

I CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS. "SABER ESCUCHAR Y ENTENDER"

26 y 27 septiembre, 2006
Costa Rica-Tenis club, Sabana

Costa Rica es un país localizado en Centro América: entre Nicaragua y Panamá. Tiene una extensión de 51100 km² y está dividido en siete provincias, con una población de tres millones novecientos veinticinco mil habitantes.

El sistema político de Costa Rica es democrático, no existe ejército y gran parte del presupuesto nacional se dedica a la salud y a la educación.

El sistema de salud está regido por la Seguridad Social como ente estatal, basado en principios como: universalidad, solidaridad, unidad y equidad. Este cubre más allá del noventa por ciento de la población. El financiamiento se realiza mediante un régimen contributivo, en el cual cotiza el empleado, el patrono y el Estado. Esta contribución es porcentual al salario devengado.

Las causas de mortalidad más frecuentes son: enfermedades cardiovasculares y cáncer. En Costa Rica uno de cada cinco personas mueren por cáncer. La incidencia de cáncer en Costa Rica es de seis mil casos nuevos por año y el setenta por ciento de ellos se presenta a los servicios de salud en etapa avanzada de la enfermedad, cuando la etapa curativa ya no es viable, siendo necesario el manejo de control del dolor y cuidados paliativos.

La iniciativa para iniciar la Medicina Paliativa y de Control del Dolor nació dentro de la Seguridad Social Costarricense con el apoyo de la prensa y los ciudadanos quienes motivados por la mejora en la calidad de vida, dieron un respaldo siempre absoluto.

HISTORIA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN COSTA RICA

La Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos nace en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia donde inicia con la atención del paciente con dolor benigno intratable y en fase terminal (cáncer y SIDA) en su hogar como, en la consulta externa y a nivel hospitalario. En 1999 se convirtió en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos impulsado por la Fundación Nacional Pro-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. En abril de ese mismo año la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social aprobó por unanimidad este ente como coordinador e impulsor de las políticas en esta área. A partir de este momento forma parte del tercer nivel de atención en el sistema de salud nacional, el cual se le confiere a hospitales especializados.⁶

Organización

El Programa Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos se ha manejado a través de un sistema piramidal, formado por tres niveles en donde el primer nivel forma parte de la atención básica primaria, el segundo nivel está formado por hospitales de las provincias y clínicas mayores y un tercer nivel está dirigido a hospitales especializados.

Redes de apoyo

El Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos ha impulsado la formación de una red nacional de Clínicas de Dolor y Cuidados Paliativos. Estas Clínicas están situadas en diferentes partes del país designadas de acuerdo a la incidencia nacional de cáncer. Los profesionales en ciencias de la salud de las redes de apoyo reciben capacitación en el Centro Nacional a través de una pasantía por año, con reuniones mensuales donde se analizan casos clínicos y aspectos administrativos⁸.

Desde hace algunos años el Centro nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo asumió el compromiso de la capacitación de los profesionales de las ciencias sociales para que se conviertan en agentes multiplicadores a nivel institucional y comunitario.

Proporcionar atención especializada en psicología del dolor y Cuidado Paliativo requiere de políticas específicas, profesionales capacitados, motivados sensibles y participativos. En ese marco se realizó el primer congreso Nacional de Psicología del Dolor y Cuidado Paliativo. En esta actividad participaron cerca de 250 profesionales del sector salud. Lamentablemente por razones de infraestructura quedaron 180 profesionales a los cuales no se les logra brindar el espacio para participar en el evento. En esta oportunidad contamos con la magnífica presencia del señor Alfonso Miguel García Hernández quién enriqueció las expectativas del evento. A continuación les brindo un resumen de los principales tópicos abordados en este encuentro.

CULTURAS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Alfonso Miguel García Hernández

Alrededor de los pilares *salud-enfermedad-atención* se cristalizan muchas de las creencias y prácticas sociales que son diferentes según las culturas y sistemas organizacionales, pudiendo incluso dentro de una cultura, convivir diferentes sistemas sanitarios con sus consiguientes concepciones sobre la enfermedad, salud y atención y el ser humano en general.

Hoy la actitud del individuo hacia la salud supone algo más que la ausencia de enfermedad o incapacidad, por ello que se hayan prodigado los distintos modelos relacionados con la salud, en este continuum salud-enfermedad-atención, cuyos enfoques condicionan indiscutiblemente el modo de entender el "otro" con sus creencias, prácticas sanitarias, modos de comunicación y lenguaje, susceptibilidad y diferencias relativas a la salud emocional y mental.

El tema de la muerte, ha estado siempre en el desarrollo de las culturas de la humanidad, de forma que se considera el eje central de la vida cultural-social de las sociedades pasadas y actuales, ya que acontece mientras se producen las más importantes avances de la humanidad en el campo de la investigación, sin existir un discurso unificado por parte de la ciencia que resuelva aspectos fundamentales del devenir humano, o al menos que permita su comprensión desde el campo de la racionalidad, ya que el origen de la humanidad y el destino de los individuos tras su muerte escapan al control del individuo, al que sólo le queda la opción de interpretarlos culturalmente, de ahí que las prácticas y ritos funerarios en torno a la muerte hayan estado presentes en todas las culturas conocidas y desde sus más remotos orígenes, siendo utilizados los vestigios materiales procedentes de los ritos mortuorios para interpretar su manera de entender la vida, ya que vida y muerte se mezclan indisolublemente en la existencia humana, llegando incluso a entender el camino de la vida, especialmente en sus últimas etapas como una preparación para la muerte, que era para muchas culturas, el paso hacia una nueva vida.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LATINOAMÉRICA: OBSTÁCULOS Y SOLUCIONES

Una experiencia en Costa Rica.

Dr. Isaías Salas Herrera.
Director Médico.
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo.

DEFINICION DE CUIDADO PALIATIVO

- La OMS postula: “Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales es primordial”.
- La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias”

MEDICINA PALIATIVA MODERNA

- Cicely Saunders fundadora del Saint Christopher`s Hospice en Londres, pionera de la medicina paliativa moderna

PRINCIPIOS DE MEDICINA PALIATIVA

- No esta a favor de la eutanasia, pero tampoco comparte la idea de prolongar la vida con métodos de soporte que solo alargan la agonía y el sufrimiento en casos francamente terminales.
- Tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes

Cáncer en Latinoamérica

- Siete países en Latinoamérica ofrecen alguna forma de cuidados paliativos a través de instituciones públicas y sólo Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Perú, Brasil y Paraguay han declarado la necesidad de darle un enfoque de salud pública al tema.

Estrategia de la OMS. disponibilidad de opiáceos

- Los países desarrollados utilizan la mayoría de la morfina que se consume mundialmente, dejando un pequeño porcentaje para el consumo de aproximadamente 100 países en vías de desarrollo.
- En Latinoamérica y el Caribe se consume menos del uno por ciento del total disponible

EL RETO DEL FUTURO. RETOS DEL FUTURO

- Inclusión del Dolor y Cuidado Paliativo dentro de las políticas sanitarias del gobierno.
- Creación de plazas para los profesionales en el área.
- Creación de la especialidad en Medicina Paliativa

MITOS Y ESTEREOTIPOS DE LA MUERTE Y EL DOLOR

Alfonso García Hernández

Para mucha gente, el hogar es más que un espacio físico, ya que representa la familiaridad, la presencia de amor, y la posibilidad de gozar de una vida "normal", razones por las que la mitad de las personas con una enfermedad progresiva desea regresar y vivir en su domicilio el final de su vida.

Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella. Pero ello introduce, elementos nuevos no exentos de dificultad, objetivos nuevos hacen aparición en una sociedad cambiante, y muchos de dichos objetivos son, en estos momentos, parte de un debate social que parece no tener fin, más bien debates cíclicos, itinerarios que han de realizar las culturas que avanzan por el camino del avance y el progreso.

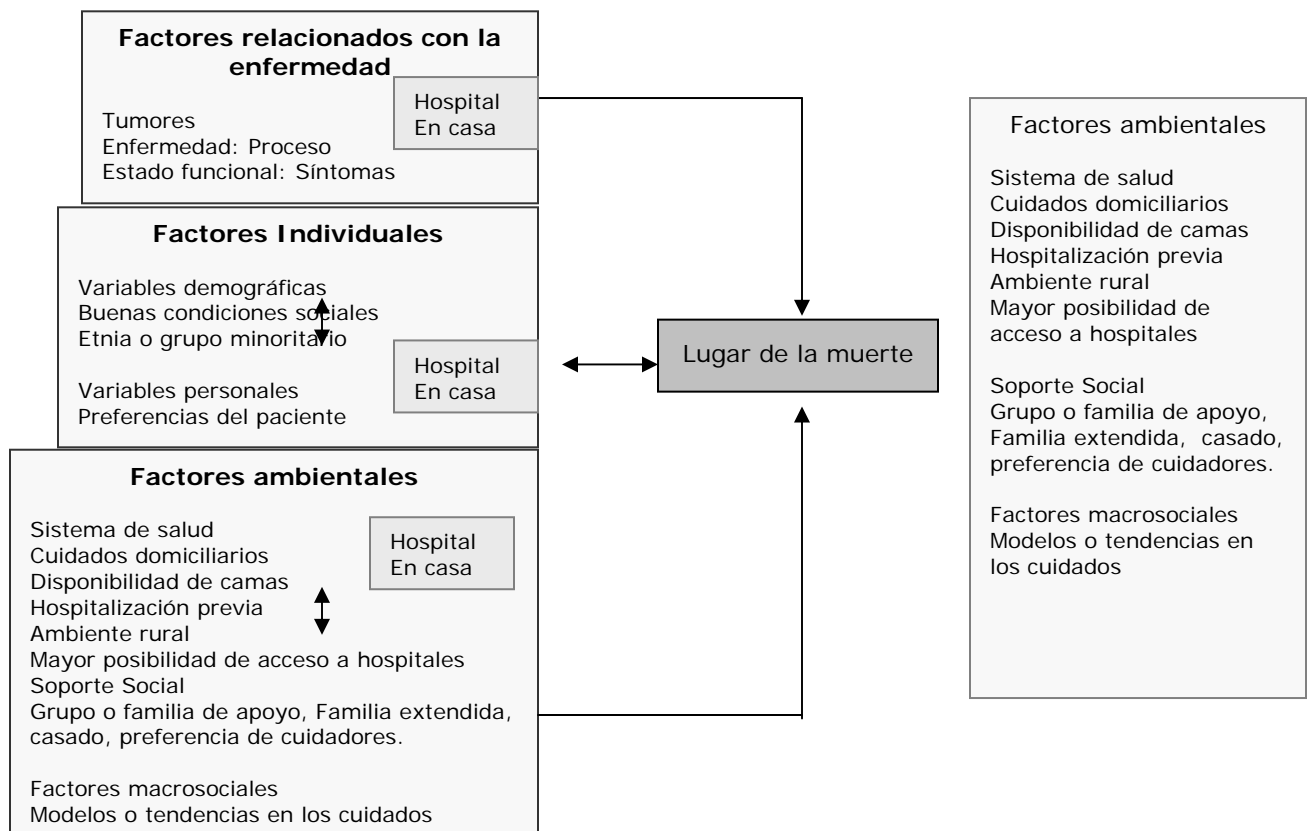


Figura. Factores que influyen en el morir y la muerte

Un mito que de modo tradicional ha sido salvar y prolongar la vida, pero, ¿qué significa este fin cuando hay máquinas que pueden mantener con vida los cuerpos de quienes en otros tiempos habrían muerto sin más? ¿Hasta dónde debería llegar la medicina a la hora de prolongar una vida que se apaga? Independientemente de la salvación de vidas individuales, la investigación genética ofrece la posibilidad de aumentar de manera significativa el promedio de esperanza de vida. ¿Es este un fin adecuado de la medicina? ¿Se trata de un avance positivo para la sociedad? ¿La medicina es necesariamente enemiga del envejecimiento y la muerte?

Evidentemente se han creados nuevos fines de la medicina y, al mismo tiempo, justificarlos y exponerlos, no está exento de problemas de significado e interpretación.

Evitación de la muerte prematura y búsqueda de una muerte tranquila

El gran mito de que la muerte es prematura planea cada vez más por nuestras conciencias y la evitación de *la muerte prematura* se ha convertido en el gran fin o meta de la medicina contemporánea: *La lucha de la medicina contra la muerte*, resulta apropiado que un fin fundamental de la misma consista en evitar la muerte prematura en la población en general y el individuo en particular. Un fin secundario sería asistir adecuadamente a aquellos cuyas muertes ya no se considerarían prematuras, pero para los que el tratamiento médico sería no obstante beneficioso. El deber principal de la medicina y de los sistemas de asistencia sanitaria, será, en términos generales, ayudar a los jóvenes a llegar a viejos y, una vez logrado esto, ayudar a los ancianos a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente.

Se puede decir, en general, que una muerte prematura ocurre cuando una persona muere antes de haber tenido la oportunidad de experimentar las principales posibilidades que ofrece un ciclo de vida característicamente humano: la oportunidad de buscar y adquirir conocimientos, establecer relaciones cercanas y afectivas con otros, ver a los hijos u otras personas a su cargo llegar a adultos y hacerse independientes, poder trabajar o desarrollar los talentos individuales de otras maneras y perseguir las metas en la vida de uno y, en general, tener la oportunidad y capacidad de desarrollarse como persona.

Aunque evitar la muerte prematura debería ser uno de los principales fines de la medicina, sería un error actuar como si todas las muertes fueran prematuras, al igual que lo sería hacer demasiado énfasis en la necesidad de evitar muertes a expensas de otras necesidades sanitarias importantes. El aumento de la esperanza de vida de por sí no parece un fin médico apropiado, y la esperanza media de vida en países desarrollados permite a sus ciudadanos disfrutar de una vida completa, aunque muchos puedan desear vivir aún más. Evidentemente, no se trata de un fin personal inaceptable, pero dados los costes y dificultades para obtener unas mayores ventajas significativas mediante la innovación tecnológica, su validez como fin universal o nacional, o como fin para la investigación médica en un sentido más general, resulta dudosa.

La búsqueda de una muerte tranquila.

Dado que la muerte nos llega a todos (todos los pacientes, todos los cuidadores: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, etc., morirán algún día), la medicina ha de considerar prioritaria la creación de unas circunstancias clínicas que favorezcan una muerte tranquila, la cual podemos definirla como una en la que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante unos cuidados paliativos adecuados, en donde los cuidados al final de la vida sean cuidados activos y continuados al paciente y la familia, de modo que al paciente nunca se le abandone ni descuide y en la que los cuidados se consideren igual de importantes para los que no vayan a sobrevivir como para los que sí. Por supuesto que la medicina no puede garantizar una muerte tranquila ni responsabilizarse por lo que las personas traen consigo a su lecho de muerte. Pero lo que sí puede evitar la medicina es considerar la muerte como un accidente biológico evitable o un fracaso médico. Más tarde o más temprano, la muerte es, como ha sido siempre, el resultado inevitable incluso del mejor tratamiento médico.

La retirada de tratamientos de soporte vital.

Ante el progreso médico y una tecnología que cambia constantemente, todas las sociedades tendrán que establecer unos patrones morales y médicos para la retirada de tratamientos de soporte vital en enfermos terminales, y en la medida de lo posible, pacientes y familiares deben desempeñar un papel importante en tales decisiones.

Dado que es una realidad que las sociedades envejecen, con el consecuente aumento de la carga que las enfermedades crónicas suponen, una formación médica que no cale a los estudiantes de manera profunda en la complejidad de este tipo de situaciones, quedará con toda seguridad muy lejos de cumplir sus propios objetivos docentes, al tiempo que hará peligrar la asistencia sanitaria de los futuros pacientes.

La libertad de elección, derecho fundamental de la autodeterminación, conlleva deberes y responsabilidades, que nos exigirán tomar decisiones como ciudadanos sobre la correcta asignación de los recursos y la importancia relativa de la salud como bien social.

DEL CUIDADO CON AMOR AL CUIDADO PALIATIVO: VIVENCIAS, EXPECTATIVAS Y APRENDIZAJES DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Dr. David Avalos/ Medico
Lic. Ivonne Beirute / Enfermera

Los cuidados paliativos se definen como la atención integral, activa y continuada del paciente terminal y la familia en su domicilio realizada por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar calidad de vida.

El envejecimiento demográfico y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas genera un auge en el manejo en el hogar de esta población.

Las enfermedades tributarias son: Cáncer, AVC isquémico o hemorrágico, ELA, Sd Inmovilidad, IRC, EPOC, SIDA, ICC, Artrosis, Sd demencial, Enf Parkinson, HCE, etc.

El cuidado paliativo domiciliar involucra una evaluación multidimensional que es la base para la planificación de cuidados e incorpora las expectativas del paciente y familia respecto a problemas existentes, su repercusión y soluciones probables.

El respeto al principio de autonomía del paciente terminal es uno de los principales objetivos, mediante el reconocimiento de la dignidad personal del enfermo elaborando con los objetivos terapéuticos.

La evaluación implica la intervención del estado emocional del enfermo y su familia, detección de miedos, culpas y dudas, así como las etapas de adaptación al proceso de muerte y factores de riesgo de duelo patológico.

Se debe analizar las expectativas reales o irreales respecto a su enfermedad, así como su conocimiento total o parcial del diagnóstico y pronóstico.

La familia también va a presentar necesidades y temores ante la situación que vive, el equipo debe encontrar signos de sobrecarga física, psíquica o social ante el afrontamiento de una pérdida afectiva. Otros aspectos socioculturales que se deben indagar son problemas de relaciones interpersonales, pérdida de roles, agotamiento de cuidadores y problemas legales y económicos.

Se aborda con la familia el manejo de la terminalidad, también llamado periodo de las últimas 48 horas, donde las prioridades son el control de síntomas y soporte familiar.

El objetivo final es la muerte digna del paciente Terminal en el hogar, la siguiente frase pretende resumir el concepto: "morir con dignidad significa irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, inyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo, pero también al afecto, al mímico y sosegador de la familia y los amigos "García Sabel".

EL DUELO UNA POSICIÓN TRANSFORMADORA

Alfonso García Hernández

Una teoría útil para el entendimiento de la aflicción ha de revelar la realidad personal e individual de la pérdida, concentrándose en las respuestas idiosincrásicas a la misma pérdida. Debe ser capaz de considerar a la gente enfrentándose activamente a los retos de la vida y de modo descriptivo, explorando las implicaciones de las diferentes respuestas, concentrándose en los significados apasionados que dan forma a las acciones y enfatizando hasta qué punto el mundo queda transformado para siempre por la pérdida.

El duelo es la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido. Las clasificaciones diagnósticas como el DSM-III-R o DSM-IV atribuyen al duelo normal síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficits funcionales ni de inhibición psicomotora.

El individuo, construye su vida encuadrado en una sociedad caracterizada por una cultura que, unida a creencias, nos dará el significado y sentido de nuestras construcciones. Pese al carácter globalizador de nuestros días, el morir como concepto y la muerte como hecho, sigue situándose en la influencia de la espiritualidad y la cultura, lo cual conlleva ricas implicaciones para los seres sociales que intentamos comprender desde nuestros diferentes puntos de vista disciplinarios el sentido vivido y humano de la pérdida y el duelo.

Como individuos, potencialmente dolientes y profesionales de la salud, consideramos que los seres humanos buscan el significado a la pérdida en el proceso del duelo, y lo hacen intentando construir una explicación coherente para darle a su ser querido un sentido de continuidad con respecto a quien ha sido, al mismo tiempo que se trata de integrar la realidad de un mundo que ha cambiado en su concepción de quién debe ser ahora.

La perspectiva del duelo que defendemos es la que, esperamos, muestre la pérdida como una experiencia humana básica, aunque desde sus múltiples facetas, difíciles en ocasiones de concretar. Sin embargo, a lo largo de la historia, se han prodigado clasificaciones diversas y estereotipadas que en ocasiones más que beneficiar han perjudicado.

Las teorías tradicionales del duelo, han partido de razonamientos implícitos que no benefician en toda su dimensión a los dolientes, al considerar la muerte y la pérdida como una realidad objetiva. Preasumen que existen etapas o fases universales en la recuperación y otorgan al afligido un papel pasivo, llegando a prescribir o patologizar la pena como "anormal".

Es muy importante considerar el abordaje del duelo enfocando al doliente como miembro de un entramado social, cultural y familiar del que forma parte y no como un individuo aislado.

La investigación sugiere que la capacidad para compartir con otras personas los propios sentimientos e historias sobre la pérdida tiene propiedades curativas. Los supervivientes de acontecimientos traumáticos que pueden confiar a otros su experiencia presentan mejoras en la salud física y psicológica, van menos al médico, tienen menos signos de estrés y dicen sentirse menos deprimidos y superados por su desgracia. (Neimeyer, R.A. 2002: 83-85)

Desde esta *teoría constructivista* sobre el duelo, más recientemente estudiada y utilizada por el profesor Robert A. Neimeyer, las emociones se ven como parte de nuestro proceso de construcción de significados, como manifestaciones externas de procesos de construcción difíciles de observar. El *funeral*, como rito de transición, no sólo hace más patentes las duras lecciones de la pérdida, sino que también puede dar lugar al inicio del proceso de reconstrucción de un mundo de creencias que quedado devastado tras la muerte.

COMUNICACIÓN CON FAMILIAS ESPECIALES

Dra. Lisa Vásquez

Barreras en la comunicación

- Se sienten responsables de la condición de su paciente.
- Sienten temor a ser culpados por lo que le ocurrirá.
- Tienen temor a lo desconocido.
- Experimenta incertidumbre al decir “no sé”.
- Experimentan miedos personales a la enfermedad y a la muerte.
- Tienen poco tiempo para dedicar al paciente.
- Utiliza un lenguaje muy técnico para su paciente.
- Enfrentan temor al pensar no poder mantener “la calma”.

Aspectos que propician una comunicación eficaz

- Ser creíbles.
- Dosificar la información.
- Asegurarse de que el paciente comprendió lo que se le dijo.
- Hablar con términos comprensibles.
- Permitir la expresión de sentimientos.
- Mantener continuidad en la relación establecida.

Comunicación con la familia

- Aspectos que se deben indagar:
 - Tipo de familia, relaciones, temores y ansiedades más comunes ante la enfermedad y la muerte.
 - Necesidades
 - Crisis vitales que está enfrentando.
 - Significado de los síntomas
 - Significado del paciente para los miembros de la familia.
- A la familia se le debe comunicar:
 - El mismo mensaje y con la misma orientación que al paciente.
 - Diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
 - Las metas del cuidado paliativo.
- Actitud frente a la familia
 - Escucha atenta que promueva la toma de decisiones.
 - Acompañar, contener y apoyar a los miembros de la familia.

Opciones de abordaje

- Lo conveniente/lo inconveniente
 - Tranquilizar sin fundamento
 - Se reduce rápidamente la ansiedad pero...
 - Eje: tranquilícese, todo va bien.

- Esperar hasta que se produzca el problema
 - No se afronte el problema y se posponen soluciones.
 - Eje: Esperemos a qué estén listos los resultados.
- Lo conveniente/lo inconveniente
 - Graduar y anticipar respuestas
 - Guía anticipada, al ser hipotéticos al paciente se le hace más fácil la toma de decisiones.
 - *Casos hipotéticos*
 - *Ejem: si los resultados salieran malos a quien le gustaría contarle.*
 - *Otros....*

CLAUDICACIÓN FAMILIAR

“Episodios de incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta a las demandas y necesidades del paciente y que tiene como consecuencia la dificultad para mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos de la familia y de estos con el equipo de salud”

- Causas:
 - Aparición de síntomas nuevos o que se agrave uno ya existente.
 - Sentimientos de pérdida, miedos, incertidumbre.
 - Dudas sobre el tratamiento previo y su evolución.
 - Falta de apoyo familiar y/o social.
 - Cansancio excesivo del cuidador principal.
- Abordaje
 - Evaluar las necesidades en el ámbito familiar.
 - Entender las necesidades del paciente y de la familia.
 - Reconocer el contexto familiar.
 - Conocer las redes de apoyo social.

MODELO BATHES (RELAJE)...

Un modelo breve de escucha y consejo en situaciones difíciles...

Propósito de RELAJE para el paciente...

- Ayudar al paciente en
 - Manejar sus sentimientos derrotados.
 - Solucionar o reaproximarse a los problemas.
 - Reducir los sentimientos negativos.
- Ayuda a que el paciente se de cuenta que el profesional comprende.

“CUANDO EL PACIENTE EXPERIMENTA MENOS ESTRÉS, PARTICIPA MÁS EFICIENTEMENTE EN SU PROCESO DE ENFERMEDAD”

Cuando se puede utilizar...

•

“ R E L A J E ”

- **R** RECONOCER El contexto del problema.
- **E** EMOCIÓN ¿Qué emociones está experimentando?.
- **L** LIOS ¿Qué líos o trastornos más le afecta?
- **A** AVERIGUAR ¿Cómo está manejando los problemas?.
- **J** JUNTARSE Diciéndole los sentimientos que usted imagina que está experimentando.
- **E** ENTENDER Expresarle como los sentimientos que experimenta son razonables.

SUFRIMIENTO Y DOLOR POR LA MUERTE DE LA PAREJA

Msc. Álvaro Campos Guadamuz
Resumen a cargo de Nathalia Rodríguez Naranjo y
Cinthya Córdoba López

Pareja del enfermo (a) terminal

Fonnegra (1999) asevera que la muerte de la pareja constituye una de las experiencias más dolorosas y amenazantes para la estabilidad emocional. La intensidad y la complejidad inherentes al vínculo entre una pareja hacen que el perder al cónyuge signifique afrontarse a innumerables pérdidas, tanto tangibles y cotidianas (el esposo (a), la seguridad emocional, el apoyo económico, la vida sexual, etc.) como simbólicas, es decir, el significado interno que tiene esa pérdida: la fuente de seguridad, el saberse importante en la vida del alguien, el estatus social, el apoyo en los momentos difíciles, la compañía en la vejez, entre otros.

Por ello, en un matrimonio cuando se vive una experiencia de una intensidad tal como lo es la enfermedad terminal, el cónyuge del paciente suele estar profundamente involucrado, viviendo la totalidad de la experiencia del paciente de una manera vicaria, y desde una perspectiva distinta, ya que, está perdiendo la vida de su compañero y se encuentra en riesgo el vínculo que une la relación y el significado otorgado a la misma.

En “el arte del bien morir”, se expone que además de enfrentarse con la pérdida, sus estrategias de afrontamiento son puestas a prueba, justo en el momento en que se requiere un funcionar más efectivo, competente y autónomo. La ansiedad y la depresión, tanto como los fenómenos de agresividad, negación, desplazamiento y los sentimientos de culpa pueden estar presentes tanto en la pareja como en el paciente, permitiendo al cónyuge proyectar sus deseos no reconocidos sobre el paciente. Es habitual, por otra parte, una intensificación de las defensas. También se tiende a sentir compasión y dolor secundario a su identificación empática con el enfermo, pero esto no se puede generalizar en todos los casos.

Las emociones conflictivas que experimenta el cónyuge debido a esta experiencia crítica tienden a manifestarse mediante distintas respuestas, algunas incluyen un dramático descenso en la capacidad de afrontamiento efectivo que se pueden ver reflejados en otros estresores menores de la vida diaria: rechazo a hablarle al paciente acerca de su propia muerte o del proceso de la enfermedad misma -aún cuando el paciente lo desee-, una vigilancia constante hacia el paciente junto con una insistencia (implícita o no) en mantener la conspiración del silencio con relación a la enfermedad terminal y sus implicaciones y una necesidad de estar con el paciente casi constantemente aún cuando el paciente manifieste el deseo de estar solo.

En “el arte del bien morir”, se menciona que si en la relación previa el paciente ha sido el miembro más activo y el proveedor de apoyo, una carga extra se presenta sobre el cónyuge: debe renunciar al papel dependiente en la relación y muchas veces debe asumir el rol de cuidador primario. Si la relación había sido conflictiva, los sentimientos de culpa y distanciamiento se presentarán de forma más intensa. El grado de ambivalencia en la relación, previo a la enfermedad y el grado de intimidad que existía entre ellos son otros dos factores que influyen de forma notable en la respuesta del cónyuge a la enfermedad terminal de su pareja.

Los cónyuges poseen información importante y probablemente no están seguros de cómo manejarla. Si el enfermo está deprimido, ausente o callado, o si expresa su angustia con lágrimas, esto generalmente lleva a los familiares a evitar que afloren estos sentimientos, en lugar de darse la oportunidad de compartir su pena; en este caso no se trata de una ruptura consciente de la comunicación, sino más bien de una respuesta-reflejo de las estrategias previamente empleadas en situación de angustia.

LOS NIÑOS FRENTE A LA MUERTE DE LOS PADRES

M.sc. Henry Pérez

Los niños y el dolor a lo largo de la historia.

Al efectuar un recorrido histórico sobre la infancia y los niños, se puede percibir claramente las dificultades que los adultos han tenido para lidiar con los niños, las reacciones van desde el abandono más explícito, los internados y el uso de nanas y nodrizas quienes en realidad asumían las funciones maternas y paternas hasta el franco abandono o la exigencia al niño de incluirse en el mundo adulto prematuramente.

Algunos mitos sobre la infancia proponen a la misma como una época colmada de felicidad y ausencia de preocupaciones, estos mitos implican que los niños están imposibilitados para experimentar un proceso de duelo. La realidad es que los adultos nunca han sabido que hacer frente a un sufrimiento infantil y negándolo se intenta desaparecerlo, ante el desconocimiento sobre cómo lidiar con el mismo.

Los niños y el proceso de duelo

El proceso de duelo en sujetos infantiles tiene algunas características que le son muy propias y por lo tanto se hace necesario conocerlas para lograr una intervención adecuada cuando los profesionales asistenciales están frente a un niño atravesando un proceso de duelo.

Consecuencias de una inadecuada elaboración del proceso de duelo en infantes.

Muchos autores consideran que la elaboración inadecuada del proceso de duelo por parte del niño trae serias consecuencias que van desde depresión, trastornos de ansiedad, suicidio, trastornos del comportamiento hasta somatizaciones y trastornos mentales severos.

La intervención con pacientes infantiles en duelo

Debido a que se está trabajando con niños es casi inevitable trabajar con los padres (sobrevivientes) o encargados.

La intervención con los padres

El trabajo con los padres consiste principalmente en ayudarlos a identificar y superar los temores que les impiden permitir a los niños experimentar, atravesar y dejar atrás el sufrimiento típico relativo a toda pérdida significativa.

La intervención con los niños

El trabajo con los niños va dirigido a identificar y resolver aquellos síntomas que se salen de los esperados en un proceso de duelo normal.

SEXUALIDAD EN MOMENTOS CRÍTICOS DE LA VIDA

Carmen Aybar

Los seres humanos, a partir de nuestro sexo somos incorporados en una determinada cultura para nuestro proceso de socialización. Es en este medio - conjunción de lo social y lo estructural de cada ser – donde se empieza a construir la sexualidad humana, esto es donde llegamos a ser moldeados como mujeres o varones adquiriendo los elementos que conforman nuestra personalidad y determinan nuestro comportamiento femenino o masculino.

La sexualidad nos acompaña, por tanto desde el momento de nacer, y sigue con nosotros hasta la muerte atravesando por todas las etapas de la misma.

Sin embargo, nos educamos con una sexualidad llena de tabúes y cubierta por tantos velos que impiden su concepción como parte integral de nuestra existencia. Es parte de la 'ética de la ciencia el uso adecuado de sus hallazgos para la preservación, avance y bienestar de la humanidad. Lógicamente es parte de la 'ética de la sexología hablar con la verdad y por tanto con la claridad que es consecuencia de ella aunque remueva emociones y creencias, por tanto debemos educar para la vida y para la muerte, para lograr relaciones de honestidad y espontaneidad que favorezcan un final en nuestras vida digna y respetuosa.

LA MUERTE: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

Alfonso Miguel García Hernández

La argumentación de los que creen en la universalidad del terror a la muerte se apoya casi siempre en lo que conocemos sobre la eficacia de la represión. Probablemente, esta cuestión no podrá resolverse nunca del todo. Si aseguras que un concepto no está presente porque está reprimido, nunca puedes perder.

La represión no es una palabra mágica para ganar argumentos: es un fenómeno real del que se han podido estudiar muchos de sus efectos. Estos estudios la legitiman como concepto científico y la convierten en un aliado más o menos fiable en nuestra argumentación. En primer lugar hay un volumen creciente de investigaciones que intentan llegar a la conciencia de la muerte negada por la represión. En segundo lugar, en la vida, no hay nada como los shocks para dar salida a las represiones. Con los adultos puede observarse esta manifestación de ansiedad, en forma de pánico, ante catástrofes inminentes.

Aún más importante es saber como funciona la represión. No se trata simplemente de una fuerza negativa que se opone a la energía de la vida; vive de la energía vital y la usa creativamente. Quiero decir que los miedos son absorbidos de forma natural por la lucha orgánica expansiva. Parece que la naturaleza ha construido en el interior del organismo una salud mental innata que se expresa a sí misma en el propio placer, en el gusto por desplegar sus capacidades en el mundo, en la incorporación de cosas en ese mundo y en nutrirse de sus experiencias sin límites. En su nivel más elemental, el organismo trabaja activamente contra su propia fragilidad buscando su desarrollo y

perpetuándose en la experiencia de vivir. En lugar de encogerse, se abre hacia más vida. De este modo, parece que *el miedo a la muerte* se puede desoír o que, de hecho, esté incluido en los procesos de expansión vital. A veces tenemos la impresión de reconocer un organismo de semejante vitalidad en el plano humano. Pese a ello, todo el mundo disfruta de una cantidad activa de narcisismo básico, aunque no sea el de un león. En lo más profundo de sí puede imaginarse que es eterno. Podríamos decir que la represión de la idea de su propia muerte le resulta fácil porque está fortalecido contra ella por su propia vitalidad narcisista. Esto probablemente contribuyó a que Freud dijese que el inconsciente no conoce la muerte. Sea como sea, sabemos que el narcisismo básico se incrementa cuando las experiencias de la propia infancia con seguridad han sido un apoyo para la vida y con su calidez han potenciado el sentido del yo, el sentimiento de ser realmente especial, el auténtico número uno de la Creación. En este sentido de seguridad corporal ante la experiencia lo que conduce a la persona con más facilidad a buen término en las crisis graves de su vida e incluso en los cambios bruscos de personalidad. Casi parece que ocupe el lugar de los instintos directrices de animales más inferiores. Es imposible evitar pensar de nuevo en Freud, que tenía más vigor interior que la mayoría de las personas gracias a su madre y a su entorno temprano favorable. Conoció la seguridad y el valor que le daba a la persona y él mismo se enfrentó a la vida y a un cáncer letal con un heroísmo estoico. Una vez más, tenemos evidencias de que el complejo símbolo del miedo a la muerte varía en intensidad.

¿Qué hay más natural para desterrar los propios miedos que vivir los poderes prestados? ¿Qué significa el periodo de crecimiento sino dejar el proyecto de vida propio?. El ser humano está hecho para un mundo manejable y que se lanza a la acción de forma acrítica e irreflexiva, acepta una programación cultural que dirige su mirada hacia donde se supone que debe. No se come el mundo de un bocado, como lo haría un gigante, sino que se lo toma a pedacitos, como lo haría un castor. Utiliza todo tipo de técnicas, a las que llamamos “defensas del carácter”; aprende a no exponerse, ni a destacar; aprende a incluirse dentro de otros poderes, de personas y cosas concretas, de mandatos culturales.

Por ello, la gente tiene brotes psicóticos cuando la represión no funciona, cuando ya no es posible que el impulso de la actividad nos haga seguir avanzando. El complejo símbolo de la muerte se transmuta y trasciende por la creencia del ser humano en la inmortalidad, en la prolongación del propio ser en la inmortalidad. Ahora mismo, podemos sacar la conclusión de que existen muchas maneras en que puede actuar la represión para calmar al ansioso animal humano. Para que no tenga que padecer ninguna ansiedad.

Somos conscientes de la dificultad de conciliar las dos posturas divergentes en torno a la muerte, y de que tanto la posición “dependiente del entorno” como la “innata” forman parte de la misma imagen y ambas se funden de forma natural. Todo depende del ángulo desde el que te acercas a la imagen; si es desde el de los disfraces y transmutaciones del miedo a la muerte, o desde el de su ausencia aparente. Admito, con cierto sentido de desasosiego científico, que, cualquiera que sea el ángulo que se use, no se llega al miedo real a la muerte. Sin embargo, hay algo muy importante que emerge de todo esto, y es que pueden trazarse y elegirse imágenes diversas del hombre y que por una parte, contemplamos un animal humano que está parcialmente muerto en relación al mundo, que se “dignifica” al máximo cuando muestra un cierto olvido de su destino, cuando se permite dejarse llevar por la vida; y que el “libre” en el mayor grado posible cuando depende de los poderes de su entorno, cuando está al menos en posesión de sí mismo. Por otro, nos llega la imagen de un animal humano que es claramente sensible al mundo, que no puede cerrarse a él, que tiene que valerse con sus propios exiguos poderes y que se nos muestra como el menos libre para moverse y actuar, el que está en menor posesión de sí mismo y el más falto de dignidad. Cualquiera que sea la imagen con la que decidamos identificarnos, depende en gran parte de nosotros.

SABER ESCUCHAR Y ENTENDER: CLAVES DEL PROCESO ABORDAJE TERAPÉUTICO

Alfonso Miguel García Hernández

La eficacia de una buena comunicación en la mejora de la calidad de vida de dichos enfermos, en especial de los que padecen mayor dolor y sufrimiento, está fuera de toda duda.

Existe consenso en querer conseguir una muerte digna y en paz. Para ello es necesario incorporar una gestión de calidad en los cuidados paliativos, que incluya: a) calidad en los procesos – es espectacular el desarrollo tecnológico que puede aplicarse al cuidado del enfermo avanzado, y, siendo éste necesario, no es suficiente-; b) calidad en una relación que quiere ser de ayuda - ¿desde qué paradigma nos vinculamos con el enfermo?, ¿cómo nos comunicamos? ¿Cómo le ayudamos a ayudarse? –; y c) calidad en el cuidado del profesional.

Para el autor de este ensayo el counseling es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella y siempre teniendo en cuenta su estado emocional. No es hacer algo por alguien; sino hacerlo con él.

Los elementos que en definitivas componen el counselling son los siguientes:

1. Conocimientos técnicos, acerca de las estrategias y variables comunicativas
2. Actitudes determinadas que contextualicen el modo de vincularse con el enfermo y la familia
3. Estrategias relacionales, que incluyen:

- *Comunicación asertiva*, como el afrontamiento de la propia muerte o la de un ser querido.
- *Habilidades personales de autorregulación o control emocional*
- *Habilidades para la solución de problemas.*

Aunque muchos profesionales perciben la muerte como una realidad cotidiana, les resulta muy difícil hablar, incluso escuchar sobre ella, con sosiego y naturalidad. La viven a distancia como para protegerse, en una sociedad que intenta negarla o darle la espalda. Reflexionar sobre el propio proceso de morir y prepararse para este viaje sin retorno, aunque genere angustia; reconocer las causas que pueden favorecer un distanciamiento de la muerte – no del paciente- es un primer paso de acercamiento a la persona que sufre y muere.

El counselling propone como habilidades facilitadoras:

- Realizar preguntas abiertas dirigidas: ¿Con qué ánimo se encuentra hoy? ¿A qué atribuye su empeoramiento?
- Identificar del modo mas específico posible las preocupaciones, necesidades y temores. No se puede intervenir cuando el paciente manifiesta generalizaciones tales como: “temo por mi familia”. “¿Qué es lo que teme exactamente con respecto a su familia?”
- Atender a las pistas indirectas proporcionadas por los pacientes, teniendo en cuenta que la mayor parte de ellas son no-verbales, para poder escuchar sus mensajes importantes. (Atender tanto a la letra como a la música de su mensaje).
- Utilizar un diálogo empático. Reconocer la emoción del paciente, identificar su origen y dar señales de que uno trata de ponerse en su lugar y de que se entienden sus sentimientos. La participación afectiva en el sufrimiento y realidad del paciente, requiere un tremendo esfuerzo de desprendimiento y autocontrol. Motivar a comunicarse: "Bien...continúe, le escucho".
- Preguntar sin dar nada por supuesto: "¿Qué entiende por aplasia? "

- Escuchar antes de hablar. Se suele tener el hábito de comenzar dando información sin, previamente, delimitar las necesidades de conocimiento específicas del paciente en cada momento concreto.
- Explorar otros problemas: "Además de ésta, ¿tiene otras preocupaciones? "
- Identificar atribuciones: "¿A qué atribuye su malestar? ¿Qué cree que le ayudaría en estos momentos? "
- Escuchar y respetar las objeciones. "Entiendo que tiene sus razones para...; sin embargo... "
- Respetar los mecanismos de negación adaptativos mientras no generen dificultades para los pacientes o familiares.
- Evitar dar consejos del tipo: "Debería.... Ud. tiene que..."
- Facilitar que el paciente funcione por objetivos aumentando, con ello, la percepción de control sobre su bienestar.
- Convertir las dificultades en oportunidades: Potenciar, tanto como sea posible, la visión del proceso como un reto de aprendizaje personal.
- Prestar atención a lo que se dice y cómo se dice. Con frecuencia, lo que da significado a lo que se dice es cómo se dice: el tono, la cercanía, la mirada, etc.
- Elegir un lugar tranquilo evitando prisas, pasillos, teléfonos móviles y salas de espera.
- Centrar la comunicación en lo que se puede hacer en lugar de lamentarse de lo que no se puede realizar.
- Determinar la verdadera naturaleza y extensión del problema cuando el paciente expresa una preocupación o necesidad. Aclarar con el paciente lo que quiere decir, determinando la intensidad, duración y frecuencia del problema.
- Graduar y anticipar la información negativa.
- Utilizar un contexto de afirmaciones positivas.
- Comunicar "la verdad" al ritmo de las necesidades y demandas del paciente. Es su derecho y, además, no debemos arriesgarnos a romper la relación de confianza con los pacientes. La mentira inhibe la capacidad de adaptación del paciente.

Podríamos resumir los pasos que facilitan el apoyo emocional de la forma siguiente:

1. Reconocer, por parte del profesional, las propias emociones
2. Fomentar en el profesional la reflexión antes de actuar y el control de las reacciones impulsivas
3. Entender y contener las reacciones emocionales de los pacientes.
4. Ayudar a que el paciente se entienda, compartiendo la carga emocional e incidiendo en la naturalidad y normalidad de sus reacciones en la situación en que se encuentra.
5. Confrontar las emociones del paciente desde la empatía
6. Ayudarle a descubrir sus propias estrategias adaptativas.
7. Siempre que sea posible, buscar y activar apoyos familiares y sociales.
8. En caso de que el estado de ánimo del enfermo presentase acusadas características ansiosas o depresivas, sería necesario solicitar la intervención de un especialista.

En síntesis, se trata de a) aceptar el impacto emocional; b) permitir que la emoción se manifieste en el enfermo; c) conseguir que éste la sienta y la identifique; y, finalmente, d) que éste la canalice en una dirección que facilite el proceso de adaptación a la situación en que se encuentra.

EL AUTOCUIDADO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE TRABAJAN CON EL SUFRIMIENTO

Jessica MacDonald

- **Salud Laboral:**

- *“Abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo”. (OIT)*

- **Enfermedad profesional:**

- *Toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral*

Estrés

- Estrés: procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas.
- Intervienen tres factores:
 - Entorno
 - Percepción individual
 - Percepción de los propios recursos

Síndrome del Burnout

- *“La reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la suficiente para nosotras(os) mismas(os). Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no reacción a una crisis ocasional.”*

Condiciones psicológicas debilitantes

- Vaciamiento de las reservas de energía
- Disminución en la resistencia frente a enfermedades
- Aumento de insatisfacción y pesimismo (perdida del sentido)
- Aumento del ausentismo e ineficiencia laboral

Concepto de auto cuidado

- *El auto cuidado es una estrategia dirigida a prevenir y combatir los efectos adversos a la salud integral de las y los trabajadores producidos por la tarea.*
- *Busca desarrollar líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un bienestar integral a nivel físico, emocional, mental y social.*

Propuesta de autocuidado grupal

- Lugares naturales donde crecen y se desarrollan las personas
- Facilitan u obstaculizan crecimiento

- Lugar de contención

¿Qué se promueve en estos espacios?

- Romper el aislamiento
- Validar sentimientos
- Fortalecer las personas y los grupos de trabajo
- Crear lazos de solidaridad
- Intercambiar recursos y experiencias
- Apoyo mutuo
- Fortalecimiento del tejido social en las instituciones

¿Qué se trabaja en estos espacios?

- Impacto de la tarea en la vida personal, y familiar
- Valores, creencias, actitudes y prácticas en torno al poder
- Relaciones al interior de los equipos de trabajo
- Ajuste a la tarea con sus exigencias y limitaciones

Metodología

- De la discusión en grupo a la expresión de sentimientos
- De explorar la razón a explorar lo irracional
- De insistir en lo consciente a descubrir lo inconsciente
- De hablar a sentir

Metodología psicodramática

- Se basa en la filosofía del momento
- Es una filosofía de las relaciones humanas (encuentro)
- Moviliza la espontaneidad y la creatividad (aprendizaje)
 - La espontaneidad es la respuesta adecuada a una situación nueva o la respuesta nueva a una situación vieja.
 - Sin espontaneidad no hay creatividad

Autocuidado

- Es a través de la acción, que se logra poner en escena aspectos negados o reprimidos, para revisarlos y enfrentarlos con nuevos recursos.
- Permite romper los bloqueos emocionales que obstaculizan la espontaneidad para poder retomar la esperanza, las capacidades personales y la confianza de poder superar las situaciones difíciles.

Conformación de los grupos

- Grupos pequeños, no más de 15 personas
- Heterogéneos

- Evitar grupos integrados por jefaturas o figuras de autoridad y subalternos

Características de los espacios

- Compromiso de continuidad, recomendable 12 sesiones, idealmente permanentes
- Cerrados
- Las temáticas no son definidas previamente, emergen del grupo

Facilitación de los espacios

- Requiere haberlos vivido desde adentro y capacitación para la facilitación de los mismos
- Experiencia en trabajo grupal que permita identificar emergentes grupales
- Capacidad de escucha grupal y lectura de signos corporales
- Recomendable la co-facilitación
- Recomendable no ser parte del mismo equipo que se facilita (intercambio)

Momentos metodológicos

- Caldeamiento: prepararse para la acción
- Dramatización: vivenciar dentro de un espacio imaginario “como si”
 - Compartir y procesar lo vivido: poner en palabras los sentimientos, emociones o recuerdos que emergieron

Técnicas psicodramáticas

- Juegos dramáticos
- Cambio de roles
- Espejo
- Soliloquio
- Limpieza de roles

MESA REDONDA HACIA UN CIELO CON ESTRELLAS.

Msc. Edwin Mora Guevara
Teólogo - Psicólogo-

M.Sc. Edwin José Mora Guevara

El autor es costarricense, profesor de Teología y Psicólogo en la Universidad Bíblica Latinoamericana. Licenciado en Educación universitaria de la Teología, Licenciado en Psicología, Master en Ciencias Teológicas y Master en Drogodependencias con énfasis en Tratamiento. Es asesor del área de Espiritualidad del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos desde 1999.

1. Pautas específicas para el soporte espiritual asertivo

a. Elementos previos a tomar en cuenta

Se hace necesario que quien se forme para ser un agente o una agente de soporte espiritual asertivo se autoevalue con las siguientes preguntas,

- (1) ¿Cuál es su percepción del sufrimiento, dolor y muerte?,
- (2) ¿Cuál fue su primer encuentro con la enfermedad considerada grave o con la muerte y qué efectos tuvo en su persona?,
- (3) ¿Cuáles son sus convicciones teológicas sobre el dolor, el sufrimiento y la muerte?
- (4) ¿Cuál es su percepción de Dios y del ministerio de Jesús?
- (5) ¿De qué forma le afectan las conductas de la persona con enfermedad?,
- (6) ¿Dispone de tiempo para esta actividad?
- (7) ¿Cómo se siente cuando piensa en la posibilidad de enfrentar una enfermedad crónica dolorosa, o no curable aún, o recibir el diagnóstico de una muerte inminente? (Nolan y Bohner 1983).

Es importante tener claro que una persona en proceso de duelo no está habilitada emocionalmente para asumir ser agente de soporte.

b. Desarrollar la aceptación incondicional

Es probable que alguna persona nos manifieste no creer en Dios. ¿Hemos de abandonar el soporte espiritual con esta persona? Creemos que no. Aunque manifiesta no creer en Dios la persona tiene una dimensión de espiritualidad desde la que podemos trabajar. El solo hecho de entablar una relación con ella, ya define una relación de espiritualidad.

c. Escuchar activamente y con empatía

(1) Escuchar

Quando escuchamos activamente a otra persona le demostramos interés y aceptación. La escucha activa conlleva desarrollar actitudes de empatía, de solidaridad. Incluye el estar dispuestos a escuchar con todo nuestro ser. Esto es, con los oídos, la mirada, la postura y los gestos.

Desarrollar empatía

La empatía es otro elemento importante del soporte espiritual asertivo. Martínez lo describe como un comprender – percibir – captar – sumergirse en la interioridad del otro y de la otra.

Saber guardar silencio

El guardar silencio por parte del agente del soporte mientras escucha, es de capital importancia para que se produzca una relación de respeto, de espiritualidad entre ambos y ambas.

Posibilitar el desahogo emocional

La escucha activa y empática posibilita el desahogo emocional. El desahogo emocional mediante la expresión de sentimientos es de suma importancia para la reducción de la tensión emocional y del estrés inherente al afrontamiento de una situación de dolor, enfermedad o muerte.

La tensión emocional disminuye después del llanto. Es pertinente evitar incomodarse con las lágrimas de la persona acompañada y no tratar de obstaculizar que las mismas broten.

- d. Las lágrimas constituyen un mecanismo natural de expresión de sentimientos y de alivio de la tensión emocional (Rojas 2000).
- e. *Comunicarse asertivamente*

La práctica de la asertividad colabora a tener una actitud existencial positiva en la cotidianidad y robustece nuestras relaciones con los demás. Se trata de un estilo de comunicación que trata de superar los estilos agresivo y pasivo.

Quienes practican este estilo de comunicación cotidianamente, desarrollan la habilidad de tomar riesgos e intentan expresar sus puntos de vista sin atacar los de otro u otra. Desarrollan tolerancia por los valores de los otros y las otras, por sus creencias o por sus sentimientos emocionales de utilizar este estilo de comunicación son muy positivas. Entre otras tenemos las siguientes: manejo de niveles de sentimiento de culpa, desahogo emocional, alivio del enojo o tensión, alivio del miedo y sentimientos de adecuación (Universidad de Costa Rica 1992).

Hable con voz firme, segura y audible,

- (1) Mantenga contacto visual con la otra persona,
- (2) Utilice gestos para aclarar y enfatizar el significado de lo que expresa,
- (3) Evite gestos distractores,
- (4) Evite expresiones faciales que contradigan sus palabras, tales como fruncir el ceño y decir que no está enojado o enojada,
- (5) Sea honesto u honesta cuando exprese sus enojos y estima,
- (6) Exprese sus opiniones, creencias y sentimientos, es decir sus puntos de vista, sin infringir los de otro u otra,
- (7) Demuestre que se respeta a si mismo y a los demás,
- (8) Muestre tolerancia hacia los valores del otro y de la otra, sus creencias o sentimientos. Trate de no intimidar o no ser intimidado,
- (9) Utilice un vocabulario adecuado,
- (10) Responsabilícese de lo que hace y dice, y comprométase genuinamente.
(Universidad de Costa Rica, 1997).

f. Formarse e informarse sobre los procesos de duelo

Constantes pérdidas físicas, emocionales, sociales y espirituales. El soporte desde la espiritualidad, en la resolución de duelos se hace necesario.

g. Fortalecer los signos de esperanza

El ser humano puede mantener la esperanza aún en la fase de aceptación de la muerte. Es parte constitutiva de nuestra humanidad. Señala Tamayo que la esperanza está radicada en lo profundo del ser humano.

Como agentes de soporte espiritual estamos llamados a fortalecer signos de esperanza, de una esperanza realista que no se confunda con lo mágico. La esperanza se fundamenta en una confianza realista.

Desde un punto de vista psicológico, estos autores se refieren a la esperanza como episodios intermitentes de negación que surgen cuando se enfrenta un proceso amenazante.

h. Dialogar sobre Dios y dialogar con Dios

La oración es el vínculo con Dios que nos permite expresar todos nuestros sentimientos.¹ “La oración pertenece al conjunto de relaciones del ser humano con Dios. . . Toda relación humana implica, a la vez, la interacción entre personas y la celebración de dicha interacción” (Fourez 1987, 223). Es una dimensión de espiritualidad en la se vivifica la relación personal con Dios.

(1) Hablar de Dios

Antes de invitar a la persona a expresarse ante Dios, es de vital importancia el escuchar de ella misma cuál es su concepción y cual es su sentir de Dios.

(2) Hablar con Dios

El presbítero Guillermo Guillén en una homilía expresó que “los teólogos (léase también cristianos y cristianas), debemos hablar menos de Dios y hablar más con Dios” .

i. Propiciar el perdón

Cuando guardamos resentimientos contra nosotros mismos o contra otras personas, damos pie al sufrimiento no solo emocional, sino también espiritual. Tanto la persona que sufre una enfermedad crónica dolorosa o no curable aún, como aquella que se encuentra en la etapa final de la misma requieren los beneficios emocionales y espirituales de perdonar y de sentirse perdonado y perdonada. Perdonar y perdonarse es un acto de amor a los demás y a uno mismo.

j. Celebrar

El agente y la agente de soporte espiritual asertivo pueden propiciar espacios de celebración litúrgica si la persona así lo desea, respetando la afiliación religiosa de las mismas.

k. Acompañar en la toma de decisiones

El agente y la agente de soporte espiritual asertivo en coordinación con los otros y las otras agentes médicos, psicológicos y sociales, tratará de estimular a la persona sufriendo para que tome sus propias decisiones en relación con la calidad de vida y dignidad de su muerte.