmente asociado a las decisiones terapéuticas, porque participando tengo la impresión de controlar la situación y de ser considerado con valía.

Aquí aparece también la necesidad del paciente de amar, de darse, de tener la iniciativa de una relación positiva, no sólo de recibir. En este sentido, una relación humana terapéutica es una relación de persona a persona, no un «cuerpo a cuerpo».

La necesidad de releer su vida

Se da una exploración de la memoria, un mirar el pasado como un recorrido. La enfermedad grave provoca Ser reconocido como persona es también sentirte realmente asociado a las decisiones terapéuticas.

la urgencia de palabras verdaderas. Como una necesidad vital de que esa palabra sea recogida, escuchada. Necesidad de formular el caos, recoger su historia, con sus líneas de tensión y sus fracturas. El paciente tiene necesidad de hablar de su vida pasada, de lo positivo realizado y surge el deseo de ser reconocido en lo mejor de sí mismo. Se observa en el curso de esta relectura una búsqueda de lo que tiene peso, de lo que es más fuerte que la muerte. Se organiza una nueva jerarquía de valores, porque la persona necesita vivir desde los valores, eliminando las disonancias graves con la conducta.

Evidentemente, existe también el riesgo de morir sin haber dicho sí a la propia vida, cuando el balance es negativo. La enfermedad y la proximidad de la muerte casi siempre suponen una ruptura biográfica que, debidamente integrada, con una relectura positiva de su vida, puede llevar al enfermo a firmar el epitafio nerudiano «confieso que he vivido». Se trata de la necesidad de un balance positivo y significativo, de cerrar el ciclo vitalbiográfico de manera armoniosa y serena.

La necesidad del paciente de amar, de darse, de tener la iniciativa de una relación positiva, no sólo de recibir.

La necesidad de encontrar sentido a la existencia y su devenir

Para J. Pillot ¹³ esta aproximación de la muerte se presenta como la *última crisis existencial del hombre*. La pregunta por el sentido es una búsqueda a veces dolorosa que conducirá a algunos enfermos a un proceso difícil pero creativo lleno de renuncias y de nuevos compromisos, como una especie de «último alumbramiento de ellos mismos». Algunos lo definen como una especie de «renacer» y Maslow lo describiría, desde el proyecto personal, como necesidad de autorrealización.

13. PILLOT, J. Les aspects psychologiques de la souffrance chez les malades en fin de vie. En: Schaerer R. Soins palliatifs en cancérologie et a la phase terminale. Paris: Doin 1987; 178.

La necesidad de liberarse de la culpabilidad. Necesidad de perdonarse

En ocasiones, la vida pasada del enfermo genera muchas culpabilidades, con empecinamientos patológicos de autocondena. Nosotros, evidentemente, no debemos exagerar esos sentimientos, pero tampoco trivializarlos. Son los suyos.

El sentimiento de culpabilidad en las enfermedades graves puede provenir de dos fuentes. La primera, en relación con el deseo de encontrar una explicación al mal. La segunda, en relación a lo que Saunders enuncia como dolor espiritual. Se busca una explicación y algunos la encuentran viviendo la enfermedad como un castigo de Dios o de la vida, en general.

Si hay castigo, es que hay falta, aunque no esté identificada. Esta actitud lleva secundariamente a lo que Kübler-Ross denomina «pacto». Como si nuestra manera de vivir a partir de ahora pudiera influir sobre el momento y las condiciones de nuestra propia muerte.

El segundo aspecto de la culpabilidad proviene de la percepción de infidelidad a las opciones fundamentales tomadas anteriormente. La adhesión a una nueva jerarquía de valores o la vuelta a las opciones fundamentales previas puede hacer tomar conciencia de la distancia entre lo que realmente se ha vivido y lo que en teoría se ha querido vivir.

La satisfacción de esta necesidad está muy vinculada a la del siguiente enunciado.

La necesidad de reconciliación. Necesidad de sentirse perdonado

Todos hemos tenido alguna vez la sensación de haber hecho daño a alguien. Uno siente que ha hecho mal y ha hecho mal a otro. Son conductas relacionales. Sólo pudiendo reconciliarse, se puede decir adiós.

Esta necesidad se expresa también en lo que algunos pacientes llaman «poner en orden sus asuntos». Necesitan una confianza que no puede venir más que de los otros. Necesitan sentir ese perdón, bien sea explícita o implícitamente.

A esas alturas de la enfermedad, nosotros no podremos curarla, pero sí podremos cooperar en sanar la relación profunda consigo mismo, con los otros y/o con Dios.

La necesidad de depositar su vida en algo más allá de sí mismo

Se trata de transcender los límites de la pura supervivencia, de ir más allá de sí mismo a la búsqueda de su realización en tanto que ser humano y ser social (transcendencia ética) o a la búsqueda de un fundamento y sentido externo —religioso, religado— de la propia vida (transcendencia religiosa).

Sólo pudiendo reconciliarse, se puede decir adiós.

Graf Durkheim distingue cuatro lugares privilegiados de apertura a lo transcendente: la naturaleza, el arte, el encuentro y el culto (religión). En el fondo se trata de la necesidad de alargar la vida individual a las dimensiones de la humanidad entera (transcendencia horizontal) o de la divinidad (transcendencia vertical). Obviamente, no tienen por qué ser excluyentes.

La necesidad de una continuidad

La necesidad de sentido no es sólo una mirada hacia atrás, sino también una mirada hacia adelante. La continuidad que puede venir desde una obra comenzada, desde la persecución de la justicia en una asociación, desde los descendientes... La sensación de que alguien/algo toma el relevo de algo importante...

También se puede manifestar en las creencias acerca de la reencarnación o de la resurrección cristiana.

Una breve reflexión acerca de la nueva relación con la temporalidad que conlleva la crisis de la enfermedad grave. En ocasiones será el tiempo ocultado por la negación de la gravedad, es decir, la ausencia de tiempo en la ausencia de relaciones verdaderas. Pero lo más frecuente será que el paciente intensifique su relación con el pasado, el presente y el futuro.

En relación al pasado, ya lo hemos dicho, la necesidad de releer, de reapropiarse de una manera reconciliada con su propia vida.

En relación al futuro el tiempo limitado puede ser vivido como una frustración, pero también puede estar abierto a lo transcendente.

En relación al presente, la proximidad del fin provoca a menudo la confrontación a considerar una nueva jerarquía de valores. Esta proximidad, paradójicamente, puede volver a dar peso, sabor y sentido al instante presente. Puede llevar al deseo de relaciones verdaderas aquí y ahora. Como dice Pillot, «saber vivir el día a día es un aprendizaje doloroso pero fecundo».

La necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas

La esperanza suele nacer de las experiencias positivas que se hacen en la vida, aunque sea en medio del sufrimiento. También la esperanza en el más allá nace de las experiencias positivas del más acá teñidas de solidaridad, de acercamiento, de afecto. No se trata de promover una simple proyección en el futuro de un ideal frustrado en el presente, sino de la experiencia de que el futuro consolidará las experiencias presentes gratificantes.

Kübler-Ross afirma que «la única cosa que persiste durante las distintas fases es la esperanza, como deseo de que todo tenga un sentido y que se objetiva a veces en esperanzas muy concretas: que todo sea un sueño, que se descubra una medicina nueva para su enfermedad, que no se muera en medio de dolores atroces o abandonado en la soledad e indiferencia».

Nadie somos la esperanza, pero toda persona puede ser el eco de la esperanza; al igual que nadie somos la salud, pero toda persona puede ser realmente agente de salud. Sin embargo, acompañar desde la esperanza, no es nada fácil. A. Perakyla afirma que la actividad dialógica que se identifica como «hope work14» (trabajar la esperanza), tiene tres variantes:

- En el «hope work» curativo, el paciente es definido como «yendo mejor» (getting better).
- En el «hope work» paliativo, se define como «sintiéndose mejor» (feeling better).
- Y en el trabajo para redimensionar la esperanza, el paciente se define como «recuperación, restablecimiento del pasado». Llama la atención cómo la esperanza tiene no sólo dimensión de futuro, sino también de recuperación del pasado.

La esperanza suele nacer de las experiencias positivas que se hacen en la vida, aunque sea en medio del sufrimiento.

En bella expresión de Pilar Barreto, se puede trabajar la esperanza en una temporalidad de presente desde el concepto de ensanchar la esperanza, en el que puedes marcarte objetivos operativos muy próximos que satisfagan lo que el paciente en ese momento pueda vivir como auténtica calidad de vida.

Los conflictos se presentan cuando las diferentes partes intervinientes emplean tipos distintos de «hope work» con el mismo paciente o cuando ese trabajo no se adecua a su situación clínica y existencial.

La necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosos

Me referiré aquí únicamente, al punto de vista cristiano de la dimensión religiosa de las necesidades espirituales.

- Para muchos creyentes, la fe se pone a prueba en la enfermedad grave, por el sufrimiento y la aproximación de
- 14. PERAKYLA, A. Hope Work in the Care of Seriously Ill Patients. Qualitative Health Research 1991; 1:4; 407-433.

la muerte. Se revuelve todo tu ser. Se puede expresar en blasfemia contra un Dios que ha estado presente como todopoderoso y que no hace nada para su curación y el fin de su sufrimiento. «¿Por qué son ineficaces mis oraciones? ¿Por qué Dios no interviene?» La apertura a una fe más profunda no se suele hacer sin una cierta travesía por esta crisis.

- La demanda de la visita del sacerdote puede ser la expresión de una apertura a la transcendencia, de un deseo de relación con Cristo. Los visitadores laicos contribuyen a mantener al paciente en una relación sujeto a sujeto, creyente a creyente, la oración común viene a retomar el corazón de su cuestionamiento y de sus esperanzas.
- El enfermo puede encontrar en la lectura de los salmos la formulación de su grito y de su confianza. Puede encontrar en su adhesión al mensaje evangélico la expresión cristiana de su nueva jerarquía de valores.
- La petición del sacramento de los enfermos, —la Unción—, es a menudo ambigua. Frecuentemente parte de la familia, que solicita la administración de la mal llamada «extrema-unción» en el momento en el que la proximidad de la desaparición de alguien próximo necesita el signo de una continuidad, de una transcendencia. Cuando el enfermo ya está inconsciente, esa «extrema unción» es más bien signo y apoyo para los familiares que para el enfermo mismo.
- El sacramento de los enfermos expresa para muchos el deseo de estar reconciliados, en el corazón de su historia amenazada, por Aquél que perciben como fuente y origen de su identidad. En fin, este sacramento es también la expresión simple de la fe en la acción concreta de Dios, principalmente en unas circunstancias donde la medicina alcanza sus límites.

En continuidad con la relectura de toda su vida, algunos pacientes expresan el deseo de vivir una «confesión general». Otros solicitan, además de los pasos interpersonales de reconciliación, la seguridad sacramental de un perdón. Esta expresión de perdón viene a confirmar que ellos pueden intentar vivir según una nueva jerarquía de valores. Otros, además, encontrarán en la comunión sacramental del Cuerpo de Cristo, la expresión de su apertura a la transcendencia y la seguridad de permanecer como miembro de una comunidad creyente.

La fe en la resurrección será para otros tantos la expresión de la esperanza.

En definitiva, para el creyente se trata de vivir las necesidades espirituales desde una dimensión religiosa, de mantener la coherencia fe-vida, de cultivar la relación personal con Dios y de expresar externamente, de forma individual y/o comunitaria, la fe por medio de ritos y celebraciones.

Algunas últimas reflexiones

No existen fronteras diáfanas entre el contenido de las diferentes necesidades enunciadas. Pero podríamos decir que hay una cierta organización entre ellas. La necesidad de releer la vida está condicionada por la búsqueda de sentido; el sentimiento de culpabilidad se articula en la relectura y en el deseo de reconciliación; la necesidad de colocar la vida en un más allá de sí mismo es distinta, pero dependiente del sentido encontrado y de la apertura a la transcendencia, etc.

En definitiva, se trata de establecer algunos indicadores, aunque no sean muy precisos, que nos ayuden a acompañar esos caminos siempre singulares, repletos de avances, retrocesos y ambivalencias.

LA EXPERIENCIA DEL SUFRIMIENTO: **BALANCE NEGATIVO ENTRE** AMENAZAS Y RECURSOS

emos descrito previamente las distintas necesidades Lespirituales, pero no quisiéramos dejar de expresar unas palabras acerca de una realidad -el sufrimiento-, aunque sólo sea porque la no intervención ante esas necesidades no satisfechas puede producir o mantener una situación de enorme sufrimiento.

El hombre es un ser social, un ser-en-relación, un ser que en la relación se comunica voluntaria o involuntariamente. Por otra parte, la mayor parte de la patología psíquica y la patología espiritual —que suelen conllevar un enorme sufrimiento— es relacional, es decir, tiene que ver con la experiencia de pérdidas, de duelos mal resueltos, de abandonos en tu núcleo de pertenencia, de culpa, etc., etc., algo tan común en lo que rodea a la enfermedad en la fase terminal.

Hay necesidades que sólo pueden ser satisfechas por otro ser humano. La necesidad de afecto, de respeto, de reconciliación, de estima, p.e., nunca podrá ser satisfecha por una máquina, por un sistema, por un concepto, sino -simple y llanamente - por seres vivos ¡fundamentalmente personas! y esto no puede ser ajeno a nosotros. En fin, la relación —personal, profesional, social—, la alteridad de los sujetos pueden ser tanto fuente de sufrimiento como de satisfacción de necesidades tan importantes como las expresadas. En nuestra intervención, también desde la relación, podremos aliviar sufrimiento, pero si no actuamos adecuadamente, también podemos generar el denominado «sufrimiento espiritual».

Afirmar que el sufrimiento forma parte de la condición humana es una obviedad. Como lo es también afirmar que se incrementa, normalmente, cuando aparece la experiencia de la enfermedad. Para muchos, si es connatural al ser humano no tiene demasiado sentido gastar energías en afrontarlo, vamos a sufrir de todos modos. Y además, suelen añadir, ¿cómo intervenir ante algo que aunque sea real es tan difuso, enigmático15, complejo?

15. GALVE, M. Claves psicológicas para una vivencia del sufrimiento en la enfermedad. LABOR HOSPITALARIA 1995; 235: 67-75. De hecho, nos cuesta hasta encontrar palabras para describirlo... Escribió Wirginia Wolff que «cualquier muchacha, cuando se enamora, cuenta con Shakespeare o con Keats para buscar palabras; pero basta que alguien que sufre trate de describir a su médico lo que siente, que las palabras y el lenguaje se le agotarán súbitamente...».

El sufrimiento, ciertamente, es una experiencia compleja subjetiva, cognitiva, afectiva y negativa que se caracteriza —como afirman algunos autores 16—, por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontar dicha amenaza. Resumiendo, podemos afirmar que una persona sufre cuando 17.

- Acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia personal y/u orgánica.
- Cuando, al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacer frente a esta amenaza.

En definitiva, la experiencia de sufrimiento tendrá mayor o menor intensidad y frecuencia, en función de cómo quede el balance entre amenaza y percepción de amenaza y la capacidad de afrontarla.

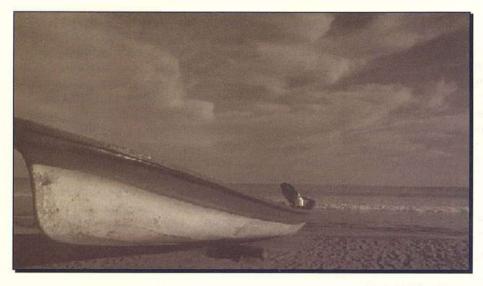
Como primera aproximación, parece muy importante averiguar qué síntomas, situaciones, preguntas concretas —también espirituales— percibe la persona como una amenaza importante para su integridad. Como segunda, resaltar la importancia de explorar y conocer cuáles son los recursos de los que dispone la persona y su entorno para hacer frente a esa amenaza.

En la medida en que aceptemos esta visión —mucho más operativa— del sufrimiento humano podremos ir acercándonos en nuestra intervención a la consecución de objetivos específicos intermedios que, en último término, permitan un aumento del bienestar o —lo que es lo mismo— una disminución del sufrimiento. He aquí algunos de ellos, ciñéndonos al ámbito espiritual:

- Localizar aquellos síntomas, situaciones, cuestionamientos —espirituales, en nuestro caso— que son percibidos por la persona como una amenaza importante, estableciendo su grado de priorización amenazadora desde el punto de vista de la persona. P.ej., percibir la propia vida como un fracaso.
- Compensar, eliminar o atenuar, en la medida de nuestras posibilidades, dichos síntomas o situaciones. Es lo que, en cuidados paliativos, llamamos «control de síntomas» si bien referido en especial a aquellos síntomas que preocupan a cada paciente concreto. Si no es posible conseguirlo, y en todo caso, paralelamente, será necesario tra-

16. CHAPMAN, C. R., GAVRIN. J. Suffering and its Relationship to Pain. Journal of Palliative Care 1993; 9:2; 5-13.

17. BAYÉS. R., ARRANZ, P., BARBERO, J., BARRETO, P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Medicina Paliativa 1996; 3, 3: 114-121.



Nuestra sola presencia de compañeros de viaje de las personas en situación terminal, puede estar cuajada de sentido.

tar de suavizar la amenaza que representan para la persona. Una estrategia, siguiendo con el ejemplo anterior, podría ser, si es el caso, promover una restructuración cognitiva más equilibrada sobre la propia vida.

- Detectar y potenciar los propios recursos de la persona e incrementarlos, si es posible, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. En todo caso, paralelamente, será necesario aumentar, hasta donde sea posible, su percepción de control sobre la situación. Se trata de creer en sus recursos y de ayudarles a detectarlos y potenciarlos. Lógicamente, esta estrategia poco a poco nos irá haciendo a nosotros mismos menos necesarios. «Disminuir, para que otros crezcan», como dicen algunos. Una magnífica concreción de la asunción ideológica de la enorme fortaleza que puede surgir de la ética de la fragilidad.
- Evidentemente, la experiencia de sufrimiento, tal y como la hemos conceptualizado, será distinta si el estado de ánimo de la persona presenta características ansiosas, depresivas u hostiles. En este ámbito, también podremos intervenir, no olvidando la dimensión preventiva. De este modo, se podrá plantear la posibilidad de facilitar a la persona estimulación positiva y reforzante susceptible de incrementar su bienestar. En otras palabras, siempre que sea posible, no se trata sólo de eliminar o paliar el sufrimiento, sino también de ayudarles a aumentar su gama de satisfactores. Este planteamiento a veces no se entiende adecuadamente por profesionales o voluntarios muy implicados en el acompañamiento a personas en fase terminal, sobre todo cuando los satisfactores tienen que ver con una manera de vivir o entender la vida que no es acorde con el sistema moral del que acompaña. Como si se estuviera dispuesto a derrochar muchas energías e incluso a que esto tenga costes emocionales importantes, para aliviar o eliminar problemas, pero no se admite y facilita que la persona pueda desarrollar conductas que realmente le satisfagan como puede ser, en ámbitos no creyentes, la petición de confesión.

Con la consecución de los anteriores objetivos, que tal como hemos señalado, consideramos en relación con el

objetivo final de bienestar, como objetivos intermedios, conseguiremos facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y así disminuir la vulnerabilidad de la per-

Hasta aquí la reflexión técnica, que pretende una visión más operativa del sufrimiento; pero el planteamiento quedaría corto sin una ulterior reflexión ética, precisamente porque el sufrimiento suele conllevar muy habitualmente una dimensión espiritual a la que, entendemos, tenemos la obligación moral de responder.

No creo que hoy nadie pueda afirmar, de una manera medianamente razonable, que el sufrimiento en sí mismo tenga sentido, aunque forme parte consustancial de la realidad humana. Y si no, preguntémosle a las personas que actualmente estén sufriendo. De todos modos, conviene matizar que aunque el sufrimiento no tenga sentido, sí que hay personas que encuentran sentido en medio del sufrimiento, en presencia de la fase terminal de la enfermedad. La experiencia análoga de personas como Victor Frankl¹⁸ en el campo de exterminio de Auswitch que, potenciando sus recursos cognitivos, espirituales, etc., redimensionaban la experiencia de sufrimiento, así lo demuestran. Eso sí, se encuentra el sentido no «gracias a», sino, en todo caso, «a pesar de» o «en ocasión de» el propio sufrimiento. Y ese sentido, normalmente, suele consistir más en acciones que en afirmaciones. Desde esta perspectiva, nuestra sola presencia de compañeros de viaje de las personas en situación terminal, hasta puede estar cuajada de sentido.

El sufrimiento, por tanto, no es algo bueno, pero genera en nosotros una responsabilidad moral 19. ¿Dónde? En nuestra forma de prevenirlo, de vivirlo, de afrontarlo

^{18.} FRANKL, V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1986.

^{19.} BARBERO, J. Aspectos ético-sociales del sufrimiento. Mesa redonda del I Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica 1997; 91-95.

y de utilizarlo. Pero como todas las otras variables de nuestra vida. Podemos utilizar nuestro propio sufrimiento o el sufrimiento de los otros para humanizar o para deshumanizar la vida. Es nuestra tarea y nuestra responsabilidad. Así nos lo han enseñado muchas personas que, empujadas por distintas motivaciones, han asumido libre y voluntariamente —fuera de todo planteamiento masoquista— dejarse tocar por el sufrimiento ajeno para compartir el camino de los que viven situaciones más precarias. Y lo aceptan como mal menor, persuadidos de que su lucha tiene sentido.

La responsabilidad de atenuar el sufrimiento es personal y colectiva, pues el sufrimiento provocado por variables sociales, por ejemplo, que incide en la vida espiritual de la persona, tiene mucho de estructural y de comunitario, atentando también contra el principio ético de justicia. Es más fácil encontrar sentido si cooperamos, siguiendo con el ejemplo, en «matar la muerte evitable», eliminar la «muerte social» que tanto sufrimiento espiritual es capaz de crear, lleno de soledad no querida y de aislamiento. Cuando estamos en medio del sufrimiento, somos corresponsables no sólo en eliminar sus causas, sino también en la actitud frente a él. Y, en último término, no será tanto un problema que requiera explicación, cuanto un misterio que demanda presencia.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES/RECURSOS ESPIRITUALES

Lo intangible no es fácil de evaluar. Pero es posible. Obviamente, presenta múltiples problemas metodológicos y no es objeto de este trabajo valorar la metodología utilizada por los distintos autores revisados, sino más bien ofrecer distintas pistas que se han presentado para operativizar mejor el trabajo de valoración con el consiguiente objetivo de la intervención.

■ Higgingson y McCarthy elaboraron el «Support team assessment schedule (STAS)²⁰, con 9 variables fijas y 5 opcionales a evaluar, todas ellas con una escala numérica de 0 a 4. La puntuación final de todos los aspectos indica el nivel de problemas y se administra con frecuencia semanal hasta el fallecimiento del paciente. También mantiene distintos niveles de respuesta:

RS: respuesta sintomática; responde a tratamiento específico.

RE: respuesta espontánea.

NP: síntoma no paliable; no intervención posible.

20. HIGGINGSON, I., MCCARTHY. Support Team Assessment Schedule (STAS).

FI: fallo en la intervención; no respuesta a tratamiento específico.

La variable espiritual forma parte de las opcionales y presenta los siguientes contenidos:

- En paz con la visión de uno mismo y el mundo, sin sentimientos de culpa o castigo, referentes a la enfermedad. No problemas religiosos o agnóstico.
- Ocasionalmente, dudas y expectativas no realistas. El paciente puede resolver por sí mismo sus sentimientos/problemas.
- Incertidumbre, a veces preocupación. Dudas. El paciente no puede resolver por sí mismo sus sentimientos/problemas.
- Incertidumbre y culpabilidad. P.e.: preocupaciones, conflictos o problemas trascendentales.
- Sufrimiento por incertidumbre o culpabilidad sobre las propias creencias. No sabe cómo remediar la situación. Crisis espiritual, incapacidad para afrontar. Sintomático (físico/emocional).

Tiene la ventaja de ser sencillo, integrado en un programa de evaluación, con perspectiva longitudinal y con una cierta medición de intensidad. Tiene la dificultad de ser un tanto «sintomático» y poco globalizador.

- Faulkner y Maguire²¹ afirman que en la búsqueda de sentido tenemos dos indicadores clásicos: *la culpa y la rabia*, aunque también atienden otra variedad de respuestas, como puede ser el sentimiento de que el control esté llevado por otros, es decir, una cierta indefensión interna. Para la evaluación sostienen la importancia de no juzgar sentimientos ni valores y la necesidad de dar la oportunidad de expresar las preocupaciones acerca de sí mismos, de sus responsabilidades, y a veces, del más profundo significado de la vida. El objetivo estaría en reinstalar sus creencias en sí mismos como personas. Esto incluye la restauración del control y un trabajo, cuanto sea posible, hacia la aceptación de que la situación no ha sido autoinflingida.
- Holland et al²². han elaborado una «encuesta breve de creencias espirituales para uso en investigación de calidad de vida en la enfermedad que amenaza la vida». Esta encuesta de 15 ítems, autoadministrada, fue diseñada midiendo dos factores: las creencias y prácticas religiosas y espirituales y el apoyo social derivado de la comunidad que comparte esas creencias. En la tabla I aparece una traducción al castellano, no validada, del contenido de la encuesta. Las respuestas, que miden frecuencia o acuerdo, se evalúan de 0 a 3.

21. FAULKNER, A., MAGUIRE, P. Spiritual Issues. o. c.

22. HOLLAND, J. C., KASH, K. M., PASSIK, S., GRONERT, M. K., A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. Psycho-Oncology 1998; 7: 460-469.

TABLA I

ENCUESTA DE SISTEMAS DE CREENCIAS (SBI-15R) SYSTEMS OF BELIEF INVENTORY (SBI-15R)

- 1. La religión es importante en mi vida diaria.
- 2. La oración o la meditación me han ayudado a afrontar la situación en los momentos de enfermedad grave.
- 3. Me gusta asistir a las celebraciones religiosas que tienen mi grupo religioso o espiritual.
- 4. Siento como cierto que Dios existe de alguna for-
- 5. Cuando necesito sugerencias de cómo manejar los problemas, yo sé que puedo contar con alguien en mi comunidad religiosa o espiritual.
- 6. Yo creo que Dios no me dará una carga que no pueda soportar.
- 7. Me gusta juntarme o hablar a menudo con gente que comparte mis creencias religiosas o espirituales.
- 8. Durante los momentos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido.
- 9. Cuando me siento solo, me apoyo en gente que comparte mis creencias espirituales o religiosas.
- 10. He experimentado un sentido de la esperanza como resultado de mis creencias religiosas o espirituales.
- 11. He experimentado paz de espíritu a través de mis oraciones o mi meditación.
- 12. La vida o la muerte de uno siguen el plan de
- 13. Acudo a gente de mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda.
- 14. Creo que Dios me protege del mal.
- 15. Rezo pidiendo ayuda en los malos tiempos.

Holland et al. 1998.

■ Speck²³ trabaja las necesidades espirituales asociadas a la temporalidad. El ser humano es un proceso que cuenta con experiencia pasada, con presente y con expectativas de futuro. Para él cada secuencia temporal presenta unos indicadores que pueden ser útiles para describir la situación espiritual del enfermo terminal. Desde el pasado habría que evaluar los sentimientos de culpa y de vergüenza y la estructura de confianza; desde el presente, enumera como indicadores de búsqueda es-

23. SPECK, P. W. Spiritual issues in palliative care. O. c.

piritual las expresiones de cólera, la presencia de sufrimiento y diversos contenidos de salud espiritual; con respecto al futuro valora la importancia de la esperanza. la vivencia del misterio de la muerte y las posibles respuestas religiosas. Plantea un método intuitivo, muy poco sistematizado y, a nuestro juicio, con poca fundamentación.

- El trabajo de Milton W. Hay²⁴, ya clásico, plantea explícitamente cuestiones metodológicas. Inicialmente comenta cinco principios básicos de cara a crear un instrumento de evaluación espiritual:
 - Asumir que las categorías espirituales deberían incluir sistemas de creencia religiosos y no religiosos, lo que presenta las siguientes ventajas:
 - a) Los puntos a evaluar son aplicables tanto a personas religiosas como a no religiosas.
 - b) Los evaluadores no tienen por qué ser necesariamente religiosos.
 - c) Se reduce la probabilidad de que los evaluadores impongan creencias inadvertidamente sobre el paciente y la familia.
 - d) El equipo interdisciplinar puede evaluar con más tranquilidad.
 - El lenguaje del instrumento de evaluación. Existe una gran tendencia en hablar de las necesidades espirituales en términos psicológicos, pero no tiene por qué ser así necesariamente. Se trataría de pensar las categorías de evaluación espiritual en una especie de tercer lenguaje que respete la integridad de la psicología y de la religión, tanto como las filosofías no religiosas.
 - Puede ser que las necesidades espirituales se presenten como evaluables sólo después de haber traspasado un cierto umbral en las evaluaciones psicosociales; la dimensión espiritual será más fácilmente evaluable cuando observemos que el sufrimiento agudo del paciente ya no puede ser contenido por más tiempo, de manera adecuada, por las categorías física y psicosocial.

El lenguaje y las categorías de evaluación serán necesariamente más simbólicas y metafóricas que la evaluación sanitaria de médicos y enfermeros; no obstante, todas las disciplinas deberían ser sensibles a la interrelación existente entre los factores de evaluación específicos a cada disciplina.

 El reconocimiento de que los diferentes sistemas de la realidad humana -físico, psicológico, social y espiritual- cuentan con recursos válidos para sanar cuando la enfermedad está identificada. Al igual, por ejemplo, que la medicación puede potenciar la capacidad del cuerpo para protegerse a sí mismo, algunas actividades espirituales y religiosas -como la confesión, dice el autorpueden favorecer la capacidad interna espiritual para promover o restaurar una relación de amor. Los cuidado-

24. HAY, M. W. Principles in building spiritual assessment tools. O. c.

res tanto físicos, psicosociales como espirituales, siguen contando con la capacidad de los sistemas para interactuar entre ellos y para corregirse a sí mismos.

- Tener en cuenta cómo ocurre el desarrollo espiritual en la experiencia humana:
 - a) La vida espiritual aparece en el contexto de los grupos/comunidades a los que uno pertenece.
 - Tiene que ver con la potenciación de los recursos internos para afrontar los desafíos de la vida, incluido el morir.
 - Su objetivo es dotar de sentido la realidad de cada uno.

Por tanto, para Hay el objetivo de las preocupaciones espirituales tiene que ver con la comunidad, los recursos internos y el mundo de las significaciones. Sugiere que estas tres categorías son universales en toda espiritualidad, religiosa o no religiosa, y pueden servir para la estructura del «tercer lenguaje» de la espiritualidad.

De cada una de estas tres categorías puede surgir el diagnóstico espiritual en torno a cuatro problemas:

- Sufrimiento espiritual (angustia interpersonal y/o intrapsíquica de origen no especificado).
- Déficit en recursos internos (capacidad espiritual disminuida).
- Sistema de creencias problematizado.
- Necesidades religiosas.

En cada una de estas categorías diagnósticas el problema es diagnosticado y definido, se ofrecen criterios de evaluación, pautas de intervención y se describen los logros esperados. En la tabla II aparece, a modo de ejemplo, el sistema de análisis del problema «sufrimiento espiritual».

TABLA II

CATEGORÍA DE DIAGNÓSTICO ESPIRITUAL «SUFRIMIENTO ESPIRITUAL»

Problema:	Sufrimiento espiritual.
Definición:	Inter-personal y/o intrapsíquica angustia de origen inespecífico.

Características definitorias

- 1. Dolor.
- 2. Insomnio.
- 3. No cumplimiento del plan de cuidados.

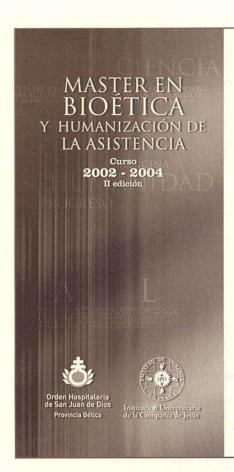
- Compromiso reducido o desaparecido en los sistemas de apoyo disponibles.
- Bajo nivel de conciencia de los factores de autodesarrollo.
- 6. Abandono/Aislamiento.
- 7. Conflicto.
- 8. Ansiedad, miedo, desconfianza.
- 9. Rabia.
- 10. Depresión.
- 11. Culpa.
- 12. No perdón.
- 13. Baja autovalía.
- 14. Baja calidad de vida.
- 15. Desesperanza (hopelessness).
- 16. Duelo (grief).
- 17. Falta de sentido del humor.
- 15. Rezo pidiendo ayuda en los malos tiempos.

Evaluación

- 1. Consciencia de factores en el desarrollo personal.
- Naturaleza y causas de sistema de apoyo espiritual roto.
- 3. Relaciones entre el comportamiento interpersonal y el sistema de creencias.
- Sufrimiento debido a las circunstancias inmediatas o a preocupaciones de larga duración de culpa y/o conflicto.
- 5. Historia religiosa como causa, p.e., de conflicto comunitario, la relación con el líder espiritual.
- 6. Explorar cuestiones de culpa, queja, remordimientos y perdón en el contexto personal.

Objetivos/logros esperados

- 1. Conciencia creciente de factores en el desarrollo personal.
- 2. Síntomas reducidos de angustia intrapsíquica, p.e. ansiedad, culpa, etc.
- 3. Mayor consistencia entre sistema de creencias y comportamiento interpersonal.
- 4. Mayor involucración en el/los sistema(s) de soporte disponible(s).
- Relaciones significativas con otras personas significativas.



MÁSTER EN BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

La formación proporciona a los alumnos los conocimientos, criterios y actitudes necesarias para desarrollar funciones de asesoramiento bioético en Comités de Ética Asistencial, Comités Éticos de Investigación Clínica o Comités de Calidad y Humanización de la Asistencia.

Información:

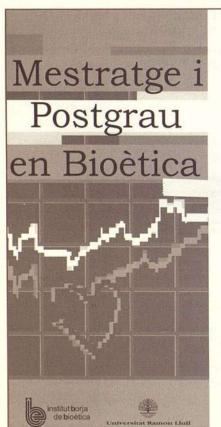
Hermanos de San Juan de Dios (Provincia Bética)

Calle San Juan de Dios, 1

41005 SEVILLA
Teléfono 954.933.870
Fax 954.933.871
e.mail
jmgalan@curia.betica.sanjuandedios-oh.es

Sede de las sesiones docentes:

Aula de Formación de la Curia Provincial de los Hermanos de San Juan de Dios Calle San Juan de Dios, 1 41005 SEVILLA



MÁSTER Y POSGRADO EN BIOÉTICA

Dirigido a licenciados en medicina, filosofía, gestión hospitalaria, juristas, profesores o investigadores interesados en las áreas de ciencias de la salud, profesionales de enfermería de trabajo social y otros titulados que deseen una especialización profesional y la correspondiente obtención del Posgrado Universitario acreditativo.

Las clases se imparten en la sede del Instituto Borja de Bioética en Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Información

Secretaría del Institut Borja de Bioètica Santa Rosa, 39-57, 3.º 08950 ESPLUGUES DE LLOBREGAT (Barcelona) Teléfono 93.600.61.06 Fax 93.600.61.10 e.mail bioética@ibb.hsjdbcn.org Secretaría de la Facultad de Filosofía de la URL Diputació, 231 08007 BARCELONA Teléfono 93.454.16.00 Fax 93.451.52.12

Intervenciones

- Modos de apoyo para fortalecer y revivir conexiones y compromiso del sistema de apoyo pasado.
- 2. Promover la reflexión en factores antecedentes de autodesarrollo.
- Promover la reflexión sobre la relación del sistema de creencias con el comportamiento interpersonal.
- 4. Evaluar en mirar más caminos satisfactorios de relacionarse con los individuos y sus comunidades.
- 5. Consultar con los líderes comunitarios.
- 6. Consultar con el liderazgo comunitario espiritual.
- Derivar a profesionales de counselling adecuados.
- 8. Derivar al capellán del hospice.

EL APOYO ESPIRITUAL

Algunos autores prefieren la expresión apoyo espiritual a la de acompañamiento espiritual, considerando esta última más pasiva y a distancia. Creemos que en nuestro medio son válidas ambas expresiones. La cuestión central estará en describir y fomentar las claves para expresar ese apoyo. Sin ánimo de agotarlas, comentaremos algunas de ellas:

La relación con el cuerpo desde los cuidados

Un cuidado dado, sin palabra intercambiada, corre el riesgo de ser percibido por quien lo recibe (o más bien lo sufre), como una negación de su propia condición de persona, como una reducción al estado de objeto. Sin embargo, este cuidado se convierte en *signo* de la atención al otro cuando lo acompaña una palabra: palabra de explicación, de deseo, palabra que nombra. Ciertamente, hay maneras de examinar a un paciente, de prodigar un cuidado que no son más que la «ejecución» de una acción, convirtiéndose entonces —entiéndase la expresión— en modos de «ejecutar» al paciente, en modos de disolverle en una relación objetual, impersonal, incapaz, por sí misma, de aportar sentido.

La relación dialógica, desde la escucha activa

Se trata de crear espacios no amenazantes en los que poder expresar angustia, miedos, esperanzas, dudas... La escucha no evitará todo el sufrimiento, pero abre un pasaje humanizado y reconoce la identidad del que sufre.

La relación con el pasado y el presente, desde la reconciliación

El ser humano suele tener heridas abiertas fruto de su historia inacabada. Muy frecuentemente la negativa a comunicarse, la fijación en un acontecimiento pasado, el sentimiento de culpabilidad... son signos de sufrimiento relacionados con un deseo de reconciliación que no se ha podido expresar. Se trata de identificar la necesidad/deseo de reconciliación y facilitar ciertos caminos: desde favorecer el reencuentro con algún familiar, hasta escuchar la historia de vida que el propio paciente tiene dificultad en mirar con una cierta benevolencia, pasando—según el caso— por la posibilidad de evocar en los creyentes el sacramento de la reconciliación. Reconciliado con la vida, paradójicamente, tendrá menos miedo a perderla.

La relación con los roles familiares y sociales, desde el reconocimiento

La persona no tiene por qué quedar desposeída necesariamente de muchas de sus funciones, a partir de la enfermedad. Sigue siendo un ciudadano que podrá votar en las elecciones, un padre que podrá participar en las decisiones familiares más relevantes, un propietario de bienes que podrá realizar un testamento... Se trata de reconocerle, en suma, que el aumento de su fragilidad y la pérdida de autonomía funcional, no le privan de su autonomía moral para decidir sobre su propia vida.

La relación con sus recursos espirituales desde la exploración y potenciación de los mismos

La apertura del ser humano a «todo lo Otro» puede significar un movimiento de trascendencia a través del arte, la naturaleza, la solidaridad o la relación con Dios. Apoyar esta apertura nos llevará a veces a leer un poema o un pasaje bíblico significativo para el paciente, facilitarle la escucha de tal música, posibilitarle el desplazamiento al lugar de culto, acompañarle en la expresión de la oración, etc.

¿A QUIÉN CORRESPONDE LA TAREA DEL APOYO ESPIRITUAL?

S i estamos de acuerdo en que la persona enferma desea ser reconocida en su globalidad, en su individualidad (in-división), el error estaría en reservar exclusivamente el apoyo espiritual a ciertos profesionales de la relación interpersonal. Como algún autor ha manifestado, «el hombre enfermo soporta mal una dicotomía entre su cuerpo objeto de cuidados de un equipo médico, su El psicólogo no es propietario de las emociones del paciente, ni la enfermera de su boca seca, ni el trabajador social de su familia, ni el médico de cualquier tipo de síntomas, ni el acompañante espiritual de las preocupaciones últimas del paciente.

personalidad confiada al psicólogo y, finalmente, su ser espiritual que se entregaría, in extremis, al capellán del hospital...» Obviamente, no se trata de hacer todos de todo, no se trata de caer en la omnipotencia de algunos profesionales que, despreciando el trabajo ajeno, consideran que su trabajo es el fundamental y lo demás son aportes accidentales, no esenciales para la asistencia, que si se dan, se aceptan, pero si no están, tampoco se ven como necesarios.

Se trata de reflexionar desde el terreno común: una persona única, indivisa, en su globalidad y una filosofía asistencial, la de los cuidados paliativos, que entiende como instrumento clave de su intervención el trabajo en equipo y en dinámica interdisciplinar. Es, por tanto, una cuestión antropológica —la concepción de la persona que hay detrás- y una cuestión de niveles de intervención. El psicólogo no es propietario de las emociones del paciente, ni la enfermera de su boca seca, ni el trabajador social de su familia, ni el médico de cualquier tipo de síntomas, ni el acompañante espiritual de las preocupaciones últimas del paciente. Un equipo de cuidados paliativos ha de tener una formación básica y común en cualquiera de estos ámbitos que le permita:

- Tener una sensibilidad formada para detectar que existe
- Intervenir, al menos a un nivel muy básico, cuando la necesidad pertenece a un ámbito diferente al de nuestra disciplina y esa necesidad se expresa con un nivel bajo de intensidad, frecuencia y/o complejidad.
- Derivar al profesional más especializado cuando la intensidad, frecuencia y/o complejidad de las necesidades sean altas.

Además de la coherencia con una visión del hombre global y con la metodología que se pretenden dar los cuidados paliativos a sí mismos, existe un tercer argumento

que nos invita a todos los profesionales a estar atentos a las necesidades espirituales. La dimensión espiritual cruza transversalmente la experiencia del paciente en todos los otros ámbitos: físico, social, emocional. Cuando un médico plantea la mala noticia de una recidiva como una condena y se olvida de expresar la posibilidad de movilizar los recursos disponibles, cuando un trabajador social complaciente refuerza la conspiración del silencio de la familia para no entrar en conflicto, privando al paciente de la posibilidad de decir adiós, cuando un psicólogo escapa ante el contenido de una crisis de ansiedad que se formula en un «¿por qué a mí?», estamos huyendo de la dimensión espiritual del ser humano que sufre.

Ciertamente, las dificultades con las que contamos son muchas: no existe en los equipos la costumbre de abordar de manera sistemática estas cuestiones; en nuestro medio se ha confundido habitualmente la espiritualidad con la religión, generando un vacío asistencial ante la persona con necesidades espirituales no religiosas; apenas contamos con «expertos» en apoyo espiritual, si exceptuamos algún equipo de pastoral con formación sólida en este terreno... Estas dificultades pueden ser un factor de desilusión, pero también un acicate para la formación en primer nivel en el apoyo espiritual a los componentes de los equipos y para la formación especializada para aquellas personas que quieran desarrollarse profesionalmente en el ámbito del apoyo espiritual.

El consejero espiritual: funciones y perfil

Siguiendo la nomenclatura del «counselling», podríamos denominar al especialista en apoyo espiritual como «consejero espiritual», (spiritual counselor); no es ésta una denominación que nos acabe de gustar, por las connotaciones que en castellano tienen las palabras consejo y consejero, pero no encontramos otra más afortunada. Por otra parte, permite a este especialista identificarse con una serie de estrategias comunicativas propias del «counselling» que, al menos, garantizan desde el punto de vista comunicativo unas actitudes y unas habilidades necesarias para el apoyo espiritual.

Con respecto a los contenidos, el siguiente desarrollo nos puede sugerir algunas de las funciones a desarrollar por ese «consejero espiritual», con tareas similares a las de un intérprete²⁵, en estos cuatro ámbitos:

• El consejero espiritual es un intérprete para el hombre cuando habla consigo mismo. Le puede ayudar a traducir sus propias preguntas y emociones, a ponerles nombre, a dialogar consigo mismo en el a veces oscuro mundo del diálogo intrapsíquico y espiritual. Le puede ayudar a conectar con las preguntas más radicales, a afrontar sin huir con la sensación -si existe - de desconsuelo o abando-

25. BARBERO, J. Necesidades espirituales: a la búsqueda del sentido... En: Sanchís C, Coene D. Vivir y convivir con VIH/SIDA. Manual de Autocuidados. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat de Valencia, 1996; 269-272.

no, a crear un clima propicio para expresar la rabia y la tristeza, etc., etc.

• El consejero espiritual puede servir también de intérprete en el diálogo que mantiene el hombre con su tradición espiritual. Puede ayudar a establecer o restablecer los vínculos con dicha tradición. Será un profesional que conoce el itinerario espiritual, la narrativa histórica de la cultura propia y esta historia podrá en determinadas ocasiones arrojar nueva luz sobre la situación en la que se encuentra la persona enferma. En los momentos difíciles, el consejero espiritual puede consolar y animar con palabras, oraciones, silencios, narraciones, o algún rito o ceremonia que han consolado y animado a numerosas personas a lo largo de los siglos. Será una persona que conoce las fuentes que alimentan la vida espiritual del hombre y a veces podrá ponerlas a su alcance.

El consejero espiritual puede servir de intérprete, mejor de puente, entre el paciente y su propio entorno familiar.

- Por otra parte, el consejero espiritual puede ser un intérprete en el diálogo que mantiene el ser humano enfermo con el mundo sanitario. El lenguaje médico suele ser técnico, no guarda relación con el lenguaje que habita en el corazón del hombre. Los hechos médicos deben traducirse al arte de vivir y de vivir con sentido. Surgen problemas éticos —o bioéticos— acerca de la toma de decisiones que afectan profundamente a la vida del paciente: ¿Qué significa aceptar la propuesta de sedación? ¿Con este tratamiento tendré que permanecer mucho tiempo hospitalizado, lejos de mi gente o no?... ¿Se me va a permitir decir que no? Las preguntas médico-técnicas pueden afectar a la realidad más profunda del ser humano.
- Finalmente, el consejero espiritual puede servir de intérprete, mejor de puente, entre el paciente y su propio entorno familiar. La familia y los amigos tienen sus propias preguntas y recurren a su propia ideología y/o espiritualidad para buscar una respuesta. El consejero espiritual, que está familiarizado con los numerosos planteamientos que se presentan en esa lucha, puede ayudar a veces a comprender mejor a los demás y a entender las diferentes respuestas que se dan a las preguntas que evoca la enfermedad.

Nos podemos preguntar en estos momentos, quiénes son los interlocutores más apropiados para el apoyo espiritual. En nuestro país este apoyo ha sido habitualmente ofrecido por los capellanes católicos, que suelen dirigir lo que se suele denominar el «servicio pastoral» o «servicio religioso». Suelen tener cobertura, al menos en los grandes hospitales, las 24 horas del día. Hay de todo. Muchos de ellos tienen una buena formación humanística, una buena preparación en «relación de ayuda» y/o counselling y una buena disposición para acompañar los procesos espirituales de los pacientes. Desafortunadamente aún quedan algunos que o bien reducen la asistencia espiritual a asistencia religiosa o bien reducen ésta al «consumo» sacramental, que no a la vida sacramental. También conviene reseñar que, independientemente de la figura formal del consejero espiritual, será el propio enfermo el que elija la persona, dentro del equipo, con la que más sintonice para tratar estas inquietudes.

No es fácil establecer un perfil del consejero espiritual, aunque sí podemos destacar, al menos, algunas de sus características:

- Una persona que ha cultivado su vida espiritual, tanto desde el conocimiento, como desde la experiencia vivida.
- Tolerante con la diversidad, percibiéndola como una riqueza y no como una amenaza.
- Buen conocedor de la tradición espiritual de su cultura, tanto desde el punto de vista religioso como desde el filosófico-ideológico.
- Con capacidad para no huir y afrontar la angustia existencial y el desierto espiritual que en ocasiones inunda la situación de enfermedad.
- Con capacidad para establecer una alianza terapéutica con el paciente que pueda motivar la reunión de lo disperso, la reconciliación de lo dividido y la liberación de lo alienado.
- Dispuesto a trabajar en equipo, conociendo el lenguaje y metodología de los cuidados paliativos y participando como uno más en la dinámica asistencial (reuniones. proyectos...).
- Testigo de la impotencia cuando a la pregunta que no tiene respuesta se le ofrece, al menos, una presencia significativa.
- Con energía para convivir la espiritualidad del «equilibrio tenso²⁶», sabiendo conjugar los tiempos de la vida, armonizando necesidades y deseos, implicándose desde la empatía pero sin perder perspectiva.
- Dispuesto a formarse a fondo en estrategias de relación de ayuda - counselling.
- Una persona sencilla capaz de desvelar la pequeñez de las cosas grandes y la grandeza de las cosas pequeñas, en un momento como el de la enfermedad terminal en el que se puede recuperar lo esencial.
- Testigo de comunión, pues la salud espiritual remite siempre a la experiencia de comunidad.
- Testigo de la esperanza, desde una dimensión trascendente de la vida.
- Capaz de celebrar la vida en medio de tanto sufrimiento y muerte.

26. ÁLVAREZ, F. Espiritualidad del agente de pastoral de la salud. Conferencia no publicada. 1999.

CONCLUSIÓN: EL PARADIGMA **DEL SANADOR HERIDO** COMO MODELO DE INTERVENCIÓN

n estas páginas, desde el marco de la intervención psicosocial y del apoyo espiritual ante los problemas de salud (biológica y biográfica) que acompañan a la enfermedad terminal, el modelo de hombre y marco de referencia que contemplamos es el que va muchos denominan el sanador herido, expresión tomada de Henry Nouwen²⁷, un experto pastoralista. Esta concepción nos parece muy congruente con la que hemos expuesto acerca del sufrimiento.

El planteamiento sería el siguiente: tanto yo, profesional de cuidados paliativos, como el enfermo terminal. somos dos sanadores heridos. Los dos tenemos heridas, algunas comunes, otras distintas, unas quizás más visibles e intensas que otras, pero forman parte de la condición humana de los dos. Por otra parte, también los dos disponemos de recursos, de potencialidades, de capacidad de sanación, aunque por distintas razones, algunas están muy desarrolladas y otras secuestradas en lo más profundo de uno mismo.

A partir de esta premisa, la tesis sería:

- No es posible acoger la fragilidad y ayudar a curar o cuidar las heridas de los demás sin haber acogido antes y cuidado nuestras propias heridas, nuestra propia vulnerabilidad.
- A partir del reconocimiento y la integración de las propias heridas, seremos más capaces de conocer, comprender y acompañar el proceso de curación de las heridas del otro. Nuestra propia fragilidad se convierte así en un magnífico recurso.
- Si somos capaces de ayudar a la persona a descubrir y potenciar sus propios recursos, sin por ello negar sus heridas, estaremos consiguiendo que él sea el auténtico protagonista del cambio, apoyando así su autonomía, disminuyendo la dependencia y reconociéndole la profunda dignidad que posee como ser humano. Indudablemente, también ello será de una enorme riqueza para nosotros.

Todo este proceso llevaría un itinerario personal del profesional, con estas características:

- El primer paso será identificar las propias heridas. Las que podemos tener como cualquier persona (la inmadurez, la soledad no querida, los conflictos no resueltos, las sutiles dependencias, las pérdidas y separaciones, la inseguridad...) y las que son propias de nuestra profesión o actividad específica (el miedo ante el contacto cotidiano con la muerte y el sufrimiento ajeno, la impotencia ante problemas que nos desbordan, etc.).
- 27. NOUWEN, H. J. M. El sanador Herido. Madrid: PPC, 1996.

Asumir y reconciliarse con las heridas no significa eliminar necesariamente el sufrimiento, pero sí cambiar de signo esta realidad, iluminándose con un significado que lo transforma.

- No sirve la sola toma de conciencia de las heridas. Se trata de lograr la paz y la síntesis en nosotros mismos con la dimensión nocturna de la vida, en un proceso difícil pero liberador. Para curar las heridas es necesario previamente aceptarlas como parte integrante de ti mismo, única manera de descubrir su potencial sanador28.
- Alimentar la capacidad de pedir y recibir ayuda. Como hizo el mismo Jesús de Nazaret en un momento de enorme sufrimiento en el Huerto de los Olivos: «Mi alma está triste hasta el punto de morir; quedaos aquí y velad conmigo» (Mt 26,32). Es un reconocimiento público de tu propia fragilidad que, indudablemente, será un factor de cercanía.
- El proceso de interiorización sobre esa zona oscura de ti mismo te ayudará a redescubrir y valorar el fruto de lo positivo que también existe en ti.
- Asumir y reconciliarse con las heridas no significa eliminar necesariamente el sufrimiento, pero sí cambiar de signo esta realidad, iluminándose con un significado que lo transforma. De amenaza, a oportunidad de cambio. Se trata de transformar la soledad alienante en lugar de encuentro con uno mismo, la desesperación en una estación de la esperanza, la enfermedad en oportunidad de crecimiento.
- La conciencia de la propia vulnerabilidad, insuperable e inseparable de la condición humana es la que posibilita que el profesional no sea insensible a los sufrimientos ajenos y se comprometa en un acompañamiento al enfermo terminal, para que pueda realizar el mismo camino.
- Es interesante observar el planteamiento de relación que, aunque con responsabilidades y aprendizajes distintos, coloca a las dos personas en condiciones de simetría, por lo menos en lo más esencial (la capacidad de ser los dos sanadores heridos). Quizás no sea evidente, probablemente porque, como decía Saint Exupery en «El Principito», lo esencial es invisible a los ojos.
- El desarrollar a fondo ese proceso de reconciliación con las propias heridas —de autosanación, en último término- hace que estemos en mejores condiciones de acompañar a la persona enferma, entre otras cosas porque...

28. COATES, S. M. Sharing Spiritual Needs. Journal of Pain and Symptom Management 1994; 9,6: 359-361.

- a) Adquirimos la libertad de acercarnos a las heridas ajenas sin sentirnos amenazados ni, por tanto, obligados a utilizar mecanismos de defensa desadaptativos para todos. Como dice Nouwen, sólo quien se halla cómodo en su casa puede acoger al huésped, creándole un espacio libre, sin temores.
- b) Podremos superar mejor la tentación de establecer una relación de poder sobre las personas a las que prestamos ayuda, manteniendo una relación basada sobre la misma condición humana, lastimada por la experiencia del límite.
- c) Sabremos extraer de nuestra misma experiencia sentimientos y actitudes de comprensión, participación y auténtica compasión, que favorecen el acercamiento y una relación auténtica.
- d) Prestaremos ayuda motivados por un interés auténtico y no por motivaciones ambiguas, interés expresado en la voluntad de ayudar a la persona a utilizar el propio arsenal terapéutico de su sanador interior. Ya no nos sentiremos autores del camino de crecimiento ajeno.
- e) Habiendo experimentado el proceso de sanación, podemos ayudar a recorrer el mismo camino, que sabemos que no está exento de dificultades, infundiendo esperanza. Conviene aclarar que no afirmamos que aquél que más ha sufrido es necesariamente el mejor preparado para el acompañamiento, porque no es la cantidad de sufrimiento lo que favorece la ayuda, sino la capacidad de asumir e integrar la experiencia negativa.

Resumiendo, las heridas que nos hacen sufrir no necesariamente conllevan nuestra destrucción. Integradas ²⁹, redimensionadas, hasta pueden contribuir a nuestro propio crecimiento y al crecimiento de la persona que acompañamos. Este planteamiento es contrario tanto a una concepción masoquista, —las *heridas* no son buenas en sí— como a una visión triunfalista o maníaca de la realidad —las *heridas* existen, nos gusten o no—.

Siguiendo este mismo esquema, podemos establecer distintos modos de interacción, en función de la utilización que hagamos de los recursos, de esa capacidad de *sanación* (S) y también de las heridas (H).

- De herida a herida (H → H): se responde al sufrimiento del otro limitándose a compartir las *penas*, el dolor, añadiendo el propio sufrimiento al del otro con el objetivo de mostrar la solidaridad y cercanía con él, coincidiendo únicamente a nivel de herida. Es una conducta típica de la persona que técnicamente denominamos *simpática*, que lleva, identificándose con la herida del otro, a confirmar o agravar el sentimiento de impotencia vivido por ambos. No le ayudas al otro a utilizar sus recursos, porque tampoco tú utilizas los tuyos.
- De capacidad de sanación a herida ($S \rightarrow H$): se ignora lo negativo de la propia herida y se encuentra al otro

29. CASSIDY, S. Sharing the darkness. Columbia: Darton.

exclusivamente como sufriente. En el fondo, te presentas al otro como salvador, asumiendo la responsabilidad del problema del otro. Este tipo de relación puede disminuir la capacidad de respuesta del otro bloqueándole sus recursos internos positivos. Son aquellas personas que dan consejos no pedidos, proponen soluciones inmediatas... En el fondo proyectan los consejos que se darían a sí mismos, adecuados a su situación, pero no necesariamente a la del otro. En realidad no expresan una gran sensibilidad hacia el sufrimiento del otro, pues se focaliza más la relación en el problema que en la vivencia que del mismo tiene la persona. Es el enfoque típicamente paternalista. Este enfoque genera dependencia y una gran indefensión, pues no ayuda a articular ni a desarrollar los recursos del otro. Y eso sí, nosotros acabamos viéndonos como imprescindibles.

Las heridas que nos hacen sufrir no necesariamente conllevan nuestra destrucción. Integradas, redimensionadas, hasta pueden contribuir a nuestro propio crecimiento y al crecimiento de la persona que acompañamos.

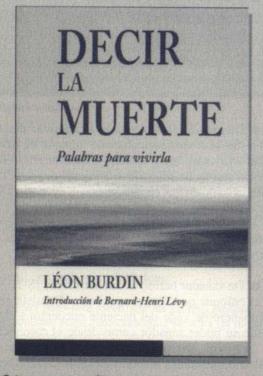
- De capacidad de sanación a capacidad de sanación (S → S): una visión maníaca de la realidad, muy *USA*. Es el «yo estoy bien, tú estás bien», negando la experiencia real de herida y de sufrimiento del otro, centrándose tan sólo en sus capacidades, sin ayudarle a sanar la herida. Es como si el problema, en realidad, no existiera. Se formula en frases como «no te preocupes, eso no es nada, tú puedes con eso y con más, lo que tienes que hacer es no pensar en ello...».
- De sanador herido a sanador herido (S-H → S-H): es el enfoque que aquí proponemos. Consiste en que el compañero de viaje del paciente encuentra a éste tanto desde su poder sanador como desde el reconocimiento de su herida, descubriendo también en la otra persona ambas dimensiones y conectando con ellas. Apelando a las fuerzas curativas presentes en la propia persona, sabe integrar lo negativo y reconciliándose con los propios límites se deja tocar por la tragedia del otro desde la sensibilidad y la misericordia propias de quien se siente limitado. Desde este punto de vista, la persona es com-

prendida en su sufrimiento, pero es interpelada en cuanto a los recursos personales, en cuanto a sus propios poderes sanadores. Se convierte en sujeto activo en el proceso de su «sanación integral». Desde este enfoque, cuando nos encontramos sanador herido y sanador herido, mi herida no contaminará la tuya pero se pondrá junto a ti como presencia y comprensión; mi sanador no correrá a salvar tu sensación de impotencia, pero apelará a las fuerzas curativas que están presentes en ti. Esto me permitirá volverme sensible a la herida del otro, pero no mostrándole necesariamente mis propias heridas, sino desde la experiencia del sufrimiento reconciliado y las actitudes que de ahí surgen (comprensión, sentido de la esperanza, etc.). Mi poder curativo no puede sanar tu herida, es uno mismo quien debe sanarla, con la ayuda de otros a reconocerla, a reconciliarse con ella y a utilizar los recursos.

Como se puede observar, este enfoque también entronca magníficamente con la línea rogeriana cuando habla que las actitudes mínimas necesarias para hacer un buen proceso de relación de ayuda son: aceptación incondicional (de la persona; no quiere decir que te *gusten* o *estés de acuerdo* con sus heridas, pero conectas también con ellas, no huyes), congruencia (entre lo que pienso, siento y expreso) y empatía (como capacidad de situarme en el mundo vital del otro y así hacérselo vivir).

En definitiva, partimos de una concepción de la persona como alguien digno de ser mirado a los ojos, de frente, sin necesidad de defendernos de él porque, además de adentrarnos en sus miserias, también podemos conocer y participar de sus potencialidades. Esta concepción, en el fondo, no sólo tiene una dimensión metodológica, sino también ideológica: para caminar al lado, de tú a tú, de sanador herido a sanador herido, y no sentarnos cómodamente, se precisa seguir de pie, porque como dice Benedetti...

Estar de pie quiere decir coraje o no tener donde caerse muerto.



Si te da miedo hablar de la muerte...

En este libro encontrarás el testimonio del diálogo creyente con enfermos que están a punto de morir. Su lectura te ayudará a encontrar las palabras necesarias para acompañar, esperanzar e iluminar desde la fe a los que están en el último trance de sus vidas.

Para llenar la vida de esperanza

232 páginas Precio: II,72 euros

plat publicaciones Caretianas Ju

Juan A.Mendizábal, 65 Dpdo. 3º - 28008 Madrid Tel.: 915 401 236 - Fax: 915 400 066

Claret Roger de Llúria, 5 - 08010 Barcelona Tel.: 933 010 887 - Fax: 933 174 830

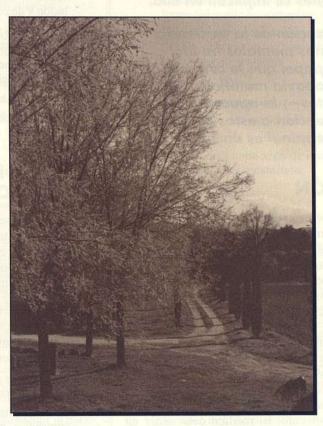
21

Protocolo de atención a pacientes en situación terminal

Comité de Ética Asistencial de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental de Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Equipo Interdisciplinar:

M. BERGADÀ, S. MEROÑO, J. M.ª LLOVET, E. LOBO, B. DEL PINO, A. MONJE, A. MARTÍNEZ, F. FERNÁNDEZ CARRILLO, M. ROCA.



... para que
el paso de la vida
a la muerte
suceda de la forma
más serena posible...

en Situación Terminal tiene una clara especificidad. Es un protocolo elaborado de forma interdisciplinar por un grupo de profesionales de SANT JOAN DE DÉU, SERVEIS DE SALUT MENTAL de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Promovida por el Comité de Etica Asistencial del centro, es una reflexión que pretende acercarse a una realidad también presente en el mundo de la salud mental: la muerte. Una reflexión llevada a cabo desde la experiencia concreta del centro en el que se hace y que pretende responder a ella. De ahí que aparezcan nombres concretos que

responden a los equipamientos y recursos existentes en el mismo.

reemos que se trata 🔰 de un planteamiento ambicioso, al tiempo que sencillo, y que posee toda la originalidad que le da su orientación a los enfermos mentales. Ello implica una sensibilidad y un talante que dice mucho a favor de quienes se implican en ello.

🧷 i la humanización de la asistencia a los enfermos mentales ha ido adquiriendo el papel que le corresponde -aun cuando todavía manifieste lagunas evidentes-, la apuesta por una correcta atención a estos enfermos en su proceso terminal es un signo.

INTRODUCCIÓN

a última fase del proceso de la enfermedad y de la vida es tal vez la más dura y delicada de las que vive la persona y su familia. El deterioro del estado general provoca un gran impacto no sólo en el paciente sino también en la familia y el equipo terapéutico que lo cuida. Por todo ello es muy importante proporcionar una atención específica al paciente, para que el paso de la vida a la muerte suceda de la forma más serena posible, con dignidad y sin sufrimientos innecesarios.

Tal y como refleja el Código Deontológico del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (capítulo VII): «Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y el médico debe velar porque este derecho sea respetado. El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida. Es deber médico fundamental el ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y aquello que haya dado sentido a su vida (...).

La formación y actualización de los profesionales de la salud que han de atender estas situaciones, el conocimiento adecuado del tratamiento farmacológico y no farmacológico y la existencia de programas de control de dolor, contribuirán a reducir la angustia y el sufrimiento del paciente y su familia, así como a promover una correcta actuación profesional.

Recogiendo todos estos conceptos surge la denominación de «cuidados paliativos» que en 1990 la OMS define como «el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes».

OBJETIVO

Il objetivo principal es que el paciente y su familia puedan vivir con el mayor confort y dignidad los últimos momentos de la vida del paciente, fundamentado en unos objetivos específicos de CUIDADOS:

- Buen control de síntomas presentes y prevención de la aparición de nuevos síntomas.
- Actitud que favorezca el soporte emocional, teniendo en cuenta la familia, el equipo terapéutico y el clima de relación y de comunicación entre todos los implicados.
- Ayudar a los pacientes afectos de una enfermedad terminal a morir con dignidad (anexo I).
- Atención integral que tenga en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Promoción de la autonomía y la dignidad.
- Adaptación de la organización a los objetivos mencionados.

POBLACIÓN A QUIEN VA DIRIGIDO **EL PROTOCOLO**

ersonas ingresadas en las Unidades de hospitalización y residencia de nuestra entidad a las que se diagnostica una enfermedad terminal.

Se entiende por enfermedad terminal la que reúne las siguientes características:

- Presencia de una enfermedad que avanza de manera progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses (este criterio no es imprescindible).

El cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc),... cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

FASE INICIAL: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

pesar de que nuestros usuarios estén afectos de un A trastorno mental, las pautas a seguir no difieren de las que se siguen con el resto de la población.

- El paciente y su familia tienen derecho a recibir la información veraz acerca del diagnóstico, el pronóstico y los distintos tratamientos posibles (en caso de que existan distintas opciones) no sólo para conocerlos sino también para poder escoger, si es el caso, la alternativa más acorde con sus creencias o preferencias.
- De todos modos, antes de transmitir la información debemos indagar:
 - a) ¿Quiere el enfermo o su familia más información?
 - b) ¿Qué es lo que quieren saber?
 - c) ¿Están preparados para recibir la información?

La honestidad del mensaje nunca debe cambiarse para mejorar su aceptación. Es importante mantener una esperanza realista.

Debemos tener en cuenta que en el caso del paciente conocer su situación es un derecho y no un deber. En el caso de la familia, aconsejamos (siempre siguiendo unas pautas concretas y respetando las fases habituales de la elaboración de la información (anexo II), informar de la situación ampliamente (salvo deseo contrario explícito del paciente).

La Información debe ser concisa, clara, continuada y común (entre los diferentes profesionales). En un hospital hay el riesgo que la responsabilidad hacia el paciente quede excesivamente atomizada. Hay muchos interlocutores pero que sólo resuelven aspectos muy parciales y de una forma excesivamente técnica.

- Probablemente habrá que repetir el mensaje en diversas ocasiones y ante distintos interlocutores, por lo que procuraremos hacerlo con amabilidad y calidez.
- · Los profesionales más indicados para transmitir la información son el terapeuta referente, el médico internista y el enfermero de la clínica en donde el paciente esté ingresado.

Hacerlo todos los profesionales conjuntamente o de manera escalonada en el tiempo debe depender de cada caso en concreto.

FASE DE ESTADO: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ATENCIÓN PALIATIVA

Contenidos de un plan de tratamiento paliativo

El Plan de tratamiento se realizará de manera interdisciplinar y deberá contemplar los apartados y aspectos habituales, pero en este caso habrá que poner mayor empeño en la valoración de los siguientes conceptos:

		The Park Street	7.50 W.C.U.S	1000	
0	Nece	sidade	es fui	CIOL	lales:

- ☐ Grado de dependencia física: Actividades de la vida diaria.
- ☐ Limitaciones del entorno: Barreras arquitectónicas y confort (sillas, cama,...).
- □ Detección de síntomas molestos y de la situación de agonía.
- Aplicación de medidas generales del tratamiento.

Necesidades relacionales:

- ☐ Grado de ansiedad del paciente y su familia ante la enfermedad y ante los síntomas.
- □ Valoración de necesidades y deseos del usuario y su familia en la situación de agonía (acompañamiento en los últimos momentos).

Necesidades médicas:

- □ Tratamiento psiquiátrico.
- ☐ Tratamiento de su proceso terminal.
- ☐ Seguimiento de la respuesta al tratamiento paliativo.
- □ Prevención y corrección de complicaciones y efectos indeseables del tratamiento.

Necesidades sociales:

- □ Testamento.
- □ Deudas,...
- Necesidades espirituales: estas necesidades no se refieren únicamente a la religiosidad, sino a todos aquellos aspectos que suponen una cierta trascendencia humana respecto a lo estrictamente físico y a la interpretación que cada persona da a la vida y a la muerte. En una persona que vive la etapa final de su vida el sufrimiento espiritual es un aspecto esencial que requiere ser aliviado. Este sufrimiento se deriva de la crisis que ocasiona la enfermedad terminal y, entre otros aspectos, deriva de:
 - Necesidad de ser reconocido como persona.
 - Miedo a la muerte y al sufrimiento.
 - Balance de la propia vida.
 - □ Necesidad de reconciliación, como afrontamiento de los propios errores, que pueden ser fuente importante de sufrimiento para el individuo que percibe la imposibilidad de corregirlos.
 - Búsqueda de serenidad y de sentido.

Es necesario trabajar para el mantenimiento de la esperanza, como expectativa de objetivos positivos, entendiendo que ninguna persona va a marcarse el objetivo de «no morir», sino el de vivir y morir dignamente.

De la valoración de todos los aspectos descritos, se acordará con todo el equipo las tareas y actividades a realizar por cada profesional teniendo siempre presente que los cuidados tendrán como objetivo el proporcionar el máximo bienestar y el mínimo malestar al paciente y a su familia. Se incluirán los equipos especializados de curas paliativas (Duran y Reynals) siempre que el tratamiento no consiga unos niveles de confort óptimos para el paciente.

Plan general de curas paliativas

Describimos los contenidos de un plan general de cuidados paliativos. Los desarrollamos más ampliamente en el anexo.

Medidas generales:

- Higiene y cuidados de la piel y de la boca.
- Actividad física.
- Reposo y sueño.
- Ocupación del tiempo libre.
- Alimentación.

Control de síntomas:

- Sintomas digestivos.
 - Anorexia.
 - Náuseas y vómitos.
 - Estreñimiento.
 - Diarrea.
- Incontinencia urinaria.
- Dolor.
- Síntomas respiratorios:
 - Disnea.
 - □ Tos.
 - ☐ Hipo.
 - Estertores pre-mortem.
- Síntomas psíquicos:
 - Insomnio.
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Delirium.

Atención a las necesidades espirituales.

Tratamiento específico del trastorno/s de base.

FASE FINAL

Atención al proceso agónico

En el momento en que identificamos la situación de agonía hemos de intensificar la atención y los cuidados:

 Hay que aplicar todas las técnicas y tratamientos posibles en nuestro entorno para minimizar el sufrimiento, respetando siempre los deseos de paciente y familia.

Habrá que valorar el plan de tratamiento y detectar posibles nuevas necesidades diariamente.

- Hay que facilitar el contacto y la estancia en el entorno que resulte más acogedor y conocido por el paciente:
 - a) Si el paciente no tiene familia, hay que facilitar que pueda morir en su clínica con sus cuidadores habituales.
 - b) Si el paciente tiene familia, hay que valorar la mejor ubicación (su clínica o bien la Enfermería, si ha de facilitar la estancia de la familia).

Aspectos a considerar para valorar el ambiente familiar

- Personalidad y circunstancias personales del enfermo.
- Naturaleza y calidad de las relaciones familiares.
- Reacciones y estilos de convivencia del enfermo y familia en pérdidas anteriores.
- Estructura de la familia y su momento evolutivo.
- Personalidad y estilo de vida de los que «van a quedarse».
- Problemas concretos (disputas, herencias).

Valorar si la familia puede emocional y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Identificar a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella y revisar sus vivencias y el impacto que va recibiendo.

- Planificar la integración plena de la familia:
 - Educación a la familia.
 - ☐ Soporte práctico y emocional de la familia.
 - ☐ Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo patológico).
- Educación de la familia. Aspectos de los que debemos informar y permitir participar en las medidas de sus posibilidades:
 - ☐ Alimentación.
- ☐ Higiene.
- □ Cuidados directos del enfermo: cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, etc.
- ☐ Pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.
- ☐ Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal, respuestas...

Si algún miembro de la familia va a quedarse hay que informarle de los servicios que el hospital puede ofrecerle: cafetería, WC, butacas donde descansar, iglesia, utilización del teléfono...

Acercarnos periódicamente y por ejemplo, ofrecerles un vaso de zumo o una infusión durante el tiempo de vela puede ayudar a que se sientan reconfortados.

Atención después de la defunción

La muerte de un ser querido produce un choque emocional que, en ocasiones impide reaccionar. Hay una etapa, que se denomina «sideral» en la que no se es capaz de responder a ninguna indicación de forma asertiva. En este momento, familia y compañeros necesitan de un tacto especial por parte de los profesionales del equipo.

Cada uno expresa su dolor y la pérdida como puede, desde el llanto a gritos, hasta el bloqueo extremo de cualquier manifestación emocional. El silencio, la presencia o el contacto físico, suelen ser la mejor respuesta por parte de los cuidadores. No debemos olvidar que los cuidadores también estamos afectados de alguna forma por la muerte de la persona que hemos cuidado con cariño.

- Hay que informar a la familia y explicarles lo sucedido en el lugar y espacio adecuados, tantas veces como lo soliciten.
- Hay que permitir que los familiares expresen su dolor y su pena.
- Hay que facilitarles la visión y el contacto físico con la persona que ha fallecido, si las normas, medidas higiénicas y condiciones del cadáver lo permiten.
- Hay que mantener las actitudes y conductas de cuidado mientras el paciente, ya fallecido, permanezca entre nosotros e incluso después, si se produce la visita de duelo posterior.
- Hay que facilitarles las manifestaciones y los ritos según sus creencias, cultura y religión.
- Hay que reforzarles y desculpabilizarles, agradeciendo su colaboración en los cuidados y su disponibilidad en momentos tan difíciles.
- Hay que darles el pésame a cada miembro de la familia presente en el momento.
- Hay que evitar la sensación de prisa o lentitud excesiva, que corra el riesgo de ser interpretada como abandono.
- Hay que consolarles con el gesto, la presencia y la disponibilidad de todo el equipo, ofreciéndoles nuestro apoyo hasta que ellos consideren que ya no nos necesitan y pueden superar su pérdida y elaborar su duelo de modo autónomo y personal.

DESCRIPCIÓN DE CIRCUITOS

Aplicación del protocolo

Se iniciará el protocolo en el momento en el que a un paciente se le diagnostique una enfermedad terminal (ver concepto en el apartado de población a quien va dirigido el protocolo).

Elaboración del Plan interdisciplinar

En cada caso deberá confeccionarse una estrategia de actuación por parte de los miembros del equipo terapéutico:

- Psiquiatra y/o psicólogo: se responsabilizará de la valoración afectiva de la nueva situación y del seguimiento psicológico del paciente.
- Médico internista: se responsabilizará de la valoración y del seguimiento somático del paciente, así como de la comunicación con los profesionales especializados en curas paliativas.
- Equipo de enfermería: se responsabilizará de la valoración de la repercusión que la nueva situación tenga en la conducta, en la autonomía funcional del paciente y en la esfera espiritual así como del seguimiento cotidiano en lo afectivo, somático y espiritual del paciente. También serán los encargados de informar a la familia de los servicios que el hospital puede ofrecerles.
- Trabajadora social: Como criterio general, se procurará estimular el contacto sereno con la familia y juntamente con el terapeuta de referencia, se trabajará con paciente (y tutor si lo hubiese) todas las disposiciones socio-legales que se precisen.
- Equipo de pastoral: se responsabilizará del seguimiento espiritual especializado del paciente, determinando conjuntamente con el resto del equipo el apoyo y la atención más oportunas.

Aunque cada profesional sea responsable de un campo diferente, deberán realizar las valoraciones y determinación de decisiones en conjunto, manteniendo una comunicación constante.

Determinación de la ubicación del paciente

Como criterio general, se deberá procurar que el paciente pueda permanecer hasta el final del proceso en su entorno habitual, junto con las personas más conocidas por él (compañeros y profesionales) y en contacto con su familia cercana, siempre que la calidad de las relaciones

En caso de que surgieran dificultades para ello, deberá valorarse en términos de coste/beneficio (esfuerzo y dificultad de los profesionales/serenidad y bienestar del paciente).

En cada caso se deberá valorar el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida cotidiana del paciente utilizando la escala de Barthel (registros):

- Si al realizar la valoración la puntuación de cada actividad básica de la vida diaria ésta es mayor de 5, el paciente permanecerá en su clínica.
- Si la puntuación de alguna de las actividades básicas de la vida diaria es igual o inferior a 5:
 - a) En las clínicas San Agustín, Padre Menni, San Rafael y Cristo Rey: se valorará la posibilidad de tomar las medidas oportunas para cubrir esta necesidad conjuntamente con la clínica de Enfermería (por ejemplo: realización de curas o soporte específico de la actividad en Enfermería y resto del día en su clínica) y, si esto no es factible, se podrá proceder al traslado a Enfermería.
 - b) En el resto de las clínicas: el paciente permanecerá en la enfermería de su clínica, excepto si están afectadas las actividades de lavarse, vestirse y deambulación, en cuyo caso se podrá proceder al traslado a la clínica de Enfermería.
- Si la puntuación general de las actividades básicas de la vida diaria es inferior a 50, se podrá proceder al traslado a la clínica San Luís.

Siempre que con el tratamiento aplicado correctamente no se consiga un nivel de confort óptimo para el paciente, se valorará la interconsulta con el Hospital Duran y Reynals.

Estancia en Enfermería somática

Siempre que sea preciso un traslado total o parcial a enfermería deberá tenerse presente que el equipo terapéutico responsable seguirá siendo el mismo que cuando el paciente estaba en su clínica, con la única salvedad del personal de enfermería en cuanto a la responsabilidad de la atención directa. Ello significa que el seguimiento, las visitas periódicas y el contacto con paciente y familia deberá ser conjunto y regular hasta el final del proceso, tanto por aspectos técnicos como humanitarios.

Defunción del paciente

Llegado el momento:

- Se aplicará el protocolo de defunción general.
- Se realizará actividades grupales de elaboración del duelo del equipo terapéutico que ha atendido al paciente, incluyendo el de la clínica San Luís, en caso que haya participado en el proceso.
- Se realizará la elaboración del duelo con los pacientes de la clínica a la que pertenecía el difunto.

SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

e utilizará el censo de todos los pacientes que sean subsidiarios de la aplicación del protocolo (elaborado a partir de la «Hoja de registro de medicina Interna»), y cada seis meses, dos miembros del comité de mortalidad, seleccionarán una muestra de historias clínicas (o todas las historias si son un número inferior a 30) y evaluarán que consten los siguientes ítems:

- Que se haya elaborado un Plan interdisciplinar.
- Que se hayan aplicado las medidas descritas en la atención a la familia (antes y, cuando sea el caso, después de la defunción).
- Que se hayan realizado las actuaciones establecidas para la elaboración del duelo con los otros pacientes y con los miembros del equipo interdisciplinar.

PUNTOS A REFORZAR

- El trabajo cotidiano con el paciente: el DUE deberá tener presente la valoración de las medidas generales de manera precoz (piel boca...) y de los síntomas a fin de detectar necesidades que puedan resolverse de manera puntual.
- El trabajo con la familia: la integración de la familia en el proceso de atención depende en gran medida de las facilidades y de la atención que podamos ofrecerles (incluido el nivel de confort).
- La aceptación de los límites terapéuticos por parte de todos los profesionales y la atención exquisita en de los cuidados humanos garantizando los técnicos.
- El tratamiento especialmente cuidadoso de las situaciones de dolor, para garantizar el máximo confort para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

APUNTES PERSONALES DEL CURSO. Curas especiales realizado por C. C. O. O. el curso 1998-1999. Cedidos por Pilar Rodríguez Amador.

SANZ ORTIZ, J., GÓMEZ BATISTE, X., GÓMEZ SANCHO, M., NÚÑEZ OLARTE, J. M. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ed.: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

A. M. MARTINEZ, FCO. G. MARTÍN, J. GARCÍA MEGIDO (Escuela de enfermería San Juan de Dios. Ciempozuelos-Madrid). El enfermo terminal. Derechos. Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería. Revista Rol de Enfermería, núm. 72-73 (Septiembre 1984).

GÓMEZ SANCHO, M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Ed.: Instituto Canario de Estudios y promoción social y sanitaria.

Guión para el Procedimiento asistencial

Dx. de enfermedad terminal (ver definición y criterios de inclusión)

Informar al paciente y la familia (hacerlo todos los profesionales conjuntamente o de manera escalonada en el tiempo debe depender de cada caso en concreto)

ELABORACIÓN DEL PLAN INTERDISCIPLINAR

Terapeuta de referencia

Coordinar las intervenciones de los distintos profesionales.

Valorar la repercusión que la nueva situación tenga en el estado mental.

Atender y seguir su proceso mental de base.

Junto con trabajo social y enfermeria, valorar, informar y atender a la família o tutor durante el proceso y tras fallecer el paciente.

Intensificar la relación de soporte al paciente.

Intensificar la relación de soporte a los profesionales de atención directa.

Psiquiatra y/o médico internista

Valorar y proporcionar la atención psiquiátrica y somática más adecuada para cada paciente.

Proporcionar la atención y el seguimiento más adecuado a su proceso terminal.

Valorar la respuesta al tratamiento paliativo y la necesidad de interconsulta con Duran y Reynals.

Prevenir y corregir posibles complicaciones y efectos indeseables del tratamiento.

Valorar el grado de ansiedad del paciente y su familia ante la enfermedad y ante los síntomas.

Equipo de enfermería

Valoración de la repercusión que la nueva situación tenga en la conducta.

Valoración de la autonomía funcional (Indice de Barthel e instrumento de valoración de enfermería).

Colaborará con el equipo de pastoral en el seguimiento espiritual.

Proporcionará una relación de ayuda.

Valorará las limitaciones del entorno.

Detección de síntomas molestos y de la situación de agonía.

Aplicación de medidas generales de tratamiento.

Trabajadora social

Estimulará el contacto sereno con la familia y juntamente con el terapeuta de referencia se trabajará con el paciente (y tutor si lo hubiese) todas las disposiciones socio-legales que se precisen.

Valoración de las necesidades y deseos del usuario y su familia en la situación de agonía.

Valorará las necesidades sociales (testamento, deudas...)

Equipo de pastoral

Responsable del seguimiento espiritual especializado del paciente.

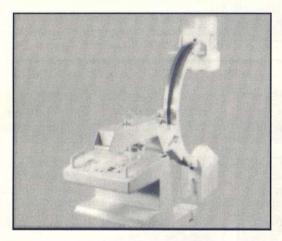
Determinar conjuntamente con el equipo el apoyo y la atención más oportunas.

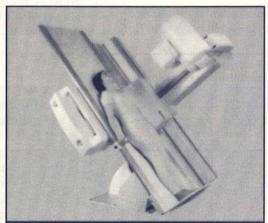
Valorar las necesidades espirituales del paciente y su familia.

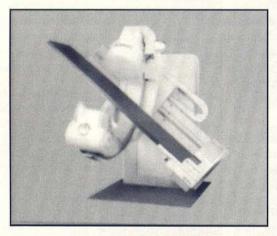


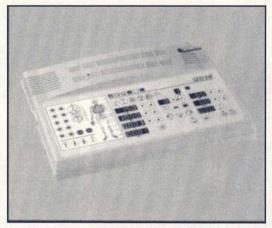
APELEM ESPAÑA, S.A.

Llussà, 13 Tels. (93) 330 02 83 - 491 49 92 Fax (93) 411 26 37 08028 BARCELONA E-mail: apelem@feelingst.es http://www.apelem.com









- Intensificadores de imagen.
- Cadenas T.V. radiológica.
- Sistemas digitales para radiología, angiografía y hemodinamia.
- Arcos quirúrgicos.

- Generadores de RX alta frecuencia.
- Mesas telemandadas.
- Presupuestos de actualización, adaptaciones.
- Telemandos polivalentes.

INSCRITA EN EL REGISTRO DE EMPRESAS AUTORIZADAS PARA LA VENTA Y ASISTENCIA TÉCNICA DE EQUIPOS DE RX (ERX-B/001/92) REAL DECRETO 1891/1991 GÓMEZ SANCHO, M., OJEDA MARTÍN, M. Cuidados paliativos: control de síntomas. Ed.: Unidad de Medicina Paliativa del Hospital El Sabinal (Las Palmas de Gran Canaria).

BENÍTEZ DEL ROSARIO, M. A. y otros. *Cuidados paliativos*. Ed.: EdiDe, 1998.

GÓMEZ-BATISTE, X., MADRID JUAN, F., TRELIS NAVARRO, J. *Quaderns de la bona praxi: Guia d'actuació en la situació d'agonia del malalt terminal.* Ed.: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2000.

VIGENCIA

Del 1 de enero del 2002 al 1 de enero del 2004.

ANEXOS

I

REQUISITOS PARA UNA MUERTE DIGNA

- Respeto a las creencias personales y atención a sus necesidades psicológicas y espirituales.
- Disponer de la información debida excepto que haya constancia explícita del deseo contrario.
- Poder rechazar un tratamiento cuando se crea que éste puede reducir la calidad de vida a un grado incompatible con la propia concepción de la dignidad personal.
- Poder pasar el máximo tiempo en un ambiente familiar: en su clínica, habitación, rodeado de compañeros y cuidadores habituales y pudiendo ser visitado frecuentemente por sus familiares y amigos, siempre según sus deseos.
- Con el menor sufrimiento posible.

Carta de los derechos de los moribundos

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una situación de optimismo por cambiantes que sean mis circunstancias.
- Tengo derecho a participar en las decisiones que incumban a mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar una atención sanitaria y humana continuada aún cuando los objetivos de curación tengan que transformarse en objetivos de bienestar.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no experimentar dolor, sin medida del coste de ningún tipo.
- Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
- Tengo derecho a no ser engañado si no quiero.
- Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
- Tengo derecho a morir con paz y dignidad.
- Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones que puedan ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.
- Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte, según mi voluntad.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas, que intenten comprender mis necesidades y que sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

Según: «Cuidados paliativos. Recomendaciones semFYC n.º 6». Aut.: M.A. Benítez y otros. Ed.: EdiDe. 1998. BCN.

11

ÍNDICE DE BARTHEL

Nombre del usuario:	N.º H.ª:	Fecha
Unidad:	Nombre del enfermer/a:	

CONCEPTOS	Puntos	Datos		SESSE	Total Anna		
COMIDA	1 dittos						
Autónomo	10						
Con ayuda	5						
Dependiente	0						
CAMBIO SILLA-CAMA			A PAGE				5022
Autónomo	15						1
Ayuda mínima	10		7111				
Puede sentarse (no trasladarse)	5					CHISTON NO.	
Dependiente	0						
HIGIENE PERSONAL							
Autónomo	5						
Con ayuda	0						
USO DEL WC							
Autónomo	10				10112		
Con ayuda	5						
Dependiente	0						
BAÑO							
Autónomo	5			FERRES			
Con ayuda	0						
CAMINAR				ASSESSED NO.			
Autónomo	15					DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE	
Con ayuda	10						
Autónomo con silla de ruedas	5						
Dependiente	0						
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS							
Autónomo	10						
Con ayuda	5						
Incapaz	0						
VESTIRSE/DESNUDARSE							
Autónomo	10						
Con ayuda	5						
Dependiente	0						-
CONTINENCIA DE ESFÍNTER ANAL	A STATE OF THE STA	S KALL TO THE TAIL	T CHEST	()			
Continencia	10						
Incontinencia ocasional	5						
Incontinencia	0		A THE	L PERSONAL		The state of the s	
CONTINENCIA DE ESFÍNTER VESICAI		12	1				
Continencia	10		PER.			F (6	
Incontinencia ocasional	5						
Incontinencia	0						
man i			-	The state of the last	Action to the Control	-	12000

	FIRMA			
Autónomo: 100	Dependiente Leve: 61-99	Dependiente Moderado: 41-60	Dependiente Severo: 21-40	Dependiente Total: 0-20

TOTAL

111

HOJA DE REGISTRO DE MEDICINA INTERNA:

Water the particular to the same		
DATOS DE IDENTIFICAC	CIÓN DEL USUARIO	
Nº Hª Clínica	Sexo 1 Hombre Fecha nacimiento 2 Mujer	día mes año
	02 Subagudos, 03 P. Menni, 04 C. Rey, 05 S. Rafael, 06, 09 S. Agustín, 10 S. Ángel, 11 S. J. Grande, 12 S. Luis	
Fecha de la visita día	mes año	
CARACTERÍSTICAS DE	L USUARIO	
Diagnóstico principal CIE-9	MC MC	
Diagnósticos secundarios		
	Diabetes mellitus, 2 Cardiopatías, 3 EPOC, 4 Hiperten	
	on idiopática, 6 Demencia, 7 Ictus, 8 Sonda vesical, 9 P	
Tratamiento realizado en el t	iltimo año Otro 1 Neurolépticos, 2 Antidepresivos, 3 Ar	
	nóticos, 5 Eutimizantes, 6 Anticolinérgico	
		A CHEST AND COLUMN
* Localización de la infecci	ón:	Circunstancia:
☐ Aparato digestivo:	1. GEA	☐ Infección*.
☐ Aparato respiratorio:	catarro común 3. faringo-amigdalitis bronquitis 5. neumonía	☐ Enfermedad terminal. ☐ Muerte.
☐ Aparato urinario:	6. cistitis 7. prostatitis 8. pielonefritis	Otros (especificar). Reproductor.
☐ Reproductor:	9. orqui-epididimitis 10. uretritis 11. vulvovaginitis	Sistema nervioso.
☐ Piel:	12. panadizo/celulitis/forúncul 13. Infección úlcera	Otros (especificar).
☐ Boca/oído:	14. flemón dental 15. otitis	
Tratamiento antibiótico:	1. SI 2. NO $T^a = 3$	37,5°: 1. SI 2. NO
Nombre comercial, pauta y d	uración del tratamiento:	
Cultivo +: 1. SI 2.	NO Germen patógeno:	
Nombre del profesional:		18.5
		1100

IV

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN Y FASES EN LA ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL DUELO

¿Cómo transmitir la información?

- Averiguar qué es lo que sabe el paciente.
- Averiguar cuánto quiere saber.
- Tener presente el bloqueo post-información: no recordarán nada después de las palabras «muerte», «cáncer»... El paciente olvida el 40 % de la información recibida y más si han sido malas noticias.
- No presuponer lo que les angustia.
- Alargar el tiempo de transición entre el sentirse sano al de sentirse gravemente enfermo.
- Dar sinónimos en vez de diagnósticos.
- No «sentenciar»: explicar lo que los conocimientos médicos pueden ofrecer, pero enfatizando que cada caso responde de manera singular.
- No mentir.
- Preguntar inmediatamente después: ¿cómo se siente?, ¿por qué?, ¿qué otras cosas le preocupan?
- Comprobar las emociones evocadas, tranquilizarle y cerrar la entrevista.

La actitud de escucha es sentado con el enfermo y/o familia, nunca de pie y con los brazos cruzados.

Otras cuestiones a tener en cuenta:

Como comportarse

- Con atención, amabilidad y respeto.
- Los profesionales sanitarios subestiman el poder del contacto físico como forma de comunicación: estrechar la mano oportunamente puede ayudar a hacer sentir que «estamos con él».
- Acompañar con nuestra presencia, diálogo, capacidad de escucha y silencio. Dedicar un tiempo psicológico (que decidirá el paciente) para la entrevista.
- Ser uno mismo.
- Estar preparado para hablar de la pérdida y ayudar a la persona en duelo a hacerlo.
- Ser buen «escuchador» significa aceptar, no juzgar, lo que se siente. Una escucha atenta implica saber qué padece el enfermo e intentar comprender los motivos de su queja y las razones que le mueven a exponerlo de esta manera.

- Aceptar el silencio o la rabia. Ofrecer nuestro apoyo todo lo que podamos.
- Ayudar a la persona en duelo a entender qué síntomas, como la rabia, la culpabilidad y la tristeza, son normales.
- Ser paciente; aceptar la pérdida y los cambios comporta tiempo.

Fases habituales en la elaboración del duelo

La reacción ante la muerte conlleva el desarrollo de cinco fases emocionales sucesivas, aunque no necesariamente acontecen todas en cada paciente:

1. Negación y aislamiento.

Se niega la existencia de una realidad dolorosa. Ejemplos:

- Rechazo del diagnóstico.
- Hacer planes para un futuro a largo plazo.
- Trasladar los temores a otro órgano sano.

Actuación:

Si se considera que la negación es perjudicial: ayudarle paulatinamente a percibir la realidad, y mantenerse siempre asequible (que sepa que estás allí para ayudarle a enfrentarse a la verdad).

No atacar directamente la negación porque puede aumentar la ansiedad o destruir su defensa y derrumbarse.

2. Ira u hostilidad.

¿Por qué yo?

El paciente se torna difícil y la ira, generalmente está volcada en los familiares, pero también puede estarlo en los cuidadores o en los otros compañeros (sobre todo en nuestras Unidades de larga estancia).

Actuación:

Es necesario no responder ante su cólera con enfado. Si la agitación o la agresividad son de riesgo para él o para terceros, hay que actuar de la manera habitual en situaciones de agitación.

3. Negociación o pacto.

El paciente parece estar tranquilo pero, en realidad, piensa en una manera de negociar su muerte a cambio de algo (más a menudo, con Dios).

Actuación:

Es la etapa más espiritual, por lo que será muy útil la ayuda religiosa (sobre todo si tiene sentimientos de culpabilidad por algo).

4. Depresión y pena.

El paciente es incapaz de negar (los signos ya son evidentes) su enfermedad y cae en una depresión y añoranza.

La depresión primero es activa y el paciente habla de pérdidas pasadas de él (referentes a su imagen, a la incapacidad progresiva). Posteriormente se torna en una depresión pasiva donde el enfermo toma conciencia de las pérdidas futuras y comienza a desprenderse de todo y de todos (deja de ser sociable), produciéndose un alejamiento progresivo del entorno. Esta depresión pasiva generalmente es mal interpretada por los que le rodean que se sienten rechazados.

Actuación:

Hay que permitir expresar al paciente su dolor y aceptar ese alejamiento temporal.

5. Aceptación.

Fase casi desprovista de sentimientos. El paciente está tranquilo aunque puede estar triste.

Actuación:

Es esencial el acompañamiento familiar.

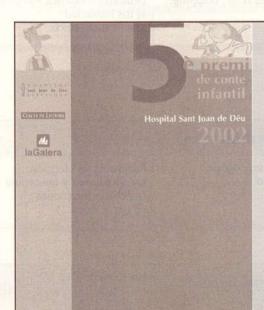
Pueden apreciarse dos comportamientos distintos:

- Estar en penumbra y dormitando. Por estar agotado, no por depresión.
- Sacar el máximo del presente.

El paciente puede pedir que estemos a su lado pero en silencio. Hay que confirmar que estamos disponibles hasta el final.

Errores comunes de actuación

- Obligar a la persona a hablar de su situación si no quiere.
- Reprimir expresiones de dolor (la persona puede sentir fingimiento por nuestra parte).
- Caer en el error de hablar de nuestras propias pérdidas.
- Intentar resolver los sentimientos de la persona en duelo.
- Los sentimientos por parte del personal de molestia, piedad y culpabilidad dan como resultado hostilidad y alejamiento del paciente.
- Pretender que estén informados de «todo»: hay aspectos que no tendrán la misma importancia para los profesionales que para el paciente y su familia.



On el fin de estimular la producción de obras de narraciones en lengua catalana destinadas a niños y niñas, el Hospital Sant Joan de Déu, Cercle de Lectors y La Galera S.A. Editorial, convocaron el

V premio de cuento infantil Hospital Sant Joan de Déu 2002

Cuento ganador:

«Sóc molt Maria» (Soy muy María)

Autora: MERCÈ ANGUERA i CANYELLES que será ilustrado por Mabel Pierola

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS GENERALES EN CURAS PALIATIVAS

Guía para la valoración de los síntomas

Digestivos/Renal

Cuidados de Enfermería

TTO, médico

Respiratorios

Cuidados de Enfermería

TTO, médico

Anorexia

Ingesta alimento /líquidos: valorar (presentación, frecuencia, cantidad y lugar).

Cuidados Boca Medicación.

Corticoides a dosis bajas. Amitriptilina. Acetato de megestrol.

Disnea

Ambiente tranquilo y libre de humos. Cama cerca de una ventana. Valorar situaciones que provoquen ansiedad.

Etiológico, si existe causa que pueda ser reversible. Si ansiedad: Ansiolíticos. morfina, oxígeno.

Náuseas y vómitos

Confirmar el vómito. Valorar constipación Valorar efectividad de los emetizantes. Valorar si existe hipercalcemia.

Tos

Medidas generales: fisioterapia resp., clapping...

Sintomático: antitusígenos centrales (codeína, morfina), si tos humedad añadir mucolítico.

Estreñimiento

Dieta rica en fibras. ↑ Líquidos. Ctol. evacuación. Masajes abdominales. Enemas si precisa. Extracción manual

(último recurso).

Laxantes senósidos Y/o lactulosa No dejar de adm. aunque exista ctol. defecación (excepto si hay descompensación diarreica).

Estertores premortem

Acompañar, cogerle de la mano...

Fármacos de elección: escopolamina y buscapina (inhiben secreciones en nariz, boca...)

Diarrea

Dieta Astringente. Higiene adecuada (evitar irritaciones). Incontinencia (ropa protectora).

Loperamida (1 cp. después de cada deposición)

Incontinencia urinaria

Valorar: Fr., ctdad., color y olor. Higiene adecuada. Medios protectores

(evitar irritaciones).

Valorar posible retención y dolor.

Dolor

Cuidados de Enfermería

TTO. médico

Dolor

Observar al paciente como un todo.

Valorar: dolor, tristeza, posición, expresión corporal, tensión y relación.

Observar conducta: sueño, vigilia...

Dolor leve: analgésicos no opiáceos.

Dolor moderado: opiáceos débiles.

Dolor severo: opiáceos fuertes

Coadyuvantes:

- corticoides: aumentan la sensación de bienestar y de tener más fuerza.
- Antidepresivos: anticonvulsionantes y fenotiazinas.

Psíquicos

Cuidados de Enfermería

TTO. médico

Insomnio

Estimular la actividad diaria, rodear de un ambiente agradable.

Medidas farmacológicas: benzodiazepinas. En pacientes de edad avanzada: utilizar el clometiazol.

Ansiedad

Estimular la actividad diaria, rodear de un ambiente agradable. Benzodiazepinas. Si hay náusea y vómitos: neurolépticos. Si hay síntomas somáticos: beta-bloqueantes.

Depresión

Mantener una buena relación, oportunidad de hablar de su enfermedad, ansiedades, miedo, temores... Dx. diferencial: AVC, insuficiencia cardiaca demencia, trast. tiroideos... Medidas farmacológicas: antidepresivos

Hipo

Procurar entorno tranquilo, sobre todo en las comidas. Causa periférica: metoclopramida. Causa central: clorpromacina.

Estado confusional agudo

Procurar alejar objetos que puedieran causar daños. Colocar sujecciones si precisa.

Mantenerle orientado.

Revisar pauta farmacológica.
Haloperidol dosis ↓
Alucinaciones:
anticonvulsionantes.
Efecto sedativo:
clorpromacina.

MEDIDAS GENERALES

contemplar en todos los casos y a desarrollar por el equipo de enfermería de la clínica donde se encuentre el paciente.

1. HIGIENE:

☐ Aseo y baño:

- Encontrar el momento en el que el paciente se encuentre más fuerte o más animado para ser aseado.
- Respetar su intimidad.
- Adecuar la temperatura del baño.
- Ayudar o realizar la limpieza y cuidado de la piel, el cabello, las uñas y la higiene bucal.
- Realizar estas actividades con cuidado y sin prisas.
- Debemos fomentar que el paciente realice la mayor parte del trabajo si él puede.

☐ Cuidados de la piel:

- Procurar que esté siempre limpio, así como su ropa y la de la cama.
- Aprovechar el momento del baño para comprobar el estado de la piel.
- Prevenir acumulación de secreciones y excreciones: secar correctamente después del baño y aplicar polvos talco en pliegues cutáneos y región genital.
- Evitar infecciones.
- Estimular la circulación sanguínea y aplicar cremas hidratantes en caso de sequedad de la piel.
- Curas paliativas de las úlceras cancerosas o malignas.
- Prevención y curas de úlceras por presión.

□ Cuidados de la boca:

Boca seca:

Si el paciente tiene un buen estado de conciencia:

- Beber líquidos fríos.
- Tomar caramelos sin azúcar.
- Comer piña natural sin azúcar.
- Hacer enjuagues con manzanilla (desinfecta) con limón (provoca salivación).
- Saliva artificial.

Si el paciente presenta disminución del nivel de conciencia y/o deglución:

- Glicerina mentolada con limón.
- Enjuagues con manzanilla.
- Saliva artificial.

Boca sucia:

- Bicarbonato.
- Manzanilla.
- Glicerina con esencia.
- Higiene con cepillo de dientes.

Boca sangrante:

Toques con suspension de sucralfato.

Dolor:

- Toques con lidocaina 1 % antes de las comidas.
- Enjuagues con SG 5 % 25 cc + 1 amp. de Nolotil + 1 amp. de Scandicain (neoplasias de cabeza y cuello).

Halitosis por infección:

- Tratamiento tópico con Micostatin (Dejar la protesis dental con Micostatin).
- Enjuagues con povidona yodada 7,5 % (1/2 cucharada + 10 cc aigua).
- Lavados con antiséptico (clorhexidina).

2. ACTIVIDAD.

La actividad física es fundamental e imprescindible dentro de las posibilidades de cada paciente. El ejercicio físico nos ayuda a despejar los pensamientos de miedo, angustia..., disminuye el estrés, hace el tiempo más ameno y satisfactorio, disminuye el insomnio...

Actividades:

- a) Si puede moverse por sí solo habrá que animarle a que ande y haga las actividades físicas que pueda dentro de sus posibilidades (sin valentías). Nosotros ofreceremos nuestra disponibilidad para ayudarle cuando lo
- b) Si hay incapacidad para realizar alguna actividad física, valoraremos:
 - Si con ayuda de aparatos (andador, silla de ruedas...) puede realizarla. En este caso se le proporcionarán y se le estimulará a utilizarlos.
 - Si necesita ayuda de una segunda persona, procuraremos que dicha ayuda sea proporcionada con suavidad, despacio, transmitiendo firmeza y seguridad.
- c) Valorar la indicación de una consulta al fisioterapeuta para considerar la realización de tablas de ejercicios que ayuden a mantener el nivel de autonomía.
- d) Si el paciente está inmovilizado:
 - Evitaremos pliegues y arrugas en las sábanas.

- Daremos los cambios posturales pertinentes.
- Dejaremos a mano sus efectos personales.

REPOSO Y SUEÑO.

Actividades:

- Proporcionar un entorno cómodo y relajado: evitar ruidos, que la habitación tenga la luz, aire y temperatura adecuadas. Procurar habitaciones individuales.
- Administración correcta de la medicación.
 Los hipnóticos deben administrarse una vez el paciente esté en la cama.
- Evitar que se sienta solo: sentarse a su lado, cogerle la mano, hablar, comunicarnos con él, transmitir cariño y confianza.
- Alimentación adecuada, caliente, sin sobrecargas a la hora de la cena.

OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE.

Estimular al paciente a ocupar el tiempo libre en lo que más le agrade: tomar el sol, salir a pasear, leer y escribir, ver televisión, oir música, recibir visitas (sin aglomeraciones), permitir que salga de algunas normas (p. e: fumar un cigarro, comer un pastel...).

3. ALIMENTACIÓN.

Nunca obligaremos a comer. Cuando hablamos con la familia y los cuidadores hay que dar un consejo: «Cuando quiera y cuanto quiera».

CONTROL DE SÍNTOMAS

La primera detección la realizará enfermería pero el tratamiento será combinado.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Anorexia.

Cuidados de enfermería:

- a) Comida:
 - Presentación y cantidad. Aconsejaremos presentaciones que apetezcan. No presentaremos un plato sin haber retirado el anterior y nunca serviremos o recogeremos con prisas. Si fuese posible, sorprenderle con algo agradable y diferente de vez en cuando. Servir la comida en platos pequeños con poca cantidad (más repartida durante el día).

- Frecuencia: insinuar si le apetece algo y si no, no se le forzará.
- Lugar o posición: preferiblemente en el comedor. Si lo hace en la habitación procurar que esté acompañado. Si está encamado incorporar el cabezal despacio.
- Dieta adaptada a cada situación.
- b) Líquidos: ofrecer bebidas frecuentemente.
- c) Medicación: administrarla correctamente.
- d) Desdramatizar la inapetencia.

La Sonda nasogástrica. en la mayoría de los casos está contraindicada porque en fase terminal el fin de la alimentación es aportar confort, y no tanto el responder a las exigencias nutricionales.

 e) Cuidados de la boca. Tratar si presenta sequedad, úlceras...

Tratamiento médico:

- Corticoides a dosis bajas.
- Amitriptilina (sobre todo si hay componente ansioso o depresivo).
- Acetato de megestrol: se han obtenido excelentes resultados ya que incluso ha mejorado la calidad de vida de los pacientes.

Náuseas y vómitos.

Cuidados de enfermería:

- Confirmar que el paciente realmente está vomitando.
- Comprobar si el paciente lleva más de 4 ó 5 días sin defecar.

Tratamiento médico:

Revisar las drogas con capacidad emetizante. Comprobar si se ha modificado el tratamiento.

Valorar si existe hipercalcemia.

Vómitos secundarios a estreñimiento.	Laxantes.
Vómitos secundarios a opioides.	Haloperidol ®. Clorpromazina (Largactil ®).
Vómitos secundarios a salicilatos.	Antiácidos. Aspirina soluble. Ranitidina.

Vómitos secundarios a provocados por la tos.	Antitusivos. Evitar mucolíticos irritantes.
Vómitos secundarios a hipertensión intracraneal.	Corticoesteroides. Radioterapia.
Vómitos secundarios a hipercalcemia	Haloperidol. Tratamiento etiológico.
Vómitos secundarios a radioterapia/ quimioterapia	Haloperidol. Metoclopramida (Primperan ®). Corticoesteroides.
Vómitos secundarios a psicógenos	Ansiolíticos.
Adecuación de la dieta	PARTITION OF

El tratamiento del vómito es más efectivo cuando se instaura profilácticamente.

A veces es necesario administrar la primera dosis del antiemético por vía parenteral para romper el círculo vicioso.

Estreñimiento:

Es uno de los síntomas más frecuentes.

Cuidados de enfermería:

- Dieta rica en fibras.
- Líquidos abundantes y frecuentes.
- Control de la evacuación: no dejar pasar más de tres días sin evacuar. Valorar hábitos anteriores del paciente.
- Movilización: a los pacientes encamados se les puede dar pequeños masajes circulares en el abdomen, o enseñarles a realizar ejercicios de contracción y relajación de la musculatura abdominal...
- Enemas: si las medidas anteriores no son efectivas. Contraindicados en fase pre-agónica, agónica o sedado.
- Extracción manual: sólo si fallan los enemas.

Tratamiento médico:

 Laxantes senósidos (12 a 72 mg/día) y/o lactulosa (20 a 90 cc/día).

No dejar de administrarlos aunque la defecación esté controlada, excepto si hay descompresión diarreica.

Diarrea.

Cuidados de enfermería:

- Dieta astringente.
- Higiene adecuada (para evitar irritaciones).
- Incontinencia: ropa protectora (pañales, salvacamas...).

Tratamiento médico:

Loperamida (1 c. después de cada deposi-

Incontinencia urinaria.

Cuidados de enfermería:

Valorar la frecuencia, cantidad, color y olor de la micción.

Problemas que nos podemos encontrar:

- Anuria: se observa, sobre todo, en la pre-agonía, agonía y sedación. En estos casos hay un fracaso de los órganos, incluidos los riñones, por lo que no hay producción de orina.
- Retención: el paciente no puede orinar a pesar de tener ganas. Puede ser debida al propio cáncer, estreñimiento, tratamiento, infección y debilidad. Tratamiento: sondaje vesical.
- Incontinencia: debida al cáncer, infección, diuréticos... Utilizar ropa protectora (pañales, salvacamas...).
- Espasmo de la vejiga: aparición de dolor intenso suprapúbico de carácter discontinuo. Debido al cáncer, al tratamiento o al estreñimiento.

CUIDADOS DEL DOLOR

Cuidados de enfermería:

Valoración del paciente a realizar por enfermería:

- Observación al paciente como un todo no sólo en lo que le molesta o duele. Podemos valorar su tristeza, la posición y expresión corporal, la tensión o la relación.
- El tacto nos proporciona información sobre la temperatura corporal, la respuesta de la piel y permite las manifestaciones de afecto y apoyo.
- El olfato nos permite percibir situaciones que incomodan al paciente tales como presencias de orina y/o heces. Olores producidos por procesos infecciosos, nivel de higiene y aseo personal.
- La escucha atenta del paciente nos permite discriminar y percibir la intensidad del malestar y

- el dolor. Su tono de voz nos orienta sobre su estado de ánimo y nos ayuda a dar una respuesta adecuada en sintonía con la que pueda demandarnos el paciente.
- La conducta del paciente es otra fuente de información fundamental a la hora de planificar los cuidados. La observación de su interacción, sueño y vigilia.
- Todos los males andan de noche, y ésta se convierte en un interminable desfile de sensaciones desagradables y no pueden o no quieren quedarse dormidos y no despertar al día siguiente. Conocer y adelantarse a la demanda de los pacientes por la noche es una demostración de la disponibilidad de los profesionales de enfermería y producen la sensación de seguridad en ellos y sus familiares.

Actividades:

- Informar al paciente.
- Aflojar vendajes.
- Cama limpia y estirada.
- Evitar estímulos dolorosos.
- Mantener una relación de ayuda adecuada.
- Administración de analgésicos u otros tratamientos médicos.
- Procedimientos contra el dolor:
 - Distracción: es más eficaz al inicio del dolor. No debe cansar.
 - Relajación: respiración o contracción-relajación de grupos musculares.
 - Creación de imágenes dirigidas o ilusiones: describir el dolor con imágenes y contrarrestarlas,
 - Estimulación cutánea: masajes, calor o frío, estimulación lateral.

Tratamiento médico:

El tratamiento farmacológico es imprescindible y el pilar en el control del dolor.

1. Dolor leve. Analgésicos no opiáceos.

Al contrario de lo que ocurre con la combinación con analgésicos opiáceos, cuya asociación produce analgesia aditiva, la combinación entre dos o más analgésicos no opiáceos no reporta ningún beneficio, por lo que no está recomendado.

Recomendamos utilizar uno de los siguientes:

- Ácido acetilsalicílico:
 - Inhibición de la síntesis de prostaglandinas.
 - Vida media: 3 a 6 h.

- Muy efectiva en dolores óseos.
- Efectos secundarios: irritación gástrica, dolor epigástrico, hipoacusia, prurito.
- Dosis: 500-1.000 mg. c/4 6 horas.

Paracetamol:

- No tiene actividad antiinflamatoria.
- Vida media: 3 a 4 h.
- Dosis máxima: 500-1.000 mg. c/4 6 horas.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):
 Diclofenaco (Diclofenaco ®, Voltaren ®).

2. Dolor moderado. Opiáceos débiles:

- Codeína (Codeisan ®):
 - Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, mareos.
 - Dosis máxima: 60 mg. c/4 horas.
- Dihidrocodeína (Contugesic ®):
 - Efectos secundarios: ídem que codeína.
 - Dosis habitual: 30-120 mg. c/4 6 horas.

3. Dolor severo. Opiáceos fuertes:

• Morfina:

- Efectos secundarios: estreñimiento, boca seca, náuseas, vómitos, astenia, sudoración, confusión con obnubilación.
- Vida media: 4 horas vía oral (excepto la de liberación continua que es de 12 horas = MST continus ®), rectal y parenteral (en dosis equivalentes al 50 % de la vía oral).
- No se puede machacar.
- Dosis media: de 120 a 240 mg. No existe dosis máxima.
- Una vez esté controlado el dolor, si el paciente presenta síntomas de toxicidad, bajar la dosis de un 30-50 %.

4. Coadyuvantes:

Son los fármacos que asociados a los analgésicos opiáceos y no opiáceos, permiten controlar síntomas asociados al dolor, potenciar el efecto analgésico o controlar los efectos secundarios.

Corticoides:

 Aumentan la sensación de bienestar y de tener más fuerza. Como analgésico: en el aumento de la presión intracraneal, en la compresión nerviosa, en la

- compresión medular, en grandes masas tumorales.
- Efectos secundarios: úlcera péptica, mayor susceptibilidad a la infección, alteraciones de la conducta, osteoporosis, insomnio (no dar por la noche), candidiasis oral, etc.
- Se recomienda «dexametasona» (Prednisona ® o Dacortin ®) a dosis de 4 mg. cada 4 ó 6 horas.
- Antidepresivos, anticonvulsionantes y fenotiazinas.
 - Antidepresivos: está indicado en casos de: depresión, mayor incidencia de síntomas por la noche, enuresis nocturna, dolor disestésico superficial, neuralgia postherpética, dolor por tenesmo vesical, dolor por tenesmo rectal...

Se recomiendan los menos selectivos como «amitriptilina» (Tryptizol ®), «imipramina» (Tofranil ®) o «clomipramina» (Anafranil ®). Se utilizan dosis bajas y administradas en dosis única nocturna para facilitar el descanso.

- Neurolépticos: son útiles como antieméticos y sedantes. Se utiliza el Haloperidol ® por vía oral a dosis de 1-4 mg. cada 8-12 h.
- Benzodiacepinas: se utilizan en cuadros de ansiedad.
- Antiepilépticos: pueden ser útiles en cuadros dolorosos de origen neuropático. El más utilizado es la «carbamazepina» (Tegretol ®) a dosis iniciales de 100 mg./día que deberá incrementarse progresivamente hasta 600-800 mg./día, siempre que los efectos secundarios lo permitan.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Disnea.

Cuidados de enfermería:

- Procurar un ambiente tranquilo para el paciente.
- Entorno libre de humos...
- Cama cerca de una ventana...
- Valorar situaciones que puedan ser fuente de ansiedad para el paciente.

Tratamiento médico:

- ☐ Tratamiento etiológico, cuando exista una causa que pueda ser reversible (infección, anemia, derrame, fallo cardíaco, etc.).
 - Si la etiología es la ansiedad:
 - Ansiolíticos.
 - Morfina: para controlar la disnea generalmente se requieren dosis más bajas que para controlar el dolor (por lo menos al principio). Si el paciente no tiene pauta previa de morfina, se iniciará con cloruro mórfico 5 mg./4 horas. Si ya la tiene pautada y la disnea es un cuadro nuevo que se presenta, la dosis se aumentará 30-50 %.
 - Oxígeno: limitado a casos de disnea agu-

· Tos.

Cuidados de enfermería:

 Medidas generales: fisioterapia respiratoria, clapping...

Tratamiento médico:

- Tratamiento sintomático: antitusígenos centrales (codeína y morfina) y si la tos es húmeda, puede añadirse un mucolítico expectorante.

Hipo.

Cuidados de enfermería:

- Procurar un entorno tranquilo, sobretodo en las comidas.

Tratamiento médico:

- Si la causa es periférica, utilizamos la metoclopramida (Primperan ®).
- Si la causa es central, utilizamos clorpromacina (Largactil ®). En algunos casos en los que existe tumoración a nivel central es necesario emplear un antiepiléptico como el valproato sódico.

Estertores premortem.

Tratamiento médico:

Los fármacos de elección son:

- Escopolamina ® (Bromuro de hioscina): 0'5-1 mg./6-8 horas. Vía subcutánea.
- Buscapina ® (N-butilbromuro de hioscina): 20 mg./6-8 horas. Vía subcutánea.

Su efecto fundamental es que inhiben las secreciones en nariz, boca, faringe y bronquios. Resulta más eficaz si se utilizan de forma preventiva.

SÍNTOMAS PSÍQUICOS

Insomnio.

Cuidados de enfermería:

 Medidas generales: estimular la actividad diaria, rodear de un ambiente agradable... (descritos en cuidados habituales).

Tratamiento médico:

— Medidas farmacológicas:

Benzodiacepinas: si interesa la acción rápida, sostenida y no residual utilizaremos «triazolam» (Halción ® → 0,125 mg./noche) o Midazolam (Dormicum: 7,5-1,5 mg/24 h), pero si interesa una acción residual escogeremos Lorazepam (Orfidal: 1-2 mg/24h) ® o Nitrazepan Prodes $\mathbb{R} \to 5\text{-}10 \text{ mg./noche}$) o «flunitrazepan» (Rohipnol $\mathbb{R} \to 2$ mg./noche).

☐ En pacientes de edad avanzada y confusos podemos utilizar el «clometiazol» (Distraneurine $\mathbb{R} \to 1-2$ cap./noche).

Ansiedad.

Cuidados de enfermería:

- Medidas generales: estimular la actividad diaria, rodear de un ambiente agradable... (descritos en cuidados habituales).

Tratamiento médico:

- Benzodiacepinas: Diazepam ® (desde 2-5 mg. a 40-60 mg.) y «lorazepam» (Orfidal ® → desde 1-4 mg, a 10 mg.).
- Si hay náusea y vómitos: neurolépticos (Haloperidol ®, Largactil ®).
- Si hay insomnio: benzodiacepinas de acción corta («midazolam» = Dormicum ®).
- Si hay síntomas somáticos: beta-bloqueantes («propranolol» = Sumial ®).

Depresión.

Cuidados de enfermería:

 Medidas generales: buena relación del equipo con el paciente, oportunidad de hablar de su enfermedad, sus ansiedades, sus miedos, sus temores.

Tratamiento médico:

Diagnóstico diferencial:

- AVC, insuficiencia cardíaca congestiva.
- Demencia subcortical y post-infarto cerebral, tumor cerebral, infecciones, trastornos metabólicos.
- Trastornos tiroideos o paratiroideos.
- Diálisis o insuficiencia renal crónica.
- Deficiencias vitamínicas.
- Síndrome convulsivo.

Medidas farmacológicas:

- Antidepresivos tricíclicos (ADT): Amitriptilina ® (5-75 mg. por noche).

Estado confusional agudo (delirium).

Cuidados de enfermería:

- Procurar alejar objetos que pudieran causar daño al paciente.
- Colocar sujecciones si fuera preciso.
- Mantener orientado al paciente: en día, hora...

Consideraciones generales: Incluso ante pacientes inconscientes, puede mantenerse la percepción de la presencia física de otras personas y mantenerse cierta sensibilidad táctil y acústica. Es importante mantener en estos casos la privacidad, manejar delicadamente a estos pacientes, respetar su dignidad e incluso informarles si llega alguien o se les va a hacer algo, porque así se contribuye a una mayor serenidad.

Tratamiento farmacológico:

- Revisar la pauta farmacológica para comprobar que no esté causado por fármacos (anticolinérgicos...).
- Haloperidol ®: 5 mg./noche hasta 10-20 mg. En el anciano iniciar y mantener dosis más
- Si hay alucinaciones y/o ideaciones paranoides asociadas a tumor cerebral: anticonvul-
- Si requiere efecto sedativo: «clorpromazina» (Largactil ® → 10-25 mg. cada 6 horas hasta 150 mg.). Deberá permanecer en cama por riesgo de hipotensión postural.

Una experiencia de relación de ayuda a 100 familias rurales

ELISA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ



La ancianidad es parte de la vida.

🗻 resentamos este capítulo, que nos ha remitido Elisa Rodríguez Rodríguez - D. U. E. por la Escuela Universitaria de la Universidad de Vigo-, como una aportación original desde el ámbito de la enfermería en un campo como el mundo rural gallego.

omo bien dice la autora «a los profesionales de enfermería se nos ha preparado para diagnosticar y combatir la enfermedad, y en años más recientes para identificar las causas predisponentes de la misma... pero la formación académica se ha orientado hacia técnicas y maniobras de gran complejidad, que si bien son muy necesarias, han hecho olvidar las cualidades de cada profesional y el entrenamiento adecuado en el abordaje de los aspectos psicoemocionales».

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

i finalidad en el presente trabajo de investigación es transmitir que la esencia en la ciencia de enfermería del cuidado del anciano reside en conocerle, comprenderle, avudarle a ejecutar los actos de la vida diaria v, a través de ellos y de la medicación, hacerle mejorar, o que sufra menos. La sensibilidad a la hora de atender sus necesidades les ayuda a disfrutar de su edad y fomenta en ellos el sentimiento de ser miembros útiles de la sociedad, frente a la sensación de ser una carga para los demás. En un principio esto generaba cierta suspicacia en las personas visitadas, pues referían: «si a los viejos nadie nos quiere ¿por qué tú vas a querer hacerlo de una manera tan desinteresada persiguiendo sólo nuestro bienestar?», pero, poco a poco, la suspicacia daba cabida a una entrega desmesurada.

OBJETIVOS

anifestar las dificultades que en la vida cotidiana nos encontramos en las relaciones interpersonales y verificar que somos capaces de sobrepasar los medios técnicos actuales aportando unos cuidados enfermeros integrales de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

ediante entrevistas concertadas y visitas programadas a 100 hogares rurales distribuidos en 8 aldeas ourensanas, dos de ellas con tres vecinos, (edades entre 60 - 93 años) y en un período de tiempo de 17 meses, empleando métodos libres de actuación, cuyo único fin es orientativo frente a las dificultades encontradas para intentar proporcionar soluciones posibles a todas ellas.

RESULTADOS

otalmente satisfactorios tanto respecto a la labor enfer-I mera, como a la respuesta en las tareas asesoradas, siendo en el momento del estudio motivo de orgullo profesional al poder comprobar la independencia que se puede esperar en personas de ciertas características (nivel cultural bajo, problemas de relación en la comunicación, escasez de recursos, falta de apoyo familiar...).

DISCUSIÓN

espués de muchas reflexiones he llegado a plantearme ¿es qué ser mayor es motivo de tristeza?, yo pienso que todo lo contrario, es alegría, plenitud, sabiduría fruto de los años de experiencia vividos, pero claro, lo que aún no entiendo es ¿por qué muchos mayores no tienen una vivienda digna?, ¿por qué hoy que está tan de moda la palabra solidaridad, no se potencia el voluntariado para los mayores? ¿Será porque no son rentables, ni para el Gobierno, ni para la sociedad y, en muchas ocasiones, para la propia familia, fruto de esta sociedad tan individualista, capitalista donde se rinde culto a lo joven y se valora lo que tienes, no lo que eres?

Una de las razones para llevar a cabo la investigación de enfermería, es que las enfermeras sostenemos que esta es una profesión y una ciencia, para ser una ciencia, debemos

hacer el trabajo de investigación y de desarrollo teórico, la práctica de enfermería necesita ser investigada, basarse en teorías y, con un conjunto de datos continuos sobre los diagnósticos, las intervenciones y los resultados, llegaremos a ser capaces de determinar la calidad y el coste de los Servicios de salud enfermeros.



¿Es que ser mayor es motivo de tristeza?

CONCLUSIONES

s importante integrar la relación de ayuda en el rol propio de enfermería como herramienta necesaria en la relación interpersonal, para lograr procesos dinámicos de ayuda en la solución de problemas, alcanzando un nivel satisfactorio de bienestar, autonomía, autogestión y autodeterminación por parte del paciente.

Mi conclusión personal después de esta experiencia tan humana y enriquecedora es que experimenté el sentimiento de todo lo maravilloso que hay en el ser humano y, la ancianidad es parte de la vida, ellos a través del aprendizaje que da la vida, el cúmulo de experiencias vividas, la adquisición de grandes dosis de humildad y sencillez han crecido en edad y sabiduría.

Los niños, los jóvenes y los no tan jóvenes tendrían que saber que sus corazones podrían cambiar el rostro de muchos mayores, todo ser humano necesita amor, pero esta necesidad es más apremiante en los años en que el afecto es imprescindible para vivir, los mayores no buscan tanto la comodidad sino la compañía comprensión y cariño, ellos espiritual y moralmente nos pueden dar mucho y no podemos desperdiciar su valía intelectual, tenemos que valorar la vida que han gastado sirviendo, haciendo caminos y aprovechar esas vivencias de humanidad y cultura que pueden aportarnos a las generaciones venideras.

PALABRAS CLAVE:

omunicación, cuidado enfermero, relación de ayuda, familias rurales.

xperiencias como ésta señalan un camino por el que avanzar en el encuentro con el hombre enfermo, en cualquiera de sus circunstancias, en todo cuanto significa el cuidado.

INTRODUCCIÓN

ucha gente pequeña haciendo muchas cosas pequeñas en muchos lugares pequeños, está cambiando el mundo». J. M. R. Director PROYDE. La experiencia que a continuación voy a exponer, tiene mucho que ver con la del autor del párrafo; soy consciente de lo importantes que son las acciones en equipos interdisciplinares cuando el fin a perseguir es unánime, pero cuando es imposible hacerlo así, pienso que, «mucha gente pequeña...»

Como persona inquieta y con cierta fibra sensible me niego a que las relaciones interpersonales sean frías, distantes y carentes de ese halo humanizador que nos caracteriza a las «personas»; creo firmemente en un mundo lleno de recursos, lo único que hace falta es darle ese empuje para que puedan ser distribuidos equitativamente.

En el presente caso, me asesoré durante bastante tiempo sobre las necesidades percibidas en hogares rurales gallegos (sobre todo del interior), donde los accesos a alguno de ellos hoy día aún son impensables para los que lo tienen todo y no quieren ver más allá de lo que les interesa, donde la relación e intercomunicación suponen una necesidad vital para la propia subsistencia incluso más fuerte que la de la propia índole familiar, pues algunas aldeas se componen de dos o tres vecinos y, del enorme grado de «aislamiento» que provoca en la vejez, la soledad y desprotección física y afectiva; ello requiere de mí una preparación exhaustiva, porque mi experiencia cuidadora siempre estuvo en torno al ámbito hospitalario donde estás arropada de todos los medios humanos y técnicos, para pasar a contar sólo con mis habilidades, conocimientos y disponibilidad.

Claro que, prodigar «cuidados integrales» es una expresión muy comprometida, implica involucrarse mucho, estar al día en la innovación del marketing y, disponer de una serie de recursos materiales aparte de la buena disponibilidad, que si bien no son estrictamente esenciales, sí necesarios para poder desenvolverse en esta sociedad tan materialista, donde continuamente nos están bombardeando con eslóganes publicistas llenos de consumismo para poder obtener ciertas cotas de felicidad.

Mi finalidad es transmitir con el presente estudio que la esencia en la ciencia de enfermería del cuidado del anciano reside en conocerle, comprenderle, ayudarle a ejecutar los actos de la vida diaria y, a través de ellos y de la medicación, hacerle mejorar, o que sufra menos. La sensibilidad a la hora de atender sus necesidades les ayuda a disfrutar de su edad y fomenta en ellos el sentimiento de ser miembros útiles de la sociedad, frente a la sensación de ser una carga para los demás. En un principio generaba cierta suspicacia, referían ellas: «si a los viejos nadie nos quiere ¿por qué tú vas a querer hacerlo de una manera tan desinteresada persiguiendo sólo nuestro bienestar?», pero, poco a poco, la suspicacia daba cabida a una entrega desmesurada.

Considero que la base de una buena comunicación, la constituye el arte y la ciencia de saber hablar, pero sobre todo, de saber escuchar; para Rogers, «escuchar equivale a percibir, no sólo las palabras, sino también los pensamientos, el estado de ánimo, el significado personal e incluso el más oculto e inconsciente del mensaje que nos es transmitido por el interlocutor».

«Si a los viejos nadie nos quiere ¿por qué tú vas a querer hacerlo de una manera tan desinteresada persiguiendo sólo nuestro bienestar?»

A los profesionales sanitarios se nos ha preparado para diagnosticar y combatir la enfermedad y, en años más recientes para identificar las causas predisponentes de las mismas y tratar de instaurar medidas preventivas; los profesionales de enfermería, hemos sido siempre los confidentes en los momentos más íntimos de los pacientes, somos testigos de su evolución hasta el último momento, pero la formación académica se ha orientado hacia técnicas y maniobras de gran complejidad, que si bien son muy necesarias, han hecho olvidar las cualidades personales de cada profesional y el entrenamiento adecuado en el abordaje de los aspectos psicoemocionales.

El voluntariado como persona tiene valores, capacidades, actitudes y aptitudes que hemos de potenciar o intentar cambiar para que nuestra tarea sea lo más acorde posible con la realidad; en una sociedad como la actual, en la que lo que impera es el individualismo, el tener, el alcanzar más que el otro, aparecen personas diferentes dispuestas a compartir su tiempo, su saber, todo lo que tienen con otros más desfavorecidos, las motivaciones son varias, se van conjugando distintos factores que harán que nos involucremos o no, que participemos o nos quedemos como simples espectadores. Es un aprendizaje continuo y maravilloso que se va trasladando a otros niveles de nuestra vida, vale la pena comenzar este camino con ganas de que el cambio se produzca en nosotros

OBJETIVOS

Mostrar a los sanitarios y a la población en general que sobrepasados los medios técnicos actuales, aún se pueden hacer muchas e importantes cosas que mejoran la calidad de vida.

Manifestar las dificultades que en la vida cotidiana nos encontramos en las relaciones interpersonales.

Aportar los beneficios que suponen para los usuarios unos cuidados enfermeros integrales de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Concertar entrevista con un párroco de aldea, quien me proporciona contactos con las familias que a continuación enumero y, al mismo tiempo les anuncia mi visita.
- Visitas programadas a 100 hogares rurales (oscilando las edades entre los 60 y 93 años), en los que la tónica común era la soledad, aislamiento de la vejez, ciertas minusvalías y, una enorme desinformación que aún los hacía más víctimas de su propio problema.
- Predisposición programada de 2 horas diarias de visita domiciliaria llevadas a cabo durante 17 meses (lunes a viernes de 17 a 19 horas) - reanudadas y evaluadas en posteriores seguimientos - para escuchar y enmarcar el problema encontrado- y a continuación estudiar la estrategia a seguir tanto a nivel individual como colectivo.
- Actitud dialogante y cuyo único afán es el de pretender hacerles ver que la única justificación era servirles de «ayuda», o al menos ser todo lo útil posible, al principio no fue muy fácil, pues vivimos en un mundo donde los «viejos» estorban, bien porque repiten siempre las mismas cosas, se vuelven torpes, demandan un tiempo de escucha..., pero con tesón y empatía me gané su cariño de tal forma que pasé de ser una extraña a su principal confidente y miembro familiar principal.
- Intentos de cooperación con otras personas voluntarias para poder disminuir ese índice de «soledad», provocado por la insatisfacción bio/psico/social/espiritual que en la inmensa mayoría he encontrado, pero que muy pocos estaban dispuestos a resolverlo si para ello tenía como implicación el abandono de su hábitat usual.
- Buscar ayudas económicas para poder resolver las deficiencias, que serían más gratas en su propio hogar, contando que el entorno les provoca notable confort y bienestar.
- Contactar con la Asistenta Social para que les tenga en cuenta a la hora de captarlos como sujetos susceptibles de su actividad, idea que le resulta muy interesante y, que aunque en esos momentos está saturada, sí busca la alternativa de una compañera voluntaria.
- Conocer, mediante las entrevistas telefónicas o de contacto personal, parte de su estructura familiar, edad, religión, educación, dificultades económicas, malestar físico y psicológico (insomnio, sentimientos de susto y culpa, cefaleas, nervios, dolores reumáticos...).

Actitud de enfermería respecto al usuario

Información y orientación sobre servicios sociales, sanitarios y atención psicológica.

- ¿Por qué las familias no solicitan ayuda?
 - ☐ Por falta de información, miedo, angustia depresión, sintomatología física...
- ¿Por qué han llegado a estos extremos de malestar sin haber pedido ayuda antes?
- ☐ Por disminución de la autoestima.
- ☐ Por trastornos de la imagen e identidad corporal.
- Porque no asocian su malestar con relaciones sociosanitarias.
- ☐ Por razones culturales.
- Por miedo o vergüenza de que las culpabilicen las demás, de no cumplir con su rol de «aguantar».
- ☐ Porque no han sabido a donde acudir.

Intervención sobre el problema encontrado en cada familia, abarcando aspectos emocionales, actitudes y reacciones como resultado de su historia personal, del nivel crónico de estrés al que han estado sometidos, a la oportunidad de prodigarle apoyos sociales de familiares o instituciones y a los factores socioculturales.

¿Cómo enfocar su enfrentamiento?

Todas las familias coinciden en haber hecho, sentido o pensado como respuesta a sus problemas o como consecuencia de ellos, abarcando acciones y reacciones de tipo cognoscitivo y emocional y, depende de la manera en que la persona valora el daño, las amenazas o los retos en diferentes circunstancias. Discuto con ellos las formas de hacer frente a los problemas y analizo ventajas y desventajas, propongo alternativas desconocidas por ellos para buscar estrategias y hacer frente a un reto común.

¿Cómo llevo a cabo esta orientación?

- De forma individual: para conocer mejor la magnitud del problema, el grado de afectación y analizar sus estrategias de enfrentamiento.
- En grupo:
 - ☐ Lugar: hogar familiar, iglesia...
 - ☐ Estilo: entrevistas individuales y método libre.
 - ☐ Tópico: Depende principalmente de la importancia relativa que tiene para la familia entrevistada.
 - Método de recopilación: Toma de notas y elaboración inmediata o en breve tiempo.

CIERRE DE LA SESIÓN: Siempre termino con connotaciones positivas, preguntas sobre si el tiempo empleado les pareció suficiente y como se sentían y sienten en el momento presente, al mismo tiempo me brindo dando el teléfono, como mi ofrecimiento de poder hacer algo más por ellos.

Lo que sí quiero que les quede claro desde un principio es que mi finalidad es orientativa con el fin de ayudarles a crear estrategias de enfrentamiento para solucionar sus problemas (les instruyo sobre la toma de T. A, control de glucemia, dietas equilibradas adecuadas según necesidades... y les aporto utensilios necesarios), siendo totalmente imparcial, eso sí, creándoles la inquietud de ser coherentes con sus decisiones y garantizar confidencialidad.

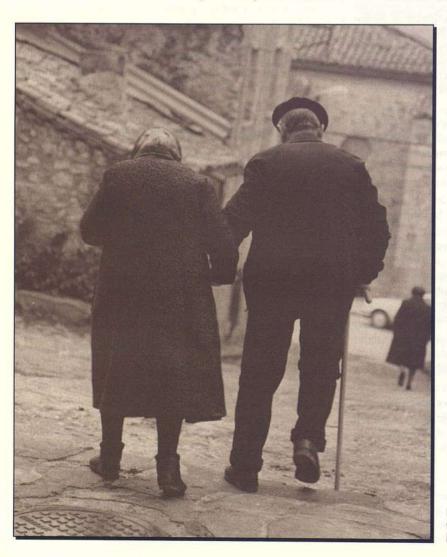
Al ser ambos conscientes (clientes y orientador) del objetivo de la situación, ellos están preparados para funcionar solos sin el apoyo del profesional, para ello finalizo la relación de una forma organizada y sistemática.

RESULTADOS

S e aprecian una serie de necesidades por parte del usuario:

Respecto a enfermería

- Comprensión empática: El cliente quiere que la enfermera entienda y reconozca aquello que siente y vive en una situación dada; por otro lado necesita que ésta le informe de lo que ha comprendido. Esto se traduce en la siguiente pregunta: ¿Cómo me sentiría o actuaría yo en esta situación si estuviera en su lugar?
- Respeto caluroso: La enfermera reconoce que el cliente es único en su forma de estar en el mundo y, que esta manera es digna de interés y merece reconocimiento y valoración por encima de todo.
- Inmediatez: Intento conseguir que el usuario note sus problemas más importantes en el presente, aunque él no los manifieste claramente.
- Autenticidad: Demostrar que soy digna de su confianza mediante una adecuada comunicación con ellos.



Los mayores no buscan tanto la comodidad sino la compañía, la comprensión y el cariño.

Respecto al ambiente sanitario más inmediato

 Quedan rastros hoy en día de actividades antiprofesionales y poco éticas, ya que se ha evidenciado en alguno de los sujetos de estudio (facturas de taxi...); sin embargo no dejan de ser meras excepciones que tienden a extinguirse.

Respecto a la hospitalización

- Esta situación nunca es deseada en el anciano, porque en general, tiene un gran apego a sus costumbres y, por supuesto, cualquier cambio, aunque sea necesario, supone una ruptura en su esquema de vida, además el HOSPI-TAL es un mundo desconocido, sinónimo de enfermedad, sino de MUERTE.
- La vivencia habitual, es de mínima atención o de pasividad que se asemeja a la ignorancia del grave problema que afecta al paciente, familia y a los propios profesionales. Tal es así, que no existen en los hospitales normalmente espacios destinados para acoger y escuchar a los familiares del enfermo, ni es habitual el análisis en grupo de las preocupaciones y tensiones generadas.

Análisis de los resultados

- ¿Cómo se han enfrentado al problema? Percibo gran demanda (en torno al 85 %) en todos los aspectos enumerados (sociosanitarios, psicológicos...).
- La experiencia fue totalmente positiva (queda una segunda parte para desarrollar ampliamente la experiencia de los porcentajes obtenidos, así como una evaluación objetiva de los mismos).
- Se sienten el 100 % optimistas y esperanzados de cara al futuro y, con vínculos profundos de relación entre ellos, ya que, fruto de la incomunicación, existían actitudes de rencor, malentendidos...
- Los contactos con la Asistenta Social ya empezaron a dar sus frutos, el 5% ya recibió ayudas para una vivienda digna, frente a las increíblemente insalubres de algunas de las de antes.
- La última sesión fue extensiva a todos los sujetos del estudio (100 familias). Nos reunimos en la Iglesia de una de las aldeas y su única súplica era que no les olvidara, que yo representaba para ellos el «ángel» que iluminó sus vidas, lo relato con palabras textuales, porque este acto me ilusionó mucho, hizo que la fibra sensible cada vez lo haga en mayor estadio.

Las familias realizan personalmente todas las técnicas de tratamiento y control asesorado y supervisado por el personal enfermero, puesto que, percibí en un principio total dependencia, siendo en el momento del estudio motivo de orgullo profesional al poder comprobar la independencia que se puede esperar en personas de ciertas

- características (nivel cultural bajo, escasez de recursos, falta de apoyo familiar...).
- Voy madurando de una forma inconsciente, olvidando ante todo mi subjetividad, acepto a los clientes más allá de su estado físico o emocional y me implico en una relación profunda sin perder dinamismo ni personalidad, esto me conduce a conocerme más, a la identificación de una serie de valores y reacciones; en definitiva a un mayor desarrollo personal y profesional.

¿Es qué ser mayor es motivo de tristeza?

DISCUSIÓN

espués de muchas reflexiones he llegado a plantearme ¿es qué ser mayor es motivo de tristeza?, yo pienso que todo lo contrario, es alegría, plenitud, sabiduría fruto de los años de experiencia vividos, pero claro, lo que aún no entiendo es ¿por qué muchos mayores no tienen una vivienda digna?, ¿por qué hoy que está tan de moda la palabra solidaridad, no se potencia el voluntariado para los mayores? ¿Será porque no son rentables, ni para el Gobierno, ni para la sociedad y, en muchas ocasiones, para la propia familia, fruto de esta sociedad tan individualista, capitalista donde se rinde culto a lo joven y se valora lo que tienes, no lo que eres?

Como persona comprometida en ayudar a los demás, la tecnología empleada es el tiempo y el espacio y las herramientas importantes lo constituyen la palabra y la escucha; escuchar es difícil e incómodo y su falta no es sólo fruto de mala voluntad o de debilidad moral, sino que existe una resistencia inconsciente de frente a un encuentro interpersonal; por lo tanto no basta tener sólo buena voluntad, hay que estar al día en cuanto a recursos, centros, actividades... que están al servicio de las personas necesitadas.

Es necesario conocer derechos, deberes, recursos y competencias; no se trata de cometer intrusismo profesional, ni de buscar una forma de empleo, es una labor de voluntariado y, como tal, debemos tener claro nuestro rol para que no existan confusiones que se presten a equívocos.

Tenemos que potenciar y cuidar la solidaridad, pues si se deja perder, tal vez nunca la recuperemos y es un lujo que en estos momentos no nos podemos permitir.

El camino es largo y difícil, sé que con la ayuda de un equipo multidisciplinar, se podría conseguir una labor más eficaz y mucho menos costosa; excuso decir que tanto en llamadas, desplazamiento y pequeñas ayudas económicas, el saldo ha resultado un tanto negativo, pero, desde luego muy congratulador.

E1

CONCLUSIONES

Después de esta experiencia tan laboriosa y al mismo tiempo tan reconfortante, considero que, nuestro campo de enfermería tiene recursos inagotables (gestión, investigación, planificación, formación), sólo tenemos que estar preparados para llevarlos a cabo; por lo cuál considero que:

- Una relación de ayuda es un vínculo entre la enfermera y el cliente que permite ser más eficaz en la ejecución del proceso de enfermería.
- Los acontecimientos del entorno capaces de provocar estrés son considerados importantes, pero mucho más lo es la capacidad de «resistencia psicológica o afrontamiento» del sujeto para adaptarse y responder a él, reduciendo sus efectos nocivos y perjudiciales.
- Cada familia quiere que la enfermera entienda y reconozca aquello que siente y vive en una situación dada
- Los enfermeros hemos constatado que nuestros usuarios piden fundamentalmente, ser acogidos, escuchados y comprendidos.
- Una de las razones para llevar a cabo la investigación de enfermería, es que las enfermeras sostenemos que esta es una profesión y una ciencia. Para ser una ciencia, debemos hacer el trabajo de investigación y de desarrollo teórico, la práctica de enfermería necesita ser investigada, basarse en teorías y, con un conjunto de datos continuos sobre los diagnósticos, las intervenciones y los resultados, llegaremos a ser capaces de determinar la calidad y el coste de los Servicios de salud enfermeros.

Es importante integrar la relación de ayuda en el rol propio de enfermería como herramienta necesaria en la relación interpersonal, para lograr procesos dinámicos de ayuda en la solución de problemas, alcanzando un nivel satisfactorio de bienestar, autonomía, autogestión y autodeterminación por parte del paciente.

Mi conclusión personal después de esta experiencia tan humana y enriquecedora es que experimenté el sentimiento de todo lo maravilloso que hay en el ser humano y, la ancianidad es parte de la vida, ellos a través del aprendizaje que da la vida, el cúmulo de experiencias vividas, la adquisición de grandes dosis de humildad y sencillez han crecido en edad y sabiduría.

■ Los niños, los jóvenes y los no tan jóvenes tendrían que saber que sus corazones podrían cambiar el rostro de muchos mayores, todo ser humano necesita amor, pero esta necesidad es más apremiante en los años en que el afecto es imprescindible para vivir, los mayores no buscan tanto la comodidad sino la compañía comprensión y cariño, ellos espiritual y moralmente nos pueden dar mucho y no podemos desperdiciar su valía

E O

La ancianidad es parte de la vida.

intelectual, tenemos que valorar la vida que han gastado sirviendo, haciendo caminos y aprovechar esas vivencias de humanidad y cultura que pueden aportarnos a las generaciones venideras.

BIBLIOGRAFÍA

Proyecto de Humanización en un centro de atención a minusválidos físicos, diciembre 1994. Martín Antúnez M. D. Catálogos de Tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, 1995.

Aspectos psicológicos del Paciente Crónico. Ponencia IV. Congreso de Enfermería Médico Quirúrgica. Alicante. Noviembre 1990. Luis Cibanal.

Máster para la Humanización de la Sanidad, Vicente Aguilar y Enrique de Francisco. Diario Médico, martes 15 de febrero de 2000.

Revista Rol de Enfermería, n.º 2, febrero 94.

Revista Rol de Enfermería, n.º 190, junio 94.

Revista Rol de Enfermería, n.º 201, mayo 95.

Revista Rol de Enfermería, n.º 206, octubre 95.

Revista Rol de Enfermería, n.º 239-240, julio/agosto 2000.

Revista Rol de Enfermería, n.º 241, septiembre 98.

Revista Rol de Enfermería, n.º 242, octubre 98.

Revista Nursing de Enfermería, julio/agosto 98.

Revista Metas de Enfermería, n.º 17, julio/agosto 99.

La relación Enfermera/paciente. Luis Cibanal/ M.ª Carmen Arce. Universidad de Alicante, 1991.

ALEMANY, C. Evaluación del entrenamiento en destrezas interpersonales del modelo Carkhuff. Tesis doc. Univ. Complutense. Madrid. 1984.

BANDLER, R., GRINDER, J. La estructura de la Magia. Cuatro vientos. Santiago (Chile) (1979).

EGAN, G. El laboratorio de relaciones interpersonales. Paidós. Buenos Aires, 1976.

Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en Enfermos Terminales «ICEPSS». Primera Edición, 1994.

Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano «ICEPSS». Primera Edición, 1995.

Tratado de Geriatría y Gerontología 2.ª Ed. D.L. Carnevali M. Patrick, 1998.

Manual de terapia relacional emotiva. Descleé de Brouwer, Bilbao, 1981.

Psicoterapia familiar Conjunta. La Prensa Médica Mejicana, México, 1989.

El miedo a la libertad. Paidós. Buenos Aires, 1981. Fromm, E.

«Hay muchisima vida en torno al momento de la muerte»

FINA VARNET



La vida es algo tan frágil que has de saber disfrutar de cada momento.

uando todos los medios informativos nos ofrecían su información y abundaban en la opinión acerca del «caso Miss B», nos sorprendía este pequeño artículo que, firmado por José Martí Gómez, situaba LA VANGUARDIA el día 26 de marzo pasado en sus páginas del suplemento «Vivir en Barcelona», y que titulaba con una frase sorprendentemente expresiva de su protagonista: «Fina Varnet: SE PUEDE MORIR EN PAZ Y FELIZ».

emos creído conveniente recoger en nuestras páginas este testimonio. Porque se trata de la experiencia personal de una profesional de enfermería con un bagaje de once años en un Programa de Atención Domiciliaria a Equipos de Soporte (PADES) y que «ya contabiliza su millar de muertes».

En el debate sobre el morir, la eutanasia, la distanasia, la muerte.

SE PUEDE MORIR EN PAZ Y FELIZ

LA ENFERMERA QUE AMA LA VIDA

rabajó en el Clínic de Barcelona once años, en L curas Intensivas. Desde 1991 es una de la enfermeras del Programa de Atención Domiciliaria a Equipos de Soporte (PADES), que atiende a enfermos geriátricos con patología descompensada, a enfermos crónicos y a terminales, aunque no le gusta esa palabra y prefiere decir «enfermos en proceso de muerte». Trabaja en un equipo multidisciplinar (médico, tres enfermeras y una asistente social) especializado en acompañar en el dolor, las terapias familiares, el control de síntomas, el soporte emocional... Es una tarea dura la de asistir a personas que ya sienten el soplo de la muerte cercana. Con Fina Varnet he querido acercarme a la muerte cogido de la mano de una enfermera que la ve cada día pasar ante sus ojos y que te explica -mientras te lleva por la senda del último viaje para contarte sus experiencias con las personas a las que ayudó a morir sin sufrir— que la vida es algo tan frágil que has de saber disfrutar de cada momento, por pequeño que sea, pues precisamente por ser tan frágil se le ha de dar mucho valor. Ella incluso ha desarrollado mucho el sentido del humor.

« La vejez es la última etapa de la vida», afirma Fina Varnet. Fue a partir de sus trabajos en geriatría cuando valoró la tarea de ayudar a morir, «acompañar a las personas desde que nacen hasta que mueren forma parte del rol de la enfermera. Es un aspecto importante de su trabajo».

Esta mujer de aspecto vital es crítica con el hábito de cuidar al enfermo como un objetivo puramente biomédico: curar. «la enfermería, impregnada de la tecnificación de la medicina, no debería olvidar nunca su misión de asistir al enfermo y, a partir de ese principio, no se ve como un fracaso el cuidado de las personas que va a morir».

Ella ya contabiliza su millar de muertes. Explica que siempre hay algunos a los que quiso más que a otros, pero asegura que los lleva a todos en su corazón. Y dice más. A algunos enfermos a los que ayudó a morir los relaciona con determinados momentos vitales de su propia vida, buenos o malos. «Acompañar a una persona en el proceso de morir equivale también a participar en el dolor de su

familia, y ese proceso, que definiría como de crisis vital, es psicológicamente muy enriquecedor».

Explica Fina Varnet con seguridad no exenta de emoción que hay «muchísima vida en torno al momento de una muerte». Está la historia personal del que se va, que, en parte, deja a su familia, «y viví esto durante un período de tiempo y en el domicilio del que va a morir te enriquece personalmente». Pausa. Una ratificación: «Sí. Se crea un vínculo tan fuerte que la relación de los miembros del equipo con la familia del que ha fallecido se prolonga por un tiempo».

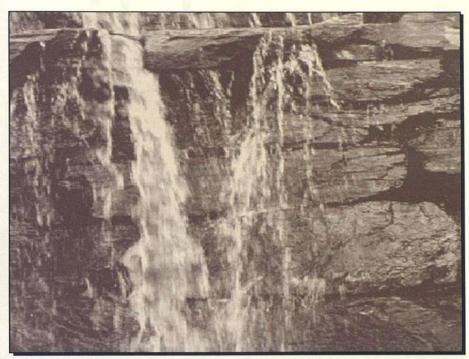
Trabajar en equipo, explica, hace que tus muertos sean también los muertos de los demás, «como tuyos son también sus muertos». La comunicación entre el equipo es gratificante y permite soportar sin muchos altibajos anímicos la dureza del trabajo. El equipo intercambia informes a primera hora de la mañana, en torno a una mesa ovalada con pastas y tazas de café. Es la reunión que ayuda a afrontar la jornada domiciliaria «con sentido de trascendencia».

No hay diferencia de género a la hora de morir. Tampoco influye en el modo de afrontar la muerte el nivel intelectual. ¿Las creencias religiosas? Hay más influencia de los valores éticos, espirituales, que se hayan mantenido a lo largo de la vida. En el ser humano que afronta la muerte confluyen factores cognitivos o racionales junto a otros emocionales o vitales. Y cada cual lo afronta a su manera. «Hay quien explicita mejor que va a morir, pero otros actúan en coherencia con la muerte, sin llegar a explicitarlo. Pero nadie muere sin saber que muere».

Unos y otros, dice esta enfermera que por estar en contacto con la muerte es una enamorada de las pequeñas cosas de la vida, cuando son conscientes de que van a morir en un plazo breve de tiempo «les cambia el chip,

Hay «muchísima vida en torno al momento de una muerte».

entran en un proceso complejo, tanto físico como psíquico». Es perceptible un proceso de maduración y de enriquecimiento espiritual. Paulatinamente, el mundo externo deja de interesarles. El enfermo se vuelve introvertido. Dice Fina Varnet que «incluso los niños que van a morir entran en ese proceso». Las enfermeras que están junto a enfermos terminales para que, con ayuda de los fármacos, mueran en paz y sin dolor, «porque el dolor es indignante, degrada a la persona», se alegran como ellos con las pequeñas cosas del día a día: que coma algo que le gusta, que aguante hasta ver nacer un nieto, que pueda realizar en buenas condiciones un último viaje al



Nadie muere sin saber que muere.

pueblo en el que nació... «Son tantas pequeñas cosas que vivimos como un éxito».

- Hay gente que sostiene que no hay nadie que muera en paz.
- No es cierto. Defiendo que no sólo se puede morir en paz, sino que también se puede morir feliz. «Me estoy muriendo y no me duele nada», he oído decir a muchos de los enfermos que he ayudado a morir.

Tampoco es cierto, afirma Fina Varnet, que el conocimiento del diagnóstico interfiera mucho en el programa global de la muerte. «Hay personas que conocen el diagnóstico pero lo niegan, porque para ellos lo importante es no querer saber que van a morir, y otras que te dicen con naturalidad que tienen un cáncer y les quedan sólo tres meses de vida». También están los casos de familiares que, cuando la enfermera llega al domicilio, la reciben diciéndole: «No le diga que tiene un cáncer terminal. Se lo hemos ocultado». Pero cuando enfermo y enfermera mantienen su primera conversación en la intimidad, son muchos quienes confiesan saber lo que les oculta su familia, que tienen un cáncer y van a morir,

aunque otros utilizan palabras simbólicas, «porque la palabra cáncer aún está estigmatizada, es tabú».

Confiesa Fina Varnet que ha llorado muchas veces al sentir como propio el dolor de los demás, que no necesita desconectar para superar la tensión del contacto con la

¿El contacto con moribundos endurece? Al contrario, te ayuda a crecer como persona.

muerte. «No me molesta, en absoluta, pensar en un enfermo o en su familia mientras paseo por la montaña. ¿Si el contacto con moribundos endurece? Al contrario, te ayuda a crecer como persona».

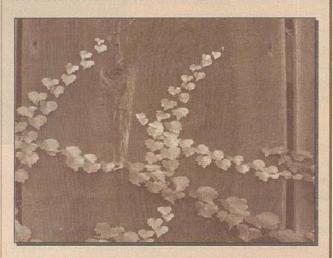
Muchas veces, en momentos en que se pregunta para qué sirve el trabajo que realiza, se responde que a ella y a la gente que trabaja con ella les gustaría, cuando les llegue el momento de morir, tener junto a su cama a profesionales que les ayuden a afrontar el final. La atención espiritual en el mundo de la asistencia sanitaria y hospitalaria siempre ha estado presente de diversas maneras debido especialmente a que en los momentos de sufrimiento y enfermedad la dimensión espiritual y religiosa de las personas se resienten y pasan a ocupar una situación relevante, sobre todo en lo referente a las preguntas, respuestas, significados, valoraciones y asunción de la propia realidad.

En la Iglesia y en una Institución como la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, esta dimensión espiritual y religiosa ha sido cuidadosamente tratada desde el propio fundador hace casi quinientos años. Sin embargo es necesario en el momento actual fundamentar de nuevo y resituar la atención espiritual dentro de un proyecto asistencial integrador. Sólo desde ahí contribuirá de forma eficaz y terapéutica a la salud de las personas enfermas.

E sta tarea resulta doblemente ardua cuando se trata de personas con trastornos psiquiátricos, con problemas de salud mental. Las confusiones que se producen, la poca preparación para atender estas problemáticas y la continua sospecha bajo la cual se ha tenido, y en ocasiones se sigue teniendo en los medios psiquiátricos, a todo lo que se refiera al campo espiritual y religioso hacen difícil avanzar en la adecuada implantación asistencial de esta dimensión.

Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, en coherencia con los principios y filosofía de la Orden de San Juan de Dios, ha querido afrontar este reto, a partir de los mismos criterios y metodología que se vienen utilizando para la elaboración de los modelos de atención y sus correspondientes planes funcionales, con el único fin de conseguir una asistencia de más calidad a los pacientes de la propia Institución.

Lue así como se constituyó una comisión interdisciplinar para elaborar el Modelo de Atención de las necesidades espirituales de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Durante un año ha trabajado esta comisión tratando de crear un marco suficiente y válido para la atención espiritual, el cual deberá concretarse posteriormente en las distintas Unidades a través del correspondiente Plan Funcional. El documento que ahora les presentamos consta de dos grandes partes: la primera se refiere a la fundamentación de la atención espiritual y religiosa, la psicogénesis de la experiencia religiosa, su vivencia sana y patológica así como una breve información de las religiones más importantes, debido a que en todo momento se tiene presente el criterio ecuménico de actuación. Esta primera parte es válida para cualquier tipo de pacientes con trastornos psiquiátricos, hospitalizados o insertos en recursos comunitarios.



La segunda parte va muy dirigida a los pacientes hospitalizados. Se refiere al abordaje de las necesidades espirituales: detección, diagnóstico, grupos, tipo de necesidades espirituales y servicios que hemos de ofrecer, a los pacientes, a las familias y a los propios profesionales.

Para nosotros la comisión que lo ha elaborado y poco a poco para toda la Institución está siendo un instrumento muy válido para ir integrando adecuadamente la atención de las necesidades espirituales. Todo ello desde la concienciación y la formación de los profesionales y también desde la asunción de los retos que supone para los propios agentes de la atención espiritual de la Institución. Un reto que hemos iniciado, que hemos de seguir poniendo en marcha no sólo en el área de hospitalización psiquiátrica, sino también en los centros de rehabilitación comunitaria y a partir de sus correspondientes modelos en las áreas de disminuidos psíquicos y sóciosanitaria.

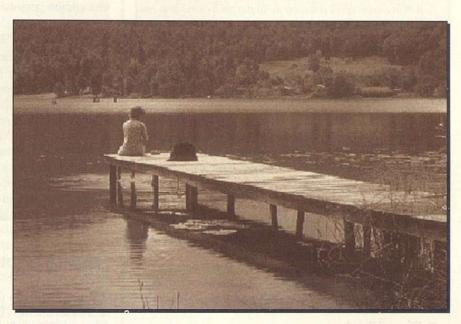
HNO. JESÚS ETAYO Servicio de Atención Espiritual

Modelo de atención de las necesidades espirituales en Salud Mental

Comité de Ética Asistencial de «Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental» de Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Equipo Interdisciplinar:

F. FERNÁNDEZ CARRILLO;
F. UBACH; I. AMO;
J.M. CANTOS;
G. SANTED; I. COTS;
M. SENZ; O. GONZÁLEZ;
R. DASÍ; M.ª C. MÁRQUEZ;
S. MAYORAL; J. ETAYO;
E. LOBO.



La dimensión espiritual abarca un espacio mayor que la dimensión religiosa.

INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

E xisten diversas e importantes razones para definir un modelo de atención espiritual.

- En primer lugar porque en nuestra entidad buscamos proporcionar una atención integral, y la salud se conforma en base al bienestar obtenido en un abanico de aspectos: físico, psíquico, social y espiritual, tal y como lo definimos en nuestro *Modelo institucional* aprobado en el año 1994: «La asistencia ha de dirigirse siempre al individuo singular en su globalidad. Esto quiere decir que es preciso atender sus necesidades tanto biológicas, como psicológicas, sociales y espirituales».
- También la *OMS*, en 1947, definió su concepción de salud como «Completo bienestar biopsicosocial, y no sólo la mera ausencia de enfermedad», contemplando la espiritualidad entre lo psicosocial.
- Además del deber que tenemos de contemplar la atención a las necesidades espirituales entre la atención a la salud, en nuestro entorno actual existe una diversidad notable, incrementada por el aumento de los movimientos migratorios que, en muchas ocasiones, nos coloca ante situaciones nuevas y desconocidas para nosotros. Por ello es importante retomar la *Ley general de sanidad* de 1986 donde se dice

que «Todos los ciudadanos tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por cuestiones de raza, sexo, moral, sociales, ideológicas, económicas, políticas o sindicales».

Así mismo, y como centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, nos identificamos con La Carta de Identidad, donde se recoge que:

«Hablar de atención integral implica atender y cuidar la dimensión espiritual de la persona como una realidad esencial y relacionada con las otras dimensiones del ser: biológica, psicológica y social. (...) La dimensión espiritual va más allá de lo estrictamente religioso, aunque también lo abarca. (...) Con las personas que sientan el don de la fe, podremos celebrar de una forma explícita este proceso: que la persona en crisis pueda ponerse en contacto con su dimensión de fe, si ésta existe, para que de ese encuentro surja una fuente de salud integral. (...) Deberá hacerse con toda sensibilidad y respeto, al ritmo que el paciente vaya marcando desde la libertad y el respeto hacia valores y creencias de las personas».

Para aplicar estos valores son necesarias unas actitudes de partida por parte de todos los profesionales:

- Capacidad de escucha.
- Respeto a la individualidad.
- Empatía.
- Disponibilidad.

Todas ellas son imprescindibles para atender de manera integral a nuestros usuarios.

¿QUÉ ES LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL?

Hace referencia a la intimidad, a lo invisible del hombre. Engloba:

- La respuesta sobre el sentido de la vida (sentido del amor, sentido de la felicidad, sentido de la muerte, sentido de la enfermedad y sentido del sufrimiento).
- Los valores más importantes que orientan nuestras opciones (nuestras acciones y también las relaciones).
- Las creencias de naturaleza filosófica y religiosa (incluida la relación y la apertura a Dios).

Se expresa en todas las personas y abarca todos los aspectos de la vida. Pertenece a la singularidad de cada persona y está en constante desarrollo.

En un sentido amplio, la espiritualidad es lo que da sentido y profundidad a la existencia.

Tanto las preguntas y respuestas sobre el sentido, como los valores y las creencias, han estado en la conciencia de los hombres desde los tiempos más remotos. Los pueblos y las culturas a lo largo de la historia han ido haciendo sus aportaciones enriqueciendo la dimensión espiritual del ser humano. En la incorporación de los valores tiene un componente importante la influencia y aprendizaje en la familia, la cultura y el entorno social, pero se entiende como un sistema maduro, cuando es una opción personal elegida desde la libertad.

En la relación con nuestros usuarios es importante descubrir la dimensión espiritual de nuestro interlocutor, pues ella determina su visión de la vida, de las realidades fundamentales y de las metas que pretende alcanzar.

La dimensión espiritual abarca un espacio mayor que la dimensión religiosa. Hay un elevado número de personas que no se adscriben a ninguna confesión ni visitan iglesias, mezquitas o pagodas pero poseen una rica vida espiritual.

¿QUÉ ES LA DIMENSIÓN RELIGIOSA?

Es el resultado de una relación particular con un ser trascendente (Dios) que tiene que ver tanto con la pregunta sobre el significado como con la escala de valores.

Cada cual según su propia historia, elabora diversas imágenes de Dios y de su manera de obrar en el mundo; algunas son positivas (Dios como providencia) y otras negativas (Dios como castigador). Está organizada en torno a un credo/fe compartido por un grupo o comunidad.

Los **elementos vertebradores** de dicha organización son constantes en todas las confesiones y son:

- Elementos de contenido, que comprenden.
 - ☐ La Identidad o cualidades que definen a Dios.
 - ☐ El Código de conducta, que rige las relaciones con Dios, con uno mismo, con los demás y con el mundo.
- Elementos formales:
 - La Comunicación con Dios (Oración).
 - ☐ Las Experiencias con el cuerpo (abluciones...).
- ☐ Las Experiencias con la mente (meditación...).
- Los Rituales: celebraciones/sacrificios periódicos y en circunstancias o fechas señaladas.

La cultura tiene mucho que ver en la pertenencia a una concreta tradición religiosa, en virtud del nacimiento en un determinado contexto geográfico y religioso. La atención a un paciente que profesa una confesión o tradición religiosa concreta presupone un conocimiento, al menos general, de los contenidos de dicha tradición religiosa.

La presentación que hacemos de las dos dimensiones, espiritual y religiosa, que a veces son autónomas y a veces interdependientes, pretende educar a los que atendemos al paciente para que podamos y sepamos apreciar estos horizontes interiores y podamos utilizar y movilizar la potencia inspiradora y de transformación que contienen.

PSICOLOGÍA Y EXPERIENCIA RELIGIOSA

El fenómeno religioso se puede contemplar y explicar desde diversos puntos de vista: antropológico, sociológico, histórico, filosófico, teológico... Aquí y en aras a la brevedad, incidimos someramente en su valoración desde el punto de vista psicológico.

La experiencia religiosa, como toda experiencia humana, se expresa toda ella psicológicamente. No hay experiencia religiosa por sublime y profunda que sea, que no tenga un correlato en nuestra mente, ya sea a nivel consciente o inconsciente.

Es posible hablar de la psicogénesis de la experiencia mental de Dios. Por ejemplo, desde el psicoanálisis se ha intentado establecer el proceso evolutivo del objeto mental religioso. En este proceso pueden darse distintas posibilidades:

- El proceso puede quedar retardado o detenido, o bien tomar caminos diversos al que conduce la relación personal. En este último caso nos encontramos las «religiosidades» tan abundantes hoy en día, que son una especie de «tanteos» de lo religioso y que a veces pueden derivar hacia situaciones de dependencia sectaria o incluso perversa.
- Puede ocurrir que el sujeto no esté en actitud de creencia en su relación con Dios; en este caso el individuo tiene un conocimiento intelectual de Dios, pero no una «experiencia» referida a Dios.
- O bien puede ocurrir que el sujeto crea en Dios; entonces tiene una experiencia que puede abarcar toda una gama de vivencias: discurso, voluntad y conocimiento, experiencias afectivas (consoladoras y desoladoras)... e incluso experiencias místicas.

La experiencia religiosa, e incluso mística, es posible vivirla de forma madura y sana. Se produce cuando se trata de un proceso que tiende al crecimiento emocional y personal del sujeto. Esto se manifiesta en la capacidad de irse desprendiendo de los rasgos más narcisistas y egocéntricos a favor del respeto y la estimación del otro: Dios y el prójimo. Con este crecimiento también se desarrollan las capacidades relacionales que devienen satisfactorias para el propio sujeto y para los demás. Se da en las personas que han desarrollado dicho proceso adecuado de maduración y además son creyentes y admiten la realidad de la existencia de Dios.

Teniendo en cuenta lo indicado, podríamos definir:

- Momentos distintos de madurez en la relación con Dios, como reflejo de la propia madurez personal.
- Formas distintas de entender a Dios, según distintos tipos de patología mental y Formas patológicas de organización religiosa.

La relación con Dios como reflejo de madurez personal

La experiencia de «lo religioso» está también en contacto con el inconsciente y como tal, tiene su fuente en lo más primario del hombre.

- En un desarrollo normal y maduro, la persona irá abriéndose a los aspectos trascendentes y también puede hacerlo a la fe en Dios. Entonces, su relación con Él y su experiencia religiosa será sana, ayudándole a superar egocentrismos para crecer en sus relaciones con los demás y por tanto con Dios. Podrá incluso ser el pilar y el motor que le ayude a crecer y superar dificultades y frustraciones de manera mentalmente equilibrada.
- También puede ocurrir que el proceso madurativo se haya producido normalmente pero ante situaciones dificultosas (con patología o sin patología mental) surjan preguntas, dudas y conflictos, también en la relación con el objeto mental Dios, que, una vez identificados, puedan ser atendidos de manera específica.
- Y puede ser que el proceso madurativo de la estructuración mental no se haya llevado a término de manera adecuada, con lo cual, ante el fracaso o situación conflictiva aparecerá una respuesta patológica. Y en la relación con Dios, lo más probable es que ocurra lo mismo.

Podemos decir pues, que del relato de la relación con Dios obtenemos información sobre la peculiaridad de la estructura mental de cada sujeto, especialmente en lo concerniente a las relaciones de objeto, esté o no esté enfermo.

La relación con Dios según los distintos tipos de patología mental y formas patológicas de organización religiosa

Según el grado de madurez personal

El niño no desea espontáneamente a Dios, lo que desea es felicidad, satisfacción y escapar a la muerte. Necesitará mucha experiencia de vida para dar un contenido adulto a su imagen de Dios. Podemos decir que:

- Un Dios como Padre dador de manera exclusiva puede corresponderse a una religión aprisionada por sus raíces infantiles.
- Un Dios como castigador y temible nos indica un sentimiento de dependencia en rebelión, que contacta con una época más adolescente.
- Una relación de «familiaridad» con Dios puede estar basada en una espera muy acentuada de recompensa.
- Una situación de facilidad para la decepción respecto de un Dios que no responde a deseo es también un signo de infantilismo en la relación.

Según los rasgos predominantes en la psicopatología del sujeto podemos ver un estilo u otro de religiosidad, por ejemplo:

- Rasgos esquizoides: Racionalización y frialdad en la relación con Dios.
- Rasgos paranoides: Religiosidad dogmatista y fundamentalista. Terreno abonado para mesianismos y sectarismos.
- Melancolía: Como crisis de negación de todo aquello que es vida, también existe negación de la fe, si la hubo.
- Situaciones de pérdida y duelo: Sufrimiento y crisis de fe que pueden llevar a un crecimiento personal y místico.
- Manía: Fanatismo religioso.
- Personalidades histriónicas: Religiosidad exhibicionista y superficial.
- Rasgos narcisistas: Autosuficiencia y egocentrismo. Exigencia en la relación con Dios.
- Rasgos obsesivos: Rigidez moral y gran autoexigencia.
- Rasgos adictivos y perversos: Tendencia a la manipulación también en la religiosidad. Conductas sin ética.
- Rasgos fóbicos: Huida de la propia religiosidad o gran activismo religioso.

Y de la misma manera que existe patología biológica, psicológica o social, existe patología espiritual que puede ser diagnosticada y atendida. En nuestros usuarios, lo que con mayor probabilidad podemos observar es:

 Delirios psicóticos: Se busca la relación idealizada con Dios, mágica, y se participa de su omnipotencia.

Los encontramos, como temática muy prevalente en la psicosis. Se caracterizan por:

- ☐ Certeza respecto de la realidad del delirio.
- ☐ Irreductibilitat.
- □ Clarividencia.
- ☐ Empeora las relaciones sociales (tinte paranoide acentuado).
- Polimorfismo de vivencias turbadoras de cariz moral, por ejemplo, en las neurosis obsesivas, que no admiten perdón ni reparación y que pueden llevar hasta el suicidio.
- Pertenencia a Sectas: La fe y la religiosidad sana es aquella que parte de la libertad y que permite al hombre crecer y sentir la fuerza de la vida. Pero existen formas no libres de religiosidad porque la religión sitúa al hombre en relación con el absoluto y por tanto puede intensificar también lo patológico.

Existe cierta controversia respecto de lo que diferencia una secta de una religión pero lo que en algunos grupos encontramos una influencia negativa y lesiva —de intensidad variable— respecto de:

- ☐ Personalidad.
- □ Relaciones sociales.
- □ Patrimonio.

para con sus adeptos, aunque en algún caso también pueda existir algún elemento beneficioso que dichos grupos aporten a sus miembros.

Tomamos como definición de sectarismo destructivo todo aquel grupo o dinámica grupal que, en su proceso de captación y/o adoctrinamiento, utilice técnicas de persuasión coercitiva que propicien la desestructuración de la personalidad previa del adepto o la dañen severamente, que por su dinámica vital ocasione un deterioro severo de los lazos afectivos y que dañe los derechos jurídicos inalienables de un Estado de Derecho (P. Rodríguez).

Descripción de las religiones mayoritarias en nuestro entorno

En nuestra comunidad nos encontramos con una, cada vez mayor, diversidad cultural, étnica y por tanto religiosa, y para poder atender a personas con culturas distintas a la nuestra mayoritaria, debemos conocer algo de sus contenidos. Es por ello que nos parece importante recoger los principales rasgos de la distintas confesiones mayoritarias en el mundo, a título informativo y para

RELIGIONES MAYORITARIAS NO CRISTIANAS

	ISLAMISMO	JUDAÍSMO	HINDUÍSMO	BUDISMO
Zonas geográficas y volumen de población	1.000 M. de personas. Arabia de forma mayorita- ria. Ásia.	Israel, Estados Unidos, Rusia.	India, Pakistán, Afganis- tán, Birmania, Inglate- rra	India, China, Tibet, Asia Central, Corea, Japón, Ceilán.
Textos sagrados	Corán (significa «recita-ción»).	Biblia judía. <i>Torá</i> o libro de la ley.	Vedas.	Pitaka.
Ministros/ agentes religiosos	 Califa: Jefe de la Iglesia. Imán: Jefe de la mezquita y quién dirige el culto. 		 Guru, Swami o Acharya (Jefes del monasterio). Ascetas (poseidos por un espíritu). Sadhus (hombres santos). 	Sacerdotes, Monjes.
Nombre de Dios	Alláh.	AdonaI/Yahvé.	Brahamn.	Buda.
Valores principales	Paz, Igualdad, Tolerancia, resurrección, limosna.	Amor a Dios y al prójimo.	Reencarnación, división social por castas.	 4 verdades: Dolor, origen del sufrimiento, cese del dolor, manera de manejar el dolor. 8 senderos con los que <i>Mara</i> (demonio) ataca a los hombres: voluptuosidad, descontento, pereza e inacción, cobardía, duda, Hipocresía, afán de gloria y orgullo.
Oración/ Meditación/ Celebraciones:	Azoras del Corán.	 Saharit: Oración del amanecer. Minha: Ofrenda del mediodia. Arbit: Oración del atardecer. 	OM (aum) recitados antes y después de las oraciones.	Meditación.
• Lugar (caracte- rísticas)	Mezquita: debe tener un signo que indique donde está la Meca y una alfombrilla o esterilla.	Sinagoga o cualquier otro lugar donde haya un grupo de 10 hombres mayores de 13 años.	Templos, Ríos santos, ciudades y montañas sagradas. Sin características especiales.	Templos con imágenes de Buda y flores.
• Frecuencia	5 veces al día.	3 rezos diarios colectivos y la celebración del sába- do (Sábat).		
Experiencias cuerpo/mente:	Deben realizar una vez peregrinación a la Me- ca. Si no fuese posible se realizará un sacrificio (afeitarse la cabeza, ha- cer limosna o ayuno).	Ritos de purificación (cambios vitales).		Peregrinaje por los lugares clave de la vida de Buda.

RELIGIONES MAYORITARIAS NO CRISTIANAS (continuación)

	ISLAMISMO	JUDAÍSMO	HINDUÍSMO	BUDISMO
Experiencias cuerpo/mente:	• La oración debe realizarse siempre limpio (abluciones) y si no se tiene agua, se frotarán las manos y la cara con polvo.			
dicciones temporales o permanentes mes o sulm viem mane desd pues exen enfer das El ro no se Alá n ta. No d de ce	• Ramadán: Mes de observancia de ayuno anual. Corresponde al 9 mes del año lunar musulmán (octubre-noviembre). Los musulmanes han de ayunar desde la salida a la puesta de sol. Están exentos los ancianos, enfermos, embarazadas	Alimentos prohibidos: Cerdo, conejo, liebre, ca- ballo, crustáceos y alco- hol. Para que el alimento que contiene sangre sea puro, habrá que matar al animal según el ritual <i>Kasher</i> (vaciarlo de san- gre arterial, lavarle y sa- larle)	Dieta vegetariana: porque está libre de sangre que es un alimento contaminado. No toman alcohol.	Dieta vegetariana: porque está libre de sangre que es un alimento contaminado. No toman alcohol.
	El rostro de Mahoma no se pinta.			
	No deben comer carne de cerdo por impura, ni tomar alcohol.			
y tiempos de noviembre. El 27 de diciembre se celebra el final del Ramadán. 25 de febrero: primer día de peregrinación a la Meca. 7 de marzo: Fiesta del cordero (final de la peregrinación a la Meca). 14 de Pascu egipto 28 de la peregrinación a la Meca).	• 14 de septiembre: Ros Hasana.	Navarati (mediados de se- tiembre a mediados de oc-	7 de mayo: dia de Buda	
		 9 de octubre: Yom Kippur: Dia del perdón: fin de los dias de penitencia. 14 de octubre Pesah: Pascua judía (éxodo de egipto). 28 de mayo Sabuot: 	tubre 9 lunas). Se rinde tributo con utensilios de la profesión de cada uno, mediante el estudio y la danza y la música.	Primera luna plena de año: Buda realizó un mi- lagro diario durante 15
	de peregrinación a la			días en Tirtikas. 8 de mayo: Nacimiento de Buda.
	7 de marzo: Fiesta del cordero (final de la pere-			
		pentecostés.		
Persona o comunidad de contacto	Asociación UNESCO para el diálogo interreligioso (A. U. D. I.).	Asociación UNESCO para el diálogo interreligioso (A. U. D. I.).	Asociación UNESCO para el diálogo interreligioso (A. U. D. I.).	Asociación UNESCO para el diálogo interreligioso (A. U. D. I.).
en nuestro entorno	Sr. Francesc Torradeflot.	Sr. Francesc Torradeflot.	Sr. Francesc Torradeflot.	Sr. Francesc Torradeflot
	93 457 69 80/ 93 457 58 51	93 457 69 80/ 93 457 58 51	93 457 69 80/ 93 457 58 51	93 457 69 80/ 93 457 58 51
	audirelig@unescocat.org	audirelig@unescocat.org	audirelig@unescocat.org	audirelig@unescocat.org

62 Leas Hassier No.

RELIGIÓN CRISTIANA: Confesiones mayoritarias

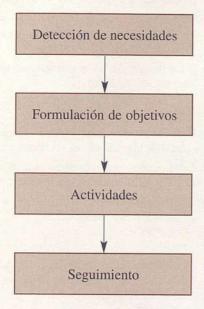
	CATOLICISM	O ORTODOXA	PROTESTANTISMO
Zonas geográficas y volumen de población	Europa, latinoamérica.	Europa del Este: Serbia, Bulgaria, Alejandría, Rumania, Rusia, Armenia, Chipre, Grecia.	Alemania (Luteranismo), Suiza Francia (Calvinismo), Gran Bre- taña (Anglicanos).
Textos sagrados	Biblia.	Biblia.	Biblia.
Ministros/ agentes religiosos	 Papa: jefe de la Iglesia. Sacerdotes: Dirigen el culto.	 Popes, Obispos, Sacerdotes. Son iglesias autocéfalas (cada una tiene su Pope). La de Barcelona pertenece al patriarcado de París. 	Pastor (preside la plegaria pero todos los fieles son sacerdotes incluidas las mujeres).
Nombre de Dios	Jehová/Yahvé.	Yahvé.	Jehová/Yahvé.
Valores principales	Amor a Dios y al prójimo.	Amor a Dios y al prójimo.	Amor a Dios y al prójimo.
ELEMENTOS FOR	MALES		
Oración/ Meditación:	Padrenuestro/Credo. Sacramentos. Eucaristía.	Padrenuestro/Credo. Sacramentos. Eucaristía. (Todo en lenguas litúrgicas).	Padrenuestro/Credo. Sacramentos (sólo bautismo y la cena).
		Especialmente importante la oración y meditación «del corazón» (contemplativa).	
• Lugar (características)	Capillas, Iglesias, Catedrales	Capillas, Iglesias, Catedrales	Capillas, sin imágenes.
• Frecuencia y tipos de rezos	Celebraciones dominica- les, Rezos individuales.	Eucaristía, no siendo obligatoria la dominical. Oración o meditación del corazón (Consiste en recitar «Señor, ten misericordia de mí, pobre pecador», con la vista en el ombligo).	Celebraciones dominicales, Rezos individuales.
Interdicciones temporales o permanentes	Cuaresma: Período de 40 días (recuerda los 40 días que Jesús estuvo en el desierto en oración y ayuno). No tomar carne y ayunar miércoles de ceniza y viernes santo.	Cuaresma: Período de 40 días (recuerda los 40 días que Jesús estuvo en el desierto en oración y ayuno). No tomar carne y ayunar miércoles de ceniza y viernes santo. (Según calendario Juliano, no el romano).	
Celebraciones	Pascua, Pentecostés, Navidad.	Navidad, Pascua, Pentecostés, Dormición de María, y muy importante la exaltación de la Santa Cruz (sobre el 14 de Diciembre).	1 de octubre: fiesta de la Reforma.
		Siempre según calendario Juliano.	
Persona comunidad	Servicio de pastoral.	Asociación UNESCO para el diálogo interreligioso (A. U. D. I.).	Asociación UNESCO para el diá- logo interreligioso (A. U. D. I.).
de contacto en nuestro		Sr. Francesc Torradeflot.	Sr. Francesc Torradeflot.
entorno		93 457 69 80/93 457 58 51	93 457 69 80/93 457 58 51
		audirelig@unescocat.org	audirelig@unescocat.org

Iombre del paciente		Fecha
Practica alguna religión o filosofía de vida concreta? Cual:	SÍ	no
¿Eso le crea conflicto interno o con los demás?	sí	no
¿Necesita expresar sentimientos y vivencias religiosas?	sí	no
¿Quiere participar en prácticas religiosas? Cuáles:	sí	no
¿Necesita ayuda espiritual?	sí	no
— ¿La ha buscado?	sí	no
¿Se ha preguntado sobre el significado de lo que le ocurre?	sí	no
— ¿Le da un sentido trascendente/religioso?	sí	no
¿Cómo es su relación con Dios (dador, castigador) y que tipo de emociones le conectan con él (rabia, miedo, agradecimiento?		
¿Siente culpa por algo relativo a su vida?	sí	no
— ¿Lo relaciona con su enfermedad?	sí	no
ζSe siente en conflicto respecto de sus valores espirituales?	sí	no
¿Siente que debe resolver problemas pendientes?	sí	no
¿Necesita revisar su vida?	sí	no
¿Se siente desesperanzado?	sí	no
¿Se hace preguntas sobre las implicaciones morales/éticas/religiosas		
del régimen terapéutico?	sí	no
¿Siente necesidad de perdón?	sí	no
— ¿Por qué/quien?		
— ¿Lo ha pedido?	sí	no

valorar sus necesidades y los servicios que desde los equipos asistenciales y el servicio de pastoral, debemos ofrecer.

MODELO DE ATENCIÓN ESPIRITUAL DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

El proceso de atención a las necesidades espirituales, como todo proceso asistencial consta de:



Este proceso debe realizarse de la misma manera que se realiza con las necesidades médicas, psicológicas o sociales y podrá ser necesario establecer mayor o menor contacto con el equipo especializado de atención pastoral según

Detección de necesidades

Para los profesionales de la sanidad resulta complejo realizar un análisis de necesidades espirituales de los usuarios que atendemos, dado que en nuestra formación académica, raras veces se incluye este punto. A esto se suma que muchos aspectos de lo psicológico presentan intersecciones con lo que consideramos espiritual.

Proponemos un sencillo cuestionario que pretende facilitar dicha tarea.

Se trata de un conjunto de preguntas divididas en tres partes: una primera que recoge datos de identificación del paciente, una segunda que pretende recoger datos respecto de la práctica habitual de la religiosidad/espiritualidad del paciente, y una tercera que debe servir para ayudar al equipo terapéutico a detectar un posible sufri-

miento espiritual susceptible de ser tratado específicamente.

No se trata de un cuestionario que deba ser administrado directamente al paciente, sino que deberá responderlo el equipo terapéutico que le atienda.

Tal vez, el momento más oportuno para realizarlo sea la puesta en común de las distintas valoraciones durante el diseño del plan terapéutico individualizado de cada paciente.

De la administración del cuestionario podemos encontrar diferentes situaciones:

- Persona no interesada en participar en celebraciones... religiosas y sin signos de conflicto en dicha esfera: Se la informará de los servicios que, en caso de interés están a su abasto.
- Persona interesada en participar en celebraciones, observar dieta... Se le facilitará dichas prácticas en cuanto su situación clínica lo permita.
- Persona en la que se detecte conflictos en la esfera espiritual: Se comunicará a las personas del servicio de pastoral a fin de que puedan asistir a la reunión de elaboración del PTI.

Y así podremos ir encontrando diversas situaciones que, con la práctica, podremos definir para cada Clínica o Servicio.

Definición de clientes:

- Pacientes sin vivencia espiritual ni religiosa.
- Pacientes con vivencia espiritual (no religiosa) y no patológica, con expresión habitual.
- Pacientes con vivencia espiritual (no religiosa) y no patológica, con expresión durante la crisis.
- Pacientes con vivencia espiritual (no religiosa) patológica.
- Pacientes con vivencia religiosa y no patológica, con expresión habitual.
- Pacientes con vivencia religiosa y no patológica, con expresión durante la crisis.
- Pacientes con vivencia religiosa patológica.
- Familias.
- Profesionales.

CLIENTE	¿QUÉ DESEAN?	¿QUÉ NECESITAN?
PACIENTES Sin vivencia espiritual ni religiosa	 Que les dejen en paz. Que les acojan con respeto. 	 Respeto. Sentirse integrados. Escucha atenta y permanente a posibles manifestaciones de la esfera espiritual que vayan surgiendo durante el tratamiento. Información de los servicios que se ofrecen en atención espiritual.
□ Con vivencia espiritual no religiosa, no patológica y con expresión habitual	 Que les respeten. Ser reconocidos. Compartir y comunicar vivencias e ideas. Mantener contacto y expresión de sus creencias de la forma habitual/no mantenerlo. 	 Respeto. Escucha atenta y ayuda para integrar la repercusión de la crisis en sus vivencias y creencias. Facilitación para proseguir con la expresión de su espiritualidad desde la salud. Información de los servicios que se ofrecen en atención espiritual.
☐ Vivencia espiritual no religiosa no patológica con expresión durante la crisis	 Que les respeten. Ser reconocidos. Compartir y comunicar vivencias e ideas. Mantener contacto y expresión de sus creencias de la forma habitual/no mantenerlo. 	 Respeto. Escucha atenta y ayuda para integrar la repercusión de la crisis en sus vivencias y creencias. Facilitación para proseguir con la expresión de su espiritualidad desde la salud. Información de los servicios que se ofrecen en atención espiritual.
□ Vivencia espiritual no religiosa patológica	 Hacer el bien a los demás, salvarles Ser reconocidos y escuchados. «Proselitismo». Ser respetados. Ser admirados. 	 Respeto. Escucha atenta y ayuda para discernir lo patológico de su vivencia de lo sano (Diagnóstico de su vivencia espiritual). Orientación y ayuda para manejar su situación real. Facilitación para proseguir con la expresión de su espiritualidad desde la salud. Información de los servicios que se ofrecen en atención espiritual. Límites ante expresiones no adecuadas para ellos o para otros usuarios.
☐ Vivencia religiosa no patológica con expresión habitual	 Respeto. Continuidad de su expresión religiosa. Compartir sus creencias, valores, Liberarse de los aspectos que vive como negativos (culpa, dudas, preguntas,) 	 Respeto. Ayuda y facilitación para preservar su vivencia religiosa. Información de los servicios que se ofrecen en atención espiritual.
□ Vivencia religiosa no patológica con expresión durante la crisis	 Que les respeten. Ser reconocidos. Compartir y comunicar vivencias e ideas. Mantener contacto y expresión de sus creencias de la forma habitual/no mantenerlo. 	 Ayuda para analizar y preservar su vivencia religiosa. Respeto. Información de los servicios que se ofrecen en atención espiritual.

66 LABOR HOSPITALARIA A Nº 24

CLIENTE	¿QUÉ DESEAN?	¿QUÉ NECESITAN?	
□ Vivencia religiosa patológica	 Hacer el bien a los demás, salvarles Ser reconocidos y escuchados. «Proselitismo». Ser respetados. 	 Respeto. Escucha atenta y ayuda para discernir lo pa tológico de su vivencia de lo sano (Diagnós tico de su vivencia religiosa). 	
	Ser admirados.	Orientación y ayuda para manejar su situa ción real.	
		Facilitación para proseguir con la expresión de su religiosidad desde la salud.	
		 Información de los servicios que se ofrecer en atención espiritual. 	
		 Límites ante expresiones no adecuadas para ellos o para otros usuarios. 	
FAMILIAS	 Información: sobre los servicios que se ofrecen y sobre su caso individual. Atención individualizada. Escucha. Acogida. Algunos, participar de las ceremonias. 	Respeto a su intimidad.	
		Información de que:	
		 — Pueden pedir ayuda al S. Pastoral («sor clientes»). 	
		 Sobre su familiar (aspectos sanos y pato- lógicos de la vivencia espiritual propia y del paciente) y como ayudarlo. 	
	Respeto a su cultura y creencias.	— Contacto con su parroquia o comunidad.	
		 Coordinación estrecha entre el equipo asistencial y el de pastoral. 	
		Posibilidad de participar en ceremonias, ce- lebraciones	
		 En los casos que sea oportuno, posibilidad de participar en celebraciones de elabora- ción de duelo. 	
PROFESIONALES	Ser útil.	Información de los servicios que se puede la servicio de la servicio della s	
☐ En el aspecto profesional	Ser reconocido.	ofrecer desde los equipos asistenciales y desde el equipo específico de pastoral (acti-	
	 Que exista una atención especializada y específica en este aspecto para el paciente. Orientación y ayuda rápidas ante los casos complejos. Atención especializada en momentos de crisis o celebraciones (fallecimientos) 	vidades que realiza). • Formación de lo que puede hacer como pro-	
		fesional en el terreno espiritual. • Integración y coordinación.	
		Posibilidad de atención urgente: defunciones.	
□ En el aspecto personal	Participación en ceremonias y celebra- ciones generales.	Celebraciones de duelo no diferidas.Respeto a su intimidad.	
	Atención en momentos de crisis persona- les.	Atención personal si la solicita.	
	Ayuda en las celebraciones personales.		
	Trato sencillo y abierto (no rigidez, imposiciones, proselitismos)		

SERVICIOS QUE DEBEMOS OFRECER

A continuación pasamos a detallar las principales líneas de servicios que creemos, se deben ofertar a los usuarios de nuestros servicios de hospitalización psiquiátrica.

En cada una de ellas, proponemos actividades concretas que creemos que pueden ayudar a conseguir mejorar la atención espiritual dentro de una visión global e integral de la atención.

Servicios a los pacientes

- Integrar la valoración de la esfera espiritual en las valoraciones iniciales de los pacientes.
 - Detectar las necesidades espirituales con ayuda del cuestionario en las reuniones de elaboración de PTI de cada servicio para cada usuario.
 - En aquellos casos en que se valore que pueda ser necesario un diagnóstico e intervención específica en el terreno espiritual, solicitar la participación del agente de pastoral como un miembro más del equipo terapéutico que colabore en el diseño de objetivos terapéuticos y actividades.
- Diagnóstico específico espiritual/religioso en casos de vivencias patológicas y trabajo coordinado con elementos de la comunidad.
 - Cuando se confirme una situación patológica a nivel espiritual, que requiera de intervención especializada, el agente de pastoral debería ser, él mismo o como vehículo con otros agentes (no católicos, parroquias de la comunidad, etc...) el que realice un diagnóstico espiritual e integre, mediante un contacto regular, dichas intervenciones con el resto del tratamiento del paciente.
- Información clara y concreta respecto de la existencia de un servicio de atención espiritual.
 - Actualización periódica del tríptico informativo del servicio de pastoral.
 - Garantizar que los usuarios tienen información respecto del servicio. Esto en parte puede resolverse mediante la distribución del dossier informativo para los usuarios que se realizará desde admisiones a todas las personas que realicen un ingreso en nuestros centros, pero también deberá tenerse en cuenta por parte de los profesionales en el momento de la acogida y a lo largo de todo el ingreso.
- Facilitar la expresión de la religiosidad en las distintas confesiones:
 - Referido sobre todo a los elementos formales. Es importante poder destinar un espacio para la oración que sirva

- a todas las confesiones y que esté abierto durante un período de tiempo suficiente durante todos los días. Para ello, proponemos reservar la iglesia del recinto para las celebraciones más mayoritarias y acondicionar una capilla ecuménica. También proponemos ampliar la frecuencia de las misas o celebraciones litúrgicas, a fin de que aquellas personas que lo deseen (pacientes, familias, profesionales, hermanos de la comunidad...) puedan acudir.
- De momento no vemos necesario las celebraciones de otras confesiones, dado que todavía no existe suficiente masa crítica, pero tal vez de aquí a un tiempo o en momentos litúrgicos importantes, se deban realizar.
- Facilitar el contacto con la comunidad en los casos en que se precise (falta de integración social, desarraigo por inmigración...) proporcionando un primer contacto o direcciones y referencias de asesores espirituales... según cada caso concreto.
- Atención personalizada y regular en cada clínica.
- Destinar un espacio semanal de presencia física del agente de pastoral en cada clínica, para realizar atenciones individuales a usuarios y familiares.
- Celebraciones litúrgicas.
- Tal y como vienen realizándose, incorporando sugerencias que aparezcan en los equipos.
- Espacios de atención grupal:
- Dentro del campo de trabajo en valores, es importante poder organizar espacios grupales en las clínicas, a fin de poder tratar temas de interés para usuarios en los que existan componentes éticos, sociales y espirituales a trabajar. Podría realizarse un programa anual, en colaboración con los equipos terapéuticos de cada clínica en el que se propusieran unos temas básicos y se dejasen otros a sugerencia de los propios usuarios.

Servicios a las familias

- Información clara y concreta respecto de la existencia de un servicio de atención espiritual.
 - Actualización periódica del tríptico informativo del servicio de pastoral.
 - También en este caso puede mejorar la situación la distribución del tríptico desde Admisiones pero es también preciso el trabajo y la sensibilización de los profesionales para hacer llegar a las familias la idea de que ellos también pueden acudir como usuarios al servicio de pastoral.
 - Contactar y darse a conocer a las Asociaciones de familiares de enfermos mentales de nuestro sector.

68 Legan Hachitalania a No 2

- Facilitar el contacto con la comunidad en los casos en que se precise (falta de integración social, desarraigo por inmigración...) proporcionando un primer contacto o direcciones y referencias de asesores espirituales...
 - En este caso el papel de vehículo hacia los referentes culturales y espirituales de la comunidad es muy importante ya que en determinadas situaciones, las familias pueden estar mucho más receptivas que el paciente a la ayuda que se pueda prestar y además, la integración en la comunidad puede servir para aligerar la carga de la familia cuidadora y repercutir muy positivamente en la evolución del paciente.
 - Atención personalizada y regular en cada clínica.
 - Puede facilitar la accesibilidad del servicio de pastoral también a las familias. A ello puede ayudar la mejora en la información y la presencia regular en cada clínica.
 - Celebraciones litúrgicas:
 - Sería importante que las familias pudieran participar de las celebraciones que se realicen o, al menos, en las más importantes del calendario. Para ello habría que garantizar que tienen conocimiento de ello mediante invitaciones específicas para ellas.

Servicios a los profesionales

- Información clara y concreta respecto de la existencia de un servicio de atención espiritual.
 - Es preciso garantizar una información periódica a los equipos de las actividades que realiza y puede realizar el equipo y el servicio de pastoral, mediante reuniones informativas anuales, etc...
 - Creemos que la difusión de este modelo de atención puede contribuir en gran medida a incrementar esa información. Por ello nos planteamos realizar una exposición individualizada en todas las clínicas del recinto, por parte de los miembros de la comisión, a fin de informar y recoger sugerencias, comentarios y aportaciones diversas de todos los profesionales.
- Formación sobre la esfera espiritual: diagnóstico y atención.
 - Impulsar actividades de formación y sensibilización dirigidas a los distintos colectivos profesionales, debe ser uno de los objetivos prioritarios del equipo de pastoral. La formación en valores, la psicopatología de la religión, el intercambio de experiencias con otros centros en el ámbito internacional en el terreno de la atención espiritual... son algunos de los campos en los que de manera regular, es preciso organizar actividades formativas y, porque no, también docentes.

- También como actividad formativa y de sensibilización, se ve necesario organizar una línea de formación (ciclo de conferencias, cursos...) sobre diversidad cultural y religiosa, y también sobre sectas.
- Atención individual:
- En aquellos casos en que se solicite, para atender y acompañar momentos de crisis vitales, o momentos importantes a nivel personal de manera cálida, cercana y discreta.
- Colaborar en la animación y promoción de la cultura institucional:
 - Mediante la participación en las distintas comisiones existentes y las que se creen al efecto.

ASPECTOS A MEJORAR **DESDE LOS EQUIPOS**

a integración de la esfera espiritual en la atención que prestamos en nuestros servicios, pasa por un proceso de sensibilización y aprendizaje de los distintos profesionales. Entender que el aspecto espiritual es uno más de los que debemos atender en nuestros pacientes y que se trata de una atención interdisciplinar, no algo que debe hacerse exclusivamente desde el servicio de pastoral, es fundamental para conseguir materializar este modelo que proponemos. Por eso es importante que desde cada Unidad pueda hacerse una lectura del documento y una adaptación a su situación particular y las de los pacientes que atiende a fin de realizar planes anuales de mejora que se concreten en objetivos operativos para cada clínica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES A LA DIRECCIÓN

reemos oportuno al finalizar este documento y a modo de conclusiones, señalar los elementos fundamentales que se desprenden del mismo como grandes líneas de acción a tener en cuenta por todos los que conformamos Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, sobre todo en la asistencia integral que en su ideario y en su proyecto asistencial desea ofrecer y efectivamente prestar.

Nos encontramos ante un terreno que plantea cambios y un trabajo innovador que empezando por el Servicio Religioso, con el Equipo de Pastoral y pasando por los diversos Equipos Asistenciales necesitará de manera muy importante el apoyo de la Dirección.

- Nuestro modelo antropológico concibe a la persona como una realidad pluridimensional e integrada, constituida por las dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual. Están interrelacionadas hasta tal punto, que cualquier disfunción que se produzca en alguna de ellas tiene repercusión en las otras.
- En coherencia con el punto anterior entendemos la asistencia como la atención dirigida a la persona de forma integral, en todas sus dimensiones y en todas sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.
- La dimensión espiritual y religiosa, cuando es vivida de forma sana, ayuda al crecimiento y a la madurez de la persona. Sin embargo puede ser vivida de forma patológica, lo cual exigirá la intervención de los Equipos Asistenciales para su diagnóstico y tratamiento.
- Todo el Equipo Asistencial debe estar implicado en la detección y atención de las necesidades espirituales, cada uno en función de su responsabilidad y siempre desde una concepción interdisciplinar de la asistencia, participando el Servicio Religioso en los casos que se requiera una atención específica de dichas necesidades, para su diagnóstico y tratamiento.
- La formación de los profesionales en este ámbito es necesaria y primordial para poder desarrollar adecuadamente el modelo de asistencia espiritual.
- La realidad plural que vivimos nos lleva a considerar la necesidad de dar un carácter ecuménico a la atención religiosa, introduciendo poco a poco y en la medida que las necesidades se presenten, nuevos servicios que tengan que ver con prácticas y demandas de las diversas confe-
- La atención espiritual que ofrecemos va dirigida también a las familias de los pacientes, por eso es necesario estudiar formas y disponer estrategias que la favorezcan, empezando por una adecuada información y por ofertas específicas que se habrán de concretar en lo sucesivo.
- También a los profesionales y colaboradores de nuestra entidad se ofrece la atención espiritual, con el debido respeto mutuo, siempre como ayuda y apoyo para quien lo considere oportuno.

- Este modelo de atención espiritual, para que sea más eficaz, será necesario presentarlo y trabajarlo con cada uno de los Equipos Asistenciales de las diferentes Unidades de la Institución, con el fin de realizar el plan de atención espiritual concreto para dicha Unidad, estableciendo las funciones, estrategias y formas adecuadas y específicas para su mejor puesta en práctica.
- Para todo lo anterior será muy necesario el apoyo de la Dirección, así como para la puesta en marcha de las acciones que se consideren oportunas ir implantando, como por ejemplo la construcción de una capilla ecuménica, la incorporación paulatina, cuando se vea necesario, de dietas adaptadas según las diversas confesiones religiosas y la apuesta por la formación de los profesionales en esta faceta.

BIBLIOGRAFÍA

- F. PÉREZ ROBLES. Atención a las necesidades espirituales. EUI Sant Joan de Déu.
- F. TORRALBA ROSSELLÓ. Antropología del cuidar. Ed. Fundación Mapfre Medicina.
 - T. DE CHARDIN. La energía Humana. Ed Taurus.
- C. R. EMBER, M. EMBER. Antropología cultural. Ed Prentice Hall.
- V. E. FRANKL. El hombre en busca del sentido. Editorial Herder.
- R. DASÍ. La atención pastoral del enfermo mental desde una visión integral e integradora de la asistencia. LABOR HOSPITALARIA. N.º 251.
- Conclusiones del grupo de mejora de atención pastoral. Hospital San Juan de Dios. Pamplona.
- M. CARRERAS. Apuntes sobre la Atención de las necesidades espirituales. Hospital de la Santa Creu. Vic.
- I. Cots. Apuntes sobre el acompañamiento del enfermo próximo a la muerte.
- S. DOMÍNGUEZ. Comisión interprovincial: Jornadas sobre las necesidades espirituales.
- J. FONT. Religió, psicopatologia i salut mental. Ed. Paidos. Barcelona 1999.
 - MASLOW. El hombre autorealizado. Ed. Kairos. http://www.pepe-rodriguez.com/Sectas/Sectas_menu.htm

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

Cuidar es cosa de todos

Secretaría técnica y sede de las jornadas:

HOSPITAL SAN JUAN GRANDE HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

IX JORNADAS NACIONALES DE BIOÉTICA SAN JUAN DE DIOS

Jerez, 31 de mayo y 1 de junio de 2002

Hospital Juan Grande de Jerez de la Frontera

Reconocidas de interés Cientifico Sanitario Por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

्ठैं∕ ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Glorieta Félix Rodríguez de la Fuente, s/n 11408 JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ) Teléfono 956.35.73.00 Fax 956.18.48.02

e.mail agaldran@jerez.betica.sanjuandedios-oh.es

Fallo de los premios

XXII CERTAMEN DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA «SAN JUAN DE DIOS»

convocados por la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios Universidad Pontificia de Comillas

RELACIÓN DE PREMIADOS:

1.ª categoría

2.º premio «Proceso de intercambio de apoyo en la diada cuidadora principal-cuidadora secundaria de una persona con deficiencias cognitivas.»

Autora: D.ª Cristina Heierle Valero, DUE. Profesora de Enfermería Comunitaria en la Escuela Universitaria de Enfermería «Virgen de las Nieves» de Granada.

1.er premio «¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de los documentos escritos de educación para la salud disponibles en un Centro de Salud de Madrid.»

Autora: D.ª Inés M.ª Barrio Cantalejo. DUE. Enfermera de E.a.P. Avda. de Daroca. Area 4 del INSALUD. Madrid.

2.ª categoría

2.º premio «La enfermería ante la detección del maltrato infantil.»

Autora: D.ª Margarita Merino Ruiz. DUE. Enfermera del Hospital Severo Ochoa, de Leganés (Madrid).

1.er premio Premio Ex-aequo a los dos siguientes proyectos:

«Adaptación transcultural de la encuesta de empatía de Reynold W.»

Autoras: D.ª Amparo Marco Gisbert, DUE, Enfermera del Servicio de Patología del Hospital General Universitario de Valencia; D.ª Cristina Fonfría Vivas, DUE. Enfermera del Servicio de Patología Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia y D.ª Amparo Muñoz Izquierdo, DUE, Enfermera del Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital General Universitario de Valencia.

«Enfermera de enlace: Bidireccionalidad compartida en atención domiciliaria.»

Autoras: D.ª Eva Artigues Barberá, DUE, Enfermera de Enlace: CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere. Dirección de Atención Primaria Segrià-Garrigues. Grup Institut Català de la Salut (ICS). Generalitat de Catalunya; D.ª Miguela Martínez Orduna, DUE, Enfermera en ICS, CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere de Lleida y D.ª Montserrat Farré Llurba, DUE y Matrona. Enfermera en el Hospital de Barbastro.

3.ª categoría

Premio Ex-aequo a los siguientes trabajos de investigación:

«Código Enfermero español siglo XX: compendio legislativo.»

Autor: D. Carlos César Álvarez Nebreda. DUE. Licenciado en Documentación por la Facultad de Ciencias de la Información. Responsable de Formación Continuada en el Instituto Nacional de la Salud-Dirección Territorial.

«Evaluación de un protocolo de mínima manipulación en prematuros extremos.»

Autoras: D.ª Eugenia Lamonja López, D.ª Maite Miranda García, D.ª Susana Morgade González y D.ª M.ª José Tovar Galán, Diplomadas Universitarias de Enfermería. Enfermeras del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat (Barcelona).