

# LA BOR HOS PITA LARIA

3 - 2005

Julio / Agosto / Septiembre

nº 277

Humanización, pastoral  
y ética de la salud



El valor  
del liderazgo  
eutópico

El estado de la  
salud del mundo en la era  
de la globalización

El estudio  
ESEMED-España  
sobre la epidemiología  
de los trastornos  
mentales en España

Los profesionales  
de la salud  
en la atención  
espiritual

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

Humanización, pastoral  
y ética de la salud

Hermanos de San Juan de Dios  
Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 57. Tercera época. Julio - Agosto - Septiembre 2005  
Número 277. Volumen XXXVI

#### Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín  
Administración - Joan Lluís Alabern  
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

#### Consejo Asesor

Francisco Abel, M<sup>a</sup>. 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-  
curia@ohsjd.es

#### Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones  
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte  
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61  
COLOR DIGITAL - BCN

## 0 Editorial

Pág. 5

## 1 El valor del liderazgo eutópico

> Salvador García  
> Ceferí Soler

Pág. 9

## 2 El estado de la salud del mundo en la era de la globalización

> M. Pilar Núñez-Cubero

Pág. 29

## 3 El estudio ESMED-España sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España

> Josep Maria Haro, Jaume Autonell, Concepció Palacín, Mariola Bernal, Alejandra Pinto-Meza, Gemma Vilagut, Montse Ferrer, Miquel Codony, Jordi Alonso

Pág. 43

## 4 Los profesionales de la salud en la atención espiritual

> Francisca Pérez Robles

Pág. 55

# Boletín de suscripción: Año 2005

Suscripción anual: cuatro números

España **36** €

Zona Euro **50** €

Resto **50** \$

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono	Profesión			

Indique con una X la forma de pago que le interese

- Por giro postal**                       **Por cheque nominativo** adjunto nº \_\_\_\_\_  
a favor de LABOR HOSPITALARIA
- Por Caja o Banco** (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)
- Banca o Caja de Ahorros \_\_\_\_\_
- Titular de la cuenta \_\_\_\_\_
- Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_

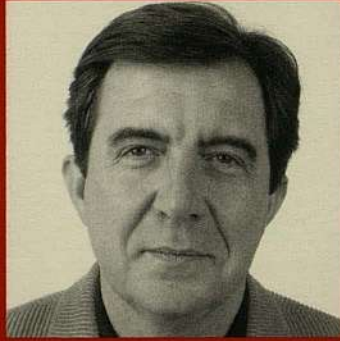
Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma

Enviar esta hoja debidamente complimentada a:  
**Hermanos de San Juan de Dios**, Dr. Antoni Pujadas 40,  
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.sanjuandedios.net  
curia@ohsjd.es  
revistas@ohsjd.es



## Editorial.

LABOR HOSPITALARIA, desde su vertiente social y de humanización, desea acercarse al fenómeno de la inmigración, que por otra parte tiene consecuencias y repercusiones muy importantes en el campo de la asistencia social y sanitaria, pastoral y ética.

Lo hacemos con alguna consideración previa. En primer lugar y la más destacable, es recordando que el fenómeno migratorio forma parte de la historia de la humanidad, desde sus orígenes. Desde los tiempos más remotos han existido grupos y personas que se han desplazado de un lugar a otro, movidos por razones distintas. Ello ha propiciado en el transcurso del tiempo, la interrelación cultural, el mutuo conocimiento, el intercambio de bienes... y ha colaborado en el enriquecimiento del patrimonio de la humanidad. Todos sabemos las consecuencias de los pueblos endogámicos y que sufren la realidad del aislamiento. En nuestro contexto, la influencia histórica del mundo árabe y la relación con los países de América son bien evidentes. Por otro lado, la facilidad de comunicación, de desplazamiento y el tan llevado y traído fenómeno de la globalización, han influido en poner mayor relieve y dimensión a esta realidad.

Situándonos en nuestro momento actual, hemos pasado de ser un estado en el que prácticamente sólo se daba el movimiento migratorio a nivel interno, generalmente de sur a norte, a ser un país receptor de otros países y culturas. No hace tantos años nuestros mismos compatriotas formaban parte del grupo de personas que se desplazaban hacia otros países, generalmente europeos, en búsqueda de mayores beneficios económicos o bien para poder desarrollarse a nivel científico o profesional. Actualmente, formamos parte de los países con magnetismo y atracción para muchas personas de otros continentes y del este de Europa. La primera evidencia es que en unos años el escenario es muy distinto, pasando de una cierta uniformidad a vivir en medio de un gran pluralismo, visible y palpable no sólo en las grandes ciudades sino también en muchas pequeñas poblaciones.

Este cambio sociológico ha sido motivo de múltiples reflexiones y también de opiniones distintas, a veces controvertidas. Sin duda, es un tema que afecta a la vida de las personas, de quienes vienen y de quienes acogen

y por tanto merece toda consideración y delicadeza en su trato. Una primera llamada es a no caer en las dramatizaciones pero tampoco desconsiderar los efectos y consecuencias que para unos y otros, supone esta realidad.

Ciertamente, este nuevo escenario nos plantea varios y nuevos retos. El más inmediato, la necesidad de aprender a vivir en la pluralidad. Una lección, que no se puede aprender sólo desde la teoría. En la medida en que nos interesamos, valoramos y acercamos a los nuevos conciudadanos, tenemos la oportunidad de conocer, apreciar y realizar esta tarea pendiente. No podemos desde un planteamiento ético humanista refugiarnos en pensar que son los otros quienes deben realizar el esfuerzo. La tarea es de todos, huéspedes y anfitriones. El diálogo intercultural que comporta la inmigración actual, exige tener clara nuestra propia identidad. Sólo desde ésta, estaremos en disposición de ser permeables, de escuchar, de estar dispuestos a mover posiciones en nuestra mentalidad y actitudes. Desde nuestra identidad y el verdadero diálogo intercultural, no viviremos como una amenaza la presencia de otras religiones, costumbres y hábitos

en nuestro mismo espacio. El encuentro con el otro y cuando este "otro" lo percibimos como "extraño" -ajeno a nuestra tradición y círculo afectivo- pone a prueba nuestra propia capacidad de acogida y de hospitalidad. Ser hospitalario, define Francesc Torralba, es tener capacidad de ofrecer tiempo y espacio al otro, acogerlo en la propia casa, tener capacidad de acomodarse a la realidad del otro y favorecer que quien es huésped pueda sentirse como en su propia casa. Es cierto que asistimos a numerosas opiniones y reacciones muy defensivas, delimitativas y de gran precaución acerca de los inmigrantes, más cuanto su religión y cultura es más lejana a la de nuestra tradición. Ante ello, debemos preguntarnos cuál es la base de estas reacciones, qué moviliza en nosotros este encuentro, de dónde surgen los temores y en qué fundamentamos las posiciones restrictivas e incluso de cierto rechazo, más o menos disimulado.

Un planteamiento ético correcto ante la inmigración nos lleva también a encontrarnos con la verdad y por ende a la sinceridad. Varios estudiosos de la sociología han hablado de la doble moral de la sociedad de occidente, de los países ricos, que

por un lado necesitamos de otras personas y de esta realidad para poder mantener nuestras propias estructuras económicas y de bienestar mientras por otro lado, rechazamos su presencia cuando ésta pasa a ser estable y evidente en nuestra sociedad. La doble moral del que necesita y rechaza a la vez. Teresa Losada, franciscana conocida por sus conocimientos y compromiso con la realidad de inmigración del Islam, afirma con gran clarividencia que el fenómeno del desplazamiento de las zonas de pobreza a los lugares de mayor riqueza es un movimiento natural e imparable. También en este sentido nos enfrentamos ante el debate ético sobre la distribución de bienes y recursos, sobre la igualdad de oportunidades y el derecho a disponer de los medios que nuestra sociedad actual pone al alcance de las personas.

Lamentablemente en los últimos años asistimos a una creciente y constante distancia entre países ricos y países pobres, unos cada vez más ricos, los otros cada vez más alejados de este nivel de bienestar. Sin duda esta evidencia es otra causa de grandes interrogantes, mas cuando por otro lado afirmamos la universalidad en la dignidad de

las personas y desde planteamientos religiosos proclamamos como valor la fraternidad de todas las personas. La dificultad que podamos tener para vivir la pluralidad, para convivir personas con creencias y expresiones religiosas distintas, para compartir aquello que con excesivo sentido de propiedad vivimos como propio, no nos exime de seguir avanzando para conseguir una realidad mas justa, mas equitativa y que sea expresión de universalidad.

Hacer una lectura positiva y con fundamento ético de la inmigración actual, no significa mitificar esta realidad ni tampoco no querer afrontar las dificultades que conlleva, pero lejos de propiciar sentimientos de rechazo, exclusión o desprecio, estamos invitados a profundizar, analizar, comprender y acoger con compromiso ético este fenómeno, que es parte de nuestra propia historia.

Este artículo proviene de una versión más amplia incluida en el texto del mismo autor: "La Empresa Eutópica: el equilibrio económico, ético y emocional", MacGraw-Hill, 2005 (En prensa). Valor: cualidad moral que permite afrontar sin temor grandes empresas. Precio o importancia de algo por su escasez o valía. Principio de acción. (Del Diccionario de la real Academia de la Lengua Española)

## El valor del liderazgo eutópico\*.

> Salvador García.

*Profesor de Psicología Social en la Universidad de Barcelona. Miembro del Consejo Asesor de Augere Foundation y de PHAROS. Profesor colaborador de ESADE. Doctor en Medicina.*

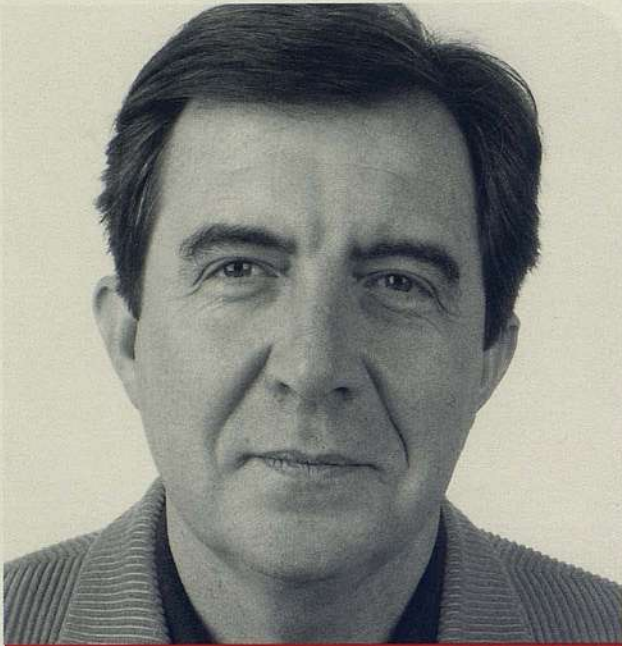
> Ceferí Soler.

*Profesor de ESADE. Director del Departamento de Dirección de Personas. Consultor de empresas. CEFERI.SOLER@esade.edu*

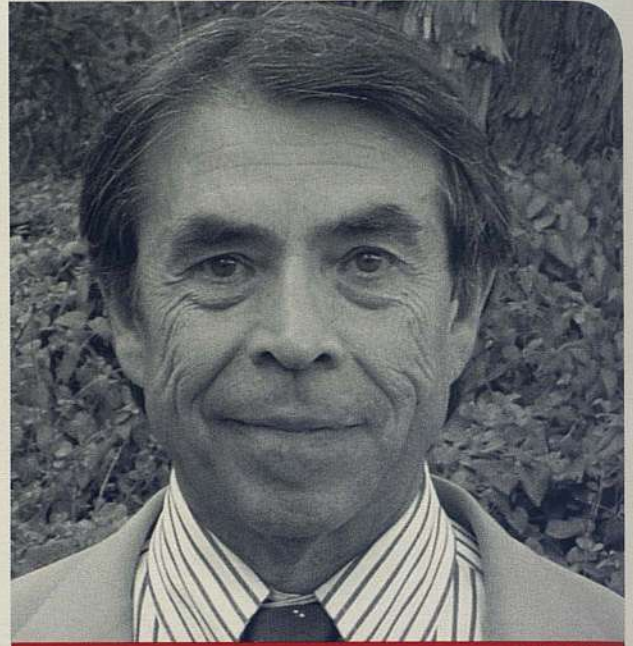
Cada vez más, nuestros estilos de vida y el mundo en que vivimos están siendo contruidos por las organizaciones empresariales, privadas y públicas, por lo que nuestra esperanza de salud, de evolución y de humanización pasa en buena parte por ellas.

Ha llegado, pues, el momento de que el grito utópico de que "otro mundo es posible" incorpore el realismo eutópico de que "otra empresa es posible". El siguiente artículo tiene la intención de provocar conversaciones para la construcción de empresas "eutópicas", buenos lugares (eu = bueno, feliz ; topos = lugar) donde trabajar e invertir, en las que la persona sea el fin y en las que exista un vital esfuerzo de equilibrio inestable entre valores económicos, éticos... y emocionales. ▶





Salvador García.



Ceferi Soler.

*Estamos entrando en una dinámica no lineal y en permanente ruptura creativa...Es, pues, necesario introducir en nuestras consideraciones una cierta utopía, digamos responsable, más allá de la racionalidad convencional estricta, que nos ayude a imaginar el futuro posible de la nueva sociedad ahora emergente y en la que el hombre y la empresa serán, estoy convencido, una auténtica pieza clave...*

Pere Duran Farell<sup>1</sup>

*Los beneficios de la venta de armas son una buena noticia para la economía. ¿Es también una buena noticia para sus difuntos y mutilados?*

(Pregunta robada sin permiso a Eduardo Galeano)<sup>3</sup>

Realmente, empiezan a cansarse - y a cansar- los directivos con baja autoestima de fondo, sin tiempo

para pensar ni para vivir, sin suficiente apoyo social, aislados, con escasa formación psicológica y filosófica, excesivamente controladores, emocionalmente comprimidos, socialmente poco solidarios, tópicos e incluso "distópicos".

Desde una postura de una cierta ingenuidad conscientemente adoptada, necesitamos más líderes empresariales capaces de combinar los valores "utópicos" del sueño humanista de la persona como fin con la capacidad de gestión "realista" del pensamiento eficientista: "cada vez más con menos costes" (aunque sin preguntarse a costa de qué otros resultados y valores). Aquí y en China. Sobre todo en China.

Necesitamos más líderes éticos que pongan a trabajar para ello sus dos hemisferios cerebrales, el analítico y el imaginativo. Atreviéndonos con una analogía "político-biológica", podríamos decir que

1- Durán Farell, P. 1997. En: García S y Dolan S. La Dirección por Valores: el cambio más allá de la dirección por objetivos Madrid: McGraw Hill-ESADE (2 ed.). Prólogos de Pere Durán y de Ceferi Soler.

Pere Duran Farell fue presidente de Gas Natural, desarrollando un liderazgo que podríamos considerar "eutópico", relativamente escaso en la Alta Dirección.

3- García S, 2003. *La empresa "eutópica" y su triple responsabilidad económica, ética y emocional. Casi 100 preguntas y una respuesta para el cambio.* Congreso de Directivos de RRHH y Management. VII Convocatoria del Manager Business Forum. Madrid, 14-15 octubre

Izquierda y derecha, por fin, han de reconciliarse en una nueva síntesis cuyo eje central, cuyo bulbo raquídeo y médula espinal, sea la ética: hacer las cosas bien con las personas, empezando por uno mismo. Y hay que tener en cuenta que la activación emocional es neurofisiológicamente intermediaria entre la activación de la corteza cerebral y la acción de hablar o de mover brazos, piernas y dedos, ya sea para abrazar o para diseñar una lucrativa mina anti-persona mediante un programa de 3D (Ver figura 1)

una buena función directiva requiere una buena dosis de auténtico liderazgo. Sin embargo, desde multitud de foros y espacios de reflexión se está constatando su actual carencia, tanto a nivel de empresa como de la administración pública, la política e incluso las organizaciones no gubernamentales. Desde la perspectiva de la experiencia de consultoría en Dirección por Valores en los últimos años, la falta de este auténtico liderazgo empieza a ser llamativamente influyente. ¿Qué está ocurriendo?

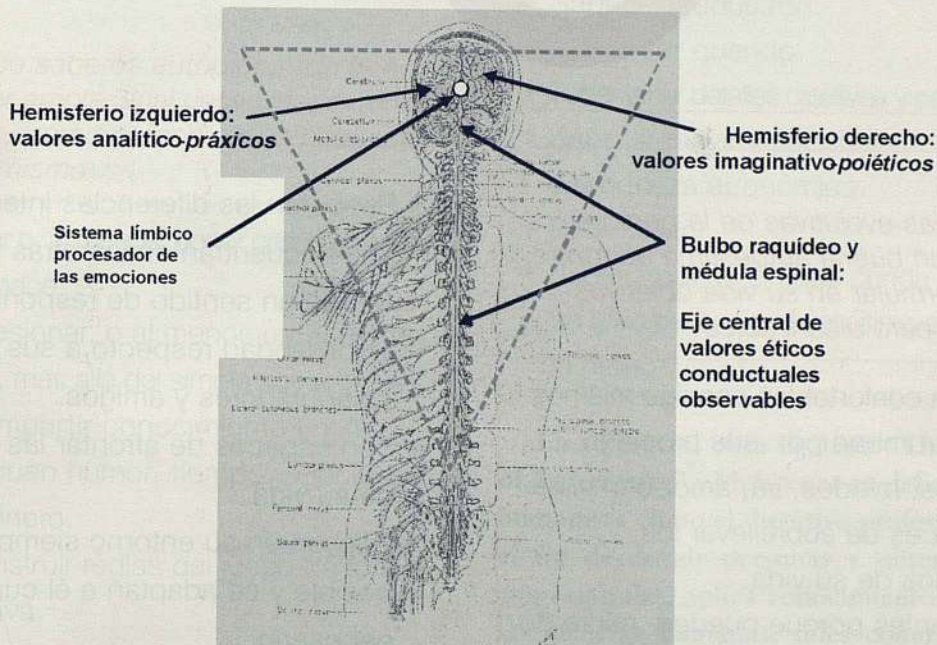


Figura 1. Sustrato neurológico del modelo triaxial de valores a integrar un liderazgo eutópico.

© Salvador García, 2004

Eu significa adecuado, bueno, feliz. Y topos, lugar. El liderazgo eutópico está al servicio de la creación de espacios de trabajo felices en los que trabajar e invertir. Espacios de flujo creativo entre la utopía y la realidad a través de los cuales se pueda expresar la vida.

El liderazgo eutópico, que más adelante trataremos de ir definiendo con más detalle, tiene y requiere valor y valores, tal como ya apuntábamos en otro lugar<sup>4</sup>. El presente artículo pretende ser coherente con este planteamiento. Sabemos que

Tal como representa la Figura 2, el desarrollo personal es el núcleo del desarrollo organizativo y éste, a su vez, es parte esencial del desarrollo social. Los proyectos de Dirección por Valores y Responsabilidad Social Corporativa se encuentran muchas veces comprimidos a modo de sándwich entre la relativa falta de auténtico desarrollo ético y emocional de los directivos empresariales y la existencia de un entorno socioeconómico capitalista todavía más salvaje que sostenible, y que en todo caso, dista mucho de ser sensible<sup>5</sup>.

4- Dolan S y García S. 2002. Managing by Values. *Cultural redesign for strategic organizational change at the dawn of the twenty-first century*. Journal of Management Development. Vol 21. No 2. pp. 101-117



Figura 2.

**Tabla 1.**

*Competencias evolutivas de la persona madura y con buena autoestima de fondo, capaz de formular en su vida objetivos desafiantes pero alcanzables*

- Se sienten confortables consigo mismos.
- No se derrumban por sus propias emociones, miedos, ira, amor o envidia.
- Son capaces de sobrellevar los desengaños de su vida.
- Son tolerantes porque pueden reírse de uno mismo.
- Intentan conseguir ser ecuanimes y equilibrados en sus actividades.
- Aceptan sus defectos y limitaciones y por ello se auto respetan.
- Disfrutan de los placeres sencillos de su vida.
- Piensan bien de los demás porque son capaces de amar y respetar los intereses de su comunidad.
- Tienen relaciones personales duraderas y gratificantes.

- Respetan las diferencias interculturales que encuentran en las otras personas.
- Tienen un sentido de responsabilidad y solidaridad respecto a sus vecinos, colaboradores y amigos.
- Son capaces de afrontar las exigencias de su vida.
- Influyen en su entorno siempre que es posible y se adaptan a él cuando es necesario.
- Planifican sus actividades y no tienen miedo a su futuro porque se proponen objetivos desafiantes pero para ellos realistas.
- Tienen la capacidad para tomar sus decisiones y piden opinión a sus colaboradores.
- Ponen su conocimiento y esfuerzo en conseguir sus objetivos y resultados.
- Saben y pueden decir no con argumentos sólidos y coherentes.

5- García S, Soler C, Falcón B.2000. *El capitalismo sensible: más allá de la rigidez y de la flexibilidad*. Management & Empresa n 25 pp. 24-27. Escola Universitaria d'Estudis Empresarials.

Necesitamos estilos de liderazgo maduros (Tabla 1) y con buena autoestima de fondo, abiertos, al servicio, inspiradores, democráticos, culturalmente cosmopolitas<sup>6</sup> sin olvidar sus raíces identitarias, constructores de confianza y generadores de auténtica estima y autoestima, que sepan equilibrar el desarrollo económico con el desarrollo ético y el desarrollo emocional, contribuyendo así a hacer posible un capitalismo sensible. Necesitamos líderes más “sabios” (Tabla 2) y humanistas.

### Tabla 2.

*Propuesta de saberes eutópicos -de la A a la Z- del líder empresarial desarrollado como profesional y como persona, que para este caso es lo mismo*

- Saber amar o, al menos, poner cariño en todo lo que se hace.
- Saber apasionar, o al menos entusiasmar o ilusionar, más allá del simple compromiso.
- Saber compartir conocimientos, información, buen humor, tiempo, e incluso algo de dinero.
- Saber construir reglas del juego de forma participativa.
- Saber darse permiso para ser feliz.
- Saber delegar y liberar talento.
- Saber divertirse y ser interesante para sí mismo.
- Saber ensimismarse o estar dentro de sí con calma, en el propio centro.
- Saber equilibrar los ideales del sueño humanista con la eficiencia del realismo pragmático.
- Saber escuchar.
- Saber expresarse de forma emocionalmente competente.

- Saber formular hacia dónde vamos y para qué de forma participativa.
- Saber formular un triple sentido utilitario, intrínseco y trascendente del esfuerzo de trabajo bien hecho.
- Saber permanecer en la frontera creativa entre orden y caos, entre dentro y fuera del sistema.
- Saber ser educado.
- Saber ser querido.
- Saber tener detalles creativos y personalizados.
- Saber trabajar y ser eficiente, generando así riqueza económica.
- Saber vivir.
- Saber zozobrar sin que cunda el pánico y, en todo caso, siendo el último en abandonar la nave.

En su crucial obra de 1960 “*The Human Side of Enterprise*”<sup>7</sup>, **McGregor** ya definía al directivo humanista como el directivo profesional que, con el fin de dirigir personas y obtener resultados empresariales, aplica conocimientos derivados de las ciencias humanas, tales como la psicología social, la antropología, la ciencia política o la filosofía. Las ciencias económicas son claramente insuficientes para saber dirigir personas y proyectos. Ingeniería y humanidades son mutuamente necesarias. *Ni podemos volar en aviones de papel ni los aviones sirven para dar sentido al vuelo por la vida.*

Tenemos relativamente buenos directivos gestores del status quo, capaces de aumentar los niveles de eficiencia del sistema, pero nos faltan líderes capaces de preguntarse ¿a costa de qué otros resultados y valores? También tenemos no pocos directivos que incluso llegan a actuar como líderes “distópicos”, empequeñeciendo a las personas y generándoles

6- Held, D y Köler, M. 1998. *Re-imagining Political Community. Studies in Cosmopolitan Democracy*. Stanford University Press.

7- McGregor D. *El aspecto humano de las empresas*. México: Diana

estados de “atrapamiento sin salida” y pérdida de autoestima potencialmente perjudiciales para la salud a niveles insospechados<sup>8</sup>.

Atrevámonos a contemplar una nueva propuesta de liderazgo confiadamente centrada en la persona y su salud y dignidad como fin del sistema, y no como mero recurso humano a optimizar. Una propuesta más innovadoramente “neoliberal” (¿?) que tópicamente “neoliberal”. Por supuesto, más kantiana que taylorista, más promotora del poder de la persona como agente decisorio y constructor de valor que del poder de la estructura de control descendente.

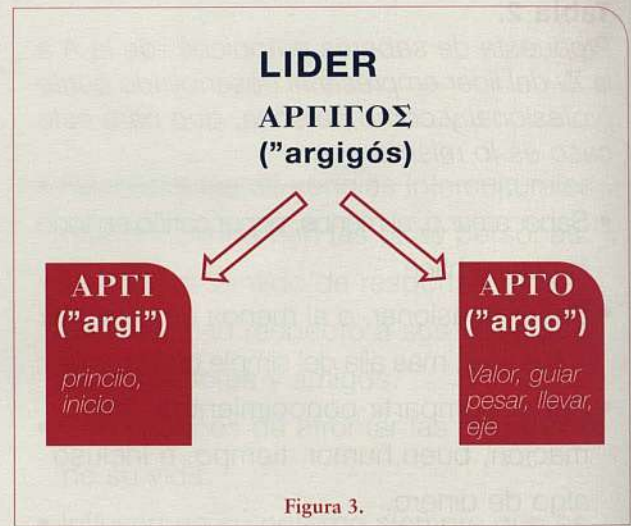
Sin ignorar la existencia de circunstancias económicas, biológicas o culturales, consideremos la necesidad de contrarrestar la “tiranía” de tanto discurso intimidatorio (llamado “realista” por muchos) sobre el peso del entorno, del mercado global, del sistema, de la lamentable naturaleza humana, del temor y de la mera inercia.

Esta nueva propuesta de liderazgo podrá resultar “utópica” para un gran número de directivos, pero es realísticamente necesaria. Para ellos mismos como personas, para sus colaboradores, para sus organizaciones y para la sociedad en general. En el fondo, lo saben ya mucho antes de leer el presente artículo.

En este sentido, resultan muy significativas las palabras de Peter Senge, conocido autor y consultor de empresas, en un interesante documento denominado “Experiments in Silence”<sup>9</sup>:

*«Es trágico que las personas a quienes les concedemos una enorme responsabilidad sobre nuestras sociedades y sobre nuestro bienestar social raramente lleguen a tener auténticas conversaciones en las que puedan hablar honestamente de sus esperanzas, de sus miedos, de sus preocupaciones, de*

*sus dilemas personales; el tipo de conversaciones en las que todos nosotros nos basamos buscando un sentimiento de conexión cuando estamos afrontando cosas difíciles. La consecuencia es la existencia de personas a quienes contemplamos desde abajo y se encuentran muy aislados como seres humanos, y pienso que sufren tremendamente. No acostumbramos a pensar que sufren, ya que los vemos como poderosos. Sin embargo, cuando estamos a su alrededor, podemos sentir inmediatamente las constricciones que llevan encima de ellos».*



Mientras que los cambios adaptativos buscan la optimización o la reducción, los cambios transformadores buscan la reinención, la recreación, la renovación esencial del sistema mediante nuevas creencias y valores legitimadoras de nuevas posibilidades de acción. Los cambios adaptativos necesitan gestores que manejen bien los números; los cambios transformadores necesitan líderes que legitimen e inicien la construcción de nuevos valores, empezando por ellos mismos, claro está.

Ya en los años sesenta del siglo anterior, el ejecutivo y teórico organizativo **Chester Barnard** afirmaba que el papel fundamental de un líder de

8- Garcia-Sanchez, Guindo J, Bayes de Luna A.1990. *Psychological stress and sudden death*. En: Sudden Cardiac Death. Bayés de Luna y cols. Dordrecht: Klowe Academic Publisher  
 9- Senge, P. Meeting in Safe Spaces. En: Experiments in Silence. The Journal of the Call-of-the Time Dialogues. info@callofthetime.com

una organización empresarial es poner a trabajar a todas sus fuerzas sociales para conformar y orientar valores. Su concepción del alto directivo como conformador o moldeador de valores (value shaper) ocupado en tratar la esencia humana de la organización es claramente pionera.

Lamentablemente, y aunque sea triste reconocerlo, todavía existen muy escasos líderes humanistas al frente de las empresas y organizaciones de todo tipo, la mayoría de las cuales están gobernadas por excelentes, buenos o mediocres gestores de recursos para los que los valores que realmente interesan son los de eficiencia cortoplacista y de no creación de problemas, que son en definitiva los que les confirman en su estructura de poder y ascenso profesional. Este es un tipo de situación especialmente frecuente en nuestra Administración Pública.

## Liderazgo eutópico, construcción de confianza y superación del estrés y del temor.

Los numerosos líderes convencionales (tópicos e incluso distópicos) trabajan -y mucho, casi siempre demasiado- administrando jerarquías, recursos y números, incluidos los llamados “recursos humanos”, mientras que los escasos líderes eutópicos “postconvencionales”, los auténticos directivos-líderes, tienen el especial valor de pensar de forma diferente, de decidir desarrollarse como personas, de liberar energía creativa en sus colaboradores, de contribuir a la creación de una sociedad más solidaria y de crear espacios conversacionales para la verdadera construcción de valores compartidos. La gestión de sus propios miedos y de los miedos de los demás es su principal valor. Y ese es precisamente el valor que deben ayudar a potenciar sus asesores más directos.

Decía **Horacio**: *Qui metuens vivet, liber mihi non*

*erit unquam (Al que vive temiendo nunca le podré tener por libre).* En este contexto podemos proponer: *Qui metuens vivet, lider mihi non erit unquam. (Al que vive temiendo nunca le podré tener por líder).*

Como venimos planteando, hacen falta nuevos líderes empresariales eutópicos, capaces de decidirse a fluir y facilitar el fluir creativo entre el realismo y la utopía. Pero para eso, los directivos tienen que atreverse a superar el miedo a soñar, a expresar lo que realmente opinan de sus colaboradores y de su empresa; tienen que superar el miedo a cambiar, a compartir, a vivir y a disfrutar, a ser (Tabla 3).

**Tabla 3.**

*Principales miedos a superar por el líder eutópico*

- Miedo a soñar.
- Miedo a no ser capaz de materializar lo soñado.
- Miedo a confiar en uno mismo, en los demás y en el futuro de la humanidad.
- Miedo a cooperar y compartir.
- Miedo a vivir y disfrutar.
- Miedo a perder el control de la situación.
- Miedo a ser apartado del sistema.
- Miedo a pensar de forma diferente.
- Miedo a no ser comprendido y quedarse solo.
- Miedo a sentirse culpable por no estar permanente ocupado.
- Miedo a hacer el ridículo.
- Miedo a ensimismarse.
- Miedo a perder seguridades.
- Miedo al fracaso.
- Miedo a cambiar.
- Miedo a ser libre.
- Miedo a ser.

En esencia, el liderazgo eutópico es la capacidad de construcción de confianza y superación del miedo. La confianza es la creencia en algo o alguien, empezando por uno mismo. El miedo es sentirse vulnerable ante el no control o estrés. El estrés es incontrolabilidad, miedo, desconfianza, hostilidad, inhibición, huida, displacer, sometimiento, fracaso adaptativo y enfermedad.

Habitualmente, cuanto más se asciende en el nivel jerárquico de la empresa, menos tiempo se tiene para leer, para entender lo que se lee, para cuidar a la pareja y a los hijos, para tener amigos con calma, para pensar, para reflexionar o simplemente para saborear la vida o para estar sin hacer nada. Este fracaso adaptativo tiene importantes consecuencias negativas emocionales y sociales.

El estrés profesional crónico es una situación de sobrecarga adaptativa cada vez más frecuente en los países tecnoeconómicamente prósperos y humanamente en vías de desarrollo. En el fondo de la situación existe una importante desorientación estratégica sobre hacia dónde vamos, para qué y con qué valores. Resulta del exceso de compromisos laborales y personales (externa e internamente condicionados) asociado a la falta de recursos psicológicos de control situacional y al descuido de la construcción de un buen apoyo social a lo largo del tiempo (Figura 4)<sup>10</sup>.

Uno de los recursos psicológicos de control situacional más importante es la valentía para decidir vivir como realmente se desea, más allá de lo considerado convencionalmente “normal” en una sociedad que, como diría Ortega<sup>11</sup> vive “al estricote” y ha perdido la capacidad de “ensimismamiento”.

El fenómeno del estrés es puro miedo y desconfianza vital hacia el futuro. Miedo a no valer, a no ser capaz de afrontar exigencias adaptativas, miedo a no ser querido, miedo a no ser reconocido, miedo a decidir o a no decidir, miedo a vivir, miedo a morir... miedo a perder el control existencial. El liderazgo, se le adjetive como se le adjetive, es afrontamiento, activación, dominio, placer, logro, entusiasmo y, en definitiva, éxito adaptativo y salud. Es pura percepción de controlabilidad existencial.

Desde la perspectiva psicobiológica (Figura 5<sup>12</sup>), existen cuatro emociones básicas resultantes de las diferentes posibilidades de esfuerzo adaptativo y percepción e control: alegría, tristeza, placidez y rabia.

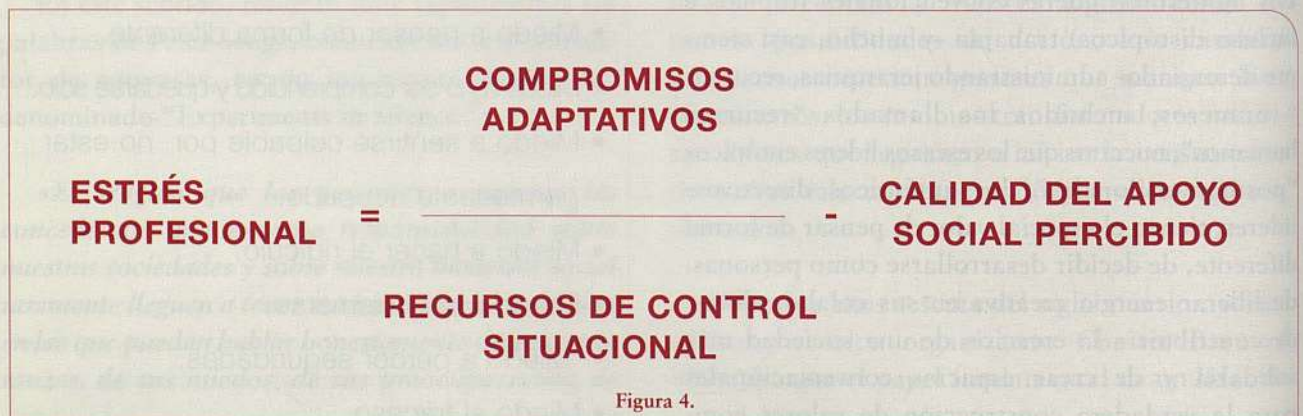
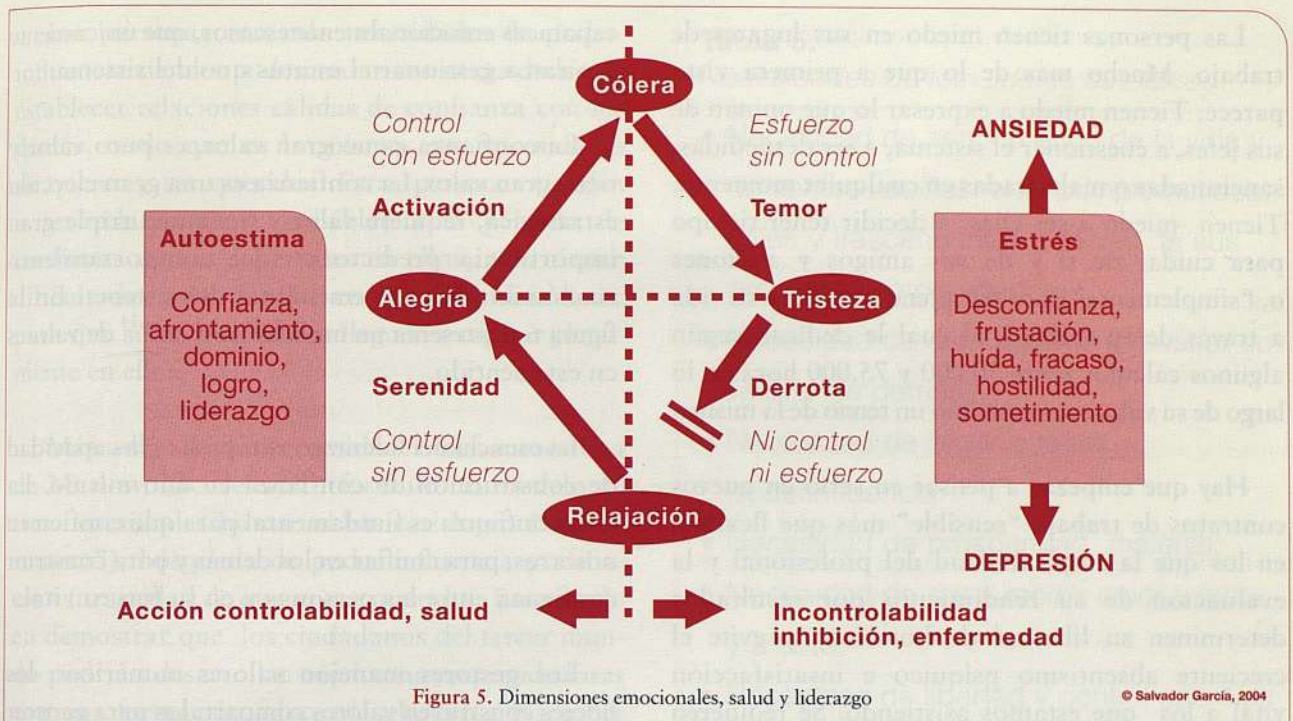


Figura 4.

10- Garcia-S., 2000, *Cómo vivir francamente estresado: guía de la buena vida emocional*. Barcelona: Gestión 2000

11- Ortega y Gasset J. 1947. *En torno a Galleo*. Madrid: Revista de Occidente

12- Esta figura está incluida en el texto "Autoestima y estrés laboral", Dolan, García y Díaz. McGraw-Hill, 2005. (En prensa)



Cuando se experimenta placidez, se percibe controlabilidad sin que sea necesario esforzarse por controlar nada. Se produce en contextos de relajación o contemplación meditativa, y es absolutamente necesaria para el descanso y para la producción intelectual de alto rendimiento.

La serenidad es una experiencia vital entre la placidez y la alegría, en la que no existe miedo ni tensión, que evoca ternura, alejada de la agresividad y próxima a la activación, a la vida y al sentido existencial.

La alegría es un bien emocional asociada al logro, al placer, a la generosidad y la fluidez vital. Es lo opuesto a la tristeza y a la neurosis existencial. A medida que la persona necesita ir esforzándose para controlar múltiples situaciones empieza a tener que activarse para luchar.

La rabia, hostilidad, cólera e irritabilidad son las manifestaciones de que se empieza a entrar en

un estado de temor, ansiedad y descontrol cuando sus recursos adaptativos resultan insuficientes, entrando entonces en un peligroso estado de vulnerabilidad a enfermar.

El temor es una experiencia vital entre la rabia y la tristeza, en la que existe ansiedad, inhibición y desconfianza, próxima a la agresividad y al cinismo, a la depresión, a la enfermedad, a la derrota, a la falta de sentido de la existencia y, eventualmente, a la muerte.

Para Aristóteles, el miedo es la espera de un mal, existiendo males a los que hay que temer si no se quiere ser un temerario o un desvergonzado. Para él, entre los males a temer están la infamia (si no se quiere ser un desvergonzado)<sup>13</sup> y la carencia de amigos (si no se quiere ser un temerario). Males a los que un valiente no debe temer son la pobreza o la enfermedad, y sobre todo la muerte. ¡Ahí es nada! Platón había llegado a estigmatizar el temor como vicio, contrario a las “nobles virtudes guerreras” que debían presidir su “utópica” República.

13- Aristóteles. 1997. *Ética nicomáquea*. Madrid: Santillana



Las personas tienen miedo en sus lugares de trabajo. Mucho más de lo que a primera vista parece. Tienen miedo a expresar lo que opinan de sus jefes, a cuestionar el sistema, a ser despedidas, sancionadas o maltratadas en cualquier momento. Tienen miedo a ser ellas, a decidir tener tiempo para cuidar de sí y de sus amigos y aficiones o, "simplemente" para dar pleno sentido a su vida a través de su trabajo, al cual le dedican según algunos cálculos entre 70.000 y 75.000 horas a lo largo de su vida, como mínimo un tercio de la misma.

Hay que empezar a pensar en serio en nuevos contratos de trabajo "sensible" más que flexible, en los que la empleabilidad del profesional y la evaluación de su rendimiento por resultados determinen su libertad de horarios y evite el creciente absentismo psíquico e insatisfacción vital a los que estamos asistiendo. Se requieren nuevos contratos laborales menos basados en el control y más basados en la confianza y en la libertad e iniciativa creativa de las personas.

Hacen, pues, falta líderes "ansiolíticos", emancipadores y transformadores, que ayuden a superar las presiones de un entorno amenazador y limitante, gobernado con abuso por grandes comerciantes con pequeñas contemplaciones éticas y poéticas y excesivamente dirigido por jefes

capataces emocionalmente escasos, que únicamente aspiran a gestionar el estatus quo del sistema.

La confianza es un gran valor, es puro valor y tiene gran valor. La confianza es una gran elección estratégica, requiere valor y tiene una triple gran importancia predictora del comportamiento económico, ético y emocional del sistema. En la figura 6 se presenta un modelo "triaxial"<sup>14</sup> de valores en este sentido.

La esencia del liderazgo eutópico es la capacidad de construcción de confianza en uno mismo. La autoconfianza es fundamental para que confíen en nosotros, para confiar en los demás y para construir confianza entre las personas y en su futuro vital.

Los gestores manejan valores numéricos, los líderes construyen valores compartidos para generar confianza (Tabla 4). Y la confianza es una variable antecedente y consecuente de la existencia de valores verdaderamente compartidos.



Figura 6. Modelo triaxial de la Dirección por Valores (DpV)

**Tabla 4.**

*Funciones de "gestión" de un directivo-líder eutópico*

- Gestionar la confianza (creencia en el proyecto, en los demás y en uno mismo).
- Gestionar la atención (hacia el sueño de futuro).
- Gestionar el pleno sentido de la acción (económico, ético y emocional).
- Gestionarse a sí mismo (tiempo para ser).
- Gestionar temores (construir confianza).
- Gestionar inercias (inducir iniciativa).
- Gestionar ilusión.

14- b significa eje, valor, peso y guía en griego clásico. La axiología es el estudio de los valores.

Las personas con más necesidades de poder-influencia tienden a descuidar sus necesidades de establecer relaciones cálidas de confianza con los demás, o -lo que es lo mismo- sus necesidades de querer y ser queridos. Estas personas tienden a ser relativamente sensibles a la pérdida de confianza de sus superiores en ellos, pero tienen dificultades para confiar en sus subordinados o para que sus subordinados lleguen a confiar plenamente en ellos.

Más allá de las necesidades de autoestima de Maslow, McClelland<sup>15</sup> formuló un modelo de tres necesidades humanas básicas: logro (“achievement”), búsqueda de poder-influencia y afiliación (necesidad de querer-ser querido). Empeñado en demostrar que los ciudadanos del tercer mundo podrían desarrollar conductas emprendedoras con una formación adecuada planteó a Naciones Unidas un programa específico al respecto: el actual Programa EMPRETEC de la UNCTAD. Sin embargo, resulta curioso comprobar que este programa tiene como objetivo estimular la necesidad de logro, la necesidad de poder y -como sustituto de la necesidad de afiliación- la necesidad de “planificación” (!).

Verdaderamente, necesitamos líderes que no necesariamente mimeticen el interesante modelo tecnocrático y meritocrático estadounidense, de raíz calvinista centroeuropea, sino que lo integren dentro de un marco sureño humanamente más evolucionado y placentero. En otras palabras, se necesitan “emprendedores con valores” que no sólo tengan una alta necesidad de logro material, sino que la armonicen con una alta necesidad de logro ético y emocional, pretendiendo así un concepto amplio de autoestima y “éxito en la vida” (Tabla 5).

La palabra confianza es empistosini en griego antiguo<sup>16</sup>, y significa “creer en”. La necesidad de

**Tabla 5.**

*Necesidades de los líderes autópicos*

- Necesidad de sentido ético de la vida y de sentirse socialmente comprometidos, útiles y trascendentes a través de sus proyectos emprendedores.
- Necesidad de ser creativos y mostrar su valía a los demás.
- Necesidad de llegar a tener poder-influencia.
- Necesidad de prosperidad material.
- Necesidad de dar y recibir amor, placer y afecto.
- Necesidad de libertad y control sobre su propia existencia.
- Necesidad de tiempo para saborear la vida sin culpabilizarse.
- Necesidad de desarrollo estético a su alrededor.

confianza surge cuando decidimos arriesgarnos a hacernos vulnerables a las consecuencias de la conducta de otros o de nosotros mismos.

La confianza es la clave de bóveda de toda organización humana perdurable, fluida, feliz y efectiva. Sin ella, todo el edificio se desmorona, teniendo entonces que apuntarlo con estructuras de control de alto coste emocional y económico.

Otra analogía, esta vez prestada de Arrow, premio Nóbel de economía: la confianza es el lubricante de los sistemas sociales. Sin confianza, los sistemas sociales chirrían, no funcionan de forma equilibrada y productiva, viven a la defensiva. ¿Puede

15- McClelland, DC. y cols. 1953. *The achievement motive*. New York: Applerton-Century-Crofts.

16- Tomará N y García S. 2000 *El conocimiento helénico a través de las palabras: apuntes para directivos humanistas*. Perspectivas de Gestión V-2 pp.46-59

funcionar sin confianza mutua una pareja? ¿Y un equipo deportivo o de trabajo? ¿Y una empresa? Sin confianza mutua, una pareja, un equipo o una organización de cualquier tipo malgastan excesivas energías dedicadas al control y difícilmente pueden conversar, aprender y prosperar hasta su pleno desarrollo.

A nivel individual, la falta de confianza en uno mismo inhibe la voluntad de arriesgarse a emprender nuevos proyectos, de afrontar cambios o, “simplemente”, de desaprender y evolucionar.

La confianza es el antídoto del miedo, y es la principal característica del líder que, cree en sí mismo, en sus colaboradores y en el sentido de su acción.

Generar confianza y no defraudar la confianza que los demás depositan en nosotros es una variable de conducta de claro contenido ético. “*La ética es el arte de la confianza*”, llega a afirmar **Fernando Savater**.

## La evolución postconvencional del nivel de conciencia moral del líder eutópico.

Hablando de las “organizaciones neuróticas”, **Kets de Vries**<sup>17</sup> ha observado que los mecanismos de defensa neuróticos que utilizan los líderes para afrontar su propia ansiedad personal (tales como la negación, la proyección, el trabajo compulsivo o las reacciones de desconfianza de tipo paranoide) tienen un impacto en cascada en el conjunto de la organización que lideran.

De la misma manera, el nivel de evolución de conciencia moral del líder puede tener un impacto

significativo en el conjunto del capital axiológico del sistema organizativo que lidera.

El psicólogo evolutivo **Lorenz Kohlberg**<sup>18</sup> ha propuesto la existencia de tres niveles secuenciales de desarrollo de madurez de la conciencia moral de la persona, desde la infancia hasta la edad adulta.

Nos permitimos aquí hacer una lectura adaptada a la construcción del modelo del liderazgo eutópico.

A) Conciencia moral preconventional: la persona juzga lo que es o no correcto desde la perspectiva de sus propios intereses inmediatos, de lo que le conviene o no egoístamente. Lo correcto es lo que evita el castigo, lo que sigue las directrices dictadas por la autoridad y los que proporciona beneficio inmediato. Según Kohlberg este es el razonamiento moral de los niños pequeños, aunque -afirma- “un buen número de adolescentes y adultos todavía persisten en él”. A un nivel más popular, estaríamos hablando de los “locos bajitos” a los que se refiere el cantautor **Joan Manel Serrat**, absolutamente “preconvencionales”. ¿Alguien se imagina que un niño quiera ir al colegio “porque es esencial para mi desarrollo psicoevolutivo”?

B) Conciencia moral convencional: al integrarse en el sistema educativo en la familia y en la escuela -Escuelas de Negocio incluidas- la persona enfoca las cuestiones morales según las normas, expectativas e intereses del orden social establecido, importando esencialmente la aceptación por el grupo de referencia y valorando como buena la adaptación a lo que su sociedad considera como bueno. El directivo tópico de conciencia convencional está agobiado por sus excesivos compromisos cotidianos, y piensa y actúa habitualmente de forma conservadora, temerosa y autoritaria, adaptándose al pensamiento predominante en sus círculos de referencia e influencia social.

17- Kets de Vries, M 1993. *La organización neurótica*. Clásicos Management Apóstrofe.

18- Kohlberg, L. 1992. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

De hecho no es propiamente un líder con iniciativa propia, sino un gestor o administrador de los recursos y valores del estatus quo que le rodea. Es más bien un “mando mandado” que un “líder” emprendedor, soñador, transformador y creativo al servicio de un proyecto económica y socialmente significativo. En lugar de mejorar su entorno sólo se atreve a hacer lo que goza de la aprobación general, en lugar de cambiar y transformar todo aquello que huele a corrupción y endogamia dedica sus esfuerzos a hacer más de lo mismo para que nada cambie.

De hecho, muchos de los nuevos e interesantes enfoques de management actuales (Códigos de Ética, Normas ISO, Cuadernos de Mando de Control Integral y similares) no son más que meros “neotaylorismos” en su esencia. Quizás por eso nunca consiguen llegar a transformar la esencia del sistema. Aunque lo van perfeccionando poco a poco. Tan poco a poco que se puede llegar a pensar que, en el fondo y en la

superficie, nunca les ha interesado llegar realmente a cambiar

C) Conciencia moral postconvencional: partiendo de su urdimbre cultural y educativa pero yendo más allá, la persona llega a distinguir con criterio propio entre las normas de su entorno y los principios éticos que ella considera universales y defendibles, tales como la libertad, la cooperación o la alegría. Afirma Kohlberg que es el menos frecuente, llegando a citar líderes como **Sócrates**, **Gandhi**, o **Luther King** como sus máximos exponentes. Es igualmente el nivel de conciencia que Habermas asocia a las sociedades democráticas más evolucionadas.

En la figura 7 se procura integrar a modo de ensayo analógico las tres fases de maduración de la conciencia moral del líder con otras dimensiones sociales, económicas, empresariales e ideológicas del pasado, del presente y del futuro eutópicamente deseable.

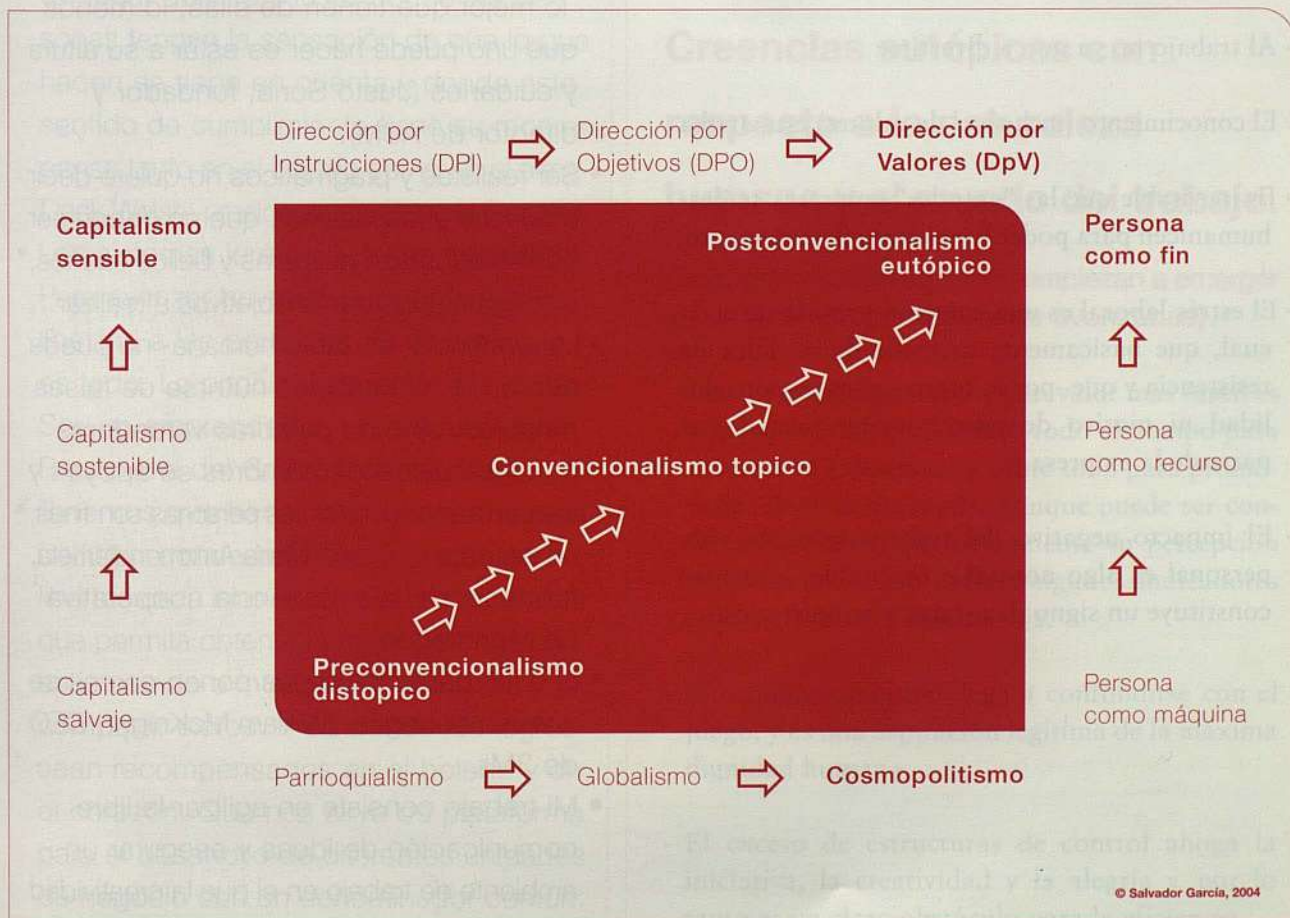


Figura 7. Evolución de la conciencia, liderazgo empresarial y otras dimensiones sociales económicas, empresariales e ideológicas.

Las creencias con respecto a la naturaleza humana y el mundo del trabajo pueden ser más o menos tópicas o eutópicas. La incorporación de unas u otras es un paso previo esencial para el desarrollo de un tipo u otro de liderazgo organizativo.

## Creencias tópicas con respecto a la naturaleza humana y el mundo del trabajo.

**(Que, afortunadamente, ya empiezan a estar trasnochadas en muchas empresas humanamente avanzadas):**

- Lo que no se puede medir no existe (y en todo caso no tiene demasiada importancia empresarial, por lo que no hay por qué promoverlo)
- Al trabajo no va uno a divertirse
- El conocimiento (incluso el de valores) está arriba
- Es inevitable que las "grandes" empresas se des-humanicen para poder funcionar eficientemente.
- El estrés laboral es una cuestión privada de cada cual, que básicamente depende de su falta de resistencia y que -por lo tanto- no es responsabilidad ni motivo de preocupación formal por parte de la empresa
- El impacto negativo del trabajo sobre la vida personal es algo normal e inevitable, e incluso constituye un signo de estatus y triunfo social.

### Tabla 6.

*Algunos ejemplos diversos del pensamiento de líderes empresariales "eutópicos"*

- Es necesario pensar en un nuevo tipo de empresa entregada a un nuevo tipo de hombre sensible y en libertad responsable, es decir, con un máximo potencial creativo, porque no hay creatividad sin libertad. Y que por su sensibilidad sienta, este tipo de hombre, la necesidad de impulsar, firmemente, los valores morales, culturales, éticos y estéticos a nivel personal y social, de manera que estos valores converjan y no diverjan como hasta a hora con el admirable desarrollo material de nuestro tiempo... (Pere Duran Farell, Presidente de Gas Natural).
- Cuando las personas dan a la empresa lo mejor que tienen de ellas, lo menos que uno puede hacer es estar a su altura y cuidarles (Justo Soria, fundador y director de ASM).
- Ser realistas y pragmáticos no quiere decir renunciar a los ideales, que no deben ser confundidos con quimeras y bellos sueños, sino aceptados como objetivos a realizar...
- La existencia -en tanto humana- no puede ser muda, ni tampoco nutrirse de falsas palabras, sino de palabras verdaderas con las cuales los hombres se apoyan y transforman el mundo. Las personas son fines, no recursos.... (José María Arrizmendiarieta, fundador de la experiencia cooperativa de Mondragón).
- Si a las personas se les ponen cercas se vuelven borregos. (William McKnight, CEO de 3M).
- Mi trabajo consiste en agilizar la libre comunicación de ideas y asegurar un ambiente de trabajo en el que la creatividad

y la iniciativa sean reconocidas y recompensadas. (Minoru Makira, Presidente de Mitsubishi).

- El modelo tradicional de empresa, donde las personas son tratadas como "recursos humanos" está agotado. Cuando los recursos humanos (es decir las personas) tienen cubiertas sus necesidades básicas, buscan algo más en su empresa: quieren estar orgullosas de ellas, quieren ser respetados, valorados y escuchados, y quieren sentirse cómplices de su futuro. (Marcos Urarte, Director General de PHAROS Consultoría Estratégica)
- Dentro de diez años, queremos que las revistas especializadas digan que GE es un lugar donde las personas tienen la libertad de ser creativas, Un lugar que promueve lo mejor de cada cual. Un lugar abierto y justo donde las personas tengan la sensación de que lo que hacen se tiene en cuenta y donde este sentido de cumplimiento tiene su recompensa tanto en el bolsillo como en el alma. (Jack Welsh, presidente de General Electric).
- Los sistemas jerárquicos han fracasado. Para avanzar hay que dar confianza y libertad a las personas. El dinero no lo es todo. Lo principal es servir a la gente. Soy un emprendedor. (Reinhard Mohn, Presidente del Grupo Bertelsman).
- Tenemos que hacer de nuestra empresa un lugar donde las personas sientan la libertad de la innovación. En una atmósfera que permita obtener lo mejor de cada uno, estimulando e intercambio de ideas y el compartir éxitos. Y en donde los logros sean recompensados en el bolsillo y en el corazón. Que nos sirva de plataforma para el desarrollo de diferentes unidades de negocio con un denominador común:

soluciones en identificación y trazabilidad de productos (Jordi Piñot, Director General de MACSA).

- Ya es hora de implantar un nuevo modelo de Dirección que permita el desarrollo profesional de las personas en un contexto en el que prime la iniciativa y la creatividad. Es lo que llamamos "Dirección por Valores". (Isidro Fainé, Director General de "la Caixa").
- Cuando hay unidad y avenencia (oneness) hay éxito, y junto al éxito hay cooperación. Es con la cooperación que creamos juntos un mundo mejor. (Dadi Janki, Directora Adjunta de la Brahma Kumaris World Spiritual University).  
Una empresa afectiva es una empresa más efectiva. (Antonio Vega, Director General de HUMANIZA).

## Creencias eutópicas con respecto a la naturaleza humana y el mundo del trabajo.

(Que, esperanzadoramente, empiezan a emerger en empresas humanamente avanzadas)

- Cuanto más importante es un valor más inútil es tener que estar midiéndolo todo el tiempo para conocer su existencia, y sobre todo para promoverla (p.ej. la amistad). Aunque puede ser conveniente evaluar periódicamente su percepción subjetiva e incluso definir algunos indicadores para estimular el aprendizaje.
- El trabajo recreativo llega a confundirse con el juego, y es una aspiración legítima de la máxima dignidad humana.
- El exceso de estructuras de control ahoga la iniciativa, la creatividad y la alegría y, por lo tanto es un claro obstáculo para la eficiencia.

- La frecuencia de un dato no es lo mismo que su importancia.
- El mundo es comprensible por las personas normales y corrientes, y su conocimiento debe y puede ser organizado de forma colectiva y significativa.
- Las personas desean y pueden crear su propio futuro. Llegar a hacerlo es característico y definitorio de la especie humana.
- Las personas trabajan más y mejor cuando perciben que son tratadas como tales y que participan en algo nuevo y especial.
- Las personas desean oportunidades para poner manos a la obra tanto sus cerebros y corazones como sus manos.
- Una vez razonablemente satisfechas sus necesidades materiales, la posibilidad de mostrar su valía ante los demás es el principal mecanismo de motivación o atribución de sentido al esfuerzo de alto rendimiento.
- Hay que equilibrar la energía dedicada al trabajo, a la familia y a uno mismo.
- Un buen líder es un facilitador del éxito de su gente, por lo que se preocupa más en desarrollarlos que en simplemente controlarlos.
- Si se les da la oportunidad, las personas son mucho más proclives a cooperar que a combatir. La tarea del líder es la de estructurar oportunidades para dialogar, cooperar y aprender.
- No es lo mismo un negocio oportunista que una verdadera empresa. Bastantes "grandes empresas" tienen pequeños valores.
- La formación en valores es tan importante como la formación en conocimientos o en habilidades y competencias.

En la Tabla 7 se presenta una matriz evolutiva de estilos de liderazgo. Así como el estilo autocrático puede descartarse por distópico, el estilo gestor de recursos es tópico pero meritorio y basalmente necesario, sobre todo si no pretende gobernar el conjunto del sistema únicamente con su enfoque. Lo que ocurre es que no es tan fácil que excelentes gestores y excelentes líderes sepan, quieran y puedan trabajar en equipo.

**Tabla 7.** Matriz evolutiva de estilos de liderazgo y otras dimensiones sociales y organizativas

<b>Estilo de liderazgo</b>	<b>AUTOCRÁTICO. DISTÓPICO. IMPOSITOR</b>	<b>GESTOR DE RECURSOS TÓPICO. CONTROLADOR</b>	<b>EUTÓPICO. AUTÉNTICO. CONSTRUCTOR DE CONFIANZA</b>
Tipo de mundo que le rodea	Asustado	Normativizado	Confiado
Capitalismo promovido	Salvaje	Sostenible	Sensible
Conciencia moral	Preconvencional	Convencional	Postconvencional
Sistema de dirección de la empresa	Dirección por Instrucciones (DPI)	Dirección por Objetivos (DPO)	Dirección por Valores (DpV)
Tipo de control organizativo	Control externo	Control externo-interno	Control interno
Estructura organizativa	Verticalista descendente (militar). Organigrama "en rastrillo"	Aplanada	Orgánica, molecular, viva,
Valores esenciales	Obediencia jerárquica	Optimización, simplificación	Libertad creativa, alegría, confianza, sensibilidad

Los líderes eutópicos corresponden al perfil descrito por otros autores que también están señalando las incoherencias y nuevas posibilidades organizativas, como **Gary Hamel** cuando habla de forma radicalmente atrevida de “activistas revolucionarios”<sup>19</sup> o Charles Handy al calificar de “nuevos alquimistas”<sup>20</sup> a estos revolucionarios sociales, a los cuales asocia con pulgas muy ágiles en colaboración con los grandes elefantes que representan ser las empresas multinacionales.

Gary Hamel nos introduce el concepto de líderes empresariales “activistas revolucionarios” con los siguientes atributos:

- Democracia informativa.
- Capitalismo popular dónde todos podrían ser accionistas.
- Mejora continua e innovación no lineal.
- Visionarios, activistas para crear riqueza

Hemos de plantearnos por qué en estos últimos años de democracia informativa hemos conocido tantos episodios de corrupción endogámica.

No es que no tuviéramos con anterioridad situaciones similares, lo que ocurría es que no teníamos la posibilidad de conocerlas con la misma rapidez.

A nuestro entender, el crecimiento ininterrumpido de los ingresos del valor para el accionista tiene que llegar a sus límites. De forma similar a la racionalización de los costes del sector de automoción, no podrá mantenerse de forma indefinida. La guerra a los costes es una gimnasia empresarial competitivamente adecuada<sup>21</sup>, pero que tiene un recorrido estratégico muy limitado; dirigir con criterios financieros no debería excluir la estrategia de dirigir personas, porque el crecimiento global

es el marcador del partido, no el partido en sí mismo, tal como ya apuntaba Hamel en la década de los 90.

Desgraciada o afortunadamente, según se mire, todavía estamos muy lejos de que se cumplan profecías conservadoramente alarmistas e intimidadoras tales como la del profesor Pedro Nueno<sup>22</sup>, conformador de los modelos mentales neurológicamente “de izquierdas” (Ver figura 1) de muchos directivos actuales: *“si a la responsabilidad social le añadimos la sostenibilidad, el planteamiento solidario, el comercio justo, the bottom of the pyramid, la tolerancia del absentismo (sic), puede que el carro se hunda con el peso de la blandura social: hay que plantarse ante ella si queremos competir con la gran eficiencia china”*.

Una sugerencia para el debate “línea dura-línea blanda” por nuestra parte: añadamos entonces al “insostenible” discurso de “blandura social” la necesidad de equilibrio trabajo-familia, la emergencia de la Dirección por Valores participativa y la aspiración humana de libertad, creatividad y felicidad en empresas ética y emocionalmente sostenibles.

Añadamos también la necesidad de cuestionar el tener que trabajar -literalmente- como los sometidos y “pobres” chinos, los cuales pasaron del feudalismo a la dictadura comunista y de ahí directamente a la tiranía del capitalismo eficientista y sin contemplaciones éticas ni poéticas, propugnado en multitud de foros académicos y periodísticos devotos de la religión “realista”, cuya letanía más repetida es “esto es lo que hay”.

Quizás ante lo que haya que plantarse sea ante la abusiva prepotencia académica, empresarial y política del modelo de *“la ética como guinda del pastel y tampoco tanta guinda, no sea que nos quedemos sin el pastel de toda la vida”*.

19- Hamel, G. 2000 *Leading the Revolution*. Harvard Business School Press- Boston

20- Handy, Ch. 2002. *El Elefante y la pulga. Mirando hacia atrás hacia el futuro*. Madrid: Ediciones Apóstrofe. Handy, Ch. 1999. *The new alchemists*. London : Hutchinson Comunicación personal.

21- Porter, M. 1998 *On competition*. Harvard Business School Press. Boston

21- Nueno, P. 2005. *Sosteniendo*. La Vanguardia, 16-1-05



El sector mal denominado no lucrativo, fundaciones y organizaciones no gubernamentales, va a ser uno de los principales polos de desarrollo de conocimiento activo para que puedan surgir verdaderos líderes eutópicos, los cuales prefieren invertir su conocimiento en causas justas y sociales. Colaborando en él hemos aprendido la siguiente metáfora:

*«La mayoría de las guerras están generadas por la ambición sin control de gobernantes corrompidos por empresas, y en estas guerras hemos observado su total incompetencia ética, emocional e incluso militar. En casi todas ellas no murieron bastantes generales porque permanecen muy lejos de la vanguardia de donde ocurren los hechos: es decir, las decisiones que llevan a la muerte a infinidad de personas inocentes».*

En todo caso, como decíamos al hablar del “liderazgo postconvencional” en otro lugar<sup>23</sup>, los verdaderos líderes eutópicos siempre han sido, son y serán personas que no se gobiernan únicamente por las convenciones, creencias y valores dominantes de su entorno, sino que piensan y actúan con energía fundacional, tiene una visión del mundo particular y confían en su capacidad para emprender proyectos, transformar las cosas y tratar de dar pleno sentido a su vida y a la de los demás.

Los líderes eutópicos no se implican en auténticas acciones de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) meramente para aprovechar la oportunidad de mejora de reputación de su empresa o para diferenciarse inteligentemente en el mercado, cosa que tampoco rechazan en la práctica, sino por auténtica filantropía (amor por el ser humano) y por sus propias inquietudes éticas y poéticas construidas a lo largo de una vida bien vivida.

Tal como afirmaba José María Arrizmendiarrieta basándose en el personalismo de Mounier: “La revolución económica será moral o no será”<sup>24</sup>.

Estos auténticos líderes son inspiradores y legitimadores de conversaciones para construir confianza, sensibilidad y libertad. Algunos de ellos, los de más valor, lo han llegado a pagar con su propia e intensa vida. Otros muchos han vivido y siguen viviendo bien felices. Hoy día, incluso llegan a formar parte activa de la aventura del movimiento eutópico, absolutamente en construcción<sup>25</sup>: “otra empresa donde el amor sea posible (o, al menos, con más ética y más poética): otro mundo es posible”. Antes de aterrizar, hay que despegar<sup>26</sup>.

## EL MANIFIESTO EUTÓPICO

*“Otra empresa es posible: otro mundo es posible”*

- 1 Queremos que la empresa sea un auténtico agente de cambio social humanizador del sistema
- 2 Queremos más tiempo para vivir
- 3 Queremos más vida en el trabajo
- 4 Queremos expandir nuestra conciencia interior
- 5 Queremos más educación para la vida
- 6 Queremos que las mujeres asuman más poder
- 7 Queremos eliminar estructuras burocráticas
- 8 Queremos un nuevo cosmopolitismo ideológico
- 9 Queremos una auténtica participación democrática
- 10 Queremos liderazgos eutópicos

*“Saber trabajar, saber vivir y saber compartir”*

[www.eutopia.es](http://www.eutopia.es)

23- García S, 2001. *El valor del líder postconvencional: la gestión del miedo*. En: Liderando con emoción. Madrid: Soluziona-Grieker Orgemer.

24- Foote W y King W.1988. *Mondragón: más que una utopía*. San Sebastián: Editorial Txertoa.

25- [www.eutopia.es](http://www.eutopia.es) ; [salvadorgarcia@ub.edu](mailto:salvadorgarcia@ub.edu); [CEFERI.SOLER@esade.edu](mailto:CEFERI.SOLER@esade.edu)

26- Agradecemos a Javier Blanco su inestimable ayuda para la realización de este artículo.

## Anexo 1

¿Es Vd. Un líder autópico? ¿Conoce alguno?

Cuestionario de Liderazgo DTE-15  
(Distópico-Tópico-Eutópico)

## Cuestionario de Liderazgo DTE - 15

(Distópico-Tópico-Eutópico)

**1- Buen gestor de sí mismo.** Capaz de conectar con su propio centro y observar así sus propias emociones y pensamientos, pudiendo entonces modularlos según el contexto. Presente en todo lo que hace. Con tiempo para sí mismo y para las tareas esenciales de la vida, tales como pensar, amar, jugar, tener amigos, expresarse o, "simplemente", ser. Capaz de gestionar sus propios miedos.

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**2- Soñador organizado.** Capaz de inspirar, legitimar e impulsar de forma valiente y eficaz la materialización colectiva de grandes sueños que inicialmente parecían imposibles. Equilibra utopía con realismo. Pensador que sueña y soñador que piensa. Combina eficientemente idealismo con pragmatismo, dotando de sentido utilitario, ético y emocional a la acción emprendedora.

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**3- Euficiente.** Eficiente con sensibilidad ética y emocional. Consigue eficiencia económica y rentabilidad sin que sea a costa de deteriorar el medio ambiente, la cultura o la calidad de vida de las personas.

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**4- Liberador de talento.** Capaz de delegar eficazmente y de potenciar equipos de alto rendimiento. Confía (cree) en sí mismo y en los demás, liberando talento pragmático, ético y creativo.

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**5- Promotor de un capitalismo sensible.** Socialmente responsable, emocionalmente sostenible y económicamente eficiente. Materializador de la idea de que "otra empresa es posible: otro mundo es posible". Va más allá de la visión meramente eficientista de la empresa: el beneficio económico es para él una consecuencia de hacer bien las cosas con las personas (clientes, empleados, proveedores y ciudadanos) y un medio para seguir creciendo, no un fin en sí mismo y a cualquier precio.

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**6- Conciencia moral y estilo postconvencional.** Juicio y conducta más allá de convencionalismos, basados en el criterio y creencias propias. Algo más allá de los criterios, normas y valores de los grupos de referencia y pertenencia. En la frontera entre dentro y fuera del sistema. Conexión con valores universales como la libertad, la confianza, la libertad o la justicia.

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**7- Dirige por valores.** Creador de espacios conversacionales para la construcción de valores finales y de reglas del juego realmente compartidas. Trata de armonizar valores económicos (p.ej. "resultados") con valores éticos (p.ej. "respeto") y valores emocionales (p.ej. "ilusión").

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**8- Liberador de tiempo para vivir.** Amante de la libertad y legitimador y facilitador de tiempo para las tareas de desarrollo personal esenciales de la vida en sus colaboradores (tales como pensar, amar, jugar, tener amigos, expresarse o, "simplemente", ser).

0				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

<p><b>9- Coherente.</b> <i>Entre lo que dice y lo que hace. Integro. No dissociado. Consistente. Tiene palabra.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>10- Con sentido del humor.</b> <i>Capaz de reírse de sí mismo y legitimar y generar alegría a su alrededor.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>11- Al servicio.</b> <i>De sus colaboradores y de un proyecto que trasciende a sí mismo. Al servicio de un mundo mejor a través de una empresa mejor.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>12- Cosmopolita con raíces.</b> <i>Orgulloso de su origen cultural pero abierto al mundo y respetuosamente activo con otras culturas del mundo.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>13- Generoso.</b> <i>Capaz de compartir conocimiento, información, tiempo y buen humor con los demás, incluso si están jerárquicamente por encima o por debajo de él.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>14- Apasionante.</b> <i>Capaz de generar ilusión, entusiasmo e incluso pasión a su alrededor, más allá del mero compromiso.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>15- Humilde.</b> <i>Consciente de sus limitaciones y buscador de la verdad. Abierto a la escucha, al desaprendizaje y al cambio.</i></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0												
1	2	3	4	5								
6	7	8	9	10								
<p><b>100 - 150:</b> Liderazgo eutópico. Muy infrecuente pero Necesario</p> <p><b>50 - 99:</b> Liderazgo tópico. El más frecuente. Más gestor eficaz que auténticamente líder.</p> <p><b>0 - 49:</b> Liderazgo distópico. No infrecuente. Acostumbra a generar más problemas que beneficios a su organización.</p>	<p><b>TOTAL:</b></p>											

## El estado de salud del mundo en la era de la globalización\*.

> M. Pilar Núñez-Cubero  
*Especialista en ginecología y Obstetricia.*  
*Master en Bioética.*

La Declaración Universal de los Derechos Humanos estableció la salud como un derecho fundamental de toda persona humana y la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) creó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, como garante de este derecho.

El mundo había quedado estructurado, al final de la 2<sup>a</sup> guerra mundial, en tres bloques, conocidos también como tres mundos: el primero incluía los países industrializados; el segundo englobaba los países de la URSS (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) y el tercer mundo quedaba formado por los países en vías de desarrollo.

Hoy, tras la caída del muro de Berlín, se han configurado, en el mundo, dos grandes bloques: países pobres y países ricos o países del Norte y países del Sur, y nuestra sociedad marcada por el avance tecnológico, de finales del siglo XX se ha introducido en el tercer milenio, de la mano de la globalización.

Y cabe preguntarse: ¿qué globalización y para quién? Y, ¿qué salud y para quién?

La autora intenta dar respuesta a estas preguntas cuestionándose y haciéndonos reflexionar sobre esta era de la globalización que nos toca vivir. ▶



M. Pilar Núñez-Cubero.

La GLOBALIZACIÓN, “proceso de caída de barreras” (dirá **Joan Majó**) se está desarrollando de forma asimétrica. Es indudable que la información, definida como el quinto poder, está prácticamente globalizada. Es posible comunicar con sectores de la selva africana o americana, por e-mail, teléfono satélite o por móvil (GSM).

La información ha favorecido el intercambio comercial y la economía, cuarto poder, tiene ya un cierto grado de globalización.

Más lejos están los poderes jurídicos y legislativos de globalizarse, aunque se intenta. Y el poder ejecutivo, la política, no ha hecho más que nacer a la globalización, y desde ahí hemos de considerar esta situación tan dispar, como la de las políticas de salud.

Cómo muy bien dice **Gonzalez-Carvajal** (2000) no hay que confundir mundialización con globalización. La mundialización es el fenómeno por el cual están desapareciendo las barreras culturales, geográficas y políticas de nuestro Planeta. Es la unificación del planeta Tierra: la aldea global.

La globalización en la práctica, significa capitalismo global: internacionalización del comercio, de la producción, de los capitales, una economía sin fronteras... y ahí no jugamos con las mismas oportunidades y la balanza se inclina siempre del lado de los más fuertes. Habría que profundizar la reflexión de **Pérez Moreno y Gutiérrez** (2003): “de paso que globalizan la humanidad, ¿no podrían humanizar la globalización?” Y **Juan Ramón Lacadena** en su artículo “Bioética global y Etica de la responsabilidad”, nos comparte la reflexión de un emigrante, que refleja también mi pensamiento después de haber vivido largos años en países pobres: ¿y no podrían globalizarnos en nuestro país sin que tengamos que arriesgar la vida en una patera?

SALUD. La OMS, en su programa de 1948, incluía capítulos tanto para los países industrializados, como para los países en desarrollo. Con sede central en Ginebra, dispone, hoy, de 6 despachos regionales distribuidos geográficamente al servicio de todas las naciones: Copenhague, Brazzaville, Alexandría, New Delhi, Manila y Washington.

El programa comienza por definir la salud como “perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social” y no solo la ausencia de enfermedad como se había considerado hasta entonces.

Esta definición tenía el valor de integrar la dimensión social, o mejor “socio-económica” en relación con la salud, y pronto se pudo constatar en qué grado esta dimensión socioeconómica iba a marcar el estado de salud de los pueblos de nuestro planeta, hasta el punto que hay que preguntarse si esta definición es válida hoy, y si podemos aceptar “mundialmente” esa definición cuando las dos terceras partes de los habitantes de nuestro planeta carecen de los mínimos necesarios para un “aceptable” estado de bienestar físico y a lo mejor psíquico, pero evidentemente no del social.

Y no solo los habitantes de los países pobres, sino que también algunas situaciones derivadas de enfermedades nuevas, accidentes y el mismo proceso de envejecimiento no tendrían cabida en ese perfecto estado de salud, hoy diríamos global, que

la Organización Mundial de la Salud nos propuso ambiciosamente al inicio de su creación.

Hoy tenemos que admitir otros conceptos de salud más adaptados a nuestro tiempo. Así:

- **Boorse**, en una definición bastante complicada viene a decir que la salud es, dentro de cada grupo de edad y sexo, la aptitud para llevar a cabo las funciones normales, con, al menos, una eficiencia aceptable.

- **Von Weizsacker** define la salud como la amplia capacidad de acometer la empresa de la autorrealización, en la cual la curación es el proceso que posibilita la iniciación o la reintegración del enfermo a esa empresa.

- **Diego Gracia**, siguiendo la línea de **Láin Entralgo** definirá la salud como la capacidad de posesión y apropiación del cuerpo... que es lo contrario de esclavitud y servicio. Sano no está quien mayor bienestar siente, sino quien más plenamente es capaz de apropiarse y cultivar su propio cuerpo. En esa misma línea se expresará Adela Cortina quien concibe la salud como el grado de autoposesión de cuerpo y mente por parte del sujeto. Autoposesión que implica: capacidad de desplazamiento, capacidad de autocontrol, conciencia y capacidad de relación personal.

Otras muchas definiciones de salud se podrían citar, pero ello excedería el ámbito de este trabajo.

En este nuevo milenio, sin embargo, no se puede dejar de considerar el concepto de **salud global** del que se derivaría la necesidad de una atención holística o globalizada a la persona en todas sus dimensiones y circunstancias, a lo largo de todas las etapas de su vida. Y para ello voy a fijarme en lo que el **Hasting Center**, (1996) denominó "The Goals of Medicine" (Las metas de la medicina):

1) La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud

2) El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las lesiones

3) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados

4) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz

Desde esta óptica, las metas asistenciales, ya presentes en los países más favorecidos del planeta, quedaría definidas como

1) *Prevención de la enfermedad y promoción de la salud*

Integraría este apartado la Medicina Preventiva y la Medicina Predictiva, con sus programas de:

- inmunización
- depistaje o cribado
- visitas de control, reglamentarias o preliminares
- seguimiento posterior de las patologías para evitar recidivas
- educación nutricional, ejercicio físico y salud mental
- ...

Mediante técnicas microbiológicas, bioquímicas, histológicas, inmunológicas o genéticas

Con ayuda de tecnología de alto nivel, si fuere necesario, especialmente técnicas de diagnóstico por la imagen: **Radiología, TAC, PECT, RMN, Ecografía, Doppler, Endoscopia.**

2) *Alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las lesiones mediante*

- clínicas del dolor
- rehabilitación y fisioterapia
- curas de relajación – distracción – dietética
- comprensión psicósomática de la enfermedad
- apoyo médico y social
- terapias de sustitución
- ....

3) *Asistencia y curación de los enfermos y cuidado de los que no tienen cura, mediante*

- asistencia médica de alto nivel con tecnología incorporada
- unidades de cuidados intensivos y alta tecnología
- Cirugía laparoscópica o de corta estancia
- Cirugía sofisticada o de larga estancia
- Trasplantes y medicina regenerativa
- Terapia Génica
- Cirugía reparadora y modificadora: plástica y estética
- Programas socio-sanitarios: UFISS, PADES, Geriátricos, Residencias Asistidas, Programas de televigilancia domiciliaria
- .....

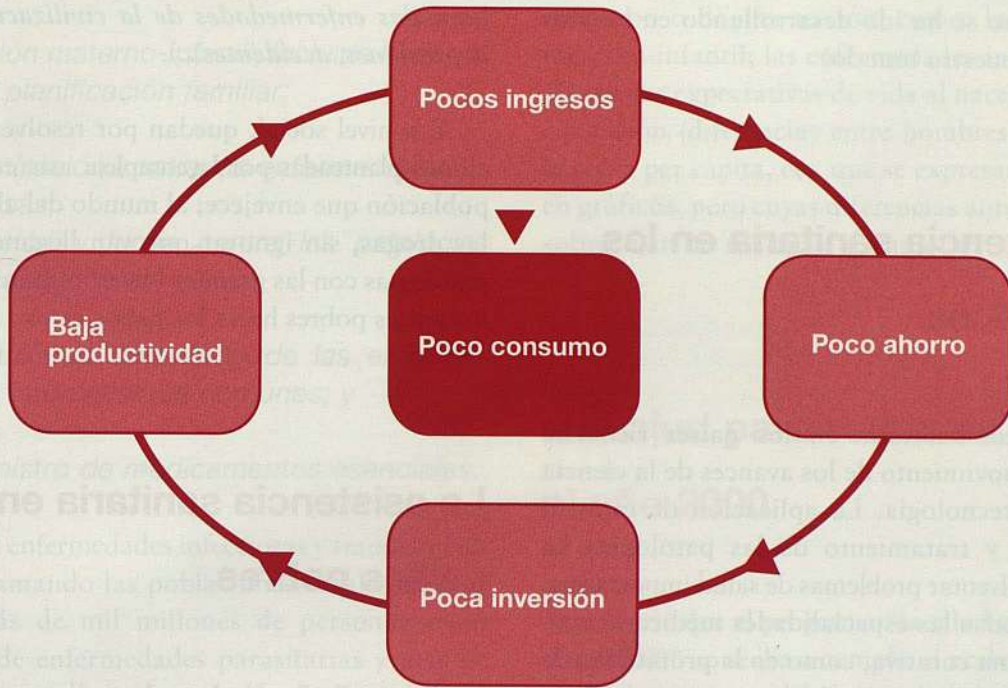
4) *Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz*

- ni acelerar la muerte, ni retardarla
- saber hasta donde hay que llegar y cuando se ha de parar
- CUIDADOS PALIATIVOS
- HOSPICE
- Acompañamiento al paciente en esta su última fase
- .....

**“SALUD GLOBAL”**  
**METAS DE LA MEDICINA “Medicina del Bienestar”**



### CÍRCULO VICIOSO DE LA POBREZA



# agelectric

CORPORACIÓ AGE

Instal.lacions específiques d'establiments sanitaris  
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)  
Instal.lacions de seguretat  
Instal.lacions contraincendis  
Instal.lacions de comunicacions  
Instal.lacions de control

c/Asturias, 8-10  
08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00

Fax. 93 552 15 00

e-mail: [agelectric@agelectric.com](mailto:agelectric@agelectric.com)



Una vez analizado lo que hoy se entiende por salud, y la asistencia global o medicina del bienestar, veamos como se ha ido desarrollando en los dos bloques de nuestro mundo.

## La asistencia sanitaria en los países ricos

La Asistencia Sanitaria en los países ricos ha seguido el movimiento de los avances de la ciencia y de la biotecnología. La aplicación de éstas al diagnóstico y tratamiento de las patologías ha permitido solventar problemas de salud importantes, a nivel de todas las especialidades médicas, tanto en la medicina curativa, como en la promoción de la salud y la reproducción humana.

El avance de la inmunología ha permitido la erradicación de muchas patologías infecciosas; el tratamiento de las enfermedades auto-inmunes; y mejorar las condiciones de los trasplantes. El descubrimiento del ADN y el conocimiento de la genética (genómica y proteómica) ha abierto puertas nuevas al tratamiento de algunas enfermedades congénitas y hereditarias y a la medicina perfecta, aun cuando queda el reto de la medicina predictiva para las enfermedades todavía sin tratamiento. Y la clonación terapéutica, mediante el trasplante de células y tejidos, nos introduce a la medicina regenerativa.

La medicina social en todas sus dimensiones de promoción de salud, prevención de enfermedades, rehabilitación de secuelas y servicios socio-sanitarios, ha supuesto una aportación considerable tanto a una mayor cantidad, como a una mejor calidad de vida.

Los problemas de salud de las sociedades industrializadas están caracterizados por: *las patologías cardiovasculares, las enfermedades proliferativas oncológicas, los procesos degenerativos, los derivados de la vida sedentaria y*

*sobrecarga alimentaria, algunas enfermedades infecciosas nuevas todavía no controladas y las llamadas enfermedades de la civilización (stress, depresiones, accidentes...).*

Y, a nivel social, quedan por resolver las situaciones planteadas por la compleja asistencia a una población que envejece; al mundo del alcohol y de las drogas, sin ignorar que van llegando algunas patologías con las grandes líneas migratorias, desde los países pobres hacia los países ricos.

## La asistencia sanitaria en los países pobres

La Asistencia Sanitaria en los países pobres, cuyo distanciamiento socio-económico se ha acentuado considerablemente en los últimos 30 años, debería considerarse como la asignatura pendiente de los países ricos.

La OMS consciente desde sus comienzos de que el decalaje en materia de salud era insalvable entre unos y otros países, organizó, mediante una preparación rigurosa previa, una Conferencia en Alma-Ata (Kazakstan, 1978) bajo el título "La salud para todos en el año 2000".

En ella se trazó una estrategia de base, unos mínimos como "Asistencia Primaria de Salud", a los cuales tuvieran acceso toda persona humana.

Estos servicios de salud hacen referencia a la interrelación "salud-desarrollo" y comprenden los siguientes puntos:

- 1) *la educación sanitaria sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención de los mismos;*
- 2) *educación sobre una nutrición apropiada y suministro de alimentos;*

- 3) *abastecimiento de agua potable y saneamiento básico del medio;*
- 4) *protección materno-infantil, incluida la orientación y planificación familiar;*
- 5) *la inmunización contra las enfermedades infecciosas;*
- 6) *prevención y lucha contra las patologías endémicas locales;*
- 7) *el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y*
- 8) *el suministro de medicamentos esenciales.*

Hoy, las enfermedades infecciosas y transmisibles siguen diezmando las poblaciones rurales de esos países. Más de mil millones de personas están afectadas de enfermedades parasitarias y más de 300 millones sufren de paludismo al año, cuya mortalidad total anual es de 2,5 millones, y de ellos más de un millón son niños.

Es más, en aras de un desarrollo económico de tipo industrial, se han creado plantaciones, robando terreno a la agricultura necesaria para la subsistencia, y se ha hecho una deforestación no reglamentada, que en lugar de romper con el **Biotopo** (medio en el que viven conjuntamente determinadas especies vegetales y animales) y la **Biocenosis** (conjunto de vegetales y animales que vive conjuntamente en un medio) que forman el ecosistema de las enfermedades parasitarias y romper el círculo “reserva-vector-huésped”, ha alterado el equilibrio ecológico, permitiendo nuevas vías de acceso a las glosinas y otros vectores, con lo cual las enfermedades infecciosas y parasitarias no han disminuido e incluso han aparecido algunas no conocidas y reaparecido algunas que ya parecían controladas.

Veintiséis años después, el espíritu de Alma-Ata, sigue siendo un reto, más que una realidad conseguida, al constatar la escandalosa diferencia entre países pobres y países ricos, e incluso las mismas diferencias entre personas ricas y pobres de un mismo país.

No tenemos más que analizar las diferencias entre los indicadores del estado de salud de un grupo o de una nación, como: la mortalidad materno-infantil; las enfermedades infecto contagiosas; las expectativas de vida al nacer; el nivel de educación (diferencias entre hombres y mujeres); la renta per cápita, etc. que se expresan fácilmente en gráficos, pero cuyas diferencias aún cuando nos sobrecojan no se llegan a aminorar.

## La salud para todos en el año 2000

A pesar de que el programa “la salud para todos en el año 2000” no se iba a cumplir al acabar el milenio, en muchas regiones del planeta, se había hecho ya un estudio prospectivo de lo que será la salud en el año 2020 (“The global burden of disease”, GBD, 1996 o Carga total de morbilidad y muerte).

La visión no resulta demasiado optimista sobre todo para los países pobres, donde el movimiento demográfico continuará creciendo, aún cuando exista ya un cierto control de natalidad, sobre todo en las grandes ciudades; la mortalidad materno-infantil se mantendrá comparativamente elevada, así como las enfermedades infecto-contagiosas (el SIDA ha reducido el crecimiento económico en Africa en un 0,8 % en los años noventa y SIDA + paludismo en 1,2 %, según datos del Banco Mundial a 21 de mayo de 2002). Pero además vendrán a sumarse algunas enfermedades crónicas, degenerativas, y cardiovasculares, propias hasta ahora de los países ricos y lo que ello supone de aumento del coste sanitario.

Incorpora este estudio:

- 1) *Las enfermedades “no fatales” al analizar el estado de salud*
- 2) *Una objetividad epidemiológica en la evaluación de los datos*

3) *Un análisis tanto del coste-efectividad por enfermedad o discapacidad, como del ahorro por enfermedad o lesión evitada.*

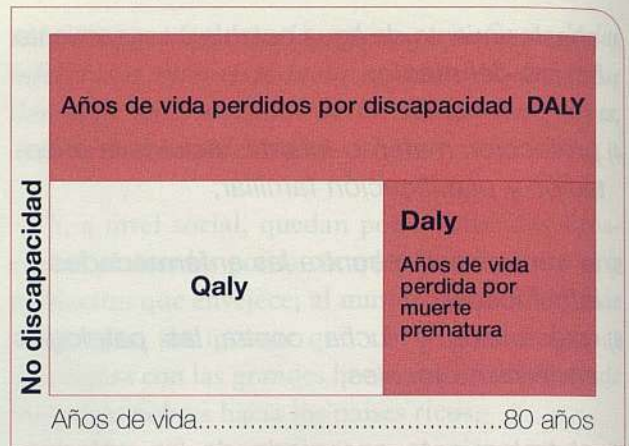
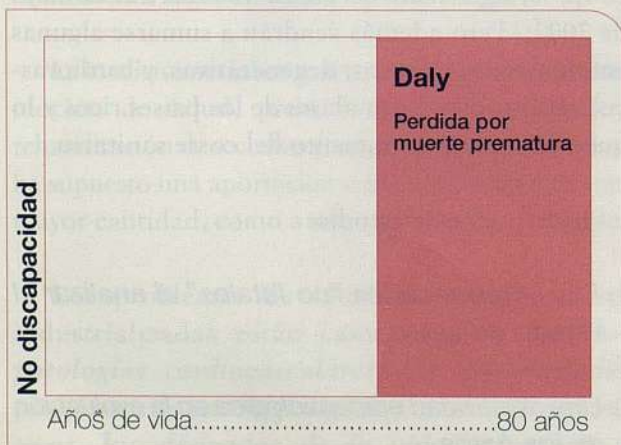
Se introducen parámetros nuevos para la valoración del coste de la enfermedad como

1) la llamada “Quality-Adjusted Life Year” o QALY, que podríamos traducir como “Calidad de años de vida”

2) la “Disability-Adjusted Life Year” o DALY, que expresa la pérdida de años de vida por muerte prematura o por una discapacidad severa o prolongada.

Establece un Principio de Igualdad a la hora de valorar esta discapacidad (DALY), según la cual sólo se deben tomar en consideración las dos características que no están directamente relacionadas con la salud -edad y sexo- y se excluyen otras características como el estatuto socio-económico, racial, cultural, en la valoración de los años de vida con buena salud de cada persona.

Ambos conceptos combinan información sobre la duración (cantidad) y la calidad de vida. Un DALY no es sino una modificación de un QALY o un QALY negativo. Además hay que tener en cuenta que la valoración de las discapacidades no es un parámetro de valoración precisa, sino un cálculo probabilístico de valoración, pero no en vano la medicina es una ciencia de probabilidad y no de certeza.



A la hora de considerar la mortalidad, tres grupos de enfermedades aparecen como principales causas de muerte:

- 1) *las enfermedades infecto-contagiosas, mortalidad materna, perinatal e infantil y malnutrición.*
- 2) *Las enfermedades no infecto-contagiosas: infarto de miocardio y otras*
- 3) *Lesiones de todo tipo.*

La frecuencia de éstas, entre unos y otros países, muestra grandes diferencias.

	Países pobres	Países ricos
grupo 1	41,9 %	6,2 %
grupo 2	10,7 %	86,2 %
grupo 3	47,4 %	7,6 %

Esta distribución se verá modificada, al aumentar las enfermedades crónicas, sin una disminución de las enfermedades infecto-contagiosas en los países pobres, variación que se reflejará en las principales causas de muerte entre 1990 y el año 2020.

Así las 15 principales causas de muerte pasarán:

DE 1990	AL 2020
• Enfermedades de vías respiratorias bajas	• Cardiopatía isquémica
• Diarreas y disenterías	• Depresión monopolar
• Afecciones perinatales	• Accidentes de tráfico
• Depresión monopolar	• Accidente vascular cerebral
• Cardiopatías isquémicas	• Enf. Pulmonar obstruct. Crónica
• Accidente vascular cerebral	• Infec. de vías respiratorias bajas
• Tuberculosis	• Tuberculosis
• Sarampión	• Accidentes de guerra

• Accidentes de tráfico	• Diarreas y disenterías
• Malformaciones congénitas	• SIDA
• Paludismo	• Afecciones perinatales
• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	• Violencia
• Fracturas y traumatismos	• Malformaciones
• Anemias ferropénicas	• Auto-lesiones
• Malnutrición proteico-calórica	• Cáncer

Ante una situación de esta categoría la ONU había propuesto un Programa "Milenium" (2000) en el que se marcaba 8 objetivos:

- 1) *Erradicar la pobreza extrema y el hambre.*
- 2) *Lograr un grado de enseñanza universal.*
- 3) *Promover la igualdad de géneros y la autonomía de la mujer.*
- 4) *Reducir la mortalidad infantil.*
- 5) *Mejorar la salud materna.*
- 6) *Combatir el HIV/SIDA; el paludismo y otras enfermedades infecciosas.*
- 7) *Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.*
- 8) *Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.*

Poco después la OMS con el fin de controlar estos procesos, lanzaba su **Informe sobre la salud para el 2002**, que pone todo el énfasis en reducir los riesgos para la salud, y promover una vida sana **“Reducing risks to health: promoting healthy life”** mientras advierte de que el mundo está viviendo peligrosamente, ya sea porque no le queda otro remedio ya sea porque está tomando decisiones equivocadas.

La reducción de los riesgos para la salud, afirma, es una responsabilidad que no solo incumbe a los gobiernos, sino que sigue siendo, con razón, una preocupación vital para todas las personas en todas las poblaciones. Estos riesgos, definidos como “los enemigos de la salud” están constituidos en el momento actual por 10 factores principales:

- 1) **Insuficiencia ponderal:** 170 millones de niños de países pobres padecen insuficiencia ponderal y 16 millones mueren cada año de ello, mientras 1.000 millones de adultos tienen sobrepeso y 300 millones son obesos
- 2) **Prácticas sexuales de riesgo:** El informe señala que el HIV/SIDA pasará a ser una de las principales causas de mortalidad en el mundo y más del 99% de las infecciones por HIV, prevalentes en Africa, se atribuyen a prácticas sexuales de riesgo
- 3) **Hipertensión arterial** y sus consecuencias vasculares, en relación con el sedentarismo, el stress y las dietas
- 4) **Consumo de tabaco**, cuya carga de mortalidad atribuible era en el 2000 de 4,2 millones, un 45% superior a la correspondiente en 1990, con un incremento importante en los países en desarrollo
- 5) **La contaminación del aire en los espacios cerrados**, que se calcula que es la causa en el mundo entero del 36% de las infecciones respiratorias de vías bajas; del 28% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC); 22% de la incidencia de tuberculosis; 11% de los casos de asma y un 3% del cáncer de pulmón

- 6) **El consumo de alcohol**, factor que causó en el mundo, en un año, 1,7 millones de defunciones y una pérdida de 56 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY), ya que es responsable de entre 20 a 30% del cáncer de esófago e hígado, de cirrosis, epilepsia, accidentes de tráfico y traumatismos de otra índole
- 7) **La persistencia de agua insalubre** para el consumo y **un saneamiento e higiene deficientes**, que causan unos 2 millones de muertes, en su mayoría por diarrea infecciosa, de las cuales 9 sobre 10 son niños; prácticamente todos ellos en los países de desarrollo
- 8) **La carencia de Hierro**, una de las deficiencias nutricionales de mayor prevalencia en el mundo que afecta a unos 2.000 millones de personas y provoca cada año cerca de 1 millón de muertes
- 9) **La Hipercolesterolemia**, alteración propia de los países desarrollados y que eleva la carga de morbilidad, alterando los DALYs por discapacidades severas o prolongadas de las personas mayores
- 10) **Obesidad:** tan solo en Estados Unidos y Canadá, la obesidad se cobra cada año la vida de 220.000 personas de ambos sexos y en Europa Occidental la cifra asciende a 320.000 personas sobre un conjunto de 20 países.

El conocimiento de estos datos prospectivos sobre mortalidad y discapacidad ha de servir para establecer las necesidades a cubrir en materia de salud en los próximos 20 años.

No podemos dejar de mencionar que las mismas diferencias que encontramos entre países pobres y ricos se dan también, aunque a menor escala, entre las personas ricas y pobres de cada país, siendo el índice de mortalidad de casi el doble entre las personas analfabetas (pobres) y las de las clases acomodadas.

Las diferencias quedan reflejadas en el **CUADRO DE DATOS** extraído de “**The World Health Report 2003**” y de las páginas web de los diferentes países.

En la muestra: los 3 países más desarrollados, los 3 últimos en el ranking de desarrollo, y los índices más extremos. Nuestro país en medio.

## Conclusiones

A la vista de los datos arriba mencionados, hemos de aceptar que el Estado de Salud de nuestra mundialización, no es bueno, y que en algunos países y regiones es francamente inaceptable.

También tenemos que admitir que la globalización es más virtual que real y que mientras unos países la disfrutan, otros la padecen; que el reto es grande y no excluye de responsabilidad y colaboración a nadie: Gobiernos, instituciones y el individuo de la calle... cada uno a su nivel.

Estos retos, en los próximos 10 a 20 años, pueden definirse como:

- 1) *reto de carácter económico, de TRABAJO, que es un reto a la Dignidad Humana, al derecho a la vida.*
- 2) *reto al conocimiento: el siglo XXI será fascinante para los que tengan conocimiento y cruel para los que no lo tengan.*
- 3) *reto al individualismo propio de la post-moderidad, desinterés, o más bien "indiferencia" frente a la vida política de los países.*
- 4) *reto a una coherencia entre el decir y el hacer, que lo real se acerque a lo virtual.*
- 5) *reto a la formación de los VALORES, en el mundo social, familiar y en una educación que integre esas categorías.*

Solo así podremos esperar que el Programa Milenio funcione y sea una realidad al servicio de todos.

Pero todo ello me sugiere una reflexión: Acortar esas diferencias es un proyecto de tal envergadura que solo puede abordarse con una toma de conciencia de los países ricos a la hora de invertir sus recursos. El viejo adagio que dice que "el hombre por sus modos de vida sufre las contrariedades del medio o las modifica" supone el reto a un PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL, que contemplara como líneas de fuerza: *salud; educación; relanzamiento de la agricultura y de la ganadería mediante métodos fitotécnicos y zootécnicos; acciones sociales; dispositivos antierosivos para que la tierra no se empobrezca; proyectos industriales; organización comercial; y estructuras económicas.*

En suma, programas que mantengan a las gentes con interés en sus trabajos, les permitan un cierto nivel de vida y que estos países no sufran todavía más del empobrecimiento debido a la emigración de la población obrera, para constituir una mano de obra más barata en los países industrializados, así como la fuga de cerebros (un verdadero expolio!) a la búsqueda de puestos de trabajo donde poder desarrollar sus conocimientos, porque les resulta imposible en sus propios países.

No cabe duda que estos proyectos solo serán posibles si los países ricos toman conciencia de que su estado de salud, relacionado a su progreso económico, no es solo cuestión de trabajo propio, sino también de un privilegio geográfico que les favorece y que las soluciones pasan por una postura generosa y abierta, porque acabar con las diferencias entre países pobres y ricos, CONSTRUIR LA ALDEA GLOBAL es tarea de todos.

## CUADRO DE DATOS (ver tablas)

### INDICES:

- **Años de vida perdidos:** Número de años de vida perdidos como consecuencia de una muerte prematura, por cada mil habitantes, teniendo en cuenta la esperanza de vida en cada país. (Este indicador depende del efecto de tres variables:

estructura de edades de la población, tasa global de mortalidad y estructura de edades de la mortalidad)

- **Esperanza de vida al nacer:** Número de años que todo nacido tiene como expectativa de vida según los niveles de mortalidad de su país
- **Fertilidad total:** número de hijos que una mujer tendría, si se mantuviese constante la tasa de nacimientos por grupos de edad específicos, durante su período fértil (se considera fértil entre los 15 y 49 años)
- **Mortalidad infantil:** número anual de muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos
- **Mortalidad materna:** número de muertes al parto por cada 100.000 nacidos vivos
- **Mortalidad por 1000:** número anual de muertes por cada mil habitantes
- **Nacimientos por 1000:** número anual de nacimientos por cada mil habitantes
- **Población en millones:** Población de cada país expresada en millones de habitantes (tomado del World Health Report 2001 y verificado en la Web Estadísticas Vitales de cada país)
- **Probabilidad de morir antes de los 5 años:** mortalidad infantil de menores de 5 años por cada mil nacidos vivos
- **Producto Interior bruto PIB:** expresado en US \$ per cápita

## Bibliografía

- CAMBRA, F.J Y NÚÑEZ M.P. *Bioética & Debat*, nº 13, 1998
- CORTINA, ADELA. *El Quehacer Etico*. Aula XXI Santillana. 1996
- GENTILINI, MARC ET DUFLO, BERNARD. *Médecine Tropicale*. Edit. Flammarion Médecine-Sciences 1990
- GONZÁLEZ CARVAJAL, L. 2000. *Los cristianos del siglo XXI*, Editorial Sal Terrae, Santander
- GRACIA, DIEGO: *Salud, Ecología, Calidad de Vida*. JANO vol. 35 Nov. 1998
- HASTING CENTER REPORT, November-December 1996 "The Goals of Medicine: setting priorities" Special Supplement. November. December 1996
- LACADENA, J.R. 2002 B. *Bioética Global, una visión global de la Bioética y Manipulación genética*.
- LAÍN ENTRALGO, P: *¿Qué es el hombre?*, Ediciones Nobel. Círculo de Lectores 1999
- 9. MAJÓ, J. 2002 *La Globalización. Conferencia pronunciada en el Institut d'Estudis Humanistics* Miquel Coll i Alentorn (INEHCA)
- NELSON R. ORRINGER: *La Aventura de Curar*. Galaxia Gutenberg. Círculo de Lectores 1997
- PÉREZ MORENO, C; GUTIERREZ, 2003. *Calendario Religiosos Camilos*
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD, 2000) "Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio": *Los 191 países que integran la ONU, se comprometen a cumplirlos para el año 2015*

- SÁNCHEZ GONZALEZ, M: *El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales*. Cuadernos del Programa Regional de bioética, n° 7. Diciembre 1998

- "The Global Burden of Disease", 1996 Publicacion coeditada por la OMS, Harvard School of Public Health and the World Bank.

- THE GOALS OF MEDICINE: SETTING NEW PRIORITIES: *An International Project of the Hasting Center Special Supplement, Hasting Center Report*, November-December, 1996

- THE WORLD BANK OPERATIONAL MANUAL: (July 2003) *Operational Policies*

- THE WORLD HEALTH REPORT:

2000: *Health systems: improving performance*

2001: *Mental Health: new understanding, new hope*

2002: *Reducing risks to health, promoting healthy life*

2003: *Shaping the futur*

2004: *Changing the history*

- THE WORLD HEALTH REPORT: STATISTICS:

2001, 2002 y 2003

Table 1. *Basic Indicators for all members states*

Table 2. *Deaths by cause, sex and mortality stratum in WHO Regions*

Table 3. *Burden of disease in disability.adjusted life years (DALYs) by cause, sex and mortality stratum in WHO Regions*

- VIGILANCIA DEL DESARROLLO HUMANO:

*ampliación de las posibilidades de la gente*

(PNUD, 2003)

• *Indicadores de Desarrollo Humano:*

• *Indice de desarrollo humano*

• *Tendencias del índice de desarrollo humano*

• *Pobreza humana y de ingresos (países en desarrollo)*

• *Pobreza humana y de ingresos (países industria lizados)*

• *Tendencias demográficas*

• *Compromiso con la salud: acceso, servicios y recursos*

• *Principales crisis y problemas de salud mundiales*

• *Supervivencia: progresos y reveses*

• *Compromiso con la educación: gasto público*

• *Alfabetización y matriculación*

• *Tecnología: difusión y creación*

• *Resultados económicos*

• *Desigualdad de ingresos o consumo*



PUES A MÍ ME HAN DICHO QUE  
HAY PAÍSES DONDE LA GENTE PAGA  
DINERO POR ADELGAZAR.



OLMO

¿CUÁLES  
SON LAS CAUSAS  
EXACTAS DEL  
HAMBRE?

NADA  
QUE  
COMER

W. J. J.

\*. Este artículo contiene un resumen del estudio ESEMED-España. La descripción del estudio y los resultados se han publicado en:

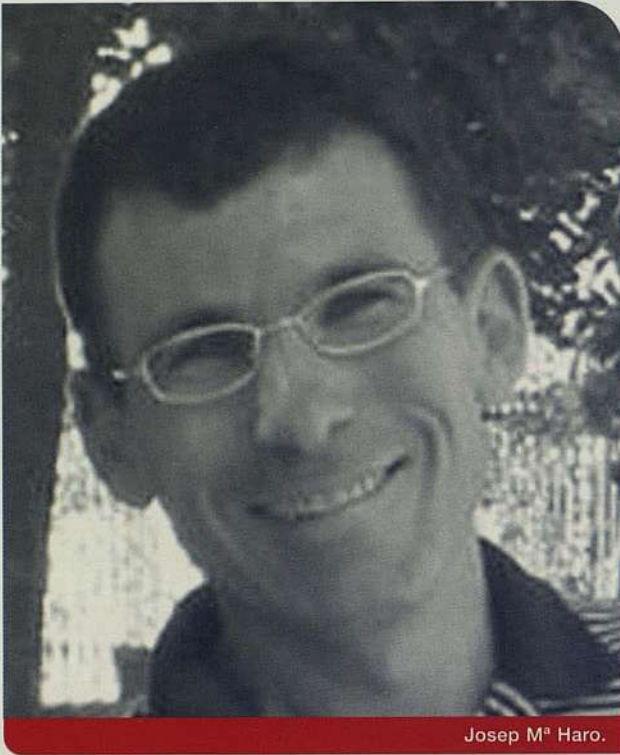
- Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003; 31:182-91
- The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-90
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMED-España. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica*, en prensa.

## **EL Estudio ESEMED-España sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España\*.**

> Josep Maria Haro, Jaume Autonell, Concepció Palacín,  
Mariola Bernal, Alejandra Pinto-Meza,  
*Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental - Fundació Sant Joan de Déu.*

> Gemma Vilagut, Montse Ferrer, Miquel Codony, Jordi Alonso.  
*Institut Municipal d'Investigació Mèdica*

El presente trabajo nos muestra el estudio ESEMED sobre epidemiología de los trastornos mentales en nuestro país. Hacía años que no se había realizado ningún estudio sobre estos trastornos y los pocos que se han hecho ni siquiera son representativos de la población española. Ahora con el estudio ESEMED-ESPAÑA, realizado dentro del proyecto europeo ESEMED-MEDHEA y coordinado con la iniciativa de la OMS, podemos contar con una evaluación adecuada sobre los trastornos mentales en España. ▶



Josep Mª Haro.

Los trastornos mentales son problemas muy frecuentes entre la población adulta y altamente discapacitantes según muestran numerosos estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>. En estos estudios epidemiológicos se han entrevistado a grupos poblacionales y se ha conocido cuántas de estas personas tienen un trastorno mental y cuáles son sus consecuencias. En los países occidentales donde se han realizado

estudios epidemiológicos que abarcan toda la población, aproximadamente una de cada cuatro personas cumplía criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegaba a padecer un trastorno en algún momento de la vida.

Los avances en la epidemiología psiquiátrica han sido posibles gracias a que durante las últimas décadas se han desarrollado cuestionarios estructurados que, aunque administrados por personas no formadas en salud mental, permiten realizar diagnósticos de trastornos psiquiátricos siguiendo los criterios del DSM. Sin embargo, aun no se había realizado en España ningún estudio empleando estos métodos, por lo que los resultados previos solamente eran válidos para poblaciones específicas o áreas geográficas completas.

Los estudios realizados hasta ahora en España utilizaron primero una metodología de doble fase, en los cuales se administraba un cuestionario de cribado a una muestra de la población para detectar posibles casos de trastorno mental y, posteriormente, un entrevistador clínico (psicólogo o psiquiatra) evaluaba a una proporción de esta muestra mediante una entrevista semi-estructurada.

Los primeros estudios realizados con esta metodología se llevaron a cabo en Navarra<sup>8</sup>,

- 1- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
- 2- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. *The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA 2003; 289 : 3095-3105.
- 3- Bijl R, Ravelli A, Van Zessen G. *Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:587-595.
- 4- WHO International Consortium In Psychiatric Epidemiology. *Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders*. Bull World Health Org 2000;78:413-426.
- 5- Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G, and the ODIN group. *Depressive disorders in Europe : Prevalence figures from the ODIN study*. Br J Psychiatry 2001; 179: 308-316
- 6- Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Porras Chavarino A. *Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD*. Med Clin 2001; 116: 504-509
- 7- Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. *The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions*. Bull World Health Organ 1994; 72: 495-509.
- 8- Vazquez Barquero JL, Muñoz PE, Madoz Jauregui V. *The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis. A community survey*. Acta Psychiatr Scand 1982; 65: 161-170

Cantabria<sup>9</sup>, y Baix Llobregat<sup>10</sup> y mostraron unas cifras de prevalencia dispares, llegándose a encontrar hasta casi 10 puntos porcentuales de diferencia en la prevalencia de trastornos mentales entre el estudio de Vázquez-Barquero en Cantabria y el estudio del Valle de Baztán, en Navarra (9,3% frente a 19,2% en varones y 19,6% frente a 28,3% en mujeres, respectivamente).

Pocos estudios se han realizado desde entonces. Entre los artículos publicados en los últimos años, cabe remarcar algunos como el proyecto ODIN, un proyecto que evaluó la prevalencia de depresión en Cantabria, y el de Vázquez sobre la prevalencia de trastornos mentales en las personas sin hogar en Madrid<sup>11</sup>. En Zaragoza, Lobo y cols. han realizado varios trabajos de seguimiento sobre incidencia y prevalencia de la demencia y la depresión en población mayor de 65 años<sup>12,13</sup>. Además, Roca y cols. han evaluado la prevalencia de trastornos mentales en población general en la isla de Formentera<sup>14</sup>, y Mateos ha realizado un estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega<sup>15</sup> y otro estudio sobre prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 60 años<sup>16</sup> en esa misma comunidad. Sin embargo, estos proyectos se han llevado a cabo con muestras

relativamente pequeñas y/o no representativas de la población del estado<sup>17</sup>. A diferencia de EEUU y muchos países europeos que disponen de datos sobre prevalencia a nivel estatal, en España los datos epidemiológicos habían sido hasta ahora incompletos y tenían una utilidad muy limitada para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general.

El proyecto ESEMED-España<sup>18</sup>, realizado dentro de un proyecto Europeo<sup>19,20</sup> y coordinado con la iniciativa de la OMS World Mental Health Surveys, tiene como objetivo principal obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España. En el presente artículo se hace una descripción general de los primeros resultados del proyecto en lo que se refiere a las tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol; la influencia de los factores de riesgo sociodemográficos en su presencia y la edad de inicio de los trastornos; y el tratamiento recibido por las personas que los padecen.

- 9- Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Quintanal RG, Labrador López M. *Two stage design in a community survey*. Br J Psychiatry 1986; 149: 88-97
- 10- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. *Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona)*. Inform Psiquiatr 1990; 120: 111-131.
- 11- Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI*. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 523-30
- 12- Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, et al. *Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres*. Br J Psychiatry 1999; 174: 339-45
- 13- Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, et al. *Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies*. EURODEM Incidence Research Group. Neurology 1999; 53: 1992-7
- 14- Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. *Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain*. J Psychosom Res. 2001; 50: 39-44.
- 15- Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-Lopez A. *Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain)*. Subst Use Misuse. 2002; 37: 1957-76.
- 16- Mateos R, González F, Páramo M, García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. *The Galicia Study of Mental Health of the Elderly I: general description of methodology*. Int J Methods Psychiatr Res 2000; 9: 165-173.
- 17- Haro JM, Autonell J. *Epidemiología psiquiátrica*. En: *Nuevas Fronteras de Psiquiatría*. Ed: Julio Bobes. Barcelona. Editorial: DOYMA 2001.
- 18- Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. *La Epidemiología de los trastornos mentales en España: metodos y participación del estudio ESEMeD-España*. Actas Esp Psiquiatr. 2003; 31: 182-91
- 19- The ESEMED-MHEDEA investigators. *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods*. Int J Methods Psychiatr Res. 2002; 11: 55-67
- 20- The ESEMeD / MHEDEA 2000 investigators. *Sample and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Acta Psychiatr Scand 2004; 109 suppl

## Descripción del Estudio

### Esmed-España

El estudio ESEMED-España es una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años. Se excluyeron de la población de estudio las personas institucionalizadas (aquellos individuos viviendo en prisiones, hospitales, hoteles u otras instituciones) y aquellas que no hablaban español. El estudio es transversal y las entrevistas se realizaron entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002.

Con el fin de asegurar una representatividad de cada una de las comunidades autónomas y de tamaños de población, la selección de la muestra se realizó de manera estratificada por comunidad autónoma y tipo de municipio. Se realizó una selección aleatoria de personas dentro de cada estrato. Una vez seleccionada la persona, ésta no podía ser sustituida por ninguna otra, con lo que se consigue la máxima representatividad de los sujetos incluidos en el estudio. 5.473 individuos fueron entrevistados. La tasa de respuesta ponderada fue de un 78,6%, que es alta, la mayor de los países europeos participantes. Todos los individuos dieron su consentimiento a participar en el estudio. Los métodos se presentan de una manera más detallada en otros artículos.

El cuestionario utilizado es la versión del Composite International Diagnostic Interview

(WMH-CIDI) desarrollada para la iniciativa de la OMS Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Surveys)<sup>21</sup>. La WMH-CIDI está diseñada para ser administrada por entrevistadores legos en psiquiatría y permite obtener mediante los diagnósticos de los principales trastornos mentales siguiendo las clasificaciones internacionales ICD-10<sup>22</sup> y DSM-IV<sup>23</sup>.

Versiones anteriores de la CIDI han sido evaluadas como fiables y válidas.<sup>24,25</sup> Dentro de la entrevista CIDI se preguntó a los sujetos participantes si habían recibido tratamiento para un trastorno mental durante algún momento de su vida y se detalló el tratamiento recibido en el último año. Para facilitar su administración y disminuir el tiempo total de administración de la entrevista, la WMH-CIDI fue informatizada con el software Blaise<sup>26</sup>.

La WMH-CIDI fue desarrollada en inglés, por lo que, con el fin de conseguir una versión equiparable tanto conceptual como transculturalmente, se siguieron de manera estricta las recomendaciones realizadas por la OMS para la traducción y adaptación de instrumentos (traducción directa e inversa, revisión por panel de expertos, pre-test comprobando la comprensión conceptual).

El trabajo de campo fue realizado por una empresa comercial de encuestas poblacionales (Ipsos Ecoconsulting) siguiendo las directrices del equipo investigador. Para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos se implementó un estricto control del trabajo de campo.

- 21- Kessler RC, Ustun TB. (2004) *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
- 22- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: 1993.
- 23- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 24- Wittchen HU. *Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review*. *J Psychiatr Res* 1994; 28(1):57-84.
- 25- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. *Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. *The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (published erratum appears in Br J Psychiatry 1992;160:136)*. *Br J Psychiatry* 1991; 159:645-653.
- 26- Statistics Netherlands. *Blaise developer's guide*. Herleen: Department of Statistical Informatics, 1999.

Unas semanas más tarde después de la entrevista inicial, se llevó a cabo un estudio de reevaluación clínica sobre una muestra de las personas entrevistadas. Una submuestra de los sujetos entrevistados fueron reentrevistados por un psiquiatra o psicólogo clínico mediante la utilización de la Structured Clinical Interview del DSM-IV (SCID)<sup>27</sup> y diversos cuestionarios de gravedad clínica (Montgomery Asberg Depresión Rating Scale<sup>28</sup>, Panic Disorder Severity Scale<sup>29</sup>, Marks fear Questionnaire<sup>30</sup>, entre otras).

El objetivo de esta reentrevista fue evaluar la concordancia de los diagnósticos de la WMH-CIDI con una entrevista clínica, estudiar las razones de las discrepancias cuando éstas existan y, finalmente, evaluar la gravedad clínica de los trastornos diagnosticados en la entrevista domiciliaria.

La reentrevista clínica se realizó en la provincia de Barcelona y la Comunidad Autónoma de Madrid, donde se seleccionaron todas las personas con alguno de los trastornos psiquiátricos evaluados y una muestra de las de personas sin diagnóstico. Los entrevistadores siguieron un curso de entrenamiento de 3 días impartido por personal cualificado por los autores originales de la entrevista.

Los trastornos evaluados en el presente artículo son los trastornos del estado de ánimo (episodio depresivo mayor y distimia); los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático); y los trastornos relacionados con alcohol (dependencia y abuso).

Los individuos de la base de datos han sido ponderados en los análisis con el fin de proporcionar estimaciones extrapolables a la población española.

## Principales resultados

La tabla 1 muestra las prevalencias vida de los trastornos mentales evaluados en el estudio siguiendo criterios diagnósticos DSM-IV.

La prevalencia vida indica la proporción de personas que en algún momento de su vida antes de la entrevista presentaron uno de los trastornos mentales evaluados.

La tabla 2 presenta la prevalencia año de padecer un trastorno mental, en total y por sexo. La prevalencia año indica la proporción de personas que padecieron un trastorno mental en el año previo a la entrevista.

Casi un 20% de los sujetos presentaron algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida), y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año).

El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, el cual tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida.

Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica (4,52%), la distimia (3,65%) y el trastorno por abuso de alcohol (3,55%).

Como grupo de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los trastornos depresivos según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%), aunque esta relación se invierte cuando nos referimos a prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%) donde los trastornos del estado de ánimo son mayoritarios.

27- First MB, Spitzer RL, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV. Research Version*. New York: 1995

28- Montgomery SA, Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br J Psychiatry 1979; 134:382-9

29- Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Vander Bilt J, et al. *Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension*. J Psychiatr Res. 2001;35:293-6.

30- Marks, I. M. & Mathews, A. M. (1979). *Brief standard self-rating for phobic patients*. Behavior Research and Therapy, 17, 263-267

Tabla 1. Prevalencia-vida de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española)

<b>PREVALENCIA VIDA</b>		
	Prevalencia	IC 95%
	<b>TOTAL</b>	
<b>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</b>		
<b>Episodio depresivo mayor</b>	10,55	(9,57-11,54)
<b>Distimia</b>	3,65	(3,06-4,24)
<b>Cualquier trastorno del estado de ánimo</b>	11,47	(10,45-12,49)
<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>		
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	1,89	(1,49-2,29)
<b>Fobia social</b>	1,17	(0,81-1,54)
<b>Fobia específica</b>	4,52	(3,82-5,23)
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	1,95	(1,18-2,73)
<b>Agorafobia</b>	0,62	(1,49-2,29)
<b>Trastorno de angustia</b>	1,70	(1,32-2,09)
<b>Cualquier trastorno de ansiedad</b>	9,39	(8,41-10,37)
<b>TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL</b>		
<b>Trastorno por abuso de alcohol</b>	3,55	(2,91-4,19)
<b>Trastorno por dependencia de alcohol</b>	0,57	(8,41-10,37)
<b>Cualquier trastorno por uso de alcohol</b>	9,39	(0,30-0,84)
<b>CUALQUIER TRASTORNO MENTAL</b>		
<b>Cualquier trastorno por uso de alcohol</b>	19,46	(18,09-20,82)

La prevalencia en mujeres de la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos es más del doble que en varones, excepto en el caso de fobia social, donde las diferencias son menores. En cambio, los varones padecen con mucha mayor frecuencia trastornos por abuso o dependencia de alcohol. Este mayor riesgo se observa en los valores de los 'odds ratio' que comparan la prevalencia-vida

de los trastornos mentales en varones frente a las mujeres<sup>31</sup>. Así, el odds ratio ajustado de padecer un trastorno de depresivo en las mujeres respecto a los hombres es de 2,8 (IC 95% 1,9-4,1), de padecer un trastorno de ansiedad de 2,8 (IC 95% 1,9-4,1), mientras que para los trastornos de relacionados con el alcohol, es solamente de 0,05 (IC 95% 0,0-0,2).

**Tabla 2. Prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española), por sexo**

PREVALENCIA AÑO						
	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%
	VARÓN		MUJER		TOTAL	
<b>Trastorno del estado de ánimo</b>	2,33	(1,61-3,04)	6,25	(5,20-7,30)	4,37	(3,71-5,04)
<b>Trastorno de ansiedad</b>	2,53	(1,74-3,31)	7,61	(6,41-8,80)	5,17	(4,44-5,91)
<b>Trastorno por uso de alcohol</b>	1,38	(0,78-1,99)	0,05	(0,00-0,12)	0,69	(0,40-0,98)
<b>Cualquier trastorno mental</b>	5,25	(4,17-6,33)	11,44	(10,02-12,86)	8,48	(7,53-9,42)

31- The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. JAMA 2004; 291:2581-90



El estudio también analizó la relación existente entre los otros factores sociodemográficos y el padecer un trastorno mental en el último año. Respecto a los trastornos depresivos, los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación: las personas en baja por enfermedad o maternal, los desempleados, y los que tienen una discapacidad tienen, respectivamente, unos odds ratio ajustados de 3,4 (IC 95% 1,6-7,4); 2,2 (IC 95% 1,3-3,8); y 6,7 (IC 95% 3,6-12,4) respecto a las personas que tienen un empleo remunerado. Mientras que la relación de padecer un trastorno mental y estar en situación de baja o discapacidad es clara (las personas que tienen trastornos depresivos a menudo tienen una baja laboral, en el caso del desempleo la explicación podría ser doble: por un lado las personas desempleadas pueden estar en una situación de tensión que las hace más proclives a padecer un trastorno depresivo, pero también podría ser que las personas con trastornos depresivos, ante la inexistencia de políticas sociales adecuadas, tengan más dificultades de encontrar un empleo. Otros factores de riesgo que son marginalmente significativos son estar previamente casado (OR 1,6 IC 95% 1,0-2,4) frente a estar soltero y vivir en un municipio de más de 500.000 habitantes (OR 1,5 IC 95% 0,9-2,4) frente a vivir en un municipio con menos de 10.000 habitantes.

El principal factor asociado a padecer un trastorno de ansiedad también es la ocupación. Los odds ratio ajustados de padecer un trastorno de ansiedad en las personas en baja por enfermedad, en baja maternal o desempleadas respecto a las que están trabajando son 6,7 (IC 95% 3,6-12,4); 3,4 (IC 95% 1,6-7,4); y 2,2 (IC 95% 1,3-3,8), respectivamente. Otros factores marginalmente asociados son tener más de 65 años (OR ajustado 0,5 con IC 95% 0,2-1,2) y estar previamente casado frente a estar casado (OR ajustado 1,6 IC 95% 1,0-2,4).

Respecto a los trastornos por uso o dependencia al alcohol, a parte del sexo, mencionado anteriormente, el otro factor asociado a padecer uno de estos trastornos es estar soltero frente a estar casado (OR ajustada 3,8 IC 95% 1,6-9,0). Aunque existe

una clara tendencia a disminuir la prevalencia de estos trastornos con la edad, el bajo número de sujetos determina que las diferencias no sean estadísticamente significativas.

La tabla 3 presenta la proporción de personas que padecen un trastorno mental y que recibieron atención sanitaria por un problema de salud mental. Como podemos observar en la tabla, la mayoría de las personas que padecen un trastorno mental no han recibido atención sanitaria, por lo que podemos concluir que el nivel de atención no cubierta es mayor del 50% de las personas que padecen un trastorno mental y que en el caso de los trastornos de ansiedad llega a casi tres cuartos de las personas. De las personas que recibieron tratamiento, éste fue fundamentalmente farmacológico, mientras que menos del 10% de personas recibían un tratamiento exclusivamente psicológico.

**Tabla 3. Necesidad de atención sanitaria cubierta: Proporción de personas con un trastorno mental que consultaron a un médico u otro profesional de la salud por un problema de salud mental**

	%
<b>Ningún trastorno mental</b>	3,95
<b>Algún transtorno depresivo</b>	29,39
<b>Un transtorno depresivo</b>	45,05
<b>Un transtorno de ansiedad</b>	25,19

## Evaluación de las personas con un posible trastorno psicótico

En Catalunya se hizo una extensión del estudio para evaluar la prevalencia de trastornos psicóticos no afectivos (esquizofrenia y trastornos delirante fundamentalmente). Como antecedente, tenemos los datos epidemiológicos internacionales que proporcionan una prevalencia de esquizofrenia poblacional entre 0,5 y 1% y una prevalencia de trastorno delirante de 0,05-0,1%. La evaluación de los trastornos psicóticos en estudios epidemiológicos presenta una especial dificultad, ya que es necesario la evaluación de un especialista en salud mental para poder realizar un diagnóstico fiable.

En el estudio ESEMED se incluyó un cuestionario de cribado de trastornos psicóticos no afectivos que se había mostrado muy sensible para la detección de casos en estudios anteriores, aunque su especificidad es baja. De las 1645 personas entrevistadas en Catalunya, 172 (10,5%) dieron positivo en el cribado de psicosis.

Todas estas personas habían de ser contactadas telefónicamente para poder evaluar el motivo por el cual habían dado positivo en el cribado. Sin embargo, de las 172, solamente 84 tenían posibilidades de ser evaluadas telefónicamente, ya que o bien en entrevistado no había dado su teléfono o bien no había dado su consentimiento para ser contactado después de la entrevista.

En los 84, se realizó una entrevista telefónica en la que se preguntó sobre el motivo de cribado positivo y se administraron algunas secciones del SCID. Los probables casos de psicosis no afectiva fueron 14, de los cuáles 6 fueron entrevistados personalmente (los otros no aceptaron la entrevista personal).

En los 6 casos, entrevistados con el SCID, se confirmó el diagnóstico de psicosis no afectiva. Según estos resultados, la prevalencia mínima de trastorno psicótico no afectivo es de 0,36%.

Sin embargo, si asumimos que los 84 casos en los que se disponía de teléfono y permiso para reentrevistar eran representativos de los 172 casos seleccionados, la frecuencia de psicosis no afectiva sería del 0,76%.

Sin embargo, estas cifras podrían ser superiores, si las 8 personas que eran probables casos y no pudieron ser entrevistadas, tuviesen también un diagnóstico de psicosis no afectiva. En este caso la prevalencia podría llegar a 0,85% o 1,75%.

De los casos 6 detectados en la entrevista personal, 4 (66,6%) estaban en tratamiento. De los 14 probables casos, solamente 4 (que coincidían con los entrevistados posteriormente, estaban en tratamiento.

Todos estos datos apuntan a que las cifras de prevalencia proporcionadas por estudios internacionales pueden ser aplicadas a Catalunya. También se observa que existe una proporción de personas que pese a tener un trastorno tan grave, no recibe tratamiento.

## Comentario

El estudio ESEMED-España es el primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta. Los resultados del proyecto muestran que los trastornos mentales son frecuentes en España.

Aproximadamente una de cada cinco personas entrevistadas padecieron un trastorno mental en algún momento de su vida.

Los trastornos más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol, con una prevalencia-vida que oscila entre el 10,5% y el 3,5%, respectivamente. En cuanto a la prevalencia-año, casi un 8,5% de la

población ha padecido algún trastorno mental en el último año, siendo de nuevo la depresión mayor y la fobia específica los trastornos más frecuentes.

La prevalencia de los trastornos mentales obtenida en nuestro estudio es inferior a la de otros estudios en países occidentales. Así, el National Comorbidity Survey, la replicación del NCS y el estudio NEMESIS dan cifras de prevalencia-vida de depresión mayor superiores al 10% en varones y al 20% en mujeres, mientras que en nuestro estudio las cifras son del 6,2% y 14,4%, respectivamente. Las diferencias son similares en la prevalencia-año de depresión, puesto que las cifras de los mismos estudios están entre el 5 y el 8% en varones y del 10 al 13% en mujeres (en nuestro estudio las cifras son exactamente 2,1% en varones y 5,6% en mujeres). Las frecuencias de los trastornos de ansiedad muestran diferencias similares. Por ejemplo, en el trastorno por angustia, las prevalencias-vida en el NCS son de 2% en hombres y 5% en mujeres y las del estudio NEMESIS del 1,9 y 5,7, respectivamente. Sin embargo, en España las cifras que obtenemos son del 0,9 y 2,3%.

Estas prevalencias inferiores podrían estar relacionadas con la utilización de una nueva versión de la CIDI, que puede haber disminuido la cantidad de falsos positivos. Sin embargo, las diferencias entre los resultados del NCS y de su estudio de replicación, que usa la nueva versión de la CIDI, son pequeñas comparados con las diferencias de los estudios anteriores con el nuestro.

Por otra parte, el estudio ESEMED-ITALIA<sup>32</sup> muestra unas prevalencias menores a las de los

países del norte de Europa en ESEMED, por lo que podríamos hipotetizar que las prevalencias de los trastornos mentales en los países mediterráneos son inferiores a las de los países del norte de Europa.

Sorprende, por baja, la prevalencia anual de abuso de alcohol (0,6%), muy inferior además de la prevalencia vida. Esto puede ser debido en parte a que nuestro trabajo utiliza criterios diagnósticos DSM-IV que, al estar basado en criterios empíricos, son más restrictivos a anteriores criterios DSM<sup>33</sup> y no basan la definición de abuso solamente en la cantidad del consumo.

Sin embargo, no podemos descartar la existencia de sesgo de información (los individuos participantes con consumo elevado de alcohol nieguen parte del consumo) o de selección (individuos con abuso o dependencia al alcohol no participando en la encuesta por carecer o no estar en el hogar habitualmente o haber rechazado la entrevista).

La no respuesta se ha relacionado en estudios anteriores con mayor prevalencia de trastornos mentales, aunque los hallazgos no han sido siempre consistentes<sup>34,35</sup>.

Estudios sobre la validez de nuestro instrumento (CIDI) han resaltado la efectividad de esta entrevista para medir una variedad de trastornos de dependencia, entre ellos el trastorno por dependencia de alcohol<sup>36</sup>.

Respecto a los factores asociados a los trastornos mentales, éstos son consistentes con anteriores

- 32- First MB. *DSM-IV and psychiatric epidemiology*. In: Tsuang MT and Tohen M, eds. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley, 2002:333-362.
- 33- Kessler RC, Little RJ, Groves RM. *Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse*. Epidemiol Rev. 1995;17:192-204
- 34- de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WA. *Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Am J Epidemiol. 2000;152:1039-47
- 35- Compton WM, Cottler LB, Dorsey KB, Spitznagel EL, Mager DE. *Comparing assessments of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN*. Drug Alcohol Depend. 1996;41:179-87.
- 36- Mendoza-Sassi RA, Beria JU. *Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil*. Addiction. 2003;98:799-804.

estudios comunitarios. Las mujeres, las personas separadas y viudas y algunos grupos de edad presentan una mayor frecuencia de trastornos mentales.

Las mujeres padecen más trastornos de ansiedad y depresivos, y los hombres más trastornos de abuso de alcohol. Haber estado casado está asociado a un mayor riesgo de padecer trastornos depresivos y de ansiedad. Es destacable que la prevalencia de trastornos depresivos disminuye con los años de educación formal, lo que coincide con otros trabajos.

La prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol en nuestro estudio aumenta con los años de educación, lo cual contradice el resultado de trabajos anteriores<sup>37</sup>. Sin embargo, existen trabajos que han asociado un mayor consumo de alcohol con mayores niveles de educación<sup>38</sup>. El tipo de población de residencia parece estar asociado al riesgo de padecer un trastorno mental, con un mayor riesgo de padecer trastornos depresivos en las personas que viven en áreas macrourbanas.

Uno de los aspectos a destacar del proyecto es la alta tasa de respuesta obtenida, lo que puede estar relacionado con el apoyo de instituciones públicas al proyecto, la experiencia y profesionalidad de la empresa responsable del trabajo de campo y en el ofrecimiento de un pequeño incentivo económico a los entrevistados. Así, la tasa del 78,6% se compara con la de los estudios epidemiológicos más importantes, como el National Comorbidity Survey (82,6%), el estudio NEMESIS de Holanda (69,7%), el Australian National Mental Health Survey (78,1%)<sup>39</sup> y el reciente National Comorbidity Survey Replication (73%).

Las limitaciones de nuestro estudio requieren una discusión de estos hallazgos. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, concretamente el primero que se lleva a cabo en España sobre una muestra representativa de la población general. Como todas las encuestas, existe una proporción de no respuesta y no podemos descartar que las personas que no contestaron tuvieran diferencias en la frecuencia de trastornos mentales respecto a las que sí lo hicieron.

En segundo lugar, un aspecto a tener en cuenta en la valoración de los resultados es que los diagnósticos realizados según el DSM-IV fueron valorados mediante la entrevista WMH-CIDI, administrada por entrevistadores lego. A pesar de la aceptada validez y fiabilidad del instrumento utilizado, es importante no olvidar que las tasas de prevalencia obtenidas con la CIDI no se han correspondido a la exactitud con las entrevistas clínicas. El enfoque inflexible de la entrevista estructurada estandarizada puede llevarnos a una limitada validez de diagnóstico, especialmente en el caso de diagnósticos específicos<sup>40</sup>. Por ello, el presente trabajo se ha limitado a recoger información sobre los trastornos en los que la CIDI ha mostrado una alta validez.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la proporción de personas que reciben tratamiento entre las que padecen un trastorno mental es aún baja, incluso para los trastornos graves. A pesar del gran aumento de los servicios de salud mental y del aumento de las consultas en atención primaria, es necesario incrementar y hacer más accesible la atención sanitaria.

37- Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, James SA. *Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil*. Rev Saude Publica. 2004;38:45-54.

38- Andrews G, Henderson S, Hall W. *Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation*. Overview of the Australian National Mental Health Survey. Br J Psychiatry 2001; 178:145-153.

39- Brugha TS, Bebbington BE, Jenkins R, Meltzer H, Taub N, Janas M, et al. *Cross-Validation of a General Population Survey Diagnostic Interview: A Comparison of CIS-R with SCAN ICD-10 Diagnostic Categories*. Psychol Med 1999; 29: 1029-42.

## Agradecimientos

Proyecto financiado por: Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Red RIRAG (RTICS FIS G03/061), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), Cat Salut-Servei Català de la Salut, y por una beca sin restricciones de GlaxoS-mithKline. El Estudio ESEMED-España se ha realizado en coordinación con la Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Survey Initiative,

<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>).



40- Brugha TS, Bebbington BE, Jenkins R, Meltzer H, Taub N, Janas M, et al. Cross-Validation of a General Population Survey Diagnostic Interview: A Comparison of CIS-R with SCAN ICD-10 Diagnostic Categories. *Psychol Med* 1999; 29: 1029-42.

## Los profesionales de la salud en la atención espiritual.

> Francisca Pérez Robles

*Profesora titular Fundamentos de Enfermería y  
Jefa de Estudios EUI Sant Joan de Déu.  
Esplugues de Llobregat (Barcelona)*

La atención a las necesidades espirituales de las personas queda suficientemente justificada por las directrices de la OMS, y los marcos de referencia con los que cada profesional organiza su práctica.

En el periodo alrededor de 1948 la OMS, definía la salud, como ausencia de enfermedad. A partir de esta fecha, la consideró como el completo bienestar biopsicosocial.

Más tarde en 1990 en Ginebra, en el informe técnico 804, aparece el término espiritual como componente de la atención integral<sup>1</sup>. Este cambio originó la inclusión de la aportación de objetivos de diferentes profesionales para acercarse al máximo al concepto de salud integral.

Para comprender este cambio de paradigma, a continuación se analizan brevemente, para mayor comprensión de la evolución del concepto de atención integral a las personas. ▶



Francisca Pérez Robles.

## Objetivo

El análisis está enmarcado dentro del dominio enfermero y desde esta perspectiva el objetivo de esta publicación es presentar una propuesta metodológica para integrar la atención espiritual en los planes de atención al paciente.

## Evolución paradigmática

Las grandes corrientes de pensamiento o paradigmas, entendidos como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica<sup>2</sup>, según **Kuhn**. Estos paradigmas son estudiados y descritos por **Kérouac y cols**<sup>3</sup> como tres grandes corrientes:

El paradigma de la categorización, el de la integración y el de la transformación.

En las páginas siguientes se describen los rasgos principales de estas corrientes de pensamiento/paradigmas o formas de ver y conceptualizar los elementos fundamentales en la atención a pacientes y familias.

### Paradigma de la categorización

Esta corriente comenzó a desarrollarse a finales del s. XIX y a principios de s. XX.

Este paradigma se basa en la relación causa-efecto. Cualquier cambio que aparece en un determinado fenómeno obedece a unas consecuencias anteriores, por tanto el paradigma de la categorización se orienta al descubrimiento de leyes universales.

El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión de enfermería: una orientación a la salud pública y otra orientación a la enfermedad.

### La orientación a la salud pública

Se interesa tanto en la persona como en la enfermedad.

Esta orientación comienza a configurarse hacia principios de la edad moderna occidental entre los siglos XVIII y XIX, no es de extrañar, ya que se justifica en la necesidad de mejorar la salubridad y el control de las enfermedades infecciosas.

Según esta orientación, la preocupación de la enfermera/cuidadora respecto a personas sanas o enfermas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de naturaleza permitan la curación y el mantenimiento de la salud.

### Orientación a la enfermedad:

Se sitúa a finales del S. XIX, en un contexto

2- Kuhn, T. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de cultura económica, S.A. Mexico. 1975. pág. 13

3- Kérouac y cols. El pensamiento enfermero. Masson, S.A. Barcelona. 1996. pág.6

marcado por la difusión del control de las infecciones, los métodos antisépticos, la asepsia y las técnicas quirúrgicas. La erradicación de las enfermedades transmisibles es prioritaria entre los años 1900 a 1950.

Según esta orientación, la intervención significa: "hacer para..." las personas. La persona está sometida a los cuidados de los profesionales, considerados como expertos que poseen conocimientos sobre los efectos nocivos de la salud.

**En esta orientación,  
la persona no participa  
en el plan asistencial  
que le será aplicado.**

En este contexto, el sistema de prestación de cuidados es un sistema funcional derivado del taylorismo, este sistema se centra en la especialización de las tareas y fragmenta los cuidados en numerosas tareas que llevan a cabo diferentes profesionales: unos realizan todas las higienes del paciente, otros administran la medicación, etc. Este tipo de prestación de cuidados obedece a una gestión centralizada y basada en las necesidades del centro sanitario y de los profesionales, de ninguna manera basada en el paciente.

#### **Paradigma de la integración**

**El paradigma de la  
integración orienta la  
concepción profesional  
hacia la persona.**

Este cambio de paradigma comienza a manifestarse en la década de los cincuenta en algunos países más que en otros, y se origina como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años treinta y de la segunda guerra mundial. Todas estas aportaciones contribuyen a un reconocimiento de la persona en el seno de la sociedad.

El cuidado orientado desde este paradigma se centra en la persona, en mantener la salud en **sus aspectos biológicos**, mentales y sociales. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). En este paradigma, intervenir significa "Actuar con"<sup>4</sup> la persona, con el objetivo de responder a sus necesidades, la enfermera planifica sus actividades en función de las necesidades no satisfechas. La enfermera aconseja a la persona cual es la mejor opción para un mejor funcionamiento personal e interpersonal.

**Según esta perspectiva,  
la persona es un todo  
formado por la suma de sus  
partes interrelacionadas:  
Ser bio-psico-social  
y espiritual.**

La salud es concebida como una meta a conseguir, influenciada por el entorno donde vive la persona.

Los profesionales son contemplados como elementos esenciales que junto a otros contribuye a la salud de las personas. De esta forma aparece el **sistema de equipo**, este sistema consiste en el reparto de tareas según la responsabilidad de cada

4- Kérouac y cols. El pensamiento enfermero. Masson, S.A. Barcelona. 1996. pág.10



profesional. Esto llevó a que se abordaran de forma separada todas las actividades que la persona se presumía que necesitaba en cada una de sus dimensiones.

**Este sistema estaba más enfocado al cumplimiento de la tarea de cada profesional que a la persona que se pretendía cuidar.**

### **Paradigma de la transformación**

El paradigma de la transformación representa un cambio sin precedentes. El paradigma de la transformación está orientado en la **apertura hacia el mundo**.

La apertura hacia el mundo es una orientación que se inició en occidente hacia la mitad de la década de los 70. Esta corriente de ámbito internacional vino de la mano de varios acontecimientos: se abren las fronteras en los aspectos culturales, económicos y políticos; la cultura occidental influye en la oriental y viceversa gracias al avance de los medios de comunicación.

Este enfoque origina algunos cambios en organizaciones representativas para enfermería.

La OMS, en 1978, propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado en una filosofía en la que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas<sup>5</sup>.

**Según este paradigma, la persona tiene la responsabilidad de su salud y participa en ella como un compañero de los profesionales de la salud.**

Dentro de este enfoque, la persona se considera como un conjunto único cuyas dimensiones configuran una unidad, irrepetible. Esta unidad es indisoluble de su universo tanto sea exterior como interior.

**La salud, es considerada como una experiencia. No es un estado, ni ausencia de enfermedad; es una experiencia, es un "sentir" que implica a la totalidad del ser humano, sus grupos sociales y su universo.**

Respecto a los cuidados, según esta filosofía, suscita en cada persona el desarrollo de todo su potencial y la utilización de recursos del medio para mejorar la calidad de vida para todos.

5- Organización Mundial de la Salud. Los cuidados primarios de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre cuidados primarios de salud, Ginebra, 1978 ( serie "salud para todos", nº1) pág.2

## La población orienta sus demandas hacia una salud global, hacia una tecnología que incluye y tenga en cuenta la dignidad del ser humano.

Esta orientación de apertura al mundo, influye necesariamente sobre los cuidados, estos van dirigidos hacia el bienestar de la persona tal y como ella lo concibe. El profesional, dado su bagaje de conocimientos se percata y adelanta a esta visión personal. **La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino.**

Intervenir significa: “Estar con” la persona. La persona y el profesional son compañeros en un cuidado individualizado. En un entorno de mutuo respeto, el profesional crea un entorno favorable al desarrollo del potencial de la persona, y este a su vez, también se beneficia de esta relación para el desarrollo de su propio potencial.

### Marco teórico

Para el abordaje de las necesidades espirituales que posteriormente presentamos a modo de ejemplo en un centro, hemos partido del marco teórico orientado por el **Dr. Francesc Torralba** y el **Hno. Jesús Etayo** (OH San Juan De Dios) acerca de la espiritualidad, la religión y el concepto contenido de las necesidades espirituales.

La **espiritualidad** es una dimensión constitutiva del ser humano. Se refiere a la llamada interna de toda persona a orientar y a crecer en su vida mediante transformaciones internas permanentes en búsqueda de la plenitud, la felicidad, el paraíso, la realización plena de su proyecto vital, la autorrealización, el nirvana, Dios... u otros nombres, pero que todos se refieren a lo mismo.

Es una dimensión de profundidad y por tanto exige el contacto con ella. Aunque pertenece a la intimidad del ser humano, atraviesa toda la realidad de la persona de dentro hacia afuera, llenando la vida de luz y sentido.

Al igual que todas las dimensiones constitutivas de la persona, básicamente física, psicológica y social, el ser humano puede bloquear e incluso negar la realidad de lo espiritual dentro de sí mismo, perdiendo así la oportunidad de madurar y crecer, en definitiva de conocer y experimentar la profundidad y las posibilidades a las que está llamado.

De una forma sintética el contenido de la **vida espiritual** de las personas se refiere:

- **Al sentido de la vida:** especialmente a las grandes preguntas y respuestas sobre el sentido de la vida, de la muerte, del sufrimiento, del gozo, del trabajo, de las opciones que se toman en la vida. El sentido de las realidades que dan peso específico a nuestra vida.
- **A los valores:** aquellos que definitivamente motivan el sentido de nuestra vida y que hacen que tomemos una opción, decisión, conducta... u otra. En base a ellos se constituye la escala de valores. Lo que de verdad valoramos en la vida, tratamos de hacernos virtuosos de ellos y eso se consigue habituándonos a practicarlos en nuestra vida.
- **Las creencias:** que todo ser humano tiene y de las que esta convencido. Pueden ser de muchos tipos, pero en aras a la síntesis hablaremos de aquellas que abren a la persona a la trascendencia divina (Dios, que puede tener muchos nombres) y las que tienen una orientación existencialista y humana (ciencia, cultura, la familia, la política, el deporte...). Decir que pueden darse ambas en una misma persona, aunque siempre hay unas que privan sobre otras.

La **religión** es la concreción de la capacidad del ser humano de vivir una experiencia religiosa, en

una religión concreta. Exige una opción de la persona por un Dios concreto, por una religión determinada, que tiene un cuerpo doctrinal concreto orientado sobre todo a dar respuestas. Sus rasgos básicos son los siguientes:

- *Exige la fe en Dios*: un acto libre, de voluntad libre. Una respuesta a una llamada que le exige vivir de una forma concreta. Es un don que no se alcanza por méritos y al que hay que responder. Pide el silencio para escuchar la llamada y poder responder.
- *Comunidad*: no hay religión sin comunidad, asamblea, ecclesia. Comunidad vertical (relación persona-Dios) y Comunidad horizontal (relación persona-persona), unidos por el eje común de la fe. Comunidad que tiene una doctrina que se comparte y se vive. Ayuda orienta y da respuestas a las grandes preguntas por el sentido de la vida, de la muerte, del sufrimiento... Ordena la escala de valores de los miembros de la comunidad y ayuda a profundizar las creencias y la fe en el Dios de la Comunidad.
- *Descentramiento*: experiencia de "salida de uno mismo". Pone el centro de su vida en alguien que no es él. Se constituye en siervo de ese Centro que hay en el creyente (Dios-Amor en el cristianismo por ejemplo).
- *Símbolo*: La fe solo puede expresarse con el lenguaje simbólico (no científico). La comunidad necesita símbolos para expresar lo que no puede ser dicho con claridad. La liturgia en las religiones ocupa así un espacio muy importante para celebrar la fe y para crecer en ella, en definitiva para vivirla.

Por tanto y a modo de conclusión hay que decir que la **espiritualidad** es una dimensión constitutiva de todo ser humano y por tanto una realidad de toda persona, llamada realizarse, a crecer y a ser en plenitud. Como hemos dicho se puede negar,

bloquear, distorsionar o descuidar, (al igual que las dimensiones física, psicológica y social) pero con ello solo conseguiremos restar oportunidades de crecer y de ser persona. Eso sobre todo lo notaremos en los momentos importantes de la vida, sobre todo ante las grandes preguntas sobre la vida, el sufrimiento y la muerte y ante el vacío existencial y el sinsentido de la vida. Por ello es aconsejable cuidarla, educarla y atenderla debidamente, porque también tiene necesidades que se han de diagnosticar y satisfacer, especialmente en el mundo de los enfermos.

La **religión** sin embargo exige una opción personal y por tanto es posible que nos encontremos con personas no religiosas, que su vida espiritual no esta abierta a la trascendencia divina, que sus creencias se quedan en la esfera de lo existencial, del mundo conocido.

La religión por tanto está conectada plenamente con la vida espiritual de las personas. Pero la espiritualidad de la persona no exige ineludiblemente la fe en una religión. Todas las personas son constitutivamente espirituales, aunque no sean religiosas y por consiguiente en el campo de la asistencia sanitaria y social, todas las personas han de ser atendidas espiritualmente. Además, las que son religiosas han de serlo también según su fe religiosa<sup>6</sup>.

Las necesidades de orden espiritual tienen que ver con:

1. *Necesidad de sentido*
2. *Necesidad de reconciliación*
3. *Necesidad de reconocimiento de la identidad*
4. *Necesidad de orden*
5. *Necesidad de verdad*
6. *Necesidad de libertad*
7. *Necesidad de arraigo*
8. *Necesidad de orar*
9. *Necesidad simbólico-ritual*
10. *Necesidad de soledad-silencio*

6- Etayo, J. Apuntes postgrado de "atención a las necesidades espirituales". Barcelona 2.003

### 11. Necesidad de cumplir el deber

### 12. Necesidad de gratitud<sup>7</sup>

Ante la necesidad de una unificación del lenguaje pastoral para que los profesionales puedan comunicarse y entender lo mismo ante los mismos fenómenos hemos utilizado:

- Para nombrar los diagnósticos espirituales, la taxonomía NANDA<sup>8</sup>.
- Para la identificación de las intervenciones y actividades la taxonomía NIC<sup>9</sup>.
- Para identificar los resultados y los indicadores de calidad que nos permitirán evaluar el progreso del paciente tras el impacto de la intervención, la taxonomía NOC<sup>10</sup>.

### Gestión asistencial de la atención espiritual.

El objetivo consiste en hacer una propuesta metodológica para abordaje de la atención espiritual en nuestros pacientes. A continuación se describen las etapas que los profesionales ejecutaran para ofrecer la atención.

Las etapas de la metodología asistencial son:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

### Valoración

El profesional valorará entre otras, las necesidades espirituales del paciente. Para ello es preciso que disponga de unas escalas de valoración que le

servirán de guía para hacer la entrevista y le permitirá posteriormente analizar los datos para poder establecer el diagnóstico pastoral.

Una vez el paciente está valorado de forma general, el profesional está en disposición de intuir la problemática espiritual que presenta o identificar su hipótesis diagnóstica, o bien de afirmar que no la tiene.

### Diagnóstico pastoral

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad, de orden espiritual, en problemas de salud reales o potenciales, o en procesos vitales, que proporciona la base para la instauración de la terapia definitiva que permitirá el logro de objetivos de los que los profesionales son responsables<sup>11</sup>.

En esta etapa, el profesional debe validar clínicamente, en el paciente la presencia de los signos y síntomas de aquellos diagnósticos que había constatado evidencias clínicas en la valoración.

### Planificación

Para cada diagnóstico de pastoral, el profesional debe marcar una estrategia de cuidados para prevenirlo, resolverlo o reducirlo. Para ello:

- 1) Identificará el resultado óptimo/objetivo del paciente.
- 2) Identificará los indicadores de calidad para evaluar los resultados del paciente en cuanto a la consecución del objetivo marcado. La evaluación del resultado permite valorar el impacto de la intervención sobre el problema detectado.

7- Torralba, F. Necesidades espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. Rev. Labor Hospitalaria, 271 (2004) Págs. 7-16

8- NANDA. North American Nursing Diagnosis Asociation. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier, 2003.

9- McCloskey JC i Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier, 2005.4ª ed.

10- Moorhead, S. Johson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid: Elsevier, 2005. 3ªed.

11- Adaptación de la definición de DdE propuesto por NANDA, en la 9ª conferencia

3) Seleccionará la intervención más adecuada para resolver el problema y/o causa.

4) Seleccionará las actividades de cada intervención.

### Ejecución

Es la puesta en marcha de las actividades. En esta etapa pueden y deben participar todos los miembros del equipo y la familia.

**En ocasiones los profesionales podrán hacer el tratamiento y en otras será el agente de pastoral el que marcará las líneas de tratamiento.**

### Evaluación

Esta etapa trata de medir en el resultado conseguido por el paciente respecto al objetivo previo. Una vez llevadas a cabo las actividades y mientras las vamos realizando, se tendrá que evaluar al paciente para ver el resultado tras el impacto de la intervención en el estado, conducta o actitud del paciente. Según este resultado sabremos si estamos resolviendo el problema o no.

Los resultados del paciente van desde los indicadores que demuestran mínima calidad a los que demuestran máxima calidad.

Todas estas intervenciones han de quedar registradas en la documentación del paciente. Respecto a

este tema existen algunas razones y también algunas dificultades para hacerlo que a continuación se presentan.

### Algunas razones que justifican el registro del ejercicio clínico de la atención espiritual

Según la Ley de “ordenación de las profesiones sanitarias” de nov. 2003<sup>12</sup>, los pacientes tienen derecho y los profesionales la obligación de dejar constancia registrada del plan de atención que se le aplica.

Por otra parte, en el ámbito de la gestión, existe una modalidad que es la gestión por procesos donde una entidad paga el coste de un proceso a otra que lo realiza. Los centros están teniendo alguna dificultad para identificar el coste de un proceso ya que la práctica enfermera y de otros profesionales que no deriva de pauta médica, no está identificada ni registrada. Por tanto no se puede averiguar lo que vale un proceso determinado.

En los ámbitos jurídicos lo que no está escrito no está hecho, es muy difícil justificar que algo se ha hecho cuando no se ha dejado constancia escrita. Si no dejamos registrada la atención espiritual a la que las personas tienen derecho nos ponemos en riesgo legal.

### Algunas dificultades...

La elaboración de Planes de atención manuscritos a la “antigua usanza” presenta muchas dificultades prácticas en una asistencia sanitaria con gran demanda y por tanto con gran sobrecarga de trabajo. La elaboración manuscrita de todos los requerimientos metodológicos para realizar correctamente la atención personalizada a todos los pacientes presenta dificultades casi insalvables. Solo en países donde hay una dotación excelente de profesionales para la atención de enfermos, podían abordar con satisfacción estos objetivos en la atención de los enfermos.

12- BOE,280.Leu de ordenación de las profesiones sanitarias. Noviembre. 2003

Uno de los problemas, entre otros, es que no se dispone de un registro operativo y ágil y hay ausencia total o parcial de un lenguaje pastoral unificado que vertebrase las intervenciones y los resultados a conseguir<sup>13</sup>.

#### Algunas soluciones...

La utilización de los planes de cuidados estándar están permitiendo el registro de la atención espiritual y la unificación del lenguaje pastoral. La elaboración de plantillas con esquemas prediseñados han tratado de paliar la dificultad de hacer anotaciones manuscritas en el escaso tiempo disponible. De hecho allí donde han sido implantados formularios o planes que facilitaban las anotaciones o registros, los resultados del ejercicio de los profesionales confirmaron una calidad superior en la atención a los enfermos.

Los planes estándar intentan agrupar a los pacientes con problemática similar y con líneas de tratamiento similar.

Para paliar las dificultades de en la falta de un lenguaje pastoral estandarizado, como hemos dicho anteriormente hemos utilizado la: NANDA<sup>14</sup>, la NIC<sup>15</sup> y LA NOC<sup>16</sup>.

A CONTINUACIÓN PRESENTAMOS A MODO DE EJEMPLO LA EXPERIENCIA EN UN CENTRO: HOSPITAL MATERNO-INFANTO-JUVENIL, Sant Joan de Déu. Esplugues. Barcelona. Con la colaboración del equipo de pastoral.

### Propuesta metodológica para la identificación de problemas, resultados e intervenciones de orden espiritual en los centros

#### Objetivo

- Unificar criterios en la atención espiritual en todos los miembros del equipo asistencial.
- Registrar o dejar constancia del proceso de atención espiritual en los registros del centro
- Evaluar la calidad de la atención espiritual
- Fomentar la investigación referente a la atención espiritual
- Aumentar la calidad en la atención pastoral

#### Método

- Aproximación a los problemas o necesidades espirituales de los pacientes del centro a través de registros de opinión / consenso de expertos.

13- Pérez Robles, F. Apuntes postgrado de "atención a las necesidades espirituales". Barcelona 2.003

14- NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier, 2003.

15- McCloskey JC i Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier, 2005. 4ª ed.

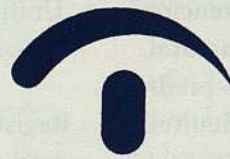
16- Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid: Elsevier, 2005. 3ª ed.

- Identificación de los objetivos / resultados del paciente o familia.
- Identificación de indicadores de calidad que permitirán la evaluación del resultado obtenido en el paciente tras el impacto de la intervención.
- Identificación de las intervenciones y actividades adecuadas para prevenir, resolver o reducir los problemas identificados.
- Validación de los problemas espirituales propuestos.
- Crear o utilizar los recursos documentales del centro para incluir el registro del proceso de atención espiritual.

## Ejemplo de un centro donde se ha aplicado el método para la gestión asistencial de las necesidades espirituales

### Propuesta de parrilla de observación para identificar problemas espirituales.

Esta parrilla orientó el consenso de expertos de los diferentes servicios para identificar los problemas espirituales más prevalentes.



**CETIR**  
GRUP MÈDIC

#### **MEDICINA NUCLEAR**

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL • PET.

#### **DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA**

#### **ECOGRAFÍA**

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

#### **MAMOGRAFÍA**

#### **TERAPÉUTICA**

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

#### **RADIOLOGÍA**

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

**C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA**

**DATOS DEL PACIENTE AL QUE HACE REFERENCIA**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Problema de salud: \_\_\_\_\_  
Servicio/unidad: \_\_\_\_\_ Acompañantes: \_\_\_\_\_

Marque los indicadores que Vd. cree que están presentes en su paciente:

**1. En cuanto a la relación con Dios y lo Divino, su paciente la percibe como:**

• Abandono	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Esperanza	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Liberación	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Conflicto	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Castigo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Injusticia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Preocupación sobre el significado de la vida, muerte o sistemas de valores	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**2. En cuanto al tipo de relación que establece con los demás, su paciente la manifiesta de:**

• Solidaridad	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Respeto	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Autenticidad	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Dependencia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Hostilidad	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Rechazo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**3. En cuanto a la relación consigo mismo, su paciente la percibe como:**

• Autoaceptación	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Poca energía para su propio provecho	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Con pocas alternativas personales	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no



#### 4. En cuanto a creencias y valores

• Identifica valores que orientan su vida	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Manifiesta coherencia con sus valores y creencias	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Manifiesta coherencia con sus valores y creencias	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Canaliza su espiritualidad a través de una religión.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
<i>Especificar:</i>	
• Otros ( <i>especificar</i> )	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

#### 5. Equilibrio personal/familiar

• Se considera dependiente de otras personas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Se considera incapaz de afrontar la situación	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Preocupación por la falta de atención a otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Tiene armonía entre cuerpo, mente y espíritu	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Proyección de culpa o responsabilidad	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros ( <i>especificar</i> )	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

#### 6. En cuanto al afrontamiento del sufrimiento, la enfermedad y la muerte, su paciente:

• Afronta el dolor emocional con serenidad	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Utiliza recursos para afrontar el dolor emocional	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
<i>Especificar:</i>	
• Se pregunta por el significado del sufrimiento	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
<i>Especificar:</i>	

**7. En cuanto a actitud de perdón, su paciente lo manifiesta:**

• Hacia si mismo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Hacia los demás	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Se culpabiliza	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Culpabiliza a otros	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros ( <i>especificar</i> )	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**8. En cuanto a la actitud de Amor, su paciente la manifiesta:**

• Hacia sí mismo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Hacia los demás	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Cólera hacia los demás	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros ( <i>especificar</i> )	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**9. Elección del tipo de problema donde se ubicaría al paciente:**

• Sufrimiento espiritual	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Riesgo de sufrimiento espiritual	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Desesperanza	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Duelo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Afrontamiento familiar o individual ineficaz	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Aflicción crónica	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
• Otros ( <i>especificar</i> )	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**RESUMEN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR SERVICIOS A PARTIR DEL CONSENSO DE EXPERTOS:**

Problemas o Diagnosticos	objetivos resultados	intervenciones	sector / servicio
• Baja autoestima	• Aumento de la autoestima	• Potenciación de la autoestima	<i>Maternidad</i>
• Duelo	• Resolución de la aflicción	• Facilitar el duelo: muerte perinatal	
• Soledad	• Mejora de la soledad	• Presencia	
• Sufrimiento espiritual	• Salud espiritual	• Apoyo espiritual	
• Temor al sufrimiento	• Control del Miedo	• Apoyo emocional	<i>Psiquiatria</i>
	• Nivel de sufrimiento		
• Afrontamiento familiar ineficaz	• Conseguir normalización de la familia	• Aumentar el afrontamiento	
• Baja autoestima	• Aumento de la autoestima	• Potenciación de la autoestima	
• Sufrimiento espiritual	• Salud espiritual	• Apoyo espiritual	<i>Oncología</i>
• Sufrimiento espiritual	• Salud espiritual	• Apoyo espiritual	
• Aflicción crónica	• Resolución de la aflicción	• Facilitar el duelo	
• Ansiedad ante la muerte	• Control de la ansiedad	• Disminución de la ansiedad	
• Duelo disfuncional	• Resolución del duelo	• Apoyo emocional	
• Desesperanza	• Aumentar la esperanza	• Dar esperanza	
• Afrontamiento familiar ineficaz: Comprometido	• Normalización de la familia	• Aumentar el afrontamiento	
• Afrontamiento familiar ineficaz: Desesperanza	• Normalización de la familia • Aumentar la esperanza	• Aumentar el afrontamiento • Dar esperanza	<i>Neonatos</i>
• Afrontamiento defensivo	• Conseguir superación de problemas	• Potenciación de la conciencia de si mismo	
• Desesperanza	• Esperanza	• Dar esperanza	<i>Pediatría</i>
• Ansiedad	• Control ansiedad	• Disminución ansiedad	
• Afrontamiento defensivo	• Superación de problemas	• Potenciación de la conciencia de si mismo	<i>U.C.I.</i>
• Desesperanza	• Aumentar la esperanza	• Dar esperanza	
• Sufrimiento espiritual	• Salud espiritual	• Apoyo espiritual	
• Afrontamiento familiar ineficaz: Comprometido	• Normalización de la familia	• Aumentar el afrontamiento	
• Duelo disfuncional	• Resolución del duelo	• Apoyo emocional	

**INSTRUMENTOS PARA LA VALIDACIÓN DE LOS PROBLEMAS ESPIRITUALES  
IDENTIFICADOS EN LA FASE ANTERIOR**

**Menu de necesidades espirituales de los pacientes candidatos  
a intervención pastoral**

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL: <i>Características definitorias</i>	SI	NO
<p><b>Conexión con el yo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones de falta de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Significado y propósito en la vida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Paz o serenidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Aceptación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Amor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Perdón para si mismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>• Cólera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Culpa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Mal afrontamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<p><b>Conexión con otros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechaza las interacciones con los líderes espirituales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Rechaza las interacciones con los amigos, la familia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Expresa alienación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<p><b>Conexiones con el arte, la música, la literatura, la naturaleza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para manifestar un estado previo de creatividad (<i>cantando, escuchando música, escribiendo</i>). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Falta de interés en la naturaleza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Falta de interés en la literatura espiritual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Expresa alienación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<p><b>Conexión con un poder superior al propio yo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para orar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Incapacidad para participar en actividades religiosas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Manifiesta sentirse abandonado o sentir cólera hacia Dios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Incapacidad para experimentar la trascendencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Solicitud de ver a un líder religioso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Cambios súbitos en las prácticas espirituales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Incapacidad para la introspección, para mirar dentro de si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Manifiesta que sufre, que no tiene esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>		

## Menu de necesidades espirituales de los pacientes candidatos a intervencion pastoral

<b>DESESPERANZA:</b> <i>Caracteristicas definitorias</i>	SI	NO
1 La persona percibe pocas o ninguna alternativa personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 La persona es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pasividad, disminución de la verbalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Disminución de las emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Claves verbales (contenido desesperanzado, "no puedo", suspiros...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Falta de iniciativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Disminución de la respuesta a estímulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Volverse hacia el lado contrario de la persona que habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Cerrar los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Encogerse de hombros en respuesta a la persona que habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Disminución del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Aumento o disminución del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Falta de implicación en sus cuidados o aceptación pasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Menu de necesidades espirituales de los pacientes candidatos a intervencion pastoral

<b>DUELO DISFUNCIONAL:</b> <i>Caracteristicas definitorias</i>	SI	NO
1 Uso repetido de conductas inefectivas asociadas a los intentos de reinvertir en las relaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Revivir experiencias pasadas con poca o ninguna reducción (disminución) de la intensidad del duelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Inicio o exacerbación de respuestas somáticas o psicósomáticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Expresión de sufrimiento por la pérdida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Negación de la pérdida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Expresiones de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Expresiones de temas no resueltos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Cólera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tristeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Menu de necesidades espirituales de los pacientes candidatos  
a intervencion pastoral**

FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN PROVOCAR SUFRIMIENTO ESPIRITUAL:	SI	NO
1 Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Baja autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Bloqueo del amor hacia uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Malas relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Estrés físico o psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pérdida de un ser querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Pérdidas situacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Pérdidas de maduración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Incapacidad para perdonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Enfermedad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Desastres naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Menu de necesidades espirituales de los pacientes candidatos  
a intervencion pastoral**

AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL:	SI	NO
<i>INEFECTIVO:</i>		
1 Falta de conductas orientadas a la resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Expresión de incapacidad para afrontar la situación o pedir ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Conducta destructiva hacia sí mismo o hacia otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Cambio en los patrones de comunicación verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>DEFENSIVO:</i>		
1 Grandiosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Racionalización de los fracasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hipersensibilidad a las críticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Negación de problemas o debilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Proyección de culpa o responsabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Actitud de superioridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Menu de necesidades espirituales de los pacientes candidatos a intervencion pastoral

AFRONTAMIENTO FAMILIAR:		SI	NO
<i>COMPROMETIDO</i>			
1	La persona de referencia pone en práctica comportamientos de ayuda ineficaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	La persona de referencia muestra una conducta desproporcionada en proporción con las capacidades o necesidad de autonomía del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	La persona de referencia establece comunicación personal limitada con el cliente en el momento de necesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	El cliente expresa preocupación sobre la respuesta de la/s persona/s de referencia a su problema de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>INCAPACITANTE</i>			
1	Intolerancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Agitación, depresión, agresión, hostilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rechazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Psicomatización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Cuidado negligente de las necesidades básicas del cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Distorsión de la realidad del problema de salud del cliente = negación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Deterioro de la reestructuración de una vida significativa para sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Deterioro de la individualización, preocupación por el cliente excesiva y prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Realización de las actividades habituales desatendiendo las necesidades del client	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Falta de satisfacción de las necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





PSIQUIATRÍA				
1er Día	2º Día	3er Día	4º Día	5º Día
Valoración general necesidades espirituales (Enfermería) <input type="checkbox"/>				
Visita/presentación <input type="checkbox"/>	Valoración necesidades espirituales <input type="checkbox"/>			
	Identificación de problemas o diagnósticos:  • Temor al sufrimiento <input type="checkbox"/>  <i>Sentimiento de tristeza</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Sentimiento de culpa</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intervenciones:  Apoyo emocional: - <i>Comentar experiencia</i> <input type="checkbox"/> - <i>Reconocer sentimientos</i> <input type="checkbox"/> - <i>Escuchar sentimientos y creencias</i> <input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nivel de sufrimiento <i>Sentimiento de tristeza</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Sentimiento de culpa</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Autocontrol del miedo <i>Refiere disminución del miedo</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	• Afrontamiento familiar ineficaz <input type="checkbox"/>  <i>Adapta programa nece. afectados</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Utiliza recursos</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aumentar el afrontamiento: - <i>Alentar a la familia</i> <input type="checkbox"/> - <i>Autoevaluación comportamiento del paciente</i> <input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Normalización de la familia <i>Adapta programa nece. afectados</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Utiliza recursos</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	• Sufrimiento espiritual <input type="checkbox"/>  Salud espiritual <i>Expresión de confianza</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Expresión de esperanza</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  • Baja autoestima <input type="checkbox"/>  <i>Autoaceptación</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Apoyo espiritual: - <i>Clarificación de valores</i> <input type="checkbox"/> - <i>Disponibilidad</i> <input type="checkbox"/>  Potenciación autoestima - <i>Reafirmar virtudes</i> <input type="checkbox"/> - <i>Reforzar progresos</i> <input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Expresión de confianza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Autoaceptación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

MATERNIDAD				
1er Día	2º Día	3er Día	4º Día	5º Día
Valoración general necesidades espirituales (Enfermería) <input type="checkbox"/>				
Visita/presentación <input type="checkbox"/>	Valoración necesidades espirituales <input type="checkbox"/>			
Identificación de pro- blemas o diagnósticos:	Intervenciones:			
• Baja autoestima <input type="checkbox"/>  Autoestima: Autoaceptación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Potenciación de la autoestima: - Capacidad de control <input type="checkbox"/> del paciente - Ayudar a aceptar <input type="checkbox"/> la dependencia - Animar a <input type="checkbox"/> autoevaluarse	Autoestima: Autoaceptación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autoestima: Autoaceptación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autoestima: Autoaceptación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Duelo disfuncional <input type="checkbox"/>  Resolución de la aflicción Expectativas positivas de futuro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	facilitar el duelo: - Fomentar expresión <input type="checkbox"/> de sentimientos - Identificar estrategias <input type="checkbox"/> de resolución de problemas	Soledad: Expresión de no ser comprometido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soledad: Expresión de no ser comprometido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soledad: Expresión de no ser comprometido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Riesgo de Soledad <input type="checkbox"/>  Soledad: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presencia: - Disponibilidad pero <input type="checkbox"/> sin conducta dependiente	Soledad: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soledad: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soledad: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Riesgo espiritual <input type="checkbox"/>  Salud espiritual: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Apoyo espiritual: - Técnicas de <input type="checkbox"/> clarificación de valores - Asegurar apoyo en <input type="checkbox"/> los momentos de sufrimientos	Salud espiritual: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Salud espiritual: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Salud espiritual: Expresión de esperanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## CONCLUSIONES

- Identificación de la atención espiritual como aportación específica y necesaria a la salud.
- Registro las intervenciones pastorales tanto autónomas como en colaboración con otros profesionales.
- Orientan a los profesionales de nueva incorporación en los diagnósticos y líneas de intervención espiritual.
- Se puede medir el impacto de la intervención sobre el problema.
- Proporcionan datos para mejorar la calidad. Ya que se registra el resultado del paciente.
- Facilita la investigación sobre cuidados espirituales.
- Favorecen la información y participación de los pacientes en su proceso.
- Permite la informatización.

## OCHO PUNTOS PARA EL RECUERDO

- 1- QUE LOS ASPECTOS ESPIRITUALES SON UNA DIMENSIÓN DE LA PERSONA QUE NO PODEMOS OBIAR EN UNA ATENCIÓN INTEGRAL.
- 2- LA ATENCIÓN ESPIRITUAL CONSISTE, NO TANTO EN "HACER PARA" SINO EN "ESTAR CON" LA PERSONA, RESPETANDO SU RITMO Y SU CAMINO.
- 3- LA ATENCIÓN ESPIRITUAL ES RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS PROFESIONALES.
- 4- LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEBE SER IDENTIFICADA Y REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA O DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE.
- 5- LA ATENCIÓN ESPIRITUAL NECESITA DE UN LENGUAJE COMÚN QUE FACILITE LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y FAVOREZCA LA INVESTIGACIÓN.
- 6- LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEBE SER EVALUADA A TRAVÉS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PACIENTE CON EL OBJETIVO DE MEJORA DE LA CALIDAD.
- 7- LA ATENCIÓN ESPIRITUAL AYUDA A LOS PACIENTES A AFRONTAR LA ENFERMEDAD Y EL DETERIORO, CON DOSIS DE PAZ Y SERENIDAD.
- 8- Y COMO ÚLTIMO PUNTO QUE RESUME LOS ANTERIORES: LA ATENCIÓN ESPIRITUAL ES HOSPITALIDAD.

## Bibliografía

- ADAM, E. *Hacia donde va la Enfermería*. Madrid. Interamericana, 1982.
- ADAM, E. *Être infirmière: un modèle conceptuel*. Québec : Études Vivantes, (99)
- ALFARO, R. *Aplicación del proceso de enfermería*. (2ª edición). Ripollet (Barcelona: Doyma, 1992.
- GARCÍA CABALLERO, J. *Las vías clínicas. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Serie D nº 29, Valencia: Conselleria de Sanidad, 1999.
- GORDON, M. *Diagnóstico Enfermero. Proceso de aplicación*, Madrid/Barcelona: Mosby/Doyma. (traducciones de la edición americana) 1996.
- HENDERSON, V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería, 1971.
- JOHNSON, M. (ETAL). *Clasificación de resultados de enfermería (CRE)*. Madrid: Harcourt, 2004.
- MCCLOSKEY JC I BULECHEK GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE)*. Madrid: Harcourt, 2004.
- NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2002-2003*. Madrid: Elsevier, 2003.
- PHANEUF, M. *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería*. Montreal-España: Mc. Graw-Hill-Interamericana, 1986.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L.I., PHANEUF, M. *Cuidados de Enfermería: Aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje*. Montreal-España: Mc. Graw-Hill-Interamericana, 1988.
- RIOPELLE, L., GRODIN, L.I., PHANEUF, M. *Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Montreal-España: Mc. Graw-Hill-Interamericana, 1984.
- BIZIER, N. *De la pensée a la geste*. Decaire Editeurs. Quebec. 1992.
- KERSHAW, B. *Modelos de enfermería*. Barcelona: Doyma, 1988.
- KOZIER. *Enfermería fundamental*. Madrid : Interamericana, 1993.2v.
- KÉROVAC, S.( ET AL), *Pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson S.A, 1996.
- ADAM, EVELYN. *Être infirmière: un modèle conceptuel*. 3ª ed. Québec: Editions Eludes Vivantes, 1991.
- BIZIER, NICOLE. *De la pensée au geste*. 3ªde. Québec: Décaire Editeur inc,1993.
- PÉREZ, F. Y RAMIÓ, A. *Marco conceptual de enfermería ¿una novedad?*. Labor Hospitalaria nº 231, 1994, p. 8-12.
- FERNÁNDEZ, C.GUSIÑE, F. PARDO, A. SALES, D. *Modelos conceptuales de enfermería*. Rol nº78,1985, p. 49-51.
- SASTRE, H. LÓPEZ,S. *¿Cuidados por actividades? ¿Cuidados por pacientes ?*. Rol nº141, 1990, p. 23-26.
- GRANADERO, E. ARANGÜENA, C. SÁNCHEZ, A.M. *Programa Virginia: método para desarrollar un plan de cuidados informatizados*, Enfermería Clínica, nº 1 vol. 6, E.F.1996, p. 29-35.
- RIOPELLE, L., *El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero*. Enfermería Clínica nº 4 vol.3, 1993, p. 7-8.
- RIU, M.ET AL. *Producto enfermero. Medida del tiempo por procesos*. Rol diciembre 1996, nº 220, p. 23-27.
- TORRALBA, F. *Antropología del cuidar*. Institut Borja de Bioètica. Barcelona 1998
- TORRALBA, F. *Necesidades espirituales. Cuestiones preliminares*. Labor Hospitalaria nº 271, 2004, p. 7-16

# Interhospitalia

S.A.



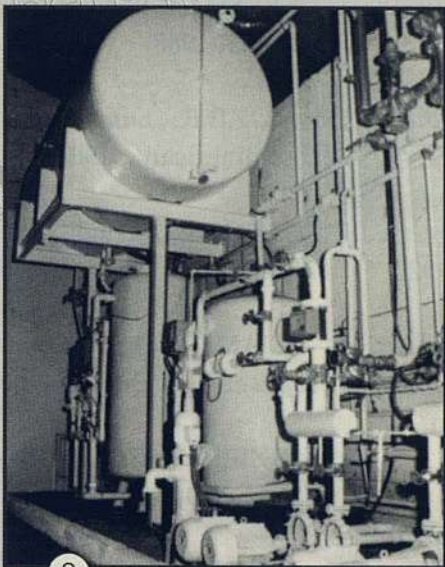
Especialistas en lavado y desinfección de lencería

Suminramos al paciente y a los servicios internos, lencería bacteriológica y visualmente limpia y correctamente acabada.

Para ello, la devolvemos:

①

Lavada y desinfectada (por proceso chemo-térmico).



②

Sin incrustaciones, tersa y suave.

②



①



④

③

En paquetes individuales y cuantificados.



③

En contenedores racionales, y

④

Puntualmente a la hora convenida.

⑤



⑤

La solución con garantía:

# Interhospitalia

S.A.



# El sabor de la experiencia

Medirest es la división especializada de Eurest que cubre las necesidades específicas de alimentación y hostelería en los segmentos **Seniors, Sanidad y Social.**

Dentro del sector de las Residencias de la Tercera Edad, atendemos a un gran número de clientes, procurando su satisfacción y uniendo en nuestro trabajo diario la sensibilidad, la gastronomía y la calidad nutricional.



**MEDIREST**  
— La alimentación sana con la garantía de Eurest —

Eurest Colectividades, S.A.  
Camino de la Zarzuela, 19-21  
Aravaca - 28023 Madrid  
Tel.: 91 542 53 39

#### Delegaciones y Oficinas

A Coruña	Tel.: 981 63 61 74
Alicante	Tel.: 96 568 20 30
Barcelona	Tel.: 93 470 29 80
Bilbao	Tel.: 94 454 15 88
Girona	Tel.: 972 47 40 13
Las Palmas	Tel.: 928 57 44 16
Madrid	Tel.: 91 542 53 39
Málaga	Tel.: 95 226 11 11
Oviedo	Tel.: 98 511 35 80
Palencia	Tel.: 979 16 59 35
P. Mallorca	Tel.: 971 49 14 53
Sevilla	Tel.: 95 418 57 55
Tenerife	Tel.: 922 25 60 40
Valencia	Tel.: 96 337 83 10
Valladolid	Tel.: 983 35 35 61
Vigo	Tel.: 986 26 56 30
Zaragoza	Tel.: 976 22 63 07



*La salud y el bienestar son nuestros retos principales.*



#### Nuestros valores en Medirest son:

**ESPECIALIZACIÓN:** Nuestros profesionales son verdaderos especialistas en alimentación geriátrica.

**PERSONALIZACIÓN:** Cada cliente es diferente. Cada residente es especial. Medirest se adapta a cada lugar y circunstancia.

**COMPRENSIÓN:** En Medirest comprendemos las problemáticas asociadas a la alimentación de los mayores.

**INTEGRACIÓN:** Con los objetivos de la organización a la que prestamos servicio.

**ACERCAMIENTO:** Nuestra vocación de servicio se basa en la cercanía: escuchar, atender y servir.

*Medirest: Profesionales al servicio de la alimentación y la nutrición*



Otras marcas de  
Compass Group en España



Restauración  
Sector Empresas



Restauración  
Sector Educación



Restauración  
Sector Salud



Alta  
Restauración



Servicio de  
Vending

[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)

