



AMEG

www.amegmadrid.org

REVISTA DE
**ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA**

Nº 11 - Junio 2007

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

**El gobierno
de los ancianos**

**Morir en paz:
mito o realidad**

**Morir con dignidad
Perspectiva bioética
y social de la muerte**

**Ética y vejez:
Preservar la intimidad
cuidando lo íntimo
del anciano**

**La ética de la
comunicación
con los mayores:
todo un arte**



Seguimos haciendo de lo bueno, lo mejor

Nuevo ALLEVYN, control avanzado del exudado

ALLEVYN ADHESIVE, ALLEVYN SACRUM y ALLEVYN NON-ADHESIVE

ahora **controlan tres veces más el exudado de la herida por medio de:**

- Mayor tasa de evaporación
- Mayor tasa de absorción

De esta manera conseguimos el medio óptimo de humedad en la herida, el nuevo ALLEVYN:

- Promueve una cicatrización más rápida
- Reduce el riesgo de maceración

Ya tienes una razón más para seguir confiando en ALLEVYN

 **smith&nephew**
ALLEVYN[®]
Apósitos



New
Nuevo

Curación de Heridas
Smith & Nephew, S. A.
Fructuós Gelabert, 2-4
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
Tel.: 902 30 31 60, Fax: 902 30 31 70

EducacionAWM@smith-nephew.com
www.smith-nephew.com/es/

® Marca registrada de Smith & Nephew
© Smith & Nephew 2001



AMEG

REVISTA DE
**ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA**

Núm. 11

Junio 2007

ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

www.amegmadrid.org

CONSEJO DE REDACCIÓN

PRESIDENTE

Eduardo Seyller

DIRECTORA

Carmen Berenguer

REDACCIÓN

Eduardo Seyller

Manuel Gil

M^a Teresa Rodríguez

Cristina Fernández

Luis Miguel Novillo

Marilía Nicolás

Antonio Peñafiel

Juan Manuel Cuñarro

Elias Martín

DISTRIBUCIÓN:

En todos los centros de
la Comunidad de Madrid
y este número, en algunos de
México, Colombia, Chile y Argentina

EDITA:

ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Colegio de Enfermería de Madrid

Avda. de Menéndez Pelayo, 93

28007 Madrid

Tel./Fax 91 501 73 61

Correo-e: ameg@amegmadrid.org

DISEÑO Y PREIMPRESIÓN

EDICIONES MARAÑÓN

Tel. 918 921 097

IMPRESIÓN:

Fiselgraf

DEPÓSITO LEGAL

M-29365-2000

El criterio que publicamos en los distintos artículos de este informativo es de exclusiva responsabilidad de sus autores y no expresan necesariamente la opinión que pueda tener la Dirección y el Editor.

SUMARIO

06 PRESENTACIÓN
V JORNADA AMEG
M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ

07 CRISIS DE VALORES:
APUNTES HISTÓRICOS SOBRE LA ANCIANIDAD
D. ALFONSO LÓPEZ PULIDO

14 EL GOBIERNO DE LOS ANCIANOS:
LA GERUSÍA EN ESPARTA
D. ALFONSO LÓPEZ PULIDO

20 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE CALIDAD PERCIBIDA
EN LAS V JORNADAS DE AMEG
M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ y CRISTINA FERNÁNDEZ

24 MORIR EN PAZ:
MITO O REALIDAD
FERNANDO MARÍN

30 MORIR CON DIGNIDAD
PERSPECTIVA BIOÉTICA Y SOCIAL DE LA MUERTE
JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

34 LA ÉTICA Y LA MORAL
EN ENFERMERÍA
RUCEL GUILLEN

44 LOS DERECHOS DE LOS MAYORES.
RESPONSABILIDAD ÉTICA PROFESIONAL
M^a PILAR ARROYO GORDO

54 LA ÉTICA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS MAYORES:
TODO UN ARTE
DR. JESÚS SÁNCHEZ MARTOS

65 ÉTICA Y VEJEZ: PRESERVAR LA INTIMIDAD
CUIDANDO LO ÍNTIMO DEL ANCIANO
RAQUEL BUISÁN PELAYO y JUAN CARLOS DELGADO ANTOLÍN





NORMAS DE PUBLICACIÓN

de colaboraciones
en la revista

La Revista de Enfermería Gerontológica es un medio de comunicación profesional entre los asociados de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica y publica los trabajos relacionados con la profesión que su consejo de redacción considere relevantes.

Los trabajos pueden ser enviados a la dirección de la Asociación en Avenida de Menéndez Pelayo nº 93, 3ª planta. 28007 Madrid y a la dirección de correo electrónico:

e-mail: ameg@amegmadrid.org

Los trabajos, opiniones, comunicaciones y anuncios, podrán ser enviados a cualquiera de las secciones de la revista: Cartas al director, Formación continuada, Actualidad científica, Gerontología y sociedad, Gestión y recursos para nuestros mayores y Tablón de anuncios.

Los trabajos originales deben ser inéditos y no deben haberse presentado simultáneamente a otras publicaciones. Seguirán las normas de publicación de revistas biomédicas de Vancouver.

Una vez aceptada su publicación el trabajo pasará a ser propiedad de la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA y su reproducción deberá ser autorizada por escrito.

Los trabajos se presentarán impresos en soporte de papel a doble espacio en formato DIN A-4, en castellano, las páginas deberán ir numeradas no pudiendo exceder de 10 folios, incluyendo un resumen no mayor de quince líneas y una lista de palabras clave, de la que se podrá incluir una versión en inglés. También deberá incluirse una versión en formato digital, preferentemente en Word. Las imágenes, tablas y figuras en formato TIFF (resolución 300 dpi) si van insertadas en el texto y para garantizar una reproducción de calidad, es necesario enviar los originales en papel o diapositiva color. En página de título se deberá incluir la sección donde quiere que se publique, el título del artículo, nombre completo del autor o los autores, titulación, centro de trabajo, dirección, teléfono de contacto del autor principal y una fotografía tamaño carnet.

EDITORIAL

Envejecer en el siglo XXI: más que un reto, un verdadero *handicap*

Dr. Jesús Sánchez MartosCatedrático de Educación para la Salud
Universidad Complutense de Madrid

No cabe duda y nadie lo discute, que el hecho de poder cumplir cada vez más años o si se prefiere, de aumentar la esperanza de vida al nacer, es un verdadero reto que el hombre se ha marcado desde los inicios de la humanidad, pero a medida que mejoramos en desarrollo, se convierte cada vez más en un verdadero handicap, al menos para quién mientras envejece nota que los avances de la humanidad, no lo son en absoluto en términos de humanización y de fomento de valores en torno a la ética del envejecimiento.

Sí, ahora la esperanza de vida al nacer ronda los 80 años, algo más en la mujer que en el hombre, pero de muy poco sirve este logro si no lo acompañamos de una mejora notable en la calidad de vida y especialmente de una formación en valores, en los más elementales valores de la ética, a una sociedad que debe ir aprendiendo a convivir con sus mayores. Sin embargo, y no solo quiero referirme a las arquitectónicas, cada vez son más barreras las que tiene que superar una persona mayor para poder lograr no solo vivir, sino “supervivir” en un “mundo con barreras”.

De acuerdo con la prerrogativa de que “mayor” es toda aquella persona que haya cumplido 65 años, en España son casi siete millones, pero si en realidad consideramos como “mayor” a todo aquél que haya llegado al merecido premio de la jubilación, aún sin deseárselo en muchas ocasiones, superarían con creces los nueve millones de personas que de un modo u otro están abocadas a recibir las ayudas del sistema social y sanitario. Son muchas personas mayores, como para que de una vez por todas se tenga en cuenta su “calidad de vida” con programas de educación para la salud destinados a enseñar a la población a envejecer saludablemente, además de modificar las estructuras sociales y sani-

tarias precisas para abordar el reto del envejecimiento de la población.

Es este un debate necesario, a la vez que obligado en la sociedad en general y en nuestra profesión sanitaria en particular, porque una cosa es poder llegar a vivir muchos años y otra muy diferente el “cómo” vamos a vivirlos. El siglo XX pasará a la historia, ya lo ha hecho en realidad, como el “siglo de la cantidad de vida” gracias a ese aumento espectacular en la esperanza de vida al nacer, mientras que el siglo XXI debería comenzar su andadura por la historia de la humanidad como el “siglo de la calidad de vida y de la calidad de muerte”, porque a la cantidad de años que vivamos hemos de añadirle calidad y porque la muerte es una etapa vital a la que todos, sin excepción estamos determinadamente abocados. Es necesario, al menos a mi modesta opinión, debatir en torno a la “dignidad en la vida” y a la “dignidad en la muerte”.

Todos queremos llegar a vivir muchos años, pero en realidad ¿merecerá la pena llegar a los 100 ó 120, objetivos de la Gerontología moderna, con una calidad de vida menoscabada y sin la dignidad necesaria para ello? ¿Está preparada nuestra sociedad, la de los más jóvenes para convivir con una población de mayores y de muy mayores? Y mientras tanto, ¿qué le podemos o qué le debemos contestar a nuestro paciente cuando nos pregunte: *¿usted cree que merecerá la pena vivir tantos años?*

Es ésta una pregunta “directa” y “cerrada” como nos dirían los expertos en comunicación, que no tiene una “respuesta correcta”, o al menos “políticamente correcta”, sino que necesita de una “respuesta adecuada” al tiempo que personalizada y abierta. Es decir, no se puede contestar con un simple “sí” o “no”, porque encierra en sí misma la necesidad obligada a la reflexión en torno a la ética de la vida y de la muerte. Imagino que esta pregunta no es nada sorprendente para muchos de mis colegas, tanto desde la enfermería como desde la medicina, porque como me ha ocurrido y seguro que me seguirá ocurriendo a mí mismo, es una de esas preguntas que con frecuencia nos hacen aquellas perso-

nas que con cierta edad, reciben del “modelo biomédico o biosanitario” las prohibiciones determinantes de tomar esto o aquello, de seguir haciendo esto o aquello, eso sí, con la noble intención de que puedan gozar de un mejor estado de salud “bio-psico-social” que en definitiva es el objetivo de cualquier profesional de la salud que se precie de serlo.

La verdad es que no resulta nada fácil sobre todo cuando el paciente nos increpa diciendo que cuando era joven no podía tomar determinados alimentos porque no disponía de posibilidades económicas y ahora que con algún esfuerzo puede hacerlo, la medicina moderna y tradicional y a la cabeza de ella nosotros como sus representantes oficiales, sus profesionales de la enfermería y sus médicos le insistimos en que no es nada recomendable porque su colesterol, su glucemia o su tensión arterial pueden jugarle una mala pasada; antes no podían y ahora no deben hacerlo. La verdad es que esta pregunta se hace todavía más difícil de contestar cuando estamos ante una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible como el Alzheimer o el cáncer por poner sólo un par de ejemplos a los que todos, con seguridad, nos hemos tenido que enfrentar con frecuencia en nuestra vida profesional. ¿Merece realmente la pena alargar la vida, aumentar la cantidad de vida menospreciando la calidad de vida del paciente, de la persona que sufre la enfermedad?. Seguro que con un adecuado entrenamiento en habilidades de la comunicación social, los profesionales sanitarios, además de sentirnos más cerca de nuestros pacientes y entenderles mejor, conseguiremos que ellos a su vez se sientan mucho más seguros a la hora de tomar la decisión que entiendan más oportuna.

De todos modos al final, lo cierto es que ese “reto” que el hombre ha buscado desde su existencia, de conseguir cada vez vivir más años, hoy, en pleno siglo XXI se está convirtiendo en un verdadero “handicap” para quién precisamente vive los años en los que debería gozar más de la vida, los años de su jubilación, que aunque muchas veces forzosa, no debemos olvidar que procede del vocablo latín



ÉTICA

en el cuidado del mayor

Presentación

V Jornada Ameg

M^a Teresa Rodríguez Díaz
Presidenta V jornada AMEG

Una vez más y después de un año, nos volvemos a reunir para celebrar la V jornada de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica. En esta ocasión, el lema “Ética en el cuidado del Mayor”, nos permitirá reflexionar y adquirir elementos de juicio, que nos ayudarán a enfrentarnos a los dilemas éticos, que pueden surgir en el cuidado diario de las personas mayores.

La enfermería, como profesión, lleva implícita unos valores éticos que son perdurables en el tiempo. La enfermera, como persona y como profesional de los cuidados, emite juicios que tienen influencia en el bienestar

de los ancianos y de sus familias y que afectan a la vida humana. Muchas de estas situaciones se acompañan de decisiones en las que existen conflictos de valores, relacionados con lo que es “bueno” o “correcto”. A menudo, estas cuestiones éticas no tienen una respuesta fácil que pueda encontrarse en los códigos de ética o en las leyes.

Por ello, todos los profesionales que desarrollen su actividad en el ámbito de la gerontología deberían fundamentar sus acciones en ciertos principios universales: hacer el bien y evitar el mal, respetar la libertad y la dignidad de la persona. Solo así, podremos cuidar con calidad y llegar a la excelencia en el cuidado.

Como presidenta del Comité Organizador y en nombre de todos, les doy la bienvenida a este auditorio y, esperamos que sea de vuestro agrado.

Crisis de valores: Apuntes históricos sobre la ancianidad

D. Alfonso López Pulido

Doctor en Historia Antigua. Univ. Complutense de Madrid
Licenciado en Filosofía y Letras. Universidad de Valladolid
Profesor de Enseñanza Secundaria



A lo largo de los tiempos, en Occidente o en las regiones que también forman parte de nuestro sustrato cultural, como es caso de la antigua Judea o Palestina, la ancianidad ha tenido un papel relevante, sobre todo en cuanto a consideración y respeto, elemento que, de una forma acelerada y por desgracia, está perdiendo en nuestros días, puesto que se ha producido una gravísima inversión de valores que afecta a todas las esferas sociales: el enfermero, el médico, el profesor, el filósofo, el sacerdote, el anciano..., ya han perdido su papel, ya no se les reconoce su importancia.

Se desvaloriza lo que es fundamental para la vida, como es la presencia de un pasado anterior a nosotros, la persistencia de una historia viva y, por el contrario, se potencia, se hipervaloriza, lo trivial, lo chabacano, lo que, en realidad, no sirve para nada, de ahí que lo que cuenta es el presente y se busca tener muchas experiencias: lo nuevo y lo joven impregnan los valores actuales, dentro de un ritmo permanente de consumo de bienes y experiencias.

En un apretado recorrido histórico, que, de forma evidente, no pretende ser exhaustivo ni agotar el tema, pretendo mostrar la consideración que tuvieron los ancianos, comenzando por los albores de la humanidad, por las poblaciones primitivas, y lo finalizando en las postrimerías de la Baja Edad Media, donde ya se dan una serie de situaciones muy parecidas a las actuales.

I. El mundo primitivo

Las actitudes que pueden apreciarse se hallan relacionadas con las condiciones socio-económicas: en las sociedades pobres, a los ancianos se les niega el alimento y se les abandona si el grupo emprende una larga migración, llegándose, en ocasiones, al sacrificio ritual, la inducción al suicidio, y hasta la antropofagia (MINOIS, 1987:26-27).

Cuando las condiciones de existencia parecen menos desfavorables, los ancianos que poseen un saber religioso o mágico, necesario para la supervivencia del grupo, son respetados. Ellos poseen un verdadero poder, una posición preeminente, puesto que no solamente transmiten oralmente las técnicas y aseguran la continuidad del ritual y la permanencia de las costumbres, sino que también se convierten en los intercesores indispensables entre los vivos y los antepasados (THOMAS, 1994:362), debido a

que también se cree que poseen un don divino, la sabiduría. Vemos, por tanto, elementos de raíz moral o mágica (ALBA, 1992:32).

II. El concepto de ancianidad en la civilización judía.

Es muy posible que la civilización judía, a través de sus textos sagrados, haya sido la que ha dejado el mayor número de ejemplos de la alta dignidad con la que se hallaban investidos los ancianos.

Y así observamos que, en la *Biblia*, desde el principio, con el *Génesis*, y hasta el final, con el *Apocalipsis*, aparece en multitud de ocasiones el valor que se le dispensaba a la ancianidad, destacando este último y también el libro de *Job* y el *Libro Segundo de los Macabeos*.

Esta realizada situación ejemplifica, sin lugar a dudas, cómo se entendía la vejez en el

mundo antiguo, pero es precisamente la *Biblia* la que posee un compendio de situaciones y ejemplos en los que la ancianidad y la sabiduría aparecen como sinónimos, de ahí que los ancianos fueran los dirigentes, venerados y reconocidos por todos, lo que nos muestra con claridad el valor indiscutible que se le concedió a la vejez (BELDA NAVARRO, 1995:80-81).

III. La visión de la ancianidad en la Grecia antigua.

Es este apartado vamos a mostrar los enfoques que nos han parecido más representativos en la Grecia antigua, en un amplio arco temporal que va desde el siglo VII a.C. —la Grecia arcaica— hasta el II d.C. —últimas etapas del helenismo tardío y ya en pleno Imperio romano—

Uno de los elementos capitales que observaremos es el de la dualidad, según los autores y las épocas, de dos ideas fundamentales que sintetizan pensamientos dispares y convergentes, las de la existencia de dos visiones contrapuestas, casi antagónicas: las de que la vejez es algo tan deplorable que casi es preferible morir antes de llegar a ella y otras concepciones que ensalzan y enaltecen la figura del anciano como manantial de sabiduría y de experiencia, elementos fundamentales para estar en condiciones de conducir a la sociedad.

A ello habría que sumarle también la circunstancia de que no se les tenía a los ancianos la misma consideración en Esparta que en Atenas (LÓPEZ PULIDO, 2005:8).

En la sociedad patriarcal griega, los ancianos, los jefes de clan familiar, fueron los más venerados y respetables miembros de la comunidad político-social (LÓPEZ EIRE, 2003:59-65). Ello nos lleva a Homero, en cuya *Ilíada* (HOMERO, *Ilíad.*, VII, 337), descuella la figura del longevo Néstor que siempre aporta, generalmente a petición de los más jóvenes, apelando a su larga experiencia, opiniones y consejos que los demás escuchan con atención y respeto.

La presencia de Néstor en los momentos difíciles y sus certeras observaciones siempre fueron atendidas por los caudillos griegos

ante el asedio de Troya (HOMERO, *Ilíad.*, II). El propio Néstor, ya anciano y poco apto para luchar, estimulaba a los combatientes recordando que en otro tiempo fue joven:

«Ahora la vejez me oprime. Más, sin embargo, así estaré entre los jinetes y exhortaré con el consejo y las palabras; éste es, en efecto, el privilegio de los ancianos». (HOMERO, *Ilíad.*, I).

En este fragmento se observan, con una nitidez palmaria, dos elementos de suma importancia a la hora de observar la valoración de la ancianidad y su contraposición a la juventud.

Así, de un lado observamos la presentación de la vejez como una pesada carga e, incluso, como algo lastimero, y partiendo, en este caso, de lo relativo al estado corporal, a las limitaciones físicas. Pero, a pesar de la queja, el anciano Néstor sabe que debe dejarles el paso libre a los jóvenes que vienen detrás: estamos ante un acto de generosidad

Además, en otro sentido, apreciamos cómo se honra a los ancianos y se les tributan honores, en premio, no a sus actuales logros, sino como reconocimiento de su trayectoria. Debería tenerse más en cuenta todo esto en nuestros días: no se trata de la labor diaria sino del peso de todas las actividades realizadas. No tiene valor sólo el presente sino también el pasado, porque existen tres tiempos, pretérito, presente y futuro, que se necesitan para ser tales y el porvenir no puede construirse sólo con el ahora sino que también precisa el ayer.

En la época clásica, los autores trágicos dedicaron algunas de sus obras a tratar la vejez: Esquilo, con *Los siete contra Tebas*, y Sófocles, con *Edipo en Colono*, donde se dignifica la vejez.

En otras ocasiones, como en el caso de las comedias, se prescinde de entrar a valorar la vejez y se opta por la ridiculización, presentándose la ancianidad como algo amargo o desgraciado, irrisorio y detestable (BOIS, 1994: passim).

Estas dos visiones opuestas y contradictorias de la ancianidad, derivan de dos momentos culturales diferentes: así, la positiva procede de los tiempos heroicos, los de los siglos oscuros, aquellos que nadaban en el subconsciente colectivo rodeados de una aureola legendaria, y también de algunos poetas de la época arcaica; en cambio, la visión negativa, aparece con todo su esplendor cuando la sociedad entra en la cultura o civilidad política, en la que los hombres jóvenes en edad militar defienden la patria tomando las armas e incrementan el cuerpo social procreando hijos.

En este nuevo estadio, la vejez empieza a aparecer como la edad de las miserias en la que se pierde el vigor físico, el apetito sexual y la capacidad generadora (LÓPEZ PULIDO, 2005:11).

A ello habría que sumarle la percepción naturalista y su sentido de perfección, puesto que para una sociedad que adoraba y veneraba la belleza, la estética y la perfección humana, la vejez no podía menos que significar

algo no deseado, una ofensa al espíritu, ideas que eran contrarias a la consideración del anciano como un sujeto privilegiado.

En el plano filosófico también encontramos esta dualidad. Así, mientras Platón defiende la ancianidad, como el período más adecuado para dedicarse a la ocupación filosófica, Aristóteles asumió y adoptó una posición negativa respecto a la vejez, al señalar que el desgaste físico, en lugar de potenciar su lado espiritual, tal y como sostenía su maestro, debilita toda su capacidad física y mental, dando lugar a que se inicie un proceso progresivo de decrepitud que va convirtiendo al anciano en un ser inútil, tal y como muestra en su *Retórica* y en *Ética a Nicómaco*,

aunque en su *Ética a Eudemo*, aparece una actitud ambigua.

En líneas generales, Atenas —el paradigma democrático— permaneció fiel a la juventud, y ello a pesar de que existiese en su ordenamiento jurídico una norma que imponía a los hijos la obligación de mantener a sus padres achacosos y senectos, mientras que Esparta —cuya estructura política era más aristocrática—, tenía un senado, la **GERUSÍA**, compuesto por veintiocho miembros, todos ellos mayores de sesenta años y con cargo vitalicio, lo cual nos da pie a considerar que los lacedemonios respetaron a los ancianos por considerarlos transmisores de sabiduría y experiencia (WILD, 1945:468).



En relación a esta **GERUSÍA** o Consejo de Ancianos —Consejo de Gerontes—, podemos indicar que ejemplifica el papel político jugado por los ancianos durante la historia antigua de Grecia, si bien restringido a una de sus polis más importantes: Esparta o Lacedemonia.

A través de este consejo los ancianos gozaron de un elevado poder político, que les permitió controlar, en todos los ámbitos, a la sociedad espartana, lo cual los revistió de un aura y de un prestigio incalculable, que mostraba bien a las claras el respeto y la consideración que el pueblo lacedemonio sentía por sus integrantes longevos.

La *gerusía* desempeñaba el absoluto poder en el Estado y, en unión con la magistratura de los éforos, tenía autoridad sobre los reyes (PAUSANIAS, *Descripción de Grecia*, III, 5, 2), lo que nos indica que algunos ancianos, y con la condición imprescindible de serlo, desempeñaron la suprema magistratura del estado espartano, de lo que se desprende el hecho irrefutable de que la ancianidad era un valor importante y muy tenido en cuenta.

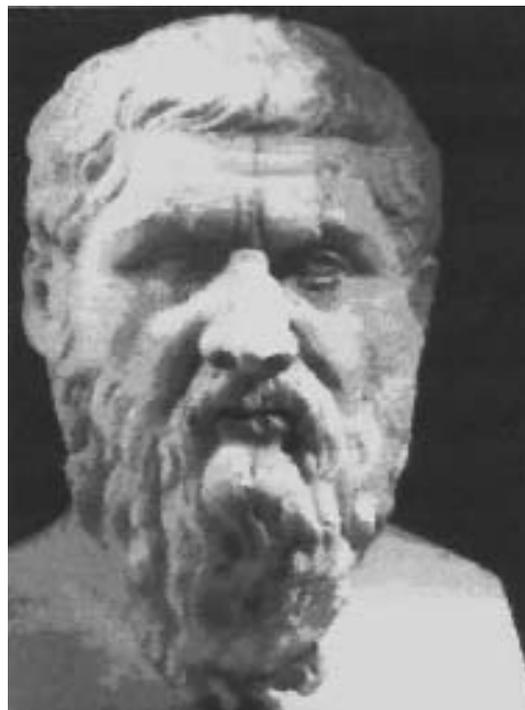
En la época siguiente al período clásico, es decir, en el helenismo, se produce una cierta rehabilitación de la vejez, teniendo más oportunidades los ancianos que en la etapa anterior, debido a que la nueva sociedad, en contacto con culturas extragriegas, era más abierta y cosmopolita y menos prejuiciosa respecto a la raza y la edad, siendo menos despreciados, menos ridiculizados y menos oprimidos (MINOIS, 1987:110). Además, en esta época se vio, por vez primera, la necesidad de fundar establecimientos para el cuidado de los ancianos, instituciones que serían implantadas en períodos históricos posteriores.

IV. Roma y la ancianidad

El pensamiento de los romanos sobre el significado de la vejez, da muestras del sentido utilitarista y pragmático que impregna toda su cultura.

La actitud positiva viene representada por la propia lengua latina al establecer ya la dignidad de la vejez. Si, desde el punto de vista semántico, las lenguas marcan los conceptos de modo claro, buscando a toda costa que el significante y el significado se refieran de manera inequívoca al designado, la lengua latina, a diferencia de la nuestra por ejemplo, tuvo especial cuidado en considerar la vejez del hombre de manera bien distinta a la vejez de animales y cosas, al menos en lo que atañe a los adjetivos de la edad. Frente al español hombre viejo, perro viejo y carro viejo, el latín distingue entre *senex* para personas, *vetulus* para animales y plantas y *vetus* para cosas: *homo senex*, *vetulus can* y *vetus carrus*. No hay lugar a equívocos. La distinción de los significantes es fiel testigo de la dignidad de los significados y de los designados (LÓPEZ MOREDA, 2003:68).

En Roma, es preciso destacar la asamblea de ancianos, el Senado, integrado, en sus primeros tiempos, por los *patres familias*, que poseían la total autoridad sobre los miembros de su familia y que ya hemos indicado que deriva su nombre de *senex*, el anciano. Por ello, la época de oro de los ancianos fue la República, donde se confiaba el poder político a los hom-



bres de edad avanzada y donde el mayor poder político se concentraba en el Senado.

Sin embargo, presenciamos un cuadro de luces y sombras en el mundo romano, una serie de posturas opuestas entre la literatura seria y filosófica (Cicerón y Séneca) y la más personal e intimista (Catulo, Horacio, Ovidio), y también posturas ambiguas (Virgilio).

Pese a que hay opiniones negativas y muchos escritores y pensadores consideraban algo nada apreciable la vejez, existía casi una total unanimidad en lo que al respeto hacia los ancianos concernía.

Y en este sentido podemos incluir el pensamiento de Cicerón. Ya anciano, a principios del año 44 a.C. y sabiendo que la muerte le esperaba, escribió uno de los diálogos, según el estilo platónico, que más influirían en la cultura occidental, *Cato Maior*. A la posteridad pasaría con el título explicativo que le dieron Valerio Máximo y Plutarco: *Sobre la vejez —De senectute—*.

Sin embargo, y a pesar de todo, hubo un tópico recurrente en casi toda la literatura latina —Plauto, Varrón, Horacio—, como era el referente a las arrugas que afean el cuerpo, los surcos de la vejez que siembran el rostro, las canas nada venerables, la pérdida de dientes, que eran elementos que provocaban el rechazo del anciano y la contraposición de la



senex, el hombre de consejo y experiencia, consciente de que el momento culminante de la vida es aquél en que ésta toca a su fin (BLANCO FREIJEIRO, 1989:45).

V. Edad Media.

Al hablar de esta extensa etapa histórica es imprescindible referirnos al cristianismo, que galvanizará todas las actividades humanas y que impregnará cualquier acto de la vida del hombre.

El cristianismo, desde sus orígenes, siempre mantuvo una clara defensa de los necesitados y de los humildes, y la mayor parte de los ancianos se encuadraba en estos grupos. Así, no podemos soslayar que el pensamiento cristiano, a través primero de las comunidades cristianas y luego de la Iglesia como institución, potenció, hacia el siglo IV d.C., la construcción y creación de los primeros orfanatos y sanatorios, donde se atendía a los ancianos como parte integrante de enfermos y necesitados, considerando a los viejos como seres merecedores de atenciones especiales y mostrándolos como objeto de caridad.

Además, los conventos y monasterios acogieron a una multitud de ancianos abandonados o desvalidos (ALBA, 1992:47).

El arte románico también tocó, aunque fuese tangencialmente, el tema de la ancianidad, puesto que la representación iconográfica más habitual, durante este estilo artístico, fue la esotérica narración del *Apocalipsis* de San Juan.

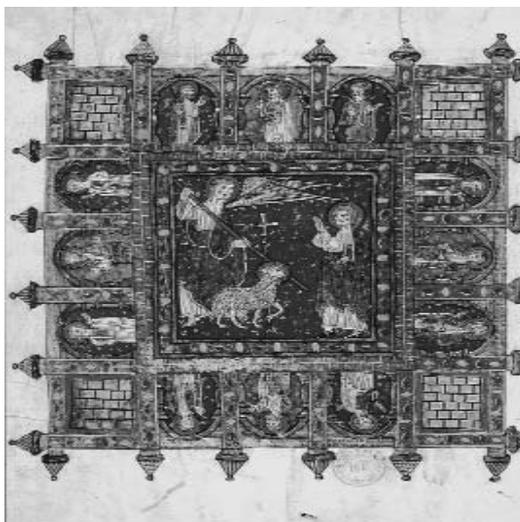
hermosura de la juventud con la decrepitud de la vejez (LÓPEZ MOREDA, 2003:77-78).

En Roma, la iconografía también resaltaré la vejez, en este sentido, el retrato romano fue un paradigma de veneración por los ancianos, un canto exaltado a la ancianidad y es una auténtica reflexión sobre la condición del hombre, su rango social y su carácter (Bianchi Bandinelli, 1968: *passim*).

Bien sea porque la razón de ser del retrato y la posibilidad de ser inmortalizados fuera patrimonio de unos pocos, bien porque el ser humano alcanzaba su plenitud en la madurez, lo cierto es que los retratos romanos comenzaron su andadura escrutando fría y dramáticamente el rostro de los ancianos, basándose en rostros envejecidos por el paso del tiempo, que nos muestran las cualidades y el resumen biográfico de quienes merecían ser recordados. (Bianchi Bandinelli, 1970: *passim*).

Así, debemos hacer hincapié en el carácter de las galerías de *imagines maiorum*, bustos o mascarillas de cera de los antepasados que los romanos exhibían en sus cortejos fúnebres y que se exponían en el lugar preferente de las viviendas, donde lo que observamos es un conjunto de ancianos iracundos, arrugados, desdentados, que muestran que sus vidas ya no están en el centro, sino en su último capítulo, no restando en sus biografías ninguna página en blanco.

De ahí que el ideal del retrato romano auténtico, sea el hombre al final de su vida, el



Según el texto, alrededor de ese óleo brillante contemplado por el santo, había veinticuatro sillas y otros tantos ancianos sentados «*revestidos de ropas blancas con coronas de oro en sus cabezas. Sobre esa bóveda, regida por leyes inmutables, mandaba un Dios Todopoderoso, al que asistían en su culto terrestre los veinticuatro ancianos*».

Fue precisamente el arte medieval el que dejó constancia de la presencia de la ancianidad en un momento sublime y esas retóricas portadas resumieron acertadamente el valor que el mundo concedía a la ancianidad (BELDA NAVARRO, 1995:85).

Los acontecimientos relacionados con la ancianidad que se van a dar en una nueva etapa histórica que comienza hacia el siglo XIV, vendrán a ejemplificar el comienzo de una situación que se ha prolongado hasta nuestros días.

Así, durante este período aumentó el número de personas que accede a la condición de anciano y la vejez deja de ser un fenómeno ajeno al conjunto de la sociedad, si bien el trato que se les dispensa a los senectos depende de los recursos disponibles y de las condiciones que les rodean: habitual fue la existencia de ancianos abandonados por sus familiares, pero lo más corriente fue el que los viejos viesan disminuido su estatus y fueran postergados a un segundo plano dentro de sus familias, si bien tampoco llegaron a perder su autoridad y poder hasta su muerte.

También será en esta época cuando aparezcan los **primeros hogares o casas de retiros**, para atender a los ancianos desvalidos, sin hijos o abandonados.

Por otra parte, el desarrollo de la actividad mercantil, con el renovado auge urbano y el comercio marítimo, operará un cierto giro en torno a la consideración de la ancianidad, puesto que proliferarán los comerciantes ricos, que también son viejos, puesto que su vida había sido una constante acumulación de riquezas, y ellos influyeron en la vida política y social de sus ciudades y de los reinos en los que vivieron.

En los siglos XIV y XV, se constata un aumento importante del número de ancianos,



al salvarse muchos de ellos de las epidemias, sobre todo la peste, que asolaron Europa.

Se asistió a un envejecimiento de la población, puesto que las epidemias se cebaron en los niños y en los jóvenes adultos.

Esta nueva situación hizo aumentar la sensibilidad en torno a los problemas que rodean a la ancianidad. A partir de entonces y, en la mayor parte de los casos, a través de los gremios urbanos se tomaron, de forma organizada, medidas para atender las necesidades de los ancianos y garantizarles un retiro adecuado.

A modo de reflexión...

Nuestra sociedad, acostumbrada a dominarlo todo mediante la ciencia, la técnica y el progreso incesante, ha desprestigiado a la ancianidad porque se resiste con denuedo a lo que no sabe ni puede detener, a lo que no se doblega: la vejez y con ella la muerte, ya que somos seres sometidos a la irrevocabilidad de dejar de existir.

La finitud se hace evidente, presente lo ineludible de la muerte, es lo real fuera de control (KOVADLOFF, 2003:12).

La visión de que el hombre se halla sometido al tiempo avergüenza al hombre que todo lo quiere sujeto a su voluntad de poder, por lo que el viejo no debe dejarse ver como tal: o se le recluye en una residencia o se le oculta bajo la máscara de una apariencia que desmienta su edad. El imperativo social es rejuvenecer, disimular el paso del tiempo, mostrar que con uno el tiempo no ha podido,

y cuando ha podido, cuando no hay manera de ocultar que ha podido, entonces es uno, el derrotado, quien debe desaparecer.

Incluso la terminología debe variar, cargarse de eufemismos: se prescinde de vocablos como anciano, viejo o ancianidad, y se los sustituye por señor mayor y tercera edad.

Los valores de la contemplación, de la transmisión de experiencia, han desaparecido y la tradición ha sido desprovista de su peso.

La sacralización de la novedad ha reemplazado a la sacralización de la experiencia. Lo inédito, lo nuevo, lo que nunca se supo antes, he ahí lo que importa transmitir. El pasado no sirve para nada y no es más que donde se almacena lo inservible.

El tiempo transcurrido es sinónimo de lo estéril. El instante y la velocidad lo son todo: lo que dura un anuncio publicitario en la televisión.

Los cambios vertiginosos en la sociedad, en la ciencia, en la cultura, arrumban a los viejos sin remedio, aunque en la vida civil el individuo anciano es la referencia por excelencia: tiene que ver con nuestra identidad. La mayor desdicha es no saber el origen ni el fin de nuestra vida. El anciano es un libro; cumple siempre esta función en las sociedades tradicionales.

Podemos también plantearnos una pregunta: ¿es el de la vejez un tema que esté de moda aquí y ahora, en esta sociedad plagada de mutaciones y cambios espectaculares?

Pues sí, porque en este tránsito de post-trimerías y de modernidad, donde parece que el humanismo está tocando fondo, si no ha expirado ya, está emergiendo, con violencia mecanicista el imperio de las tecnologías, que está derribando las ideologías, las ideas y los valores consustanciales a los que siempre hemos entendido como inherentes a una sociedad verdaderamente humana.

Es necesario acabar con esta estampa triste, desoladora, vergonzosa, para una sociedad que se llama de la técnica, del ocio y del deporte. Esta sociedad nuestra, opulenta y orgullosa de tantas conquistas, tantos avances y tanto progreso, tiene una deuda pendiente con los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBA, V., Historia social de la vejez, Ed. Laertes, Barcelona, 1992.
- ARISTÓTELES, Ética eudemia, (Traducción y notas de Rafael Sartorio), Alhambra, Madrid, 1988.
- Ética nicomáquea, (Traducción y notas de Julio Pallí Bonet), Gredos, Madrid, 2000.
- Política, (Traducción y notas de Manuela García Valdés), Gredos, Madrid, 2000.
- BANDINELLI, B. ., Roma, el fin del mundo antiguo, Universo de las Formas, Madrid, 1968.
- Roma, centro de poder, Universo de las Formas, Madrid, 1970.
- BELDA NAVARRO, C., «La visión emblemática de la ancianidad», en BARCIA SALORIO, D. (Coord.), Antropología y vejez, Menarini, Barcelona, 1995, pp. 72-80.
- BLANCO FREIJEIRO, A. Historias del Viejo Mundo (nº 12), La República de Roma, Ed. Historia-16, Madrid, 1989.
- CASTILLO-PUCHE, J.L., «De senectute hoy», en BARCIA SALORIO, D. (Coord.), Antropología y vejez, Menarini, Barcelona, 1995, pp. 139-147.
- CICERÓN, De senectute, (Traduction française de Vincent Ravasse), Universidad de Québec, 2003.
- HERÓDOTO, Historia, (Traducción y notas de Carlos Schrader), Gredos, Madrid, 2000.
- HOMERO, Iliada, (Traducción y notas de Emilio Crespo Güemes), Gredos, Madrid, 2000.
- Odisea, (Traducción y notas de José Manuel Pabón), Gredos, Madrid, 2000.
- JENOFONTE, República de los Lacedemonios, (Traducción y notas de Ana Vegas Sansalvador), Gredos, Madrid, 1981.
- KOVADLOFF, S., «La vejez como estigma y desafío», Actas del X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica y I Congreso de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica, Alcalá de Henares, 2003, pp. 11-14.
- LÓPEZ EIRE, A., «Edipo en Colono. La vejez en el mundo occidental», en GÓMEZ SANTA CRUZ, J. (Coord.), Ideas, Ediciones Clásicas, Madrid, 2003, pp. 59-65.
- LÓPEZ PULIDO, A., «La visión de la ancianidad en la Grecia antigua», AMEG, nº 10, Madrid, 2005, pp. 6-14.
- LÓPEZ MOREDA, S., «Semblanzas de la vejez en la literatura grecolatina», en GÓMEZ SANTA CRUZ, J. (Coord.), Ideas, Ed. Clásicas, Madrid, 2003, pp. 67-84.
- MINOIS, G., Historia social de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento, Nerea, Madrid, 1987.
- PAUSANIAS, Descripción de Grecia, (Traducción y notas de Mª Cruz Herrero Ingelmo), Gredos, Madrid, 2002.
- PELICIER, Y., «Ética y demencia», en BARCIA SALORIO, D. (Coord.), Antropología y vejez, Menarini, Barcelona, 1995, pp. 203-204.
- PLATÓN, Leyes, (Traducción y notas de Francisco Lisi), Gredos, Madrid, 1999.
- PLUTARCO, Vida de Licurgo, (Traducción y notas de Aurelio Pérez Jiménez), Gredos, Madrid, 2000.
- POLIBIO, Historias, (Traducción y notas de Manuel Balasch Recort), Gredos, Madrid, 2000.
- THOMAS, L.V., Anthropologie de la mort, Bibliothèque Scientifique Payot, París, 1994.
- TUCÍDIDES, Historia de la Guerra del Peloponeso, (Traducción y notas de Juan José Torres Esbarranch), Gredos, Madrid, 2000.
- WILD, D., La vida en Grecia, Sudamericana, Buenos Aires, 1945.



El gobierno de los ancianos: La Gerusía en Esparta

D. Alfonso López Pulido

Doctor en Historia Antigua. Universidad Complutense de Madrid
Licenciado en Filosofía y Letras. Universidad de Valladolid
Profesor de Enseñanza Secundaria

En una época como la presente, dominada por los medios de comunicación de masas y por la propagación, cada vez con mayor agresividad, de una escala de valores entre los que se encuentra el de la conservación de la juventud a cualquier precio —lo cual revive, a diario, el trasfondo de la célebre novela de Óscar Wilde, *El retrato de Dorian Grey*—, circunstancia que ha originado la contraposición del binomio *juventud-eficacia-bienestar*///*ancianidad-inutilidad-decrepitud*, conviene mostrar cuál fue el papel político jugado por los ancianos durante la historia antigua de Grecia, si bien restringido a una de sus polis más importantes, que ya se halla cómodamente instalada en el ideario común: Esparta o Lacedemonia. Así, expondré cómo, a través de un amplio abanico temporal, los ancianos gozaron de un elevado poder político, ejemplificado en el Consejo de Ancianos o *gerusía*, que les permitió controlar, en todos los ámbitos, a la sociedad espartana, lo cual los revistió de un aura y de un prestigio incalculables, que mostraba bien a las claras el respeto y la consideración que el pueblo lacedemonio sentía por sus integrantes longevos. Bástenos un ejemplo ilustrativo: al nacer, los niños eran examinados físicamente por los ancianos de la comunidad, quiénes decidían si debían vivir o no, atendiendo a su posible deformidad o a la existencia de síntomas de debilidad física: *el espartiata*, desde su nacimiento está bajo la penetrante vigilancia de los ancianos.

I. EL HOMBRE Y SU ENTORNO POLÍTICO EN ESPARTA

Antes de pasar a exponer qué era, qué funciones tenía y por quiénes estaba integrada la *gerusía*, es preciso dar unas leves pinceladas sobre la sociedad y la política espartanas.

Esparta encarnaba la ideología y el sistema aristocráticos, opuestos a la imperfecta democracia ateniense. La unidad política espartana estaba integrada por Esparta y Laconia, junto a los territorios conquistados de Mesenia. Los espartanos monopolizaban el poder político y la propiedad de la tierra, ignorando a los periecos, que forman comunidades autónomas, y sometiendo a los hilotas —la principal parte de la población, de origen mayoritariamente mesenio— a una relación de servidumbre y control.

El reducido grupo espartano desarrolló una sociedad cerrada, comunitaria y organizada, para mantener el control absoluto de los resortes del estado, obsesionada por contro-

lar el principal factor de inestabilidad estatal: la desigualdad de las poblaciones mesenias.

El estado espartano presentaba una peculiar organización política de carácter aristocrático, fundada por el legendario legislador Licurgo y basada en una ley fundamental —*Rhetra*—, dirigida por una diarquía —dos reyes— y por un Consejo —*gerusía*—.

La *Gran Rhetra*, el más antiguo documento de la historia de Grecia, que pertenece, como mínimo, a los comienzos del siglo VII a.C., quizá incluso a fines del VIII a.C., menciona los cimientos de la vida del Estado: el reinado doble, el Consejo de los Ancianos —*gerusía*— y la Asamblea del Ejército —*apella*—, a cuya acción conjunta correspondían, en época temprana, todas las decisiones políticas de importancia.

La *Gran Rhetra* refleja la limitación del poder real a favor del *demos* —pueblo: la comunidad militar de los espartiatas— y señala el fin de un período de discordias internas,



en cuyo curso la monarquía militar espartana perdió su posición preponderante.

Estos tres órganos del régimen político —*Rey, Consejo y Asamblea*—, característicos de las ciudades griegas en los primeros siglos del primer milenio, se conservaron en Esparta en los períodos siguientes, aunque con especiales características.

Los dos reyes tenían iguales poderes y su cargo era hereditario, aunque no era preciso que la sucesión recayera siempre en el primogénito ni tampoco se transmitiera el poder por línea directa.

Por el hecho de ser una diarquía, el poder de los reyes tenía ya ciertas limitaciones. Cuando los reyes no mantenían la misma opinión, unos magistrados, los *éforos*, hacían la función de árbitros.

En la práctica, se imponía la voluntad del rey que tenía mayor fuerza, la cual provenía del poder de su familia, del asunto en cuestión y de lo que pudiere afectar al consejo o al pueblo.

En tiempo de guerra, en cambio, el poder real era prácticamente absoluto pero, terminada la campaña, cada rey veía de nuevo limitado su poder por el otro rey y por los demás órganos políticos, quienes compartían los poderes políticos y judiciales con él.

Eran también sumos sacerdotes, por lo que representaban a la comunidad ante los dioses y ocupaban el lugar más importante en la celebración de sacrificios a las divinidades *poliadas* —las protectoras de la ciudad—.

A partir de comienzos del siglo VI a.C., con el aumento de poder de los *éforos*, habrá constantes conflictos entre éstos y los reyes.

Los poderes administrativos y financieros pasaron a ser, desde entonces, competencias de la *gerusía*.

Los cinco *éforos* tenían un poder colegiado anual. Su número parece que vino dado porque cinco eran las aldeas que se unieron para formar la ciudad de Esparta y, por tanto, se cree que eran los representantes de estas aldeas elegidos democráticamente.

Posteriormente fueron elegidos por la *apella* y su misión era la de vigilar y juzgar la vida de cada ciudadano.

La *apella* o Asamblea del Pueblo, estaba formada por todos los espartanos mayores de treinta años. Era convocada y presidida por los magistrados.

Carecía de poder, puesto que no podía proponer ni discutir iniciativas, limitándose a rechazar o aprobar, por aclamación, los asuntos que le eran sometidos por la *gerusía*. Aunque constituía la voz del pueblo, siempre prevaleció la opinión de los miembros del Consejo de Ancianos.

II. EL PODER DE LA SENECTUD: LA GERUSÍA

1. SUS ORÍGENES Y SUS INTEGRANTES.

La *gerusía* era el nombre con el que se designaba al senado en Esparta —también en Corinto—.

Según Jenofonte, se la llamaba también *gerontía*, y Aristóteles indicaba, además, las acepciones de *gerojía* o *gerosía*.

Sus miembros son llamados ordinariamente *gerontes*, pero en un texto oficial son designados bajo el nombre de *presbigeneis*.

Sin que tengamos cualquier género de duda, ya antes de Licurgo —en el caso de que su existencia sea cierta—, había surgido un senado o consejo de ancianos. Los poemas de los tiempos heroicos nos muestran siempre a los reyes rodeados de un consejo formado por los jefes de las principales familias, los *bouleforoi*, los *bouletai* o los *gerontes*, con los que deliberaban sobre los asuntos más importantes y que los asistían también en la administración de la justicia.

Esparta no fue una excepción a la regla general. Solamente es probable que Licurgo reglamentara, en la constitución que dio a Esparta, la organización y las atribuciones de este consejo, y esto sería suficiente para autorizar a los antiguos historiadores a decir que Licurgo instituyó el senado, siendo ello una de las novedades que aportó.

Sin embargo, lo verdaderamente llamativo es que este tipo de Consejo —el de los *gerontes*—, que debió ser adoptado tanto por Esparta como por las otras repúblicas griegas, y que, en la Grecia legendaria, no tenía más que un papel accidental y subalterno, fue sucesivamente elevado, por parte de los lacedemonios, de grado en grado, hasta convertirse, en la Grecia histórica, en una autoridad soberana e independiente.

En la época histórica, la *gerusía* en Esparta era una asamblea de treinta miembros, compuesta de veintiocho *gerontes* propiamente dichos, y los dos reyes, asimilados a senadores por los derechos de su asistencia a las sesiones y por los de sufragio.

Para explicar la existencia de estas dos precisas cifras, algunos historiadores han supuesto que cada una de las subdivisiones tribales, las *obai*, estaba representada en la *gerusía* por uno de sus miembros. Pero, en principio, ningún documento serio nos permite precisar, con exactitud, el número de subdivisiones. Aristóteles afirma que se fijó ese número porque, aunque eran treinta los primeros que ayudaron a Licurgo, dos dejaron la empresa por cobardía, mientras que Esfero asegura que, desde un principio, fueron veintiocho los que tomaron parte en el proyecto.

Frente a estas prosaicas explicaciones, existe una llamativa y sugerente, como es la de la maravillosa propiedad del número, ya que es el resultado de multiplicar siete —el número sagrado en el mundo clásico— por cuatro y porque, al ser igual que sus divisores ($1+2+4+7+14=28$), es un número perfecto después del seis ($1+2+3=6$), lo que denota una clara influencia pitagórica.

Además de las mencionadas, existen más conjeturas y suposiciones, que no han lugar en este artículo.

En el siglo IV a.C., sólo unos miembros escogidos de la aristocracia podían formar parte de la *gerusía* y ello da derecho a pensar que fue igual en los siglos anteriores

También la magistratura de los *gerontes* aparece en Aristóteles como una oligarquía dentro de una oligarquía más extendida. El consejo sólo era accesible a un pequeño número de individuos, es decir a aquellos que tenían prestigio y que eran reconocidos como excelentes por la comunidad.

A ello se suma el que la cualidad vitalicia del cargo hacía que las elecciones no fuesen muy frecuentes.

No sólo había que pertenecer a ese exclusivo y reducido club, sino también estar completamente liberado del servicio militar y, como los espartanos no cesaban de ser incorporados al ejército —según Bengtson, la organización del gobierno espartano no es otra cosa que el inevitable resultado de un estado de sitio secular—, había que haber alcanzado una edad determinada: los sesenta años cumplidos.

Plutarco señala que a los *gerontes* los nombró personalmente Licurgo, primero de entre los que contribuyeron a la puesta en práctica de su proyecto —lo que puede enlazarse con el elemento señalado de que sólo en un grupo recaía la elección—, pero, luego, dispuso que, al que se fuera muriendo, lo reemplazara aquél que fuese considerado como el más virtuoso de entre los mayores de sesenta años, como premio y para toda la vida, desempeñando el absoluto poder en el Estado:

Proponer acuerdos al pueblo, anular sus decisiones políticas y entender en cuestiones por asesinato y, en general, en todos los procesos que contemplasen la condena a muerte o atimia —degradación social consistente en la privación de derechos cívicos (participación en actividades públicas, pertenencia a asociaciones culturales, militares o de otra clase de los ciudadanos) a aquellos que se mostraban indisciplinados, huían del combate o cometían algún crimen—.

También, unidos a los *éforos*, tenían autoridad sobre los reyes.

Para poder ser elegido, un ciudadano estaba obligado a poseer una candidatura, es decir, a ser presentado por alguien. Aristóteles critica esta exigencia, porque ello excluía a ciudadanos muy dignos, pero muy modestos para solicitar los sufragios, y, entonces, no eran nombrados por nadie.

La elevación a la categoría de senador debía ser el precio de la virtud. Aristóteles, Demóstenes y Polibio, lo dicen en términos expresos: *hacía falta que el voto fuera organizado de tal forma que el elegido pudiera ser considerado como llegado al honor por sus solos méritos.*

Podemos indicar que el procedimiento de elección era, ciertamente, muy particular. Así, cuando se producía una vacante y había que cubrirla, se reunía la *apella* y algunos ciudadanos dignos de confianza, eran encerrados en un lugar desde el que no presenciaban las deliberaciones ni podían observar cuál era el orden de intervención de los comparecientes, pero sí, y esto era fundamental, oír las aclamaciones que los candidatos recibían

Por el procedimiento del sorteo, se decidía el orden de intervención de los candidatos y, éstos, mientras hablaban en el estrado, eran aclamados por sus partidarios. Los que estaban encerrados, a través de la consignación en unas tablillas, indicaban el número de orden del que había levantado más votos y ése era el elegido.

Este modo de elección parece un tanto pueril, y no sólo a los investigadores modernos, sino también a los filósofos e historiadores antiguos, puesto que no se empleaban siquiera papeletas de voto, como tenía lugar en Atenas, sino que el sistema no era otro que el de intentar cuantificar la intensidad de los gritos de la asamblea, al igual que ocurre en nuestros días en algunos concursos televisivos.

El elegido, coronado de flores, iba a darle gracias a los dioses mediante una ofrenda, acompañado de un cortejo integrado por sus familiares, sus partidarios y también numerosos jóvenes. Las mujeres que integraban el cortejo, durante la marcha, iban cantando y exaltando, por lo general, los méritos del nuevo *geronte* y también los de sus antepasados,

así como encomiaban su virtud y proclamaban dichosa su vida.

Después de la ofrenda, se celebraba un banquete, en el que se le adjudicaba al elegido una segunda ración de viandas, la cual, guardándola, se la llevaba.

Tras el banquete, de entre las mujeres de su familia, que se encontraban en la puerta de la sala, llamaba a la que en esa ocasión tenía en más aprecio y, entregándole la ración, le decía que, tras haberla recibido él mismo como premio, se la cedía a ella. De manera que también aquella era acompañada, con envidia, por las otras mujeres, ya que la cesión se entendía como un testimonio de estima muy especial. Asimismo, solían entregársele al candidato algunos regalos. Ejemplo de ello era la costumbre del rey Agesilao, que, para mostrar bien a las claras que era partidario de la existencia del consejo —hecho puesto en duda en multitud de ocasiones—, le regalaba dos bueyes y una capa al recién elegido.

Los *gerontes* eran nombrados de por vida, es decir, su cargo era vitalicio, y no estaban expuestos ninguna responsabilidad en el ejercicio de sus funciones. De ello se deriva un elemento llamativo: en el ejercicio de sus funciones, los *gerontes* no escaparon a los casos de corrupción y venalidad, en los que también se vieron envueltos reyes y *éforos*.

Observamos, con total nitidez, que hay costumbres que siguen vigentes...



2. SU PRESIDENCIA Y LA SEPARACIÓN DE PODERES.

La presidencia de la *gerusía* pertenecía a los reyes, bien de forma individual o colegiada.

Cuando estaban ausentes y había que votar alguna resolución, lo podían hacer a través de un mandatario o bien mediante un pariente próximo.

Esto último hace pensar que uno de los reyes siempre estaba ausente y que uno se hacía representar por el otro. He aquí la causa que explica el hecho constatado de que el rey que se hallaba presente en el consejo tuviese dos votos.

El dualismo real, establecido por Licurgo como garantía para evitar la tiranía, había derivado en una especie de voto de calidad.

Al comienzo de las sesiones había una especie de ceremonia religiosa, análoga a las de la asamblea de Atenas, especialmente dedicada a Zeus y Atenea, de la misma manera que Cicerón indicaba que un *augur* asistía al senado de los lacedemonios.

La teoría de la separación de poderes, no fue mejor aplicada en Esparta que en Atenas.

Aristóteles, antes que Montesquieu, ya había dicho que en todo Estado sagazmente organizado, había que distinguir el poder legislativo, representado por la Asamblea, del poder ejecutivo, representado por los magistrados, y del poder judicial, ejercido por los tribunales.

Sin embargo, los tres poderes solían, a menudo, encontrarse reunidos en las mismas manos.

Así, los *gerontes* se dedicaban a instruir los asuntos que debían ser presentados a la *apella*, participaban en el gobierno ejecutivo del Estado y estaban investidos de atribuciones judiciales.

3. ATRIBUCIONES Y COMPETENCIAS.

En un sentido más detallado, la *gerusía* tenía por misión la de estudiar las cuestiones que serían sometidas a la Asamblea y preparar un proyecto de resolución.

Según el mismo texto de la *Rhetra de Licurgo*, era el pueblo el que debía establecerlo todo de forma soberana y que, por tanto, la *gerusía* no podía modificar el voto de la Asamblea.

Pero, a petición de los *gerontes* y de los reyes, algunas propuestas de la Asamblea eran rechazadas, como fue el caso que se dio hacia el año 740 a.C. —bajo el reinado de Polydoros y Teopompo—, cuando se impusieron todos los proyectos de los *gerontes* y de los reyes, mientras que no salió adelante ninguna disposición de la *apella*.

Todo esto nos lleva a sostener que la *gerusía* tenía un derecho absoluto de iniciativa y que su acción sobre la marcha de los asuntos públicos fue muy grande. Los testimonios de los antiguos así lo atestiguan y la señalan como la más alta de las magistraturas.

Isócrates la relaciona con el poder que tenían los *areopágitas* en su época de mayor poder y Polibio indicaba que todos los intereses de la República estaban en sus manos, porque los *gerontes* eran verdaderamente los jefes y todos debían obedecerlos.

También tenía la *gerusía* atribuciones judiciales, pero los testimonios son muy vagos, ya que parece que este cometido lo ejercían los *éforos* y los reyes, y que sólo el Consejo de Ancianos trataba los asuntos más importantes, juzgando los *gerontes*, en exclusiva, las cuestiones capitales y atendiendo las apelaciones en aquellos delitos importantes.

De este ejercicio se deriva su facultad de imponer la pena de muerte —las ejecuciones siempre eran por la noche— y la privación de derechos cívicos y políticos.

También otras penas como la condena al exilio o la imposición de determinadas multas, era exclusiva competencia de los *gerontes*.

Según Platón, la *gerusía*, al combinarse con la autoridad de los reyes y contar con igualdad de voto en las cuestiones trascendentales, constituyó la causa de la salvaguarda y moderación del sistema político.

Ello se debía a que, cuando el sistema se inclinaba, bien, como los reyes, hacia la tiranía, o, como la masa, hacia la democracia, la autoridad de la *gerusía* actuaba a modo de contrapeso para recobrar el equilibrio, puesto que siempre los veintiocho *gerontes* se unían a los reyes para oponerse a una democracia y, por el contrario, servían de refuerzo al pueblo para evitar la instauración de una tiranía.



4. DECADENCIA Y DESAPARICIÓN.

A finales del siglo III a.C., ya se observan claros síntomas de decadencia de la institución, puesto que en el año 226 a.C., Cleómenes disolvió el consejo y lo sustituyó por unos magistrados, los *patronomoi*.

Con posterioridad, la *gerusía* volvió a resurgir, pero con menores atribuciones, lo que redujo, de forma considerable, su poder.

A pesar de todo, su existencia se prolongó en el tiempo y prueba de ello son los testimonios que poseemos, ya en época romana, de su pervivencia durante los gobiernos de los emperadores Adriano y Septimio Severo, es decir, hasta principios del siglo III d.C.

Sin embargo, observamos algunas diferencias palmarias, entre las que destaca que el cargo de *geronte* no era vitalicio, sino de duración anual y, además, poseemos lagunas importantes, puesto que no sabemos cuál era el método de elección, ni tampoco la edad requerida para poder acceder al puesto, aunque, al parecer, se exigía el previo desempeño de otras magistraturas.

Esto último nos lleva a sostener, que todavía, y pese a los avatares negativos sufridos por la institución, estaba revestida de cierta importancia, puesto que se les exigía a sus miembros una experiencia previa en otras magistraturas de menor importancia y que les habrían servido de ensayo.

A MODO DE REFLEXIÓN...

A través de estos breves apuntes he pretendido mostrar cuál pudo ser el poder ejercido por los ancianos en la antigua Esparta.

Es obvio que todo lo expuesto se circunscribe, en exclusiva, a un reducido número de personas, lo cual podría llevar a pensar que sólo estamos hablando de la privilegiada situación de unos pocos.

Algo de ello hay, pero debemos también tener en cuenta que uno de los elementos clave del mundo antiguo es la existencia de un reducido número de privilegiados frente a una amplia masa que, en la práctica, carece de derechos efectivos.

Lo verdaderamente importante de las páginas precedentes es que, al menos algunos ancianos y con la imprescindible condición de serlo, desempeñaron la suprema magistratura del estado espartano, de lo que se desprende el hecho irrefutable de que la ancianidad era un valor importante y muy tenido en cuenta.

Si no hubiera sido así, no se habría dejado a la *polis* en manos de los que ya habían entrado en la senectud. Todo ello nos lleva a una reflexión: si los ancianos eran tan valorados por sus cualidades y demostraron su habilidad en el ejercicio del poder ¿por qué se les margina en la actualidad, cuando, además, algunos *gerontes* de nuestros días son excelentes gestores públicos?

¿O es que nos hallamos sumidos en un retroceso social, en el que volvemos hacia la existencia de un reducido grupo de privilegiados, que, y aunque parezca paradójico, no está precisamente integrado por los más jóvenes?

BIBLIOGRAFÍA.

- ARISTÓTELES, Política, (Traducción y notas de Manuela García Valdés), Gredos, Madrid, 2000.
- BENGTSON, H., Historia de Grecia, (Traducción de Julio Calonge), Gredos, Madrid, 1986.
- CICERÓN, De divinis, (Traducción y notas de Ángel Escobar), Gredos, Madrid, 2000.
- DAREMBERG, Ch., SAGLIO, E. y POTTIER, E., Dictionnaire des Antiquités grecques et romaines, t. II/2, París, 1896.
- HERÓDOTO, Historia, (Traducción y notas de Carlos Schrader), Gredos, Madrid, 2000.
- HOMERO, Ilíada, (Traducción y notas de Emilio Crespo Güemes), Gredos, Madrid, 2000.
- Odisea, (Traducción y notas de José Manuel Pabón), Gredos, Madrid, 2000.
- JENOFONTE, República de los Lacedemonios, (Traducción y notas de Ana Vegas Sansalvador), Gredos, Madrid, 1981.
- MANGAS, J., Textos para la Historia Antigua de Grecia, Cátedra, Madrid, 1983.
- PLATÓN, Leyes, (Traducción y notas de Francisco Lisi), Gredos, Madrid, 1999.
- PLUTARCO, Vida de Licurgo, (Traducción y notas de Aurelio Pérez Jiménez), Gredos, Madrid, 2000.
- POLIBIO, Historias, (Traducción y notas de Manuel Balasch Recort), Gredos, Madrid, 2000.
- TUCÍDIDES, Historia de la Guerra del Peloponeso, (Traducción y notas de Juan José Torres Esbarranch), Gredos, Madrid, 2000.

Resultados de las encuestas de Calidad Percibida en las V jornadas de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica

M^a Teresa Rodríguez Díaz
Vocal de formación. AMEG
Presidenta V Jornada

Cristina Fernández Guadía
Vocal de formación. AMEG
Secretaria V Jornada



En los últimos seis años, la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica ha consolidado la celebración de su jornada anual, en la que se fomenta la participación de los profesionales especializados en el cuidado de las personas mayores.

Por ello, en el marco de esta edición, se ha incorporado un instrumento de medición adecuado para la evaluación de los resultados obtenidos. El objetivo de esta evaluación es conocer el grado de satisfacción de los asistentes, y conocer los aspectos que se han de modificar, con el fin de mejorar la calidad de las jornadas.

Material y métodos

1.- Utilización de un cuestionario de elaboración propia, con el que se mide la calidad percibida, dando el valor que mejor refleje la opinión sobre cada una de las cuestiones que se plantean, mediante una escala de *Liker*.

Siendo 1 el valor más negativo y el 10 es el valor más positivo. El cuestionario consta de seis apartados, que evalúan el contenido, el aprovechamiento, la documentación aportada, los medios utilizados, la organización de las jornadas, a los ponentes y la información que tienen sobre la asociación.

2.- Entrega y recogida de los cuestionarios anónimos para auto cumplimentar por los asistentes a la V jornada.

3.- Tratamiento de datos, interpretación y conclusiones.

Resultados:

Después de analizar los datos recogidos, se han obtenido las puntuaciones que se recogen en las graficas 1, 2, 3, 4, 5 y 6, así como la media de puntuación "X" en la tabla 1.

Entre los resultados más destacados, encontramos que un **88,73%** de la muestra opina que **se han cumplido los objetivos marcados**.

El 90,14% consideran que los contenidos impartidos se han ajustado al tema de la jornada, frente al 9,8% que opinan lo contrario.

En cuanto al apartado "aprovechamiento de la jornada" hay que destacar que, el 64,78% de los encuestados opinan que sus "expectativas previas" se han cumplido con gran satisfacción, de éstos, el 42,25% ha dado un valor de 8 puntos.

Así mismo, el **74,64%** refieren tener un alto grado de "**satisfacción por lo aprendido**", en esta cuestión el 49,05% ha puntuado un valor 8, el 33,96% un valor 9 y el 16,98% un

valor 10. Según el **91,54%** de los entrevistados opinan que **“los conocimientos adquiridos son de utilización práctica en el desempeño de su trabajo”**, en cambio, el 7,04% piensan que no tienen utilidad práctica y el 1,42% no responden a la pregunta.

Según los datos obtenidos en la cuestión “organización de la jornada”, el 83,09% considera que ha sido muy buena, dando valores de 8, 9 y 10 (valores altos), frente al 14,08% que han puntuado sobre 5, 6 y 7 (valores medios) y el 2,83% que ha dado puntuaciones por debajo de 4.

Analizando las puntuaciones obtenidas en la valoración de “la calidad de la documentación entregada”, hay que destacar que el 23,94% opinan que se debe mejorar, siendo sus puntuaciones inferiores a 5, aunque un 76,06% está conforme con la documentación entregada.

En el apartado “evaluación de los ponentes”, el 74,64% de los encuestados opinan que los ponentes han desarrollado su exposición con mucha claridad, como puede observarse en el gráfico correspondiente, la mayoría ha puntuado sobre 8 y 9.

Y el 60,56% consideran que los ponentes han conseguido su participación.

A juzgar por los datos obtenidos, en las cuestiones referentes a la calidad percibida, “en la difusión de información referente a las actividades de AMEG”, el 40,84% refiere que no tienen suficiente información sobre las jornadas y actividades de formación de AMEG.

En cuanto al “grado de conocimiento de la página Web”, el 45,07% manifiesta que no la conocen, el 52,11% no han consultado nunca la página, el 47,89% la han consultado alguna vez y sólo el 5,63% de los entrevistados, la consultan con frecuencia.

El 54,93 % de los entrevistados, que conocen la página Web, hay un 38,02% que no contestan a la cuestión referente al contenido de la página. El 16,90% puntúan el contenido con un valor 8, 9 y 10, mientras que el 23,94% dan puntuaciones con valor 5, 6 y 7.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, podemos destacar las siguientes conclusiones:

- Se han cumplido los objetivos marcados.
- Los contenidos impartidos se han ajustado al tema de la jornada.
- Los conocimientos impartidos son de utilización práctica en el desempeño del trabajo
- La organización de la jornada ha sido buena.
- Mejorar la calidad de la documentación entregada.
- Dar mayor difusión a las actividades formativas que organiza AMEG.
- Dar más publicidad a la página Web de AMEG.
- Aumentar el contenido de la página Web.

TABLA 1:
Puntuaciones medias obtenidas en la encuesta de calidad percibida

CONTENIDO DE LA JORNADA	Puntuaciones medias
Contenidos impartidos	7,90
Han seguido las bases del programa	8,43
Se han cumplido los horarios	8,08
Se expusieron los objetivos	8,19
Se cumplieron los objetivos marcados	7,85

APROVECHAMIENTO DE LA JORNADA	Puntuaciones medias
Respuesta expectativas previas	7,73
Grado de satisfacción por lo aprendido	8,19
¿Le ha servido para ampliar conocimientos?	8,32
Utilización práctica de esos conocimientos en su trabajo	8,15

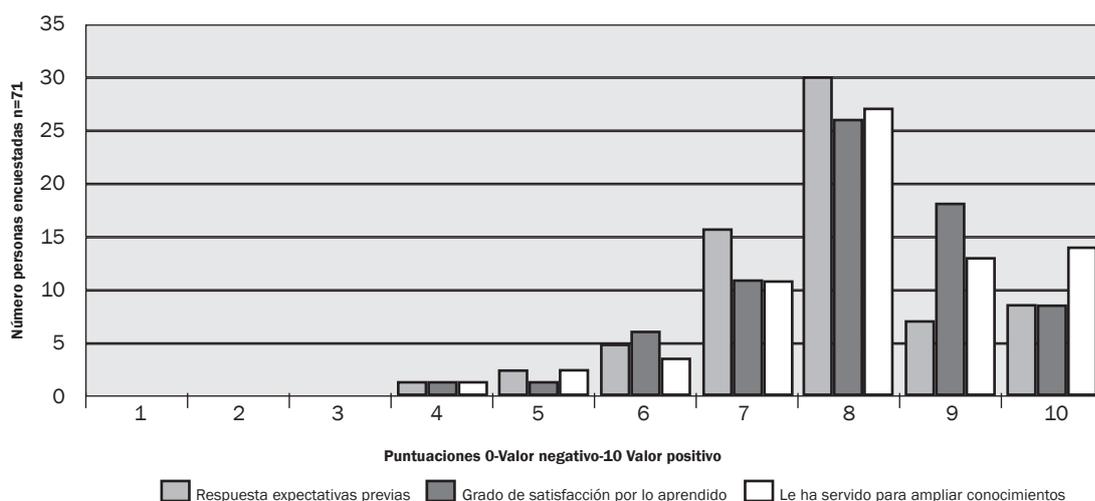
DOCUMENTACIÓN Y SOPORTE PEDAGÓGICO	Puntuaciones medias
Adecuación medios didácticos utilizados	7,84
Adecuación medios técnicos utilizados	7,92
Calidad de la documentación entregada	6,69
Utilidad de la documentación en su trabajo	6,74

EVALUACIÓN DE LOS PONENTES	Puntuaciones medias
Claridad en la exposición	8,15
Transmisión de los conocimientos, ha sido comprendida	8,38
Han conseguido su participación	7,80

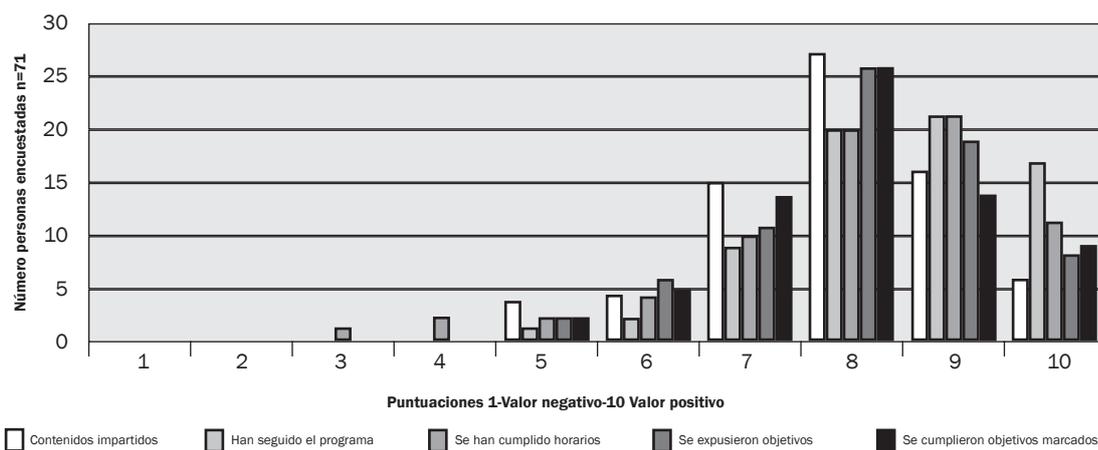
ORGANIZACIÓN	Puntuaciones medias
La organización le ha parecido	7,54
Tiene información sobre las jornadas AMEG	7,36
Grado de conocimiento plan de formación AMEG	6,39

PÁGINA WEB	Puntuaciones medias
Grado de conocimiento de la Web AMEG	4,21
Grado de consultas a la página	3,63
Contenidos de la página	3,26

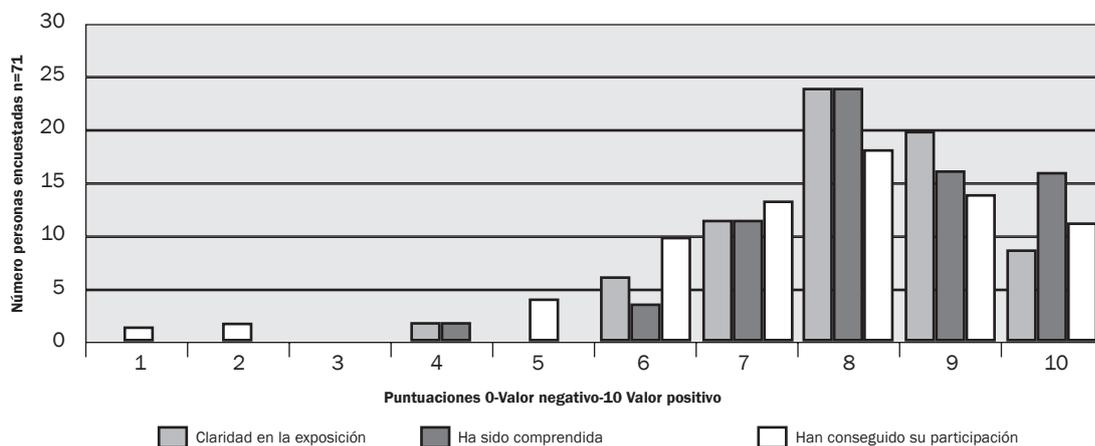
CALIDAD PERCIBIDA APROVECHAMIENTO - V JORNADA AMEG



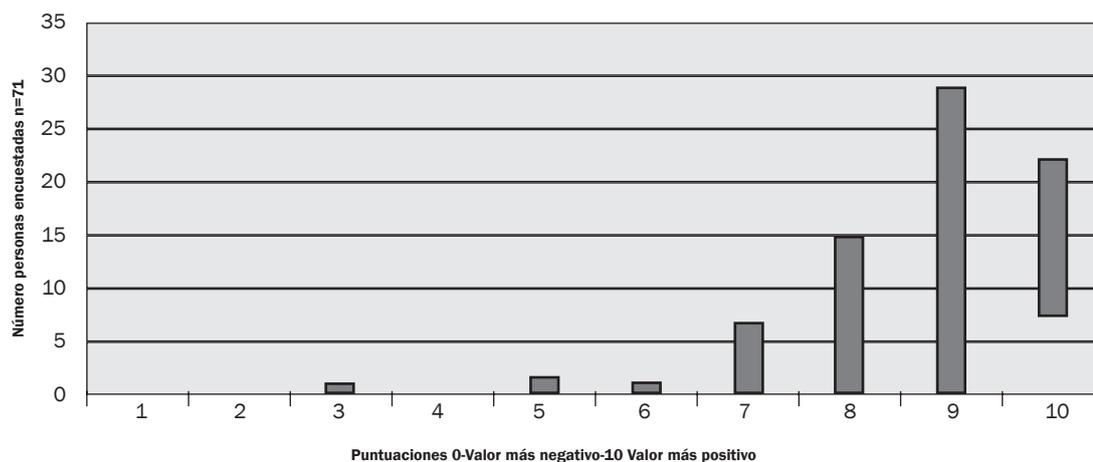
CALIDAD PERCIBIDA EN EL CONTENIDO - V JORNADA AMEG



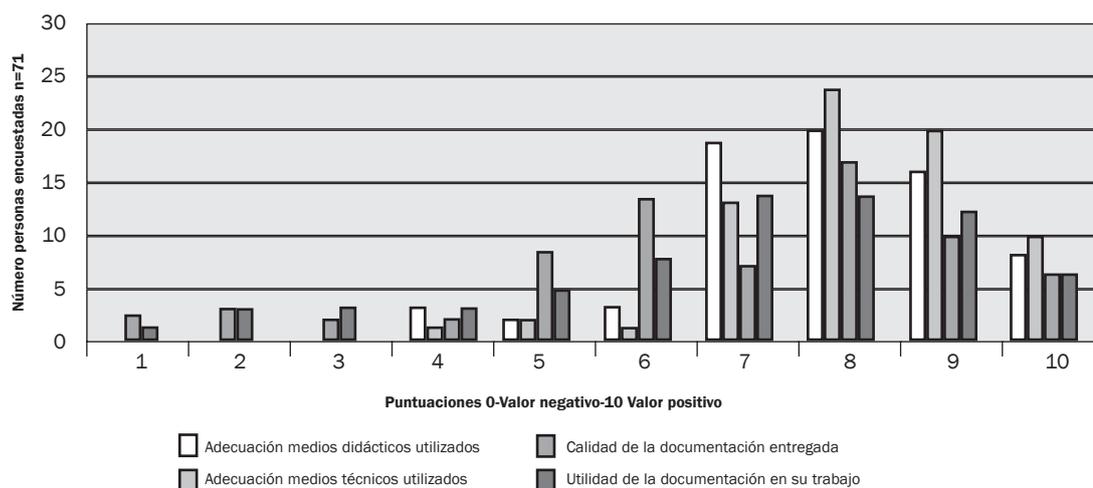
EVALUACIÓN DE LOS PONENTES (Calidad percibida) - V JORNADA AMEG



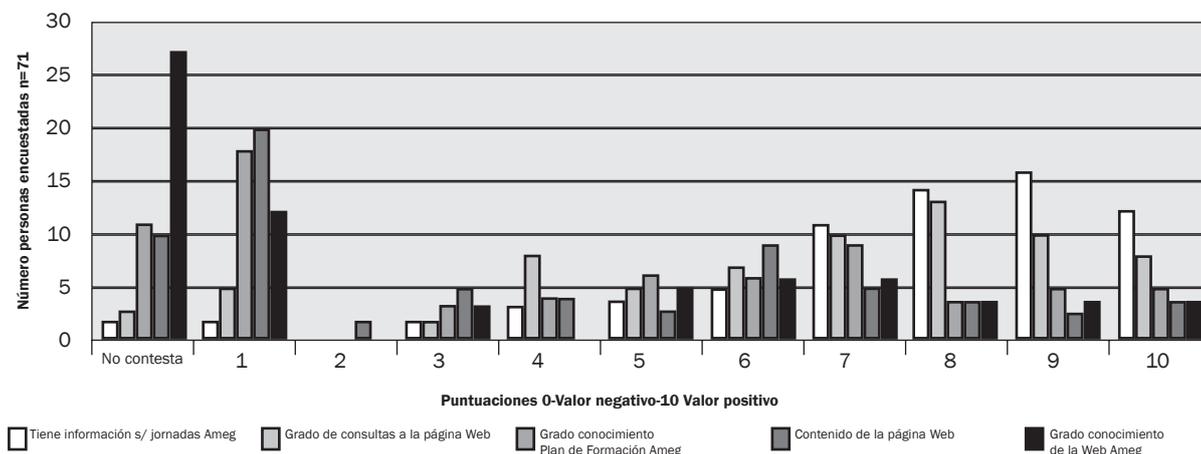
CALIDAD PERCIBIDA EN LA ORGANIZACIÓN - V JORNADA AMEG



CALIDAD PERCIBIDA EN DOCUMENTACIÓN Y SOPORTE PEDAGÓGICO - V JORNADA AMEG



CALIDAD PERCIBIDA EN LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE AMEG



**Todo ser humano desea disfrutar de su vida,
realizar su proyecto vital y morir en paz.
Pero, ¿Es posible morir en paz?
Pues depende, depende del significado
que le atribuyamos a la expresión morir en paz,
que es tan amplio, complejo y ambiguo como vivir en paz,
vivir (morir) bien o vivir (morir) con dignidad.**

**Cada día muere en Madrid más de un centenar de personas,
la mitad con más de 80 años, la gran mayoría de forma previsible
tras un proceso de enfermedad que anuncia que el final está cerca.**

**El *morir* no es la muerte que acontece a todos los seres vivos,
ni el misterio que está más allá de lo que conocemos,
sino lo que ocurre “acá”, en este mundo, ante nuestros propios ojos,
protagonizado por la enfermedad y el deterioro.
Es el final de la vida de la mayoría de nosotros,
del proceso que de forma cotidiana sufren en España
decenas de miles de personas y que sin embargo
resulta ser tan desconcertante, doloroso y chapucero.**

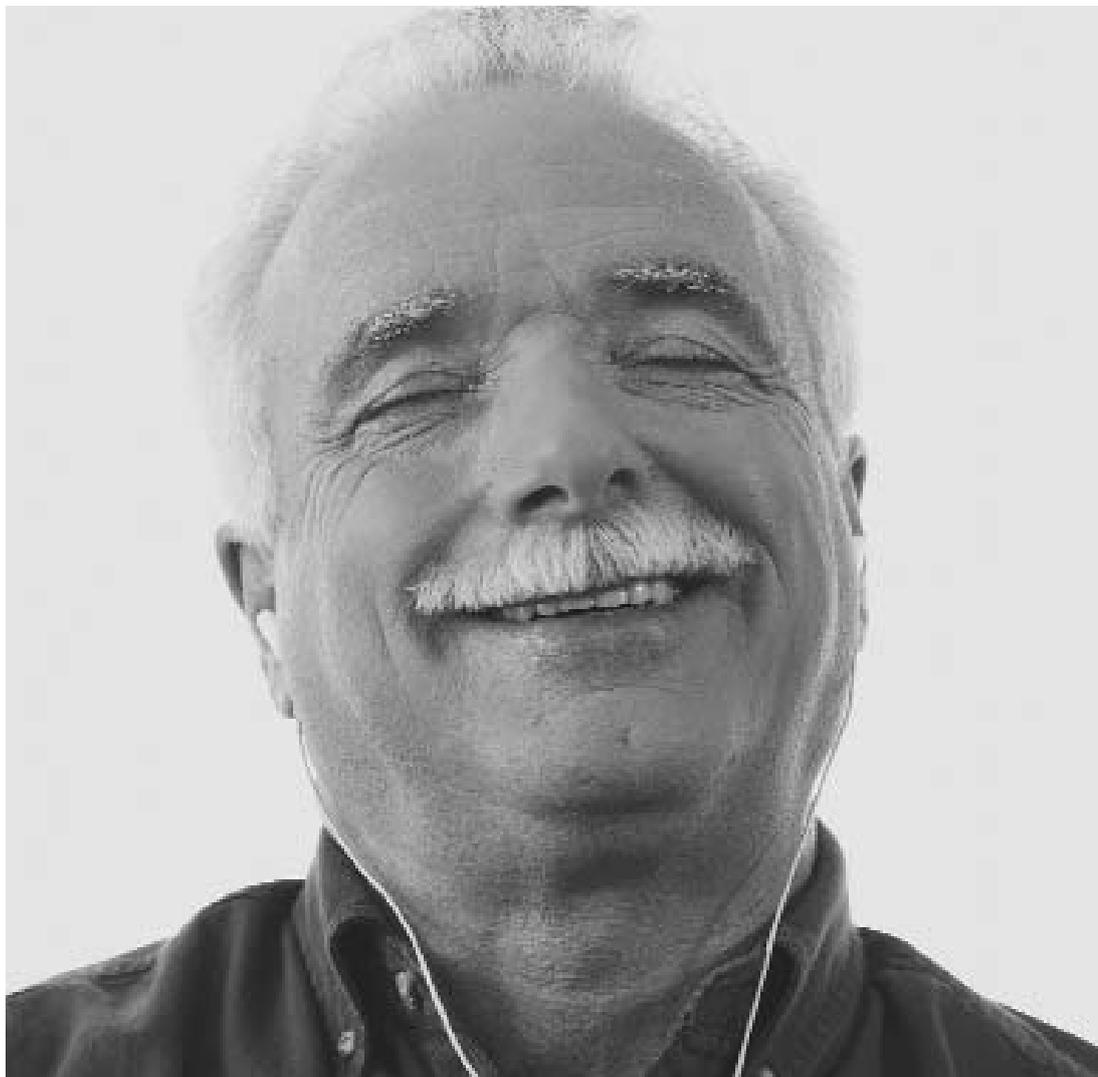
Cuando decimos morir en paz. ¿A qué periodo de tiempo nos referimos? ¿Al proceso último de morir, eso que llamamos agonía, o al que transcurre desde que tomamos conciencia de nuestro futuro de deterioro progresivo e irreversible que finaliza en la muerte? ¿Hablamos de horas o de años? Las demencias se caracterizan por una serie de pérdidas o sucesivas muertes: ¿Cuándo comienza su proceso de morir? ¿Cuándo muere su memoria, cuando pierde su independencia, cuando pierde su lenguaje, cuando deja de tragar, cuando está encamando la mayor parte del día y sólo es capaz de emitir gruñidos?

La vida del hombre es compleja. Desde el momento que nacemos la muerte forma parte de la vida, cada día nos morimos un poco y la idea de morir en paz nos sitúa ante el reto de vivir en paz el último trayecto de la vida. La coherencia entre lo que pensamos, lo

que decimos que pensamos y cómo nos comportamos es un valor que –como todos- exige un esfuerzo continuado. La muerte es una experiencia individual, íntima, diferente para cada ser humano, difícil de consensuar porque es parte de la vida y la vida –vivir en paz, vivir bien, vivir con dignidad- no se deja definir, es irremediamente original, única e irrepetible. Es, en una palabra, libre.

En paz, bien, con dignidad... ¿Qué queremos decir? ¿Morir sin sufrir? ¿Morir sin dolor? ¿Morir consciente? ¿Morir dormido? ¿Morir en un hospital o una residencia? ¿Morir en casa? ¿Morir acompañado? ¿Morir cuando y como uno desee? Lo cierto es que no lo sabemos. ¿Qué hay de mito y qué hay de realidad?

El grupo de investigación internacional dirigido por el Hastings Center la define como “aquella en la que el dolor y el sufrimiento han



sido minimizados mediante los cuidados paliativos adecuados, en donde los pacientes nunca son abandonados o descuidados y en donde la atención de quienes no van a sobrevivir es considerada igual de importante que la de quienes sí sobrevivirán”¹

Otras propuestas incorporan elementos afectivos de las relaciones sociales: el valor de la vida y de la muerte “no puede crearse individualmente, sino con-viviendo y con-muriendo”, morir en paz “quiere decir morir con otros, morir en compañía, morir con aquellos a los que quieres y que te quieren; no morir solo. Morir arropado”²

Para los defensores del derecho a morir con dignidad morir en paz es morir en libertad, cuando y como uno desee³.

Si la felicidad no es una meta a la que llegar (sino una forma de viajar), morir en paz no

es un punto, el último, en la biografía de una persona, sino un camino de maduración que se ha de recorrer poco a poco, sin atajos, profundizando peldaño a peldaño, trascendiendo mas allá de la experiencia cotidiana de la enfermedad y el sufrimiento... Un camino que se hace al andar, que consiste en un darse cuenta de la realidad, interiorizando cómo es la naturaleza humana, afrontando el futuro con todos los recursos personales, familiares, sanitarios y sociales de los que uno dispone y de su capacidad de adaptación al morir continuo que es la vida.

En este viaje hacia la buena muerte habremos de superar con éxito varias pruebas a través de la reflexión compartida con otros profesionales. La muerte siempre nos pillarà de camino (“nadie es tan viejo que no pueda vivir un día, ni tan joven que no pueda morir mañana”), pero cuanto más hayamos avanza-

do, mejor se portará con nosotros, o nosotros con ella, porque la muerte no es una extraña, es nuestra, nos pertenece y, si nos atrevemos, la podremos domesticar.

Reflexión nº 1: Todos moriremos. El camino hacia la muerte en paz se inicia con la aceptación de nuestra condición de seres mortales y la toma de conciencia de la finitud de la existencia humana. Es preciso acabar con el tabú de la muerte, superando esta situación absurda en la que nos encontramos: la gente no quiere morir, ni desea hablar de la muerte, pero todos moriremos. ¡Hablemos de ello! Todos, auxiliares, médicos, enfermeras..., porque como profesionales hemos de enseñar y ayudar a todas las personas, especialmente a las que se encuentran amenazadas por la enfermedad, a vivir la insoportable levedad del ser, a darse cuenta de que la vida se acaba y que la muerte no tiene por qué ser siempre una experiencia dramática.

Una vida larga probablemente es el mejor punto de partida para una buena muerte, y "morir viejo" es uno de los grandes progresos de nuestra sociedad. ¿Cómo es posible entonces que esta experiencia cotidiana sea una especie de escándalo en una residencia de mayores?

Reflexión nº 2: Nadie desea sufrir innecesariamente. ¡Nadie!, pero vivir sin sufrir no es posible. Una existencia sin dolor y sin muerte, sin la muerte y sus acompañantes (los achaques, las debilidades, la enfermedad, la agonía y la despedida final) no es posible, sería inhumana, de ahí la expresión de Frankl: "vivir es sufrimiento y sobrevivir es encontrar sentido al sufrimiento", que yo matizaría: sobrevivir es encontrar un sentido a la vida a pesar del sufrimiento. Un sentido que debe darle cada persona, que no se puede prescribir, que no acepta recetas, por más que algunos se empeñen en meterse donde no les llaman ("debemos evitar caer en ese "encarnizamiento moral" que supone la fantasía y la

voluntad de dar a cualquier precio un sentido al infortunio"⁴)

Con frecuencia los profesionales de una residencia comentamos: "yo, para estar así, prefiero morirme", porque no hemos interiorizado ni aceptado que todos tendremos nuestra cuota de sufrimiento, frente a la cual en lugar de una actitud de resignación pasiva, podemos adoptar una actitud activa de hacer todo cuanto podamos para aliviar esa pesada carga que es una vejez con enfermedad y sufrimiento.

Reflexión nº 3: Conseguir que los pacientes mueran en paz es un objetivo de la medicina del siglo XXI, de la misma categoría e importancia que prevenir y tratar de vencer las enfermedades⁵.

"Hace unos diez años, el prestigioso centro de investigación en bioética, The Hastings Center, de Nueva York, convocó a un equipo de estudiosos internacionales con el objetivo de emprender un ambicioso estudio sobre los fines de la medicina. La concepción tradicional de la medicina y los fines derivados de ella responden a unos retos que no son exactamente los nuestros, hay que plantearse seriamente la pregunta de si debe hacer todo lo que técnicamente puede hacer, si el objetivo de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal. 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.

"Los fines de la medicina es un intento de desmitificar la medicina, a fin de que el ejercicio de la misma constituya efectivamente un progreso para la humanidad.

"Los fines de la medicina, a finales del siglo XX, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida.



Han de poner un énfasis especial en aspectos como la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y el sufrimiento, han de situar al mismo nivel el curar y el cuidar, y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente. Si tales metas significan una cierta desmitificación de la medicina es porque exigen de ella una cierta modestia. A medida que la capacidad de curación de enfermedades antes incurables se hace mayor, es importante que nos convenzamos de que el poder de la medicina no es absoluto. Su ámbito propio “es el bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida”. La tendencia, evidente en las sociedades desarrolladas, a medicalizar todos los problemas debe ser corregida. Una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines”⁶.

En una “sociedad de viejos” ayudar a morir en el sentido anteriormente expuesto será un objetivo prioritario en el que la enfermería está llamada a jugar un papel fundamental, porque sin enfermeras no será posible rehumanizar la medicina.

Reflexión nº 4: Los pacientes no son niños, son ciudadanos con derechos individuales: a ser informados en términos comprensibles, a elegir entre opciones terapéuticas, a rechazar tratamientos, a dar el consentimiento para cualquier tipo de intervención, a dejar por escrito cómo desean ser cuidados (testamento vital), etc. El modelo paternalista de relación médico-paciente debe ser superado por otro modelo y otro estilo más democrático y horizontal, una relación de ayuda de tipo deliberativo entre el equipo asistencial y el paciente –o en algunos casos allegados- que promueva el ejercicio de la autonomía y explore las posibles alternativas con el propósito de determinar y elegir entre sus valores, sin tomar decisiones precipitadas.

“Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. Sólo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y la presencia de espíritu que exige la deliberación. Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación total o de rechazo total, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí. La reducción de los problemas a dilemas es por lo general producto de la angustia. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Esto supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto permitirá identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles”⁷.

¿Qué está haciendo la enfermería geriátrica en la planificación anticipada de las decisiones sanitarias? El testamento Vital puede ser una herramienta muy útil en el afrontamiento de la muerte y la toma de decisiones, pero “hay que ponerse las pilas” y creer en la necesidad de potenciar la autonomía de los pacientes como un objetivo imprescindible en el siglo XXI.

Reflexión nº 5: La vida no es un valor absoluto, depende de otros como calidad, dignidad y justicia. La “santidad de la vida” es un concepto religioso antiguo⁸. Valores como calidad de vida, dignidad y justicia obligan moralmente a rechazar los tratamientos fútiles o desproporcionados, a considerar el encarnizamiento u obstinamiento terapéutico como una mala práctica médica, limitando el esfuerzo terapéutico y el uso incontrolado de los recursos sanitarios.

“Desde el punto de vista técnico el ámbito de decisión está diferenciado, pero esto no es tan claro desde el punto de vista ético. Médico, enfermero, psicólogo, etc., son inter-

locutores válidos en condiciones de simetría desde el punto de vista moral. Con sensibilidades distintas en función de su ejercicio y responsabilidad profesionales, pueden tener visiones complementarias y mutuamente enriquecedoras de la situación. Prescindir del diálogo moral ante las situaciones concretas y a veces tan complejas como las que aparecen en cuidados paliativos, se convierte en una irresponsabilidad moral⁹.

La alimentación artificial con sonda nasogástrica es muchas veces una forma de encarnizamiento terapéutico sobre el que las enfermeras deberían llamar la atención, porque no hacerlo puede ser una irresponsabilidad moral. ¿Hasta qué punto hacemos un bien a un enfermo geriátrico muy deteriorado al que una y otra vez impedimos que se muera al tratar todos y cada uno de los procesos agudos que le permitirán descansar en paz?

Reflexión nº 6: Los cuidados paliativos son el mejor abordaje del proceso de morir cuando su objetivo último no es la supervivencia, ni el tratamiento de los síntomas, sino la muerte en paz. Cuidar, acompañar, percibir el sufrimiento del otro, compartirlo, aliviando la carga, consolando la pérdida, transmitiendo serenidad, mejorando el confort de una vida que se acaba.

El cuidado esencial más que un acto es una actitud, más que un momento de atención, de celo, de desvelo, es una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad y compromiso afectivo con el otro. Además de corporales y psíquicos, somos seres espirituales, se trata de combinar la inteligencia instrumental-analítica con la emocional-cordial, abrir camino hacia el espíritu de la delicadeza¹⁰.

Los cuidados paliativos son lo mejor, pero tienen sus límites, porque el sufrimiento, la otra cara de la felicidad, no se puede medicalizar, no es mi pulmón o mi intestino el que duele, soy yo, en mi totalidad existencial, el

que sufre, es la vida que enferma y se deteriora, llegando para algunas personas a perder su sentido.

Los paliativos alivian el sufrimiento de una mayoría de enfermos, pero no de todos de forma satisfactoria. Desgraciadamente a veces lo encubren¹¹, negándolo en una especie de encarnizamiento paliativo que no asume sus limitaciones, confundiendo dolor y sufrimiento, confort y calidad de vida, asistencia y dignidad.

Paliativos y geriatría comparten un paradigma holístico de acercamiento al ser humano que sufre, con una metodología: el trabajo en equipo. Sin equipo, no hay paliativos. ¿No es una residencia un lugar paliativo por excelencia?

Al compartir el deterioro extremo de un ser humano en ocasiones el sentido común nos dice que "lo mejor que le puede pasar es morir". ¿Por qué entonces hacemos lo contrario de lo que nos gustaría que hicieran con nosotros? ¿Por qué toleramos tan mal que una familia decida no trasladar al hospital a un anciano demenciado gravemente con una hemorragia digestiva o una neumonía?

Reflexión nº 7: A veces situaciones excepcionales requieren planteamientos excepcionales como la eutanasia y el suicidio asistido. La vida del hombre es más que su cuerpo y su mente, existe otra dimensión, la "dimensión espiritual", que no es ni su aspecto físico, ni su estado emocional.

Cuando un enfermo expresa su sufrimiento por la enfermedad terminal, cuando llora y se duele del deterioro extremo, la falta de fuerzas, la ausencia de expectativas de mejora y se lamenta de su desgracia pidiendo ayuda, implorando el alivio necesario, su vida y su decrepito cuerpo no valen menos que antes porque su vida no es su cuerpo. Su decisión brota de un eterno fantasma inaprensible: el liberium arbitrium indifferentiae, el libre



arbitrio, la parte del sujeto que decide, que es libre, que cambia de opinión, que asume la responsabilidad de conducir y cuidar su cuerpo y sus emociones, que no se identifica con su cuerpo ni con sus emociones, que evoluciona, que trasciende las circunstancias concretas de la vida, que es capaz de distanciarse del propio sufrimiento para observarlo y decidir, que se sitúa más allá del tiempo.

La vida entendida en este nuevo sentido tridimensional sí está dotada de un valor absoluto, relativizando de forma legítima el valor de la vida del cuerpo biológico.

La eutanasia no es la solución a un problema global, ni la alternativa a los cuidados paliativos, es una opción libre de un ser humano que se encuentra inmerso en un drama — como todo drama, sin solución—: el sufrimiento insoportable por un deterioro irreversible.

Vivimos en esa contradicción. Aceptamos que la muerte nos sorprenda, que entre de puntillas en nuestra cama, pero nos escandaliza si decidimos concertar una cita con la parca. Podemos decir basta, y rechazar un tratamiento que prolongará una vida que no deseamos, pero no podemos acortarla de forma intencionada, menospreciando nuestra libertad. Permitimos la muerte, incluso la aceleramos con la intención de aliviar el sufrimiento con la sedación terminal, pero no nos dejan comprometernos con un paciente hasta el final atendiendo su demanda de provocarle la muerte de forma rápida e indolora, con las mismas garantías asistenciales (atención profesional) que con el resto de sus decisiones. La ética de principios “hace aguas”, pronto dará paso a una ética de la responsabilidad, era posthipocrática donde cada cual pueda ser dueño de su vida y de su muerte hasta el último segundo. Entonces la buena muerte será una bendición del progreso.

El miedo es un mal consejero. Miedo a hablar de la muerte, miedo a la muerte voluntaria mediante el suicidio o la eutanasia, miedo a un montón de fantasmas (esos que aire-

an los mismos que siempre se han opuesto a la libertad del individuo). ¡Ya está bien! No se puede llegar aquí sin haber hecho un largo camino, esquematizado en seis reflexiones previas. Si tras esta travesía no podemos morir en paz ¿Quién puede negarnos el último recurso?

Pocas certezas tenemos, lo que sí sabemos es que estamos condenados a navegar, tratando de llevar nuestra nave a puerto sin zozobrar en la travesía. Podemos pasarnos toda la vida dando vueltas, pegaditos a la costa, temerosos, convencidos de que el horizonte es un abismo, o atrevernos a correr riesgos, a pasarlo mal, para descubrir que detrás del abismo puede haber aceptación y serenidad. La recompensa, morir en paz, merece ese viaje. ¡Suerte!

NOTAS:

- 1 The Hastings Center. The goals of medicina. Setting new priorities. An International Project of the Hastings Center. *Hastings Cen Rep* 1996; 26 (Suppl 6): S13.
- 2 Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos, 1993.
- 3 Asociación Derecho a Morir Dignamente, www.eutanasia.ws
- 4 Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Madrid: Ariel, 2003, 166.
- 5 Callahan D. Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342: 654.
- 6 Victoria Camps. Los Fines de la Medicina (presentación). Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, nº 11, 2004. www.fundaciongrifols.org
- 7 Gracia, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin* 2001; 117 (7): 262-273.
- 8 “La vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto”. Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium Vitali*, n. 47.
- 9 Barbero J. 10 palabras clave ante el final de la vida. Estella (Navarra): Verbo Divino, 2007, p. 108.
- 10 Boff L. *El cuidado esencial*. Madrid: Trotta, 2002.
- 11 Palliar es un verbo latino (*palliat*) que significa cubierto con palio o capa, definido como encubrir, disimular, mitigar, suavizar una pena. Marín F. Morir en paz más allá de los cuidados paliativos. *Jano* 2005; 1567:1828.

Morir con dignidad

Perspectiva bioética y social de la muerte

José Carlos Bermejo Higuera

Doctor en Teología Pastoral Sanitaria

Master en Bioética.

Director del Centro de Humanización de la Salud. Madrid

En estos últimos años, junto con la tendencia a negar la muerte, manifestada de múltiples maneras, estamos asistiendo a algunos signos de retorno de la muerte antes negada. Quizás no tanto en la práctica cuanto en la reflexión. La literatura le está dando un espacio más abierto a la muerte. Los problemas éticos del final de la vida son de interés para los medios de comunicación y, sin duda, para los profesionales de enfermería.

Acompañar en la última etapa de la vida a las personas mayores como profesionales de enfermería, constituye un verdadero reto. No sólo para éstos, sino para todos, porque todos perdemos seres queridos y no siempre de manera imprevista y rápida, donde el acompañamiento no es posible.

Hablar de “morir con dignidad” constituye también un reto: superar el emotivismo que se puede producir ante la contemplación de la vulnerabilidad de las personas mayores, pudiendo llevar a calificar de “indigno” lo que es reflejo de una vulnerabilidad intrínseca a la condición del ser humano, interdependiente también, y de forma muy patente, en sus primeras etapas de la vida. La dignidad intrínseca del ser humano constituye el fundamento de los derechos humanos y es distinta de la dignidad ética o forma de comportarse, así como de la experiencia de calidad de vida experimentada por una persona o intuida por un espectador.

Vivir la propia muerte

La reflexión sobre la dignidad en el morir nos debe conducir enseguida a la relevancia de apropiarnos de la muerte y no ser víctimas de una “expropiación del morir”. El poeta Rilke, en “El libro de la pobreza y de la muerte” empieza señalando que muchos no saben morir, que no llegan a madurar y a elaborar su propia muerte, por lo que su vida les es arrebatada desde fuera, muriendo de una muerte en serie, que nada tiene que ver con ellos. Mientras que el anonimato y la banalidad convierten en horrorosa la muerte ajena, la muerte propia se constituye como el objetivo de toda la vida, que se tensa como un arco hacia

ese momento de máxima intensidad vital que es la muerte propia.

La tesis del poeta es “vivir la propia muerte” como posibilidad humana de ser sí mismo hasta el final. Rilke explica también por qué nos es dada la posibilidad de morir nuestra muerte propia. Justo porque hay en nosotros algo eterno, nuestra muerte no es similar a la animal.... Exactamente en la medida en que hay algo de eternidad en nosotros, podemos elaborar y trabajar nuestra propia muerte, lo que nos distingue radicalmente del resto de los animales.

Acompañar a vivir la última etapa de la vida como profesionales de enfermería, supone considerar la muerte como el fin de una biografía humana reconociendo lo específicamente humano. Porque la muerte reconocida únicamente como el fin de una biología da paso a la deshumanización y a la despersonalización.

Morir puede ser triste, pero morir los unos para los otros antes de morir es mucho más triste. Y esto es lo que sucede cuando tanto las palabras como el silencio imponen su lado trágico. Queriendo evitar el drama de la verdad, caemos a veces en la soledad y el abandono en la proximidad de la muerte.

Nos parece oportuno pensar la muerte como un proceso, no sólo como el final de una biología que tiene lugar con la extinción de las funciones vitales. Las progresivas pérdidas en la persona mayor van generando un proceso de crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia que van marcando el ritmo del morir biográfico.

Algunos síndromes en el morir

Desde una perspectiva de la ética del cuidado, así como desde la perspectiva social, es particularmente relevante conocer algunos síndromes o situaciones que tienen lugar en el proceso de morir y que reclaman un cuidado moral adecuado. Nos referimos a la claudicación familiar, al síndrome del hijo de Bilbao, al duelo anticipatorio, al síndrome de Diógenes, al síndrome de Lázaro, a la codependencia, y al *burn-out*, entre otros.

—Entendemos por claudicación familiar la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Se produce cuando todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez y es consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo, y en especial del cuidador. Esta situación reclama la responsabilidad ética de la comunidad de salir al paso de la vulnerabilidad del paciente y de la familia.



—El síndrome del *hijo de Bilbao* es la reacción emocional y comportamental de un familiar (habitualmente hijo/a) que vive en otra ciudad y que acude al final de la vida, que no suele participar de los cuidados del ser querido y que, a la vista del familiar moribundo reacciona con dificultad en la aceptación de la muerte, con exigencias y órdenes para resolver a su manera “lo que otros no han podido”, culpabilizando a los cuidadores y al equipo de la situación. Esta situación reclama la responsabilidad de los cuidadores —entre los cuales las enfermeras— de comprender la dinámica para evitar la moralización y salir al paso de las necesidades de todos los miembros de la familia.

—El duelo anticipatorio consiste en el dolor que experimentan familiares y cuidadores antes de que se produzca el fallecimiento. Bien elaborado contribuye a un duelo saludable tras la muerte de la persona mayor. Esta situación reclama la responsabilidad ética de acompañar competentemente a la persona que “se duele” próxima la pérdida del ser querido.

—El síndrome de Diógenes es la actitud que lleva a algunas personas mayores a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados. Reclama, sin duda, la responsabilidad de la comunidad ante la soledad de las personas mayores, que a veces llega al abandono.

—El síndrome de Lázaro se produce cuando la unidad familiar (o un miembro de ella) ya estaban emocionalmente preparados —e incluso organizados— para vivir sin el ser querido que se ve que empeora y se aproxima a la muerte y, sin esperarlo, se produce una mejoría del moribundo, produciéndose desajustes emocionales y sociales en la familia. Esta situación reclama asimismo la responsabilidad ética de los profesionales de enfermería de acompañar emocionalmente a los afectados.

—El síndrome de la codependencia consiste en el riesgo de un cuidador de depender de la persona dependiente a la que cuida. Se manifiesta en indicadores como creerse indispensable, incapacidad para delegar, no fiarse de otros cuidadores, no tolerar los límites propios y ajenos, no aceptar a otros cuidadores, poner todo el sentido de la vida en el cuidado, etc. Esta situación reclama la responsabilidad ética tanto de los profesionales de enfermería de ayudar a los cuidadores a riesgo, señalando un sano equilibrio entre cuidado y autocuidado, así como el reclamo de la libertad en contraposición de la dependencia.

—El síndrome del *burn-out* es el síndrome de agotamiento, de despersonalización (hacia la persona cuidada) de reducida realización personal, que puede aparecer en personas que trabajan en contacto con personas. Esta situación reclama igualmente la responsabilidad ética del autocuidado de los profesionales de enfermería, así como el cultivo de las motivaciones intrínsecas que puedan prevenir llegar a tal situación.

Hemos de decir que ante la proximidad de la muerte de las personas mayores, la mayor responsabilidad ética de los profesionales de enfermería pasa por la atenta escucha activa de la persona mayor y la comprensión de estos y otros dinamismos.

Humanizar el final de la vida

El desequilibrio producido en los modos de morir despojados de dignidad porque se producen en países o espacios donde se da absoluta carestía de los recursos existentes en el mundo para controlar los síntomas, aliviar el dolor, luchar contra enfermedades evitables por un lado, y la exagerada tecnología utilizada a veces desproporcionadamente a las expectativas de vida y de calidad de vida, nos hacen pensar que asistimos a la necesi-

dad de encontrar el equilibrio que nos permita hablar de un final de la vida humanizado.

Quizás no se habla tanto del encarnizamiento terapéutico y de la injusticia por imposibilidad de acceder a recursos de salud y de cuidados, cuanto de la eutanasia, que representa un problema menor con relación a aquellos dos, aunque bien complejo y digno de ser reflexionado, un problema de alta intensidad y baja frecuencia.

Quizás deberíamos reconocer que, a la vez que hemos conquistado mayor conciencia de responsabilidad en el inicio de la vida, hemos de conquistar mayor conciencia de responsabilidad al final de la vida, evitando así situaciones indeseables y vividas, con frecuencia como carentes de dignidad en lo que significa de experiencia subjetiva de sentido y calidad.

Una de las responsabilidades éticas que tenemos hoy es la de aclarar conceptos con relación a los problemas éticos relativos al final de la vida, reservando el concepto de eutanasia a aquella conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico (SECPAL, 2002). Barajando esta definición, muchos de los problemas se convierten sólo en aparentes problemas, pudiéndose resolver por la vía de la buena praxis en torno a la evitación del encarnizamiento terapéutico, la retirada de tratamientos fútiles, el adecuado tratamiento de los síntomas, el cumplimiento de las directrices previas, etc.

En efecto, una de las manifestaciones del camino hacia la responsabilización en el final de la vida lo constituye el conocido “testamento vital” promulgado en diferentes paí-

ses con textos semejantes y que va tomando rango jurídico de manera progresiva en las diferentes autonomías de España.

Sin duda, tanto este documento como el deseado e incipiente hábito de dar el protagonismo al enfermo empezando por preguntarle qué desea que hagamos con su diagnóstico cuando lo conozcamos, constituyen signos de un camino hacia la humanización del morir.

La medicina paliativa, con sus implicaciones prácticas (nuevas unidades hospitalarias, centros de cuidados paliativos, programas de cuidados paliativos a domicilio, etc.) son signo de una cierta aceptación de la muerte y de la decisión de salir al paso de la posible deshumanización de la misma despersonalizándola por sobredosis de tecnología.

Los cuidados paliativos, cada vez más extendidos, constituyen esa “dimensión femenina” de la medicina que ha hecho la paz con la muerte y que se dispone a cuidar siempre, aunque curar no se pueda. La particular atención a la familia (y no sólo al enfermo), la “blandura” (humanización) de las normas de las instituciones que desarrollan tales programas, la atención delicada al control de síntomas, al soporte emocional y espiritual y el reconocimiento del peso específico de la relación y de la responsabilidad del individuo en su propia vida, dibujan un nuevo panorama menos paternalista de la medicina y más en sintonía con la integración de nuestra condición de seres mortales.

Asistimos hoy al reto de aproximar la gerontología a la medicina paliativa, así como al de promover una creciente y responsable participación de los profesionales de enfermería en la reflexión sobre la cultura paliativa en geriatría.



Hemos de decir que ante la proximidad de la muerte de las personas mayores, la mayor responsabilidad ética de los profesionales de enfermería pasa por la atenta escucha activa de la persona mayor y la comprensión de estos y otros dinamismos.

1. ENFERMERÍA**2. CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA****3. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA****4. ÉTICA****5. ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA****6. MORAL****7. ASPECTOS QUE ESTRUCTURAN LA MORAL****8. NORMAS MORALES PARA LAS ENFERMERAS (OS)****9. BIBLIOGRAFÍA****1. ENFERMERÍA**

La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas... y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. (Nightingale, 1859)

Baldera (1998) define la enfermería como el:

Conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación.

Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.

Profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas (Ledesma, 1999)

Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

2. CARACTERÍSTICAS**DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA****INTELLECTUAL**

- Se basa en un conjunto de conocimientos.
- Emplea el método científico en la práctica
- Utiliza los conocimientos con pensamiento analítico
- Crítico y creativo

PRÁCTICA

- Debe poseer habilidades y destrezas

ACADÉMICA

- La práctica de la enfermería se caracteriza por la solidez de su formación teórica.
- El personal de enfermería debe especializarse con el fin de mejorar la calidad de atención de los usuarios.

HABILIDAD TÉCNICA

- La práctica de enfermería se apoya en principios o bases científicas que guían la práctica y a su vez proporciona la base para la legitimidad y autonomía de la profesión.

Arjo y Huntleigh Healthcare se convierten en el principal proveedor de equipamientos y servicios sanitarios

ARJO  Huntleigh
HEALTHCARE

Redacción

LM

Tras la reciente integración de Arjo y Huntleigh Healthcare dentro del Grupo Getinge, líder mundial de tecnología médica, conjuntamente se convierten en el principal proveedor de equipamientos y servicios hospitalarios y residenciales, en Europa y también en España. Nadie más puede ofrecer la capacidad de innovación tecnológica, la amplitud de soluciones médicas de la más alta calidad y solvencia clínica y la cobertura nacional e internacional de servicio que esta nueva organización puede ofrecer.

Efectivamente, la integración de ambas empresas dentro de la División Extended Care abre unas perspectivas inmejorables en cuanto a mayor cobertura del territorio nacional en amplitud de soluciones, de provisión de equipamientos, de organización comercial, de formación y de servicio. Al respecto, uno de los primeros y novedosos planes de la nueva empresa es la constitución de unos Centros de Servicios Regionales que acercarán la atención al cliente, uno de ellos ya comienza a ser operativo en las Islas Baleares.

Productos y soluciones

La nueva organización ofrece un abanico de siete familias de productos y soluciones, cada una de las cuales presenta, a su vez, una gran gama de posibilidades.

Estas siete familias de productos son:

-Sistemas de estancia, exploración y traslado de pacientes. Engloba camas hospitalarias y residenciales, camillas de rehabilitación y exploración, camillas de traslado y urgencias, etcétera

-Equipos de movilización de pacientes. Comprende

grúas activas y pasivas, de techo y de suelo.

-Superficies especiales para manejo de la presión.

-División de higiene, donde encontramos sistemas de baños y ducha asistida.

-Diagnóstico obstétrico, vascular y monitorización.

-Sistemas de Desinfección y lavado de cunas en hospitales y residencias geriátricas.

-Sistemas de compresión neumática intermitente.

La oferta de soluciones se complementa con la División de Servicios Clínicos y técnicos que ofrecen al cliente una completa gama de servicios profesionales: desde el asesoramiento previo -incluso arquitectónico- y posterior en todo lo relacionado con el equipamiento y aspectos clínicos de las diversas soluciones, el servicio técnico y mantenimiento de los productos; programas de formación avanzada a profesionales de la sanidad y múltiples posibilidades de financiación.

Estamos hablando de un grupo empresarial que, mundialmente, destaca por su inversión en investigación, innovación y desarrollo de soluciones de tecnología médica. Ello supone que el grupo en España está respaldado por las 10.000 personas que lo componen mundialmente; que cuenta con los mejores equipos de investigación en Suecia, Reino Unido y EE.UU. trabajando bajo las siguientes premisas: ¿Cuáles son las necesidades asistenciales y cuáles los resultados que debemos obtener?

Conscientes de esa característica de liderazgo, saben que para mantenerla deben innovar continuamente como ya se demuestra en su cartera de productos y servicios.

Servicios clínicos y técnicos

En primer lugar se trata de ofrecer educación pre-



Grúa de movilización Maxi Twin.



Sistema de baño Classic Line.



Superficie Alpha Transell Deluxe.

via, no sólo en cuanto a manejo de los equipamientos y ulteriores, sino en aquellos problemas clínicos que se presentan con frecuencia y que, solucionarlos, ayuda a trabajar optimizando recursos. Nos referimos, por ejemplo, a los programas formativos integrales sobre prevención y tratamiento de úlceras o de prevención de lesiones de espalda en profesionales y cuidadores. Sin olvidarnos de la ayuda a las investigaciones realizadas por los profesionales de los centros.

En segundo lugar, el cliente dispone de consultoría-asesoría vinculada a sus necesidades y problemas específicos (gestión integral de equipamientos, planificación de instalaciones...).

En tercer lugar, un servi-



Camas residenciales Mimel.



Sistema de desinfección Tornado.

cio técnico completo, que garantiza soluciones rápidas hasta para los más pequeños problemas. En cuarto lugar, la posibilidad de alquilar equipos y de pagar según el uso efectuado de los mismos. El sistema de alquiler de superficies especiales para el manejo de la

presión ya ha sido introducido por Arjo-Huntleigh recientemente en España. Y en quinto lugar, e interesantísimo, unas amplias y creativas posibilidades de financiación, de tal manera que cualquier cliente pueda adaptar el flujo de gastos al de ingresos.

Los retos futuros

Arjo-Huntleigh se plantea algunos retos a corto y medio plazo. Son conscientes de las posibilidades que esta nueva organización posee, todo el conjunto de soluciones que ofrecen, la base de calidad de sus productos y su capacidad de amoldarse financieramente a las disponibilidades del cliente. Actualmente, es la única organización que puede hacerlo. Arjo-Huntleigh apuesta por crecer en este sentido, seguir transmitiendo confianza en su empresa y explorar el campo de la atención domiciliar (muy difícil en España por cuestiones logísticas y de financiación) son algunos de sus principales objetivos. Para ello cuenta con un excelente equipo profesional, tanto de Arjo como de Huntleigh, que ahora trabajan al unísono y del que estamos seguros pretendo ser una de las claves de su gran éxito.

Más información: 902 43 07 02, o en www.arjo.com y www.huntleigh-healthcare.es

BASES TEÓRICAS

- La enfermería se ejerce dentro de un marco ético. Estos valores se señalan en el Código Deontológico de Enfermería.

AUTONOMÍA

- La enfermería como profesión controla sus propias funciones, posee independencia y responsabilidad de sus actos.

SOCIALES

- Su principio consiste en ayudar a que las personas conserven su salud
- Debe ser sensible a las necesidades humanas y tener conciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás
- Existe una fuerte motivación o vocación en la elección de la carrera que sugiere un compromiso de la profesión al servicio de la sociedad

El personal de enfermería durante el ejercicio de su profesión, es importante que posea o adquiera la capacidad de:

- Formar juicios sobre la realidad que la conduzca a actuar con pleno conocimiento
- Trabajar en equipo inter y multidisciplinario
- Servir y ayudar a quienes lo requieran
- Comunicarse cordial y efectivamente con el usuario, colegas y demás miembros del equipo de salud
- Mostrar seguridad y confianza en sí misma (o)
- Realizar investigaciones de proyección social
- Aplicar el sentido y valor de las normas éticas y jurídicas de la profesión
- Participar con organismos de influencia en el desarrollo de la profesión

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.





3. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA

EL Código Deontológico de Enfermería, encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que debe conocer el profesional de Enfermería para aplicarlos en la práctica diaria. En dicho código se reglamenta la relación:

- La enfermera (o) y el individuo
- La enfermera (o) y el ejercicio de la profesión
- La enfermera (o) y la sociedad
- La enfermera (o) y sus colegas
- La enfermera (o) y la institución

LA ENFERMERA (O) Y EL INDIVIDUO

- La relación enfermera (o) – usuario debe fundamentarse en el respeto a la dignidad humana
- Debe tratar al usuario de forma holística (biológica, psicológica y socialmente)

LA ENFERMERA (O) Y EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

- Debe cumplir sus funciones con elevado espíritu de responsabilidad
- Debe mantener el secreto profesional
- Asumirá la responsabilidad de sus juicios y actuaciones
- Debe mantenerse permanentemente actualizado mediante la asistencia a: jornadas, talleres, congresos y cursos
- Debe actuar equilibradamente conservando los principios éticos y morales en la práctica

LA ENFERMERA (O) Y LA SOCIEDAD

- Su máxima defensa es el bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad.

LA ENFERMERA (O) Y SUS COLEGAS

- Las relaciones humanas con sus compañeros deben ser de respeto
- Debe trabajar en equipo
- Cuando los cuidados que recibe un usuario son puestos en peligro por un

colega, debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia

- Actuar como defensor (a) del usuario cuando los cuidados de la salud y la seguridad, se ven afectados por la incompetencia y la falta de ética o ilegalidad de la actuación de un colega

LA ENFERMERA (O) Y LA INSTITUCIÓN

- Debe preservar los bienes de la institución
- Debe administrar, controlar y supervisar los insumos y bienes de la institución

4. ÉTICA

Ética proviene del vocablo griego “ethos” que significa carácter, modo de ser.

Estudio sistemático de los problemas fundamentales de la conducta humana. (León, 1999)

Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo. (Rumbold, 2000)

La ética estudia las acciones humanas, sus efectos y el valor de dichas acciones. De igual manera determina que es lo correcto y lo incorrecto.

La ética es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser.

CARACTERÍSTICAS

- Implica acción de acuerdo con las normas morales
- Se ocupa del estudio de los problemas teórico – morales
- Equivale al conocimiento
- Se basa en un plan filosófico (qué es el bien, qué es la virtud, qué es la felicidad, etc.)
- Se ocupa de los valores humanos

5. ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de

(Sigue en pág. 40)



Asegurar los nutrientes
adecuados favorece
la cicatrización



Nutrición completa y equilibrada.
Apta para **pacientes** con **úlceras**

 **Abbott**
A Promise for Life

RESOURCE® Espesante

ha demostrado mejorar la eficacia de la deglución y disminuir la prevalencia de aspiraciones en pacientes neurológicos ⁽¹⁾



Opta por lo seguro, opta por
RESOURCE®
Espesante

(1) Clavé P, de Kraa M et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. Aliment Pharmacol Ther 2006;24: 1385-1394.

la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.

FUENTES DE LA ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo como base las más elementales normas sociales. Entre ellas tenemos:

- Normas Jurídicas
- Normas Morales
- Normas de Trato Social

NORMAS JURÍDICAS

Se basan en el cumplimiento del conjunto de normas o reglas de conducta de carácter obligatorio que regulan las actividades de los individuos en su convivencia social

NORMAS MORALES

La enfermera (o) como profesional debe aceptar la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad, por ello debe ajustarse a las normas de la ética profesional

NORMAS DE TRATO SOCIAL

Las enfermeras (os) deben coordinar sus acciones con otros miembros del equipo de salud en la atención al individuo, cumpliendo las normas establecidas por la sociedad

6. MORAL

Moral proviene del vocablo latín “mos” o “mores” que significa costumbres en el sentido de las normas o reglas adquiridas por hábitos.

Conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo. (Balderas, 1998)

Conjunto de todos los deberes del hombre. (León, 1999)

La moral, es parte de las tradiciones y

costumbres del grupo humano, unidos por un interés común.

El comportamiento moral se sujeta a valores y normas establecidas socialmente, es un comportamiento consciente, libre y responde a una necesidad social.

7. ASPECTOS QUE ESTRUCTURAN LA MORAL

Aspecto fáctico=“El Ser” o “Lo Real”

El ser corresponde a los comportamientos en la realidad. Al ser le son propios los hechos que muestran los comportamientos humanos como una respuesta debida a factores multicausales, en un contexto macroambiental, dinámico, evolutivo y cambiante.

Aspecto Normativo=“El Deber Ser”

El *deber ser* corresponde a las ideas o modelos de comportamiento. Al *deber ser* le pertenecen las ideas, normas, costumbres y tradiciones de lo que es aceptado universalmente como conducta o comportamiento moral.

CARACTERÍSTICAS

- Aquellos fenómenos que son estudiados por la ética
- Incluye el conjunto de los deberes del hombre
- Se refiere al deber ser
- El individuo moralmente bueno debe practicar cosas buenas (en forma libre, no por violencia, ni a la fuerza)

LA MORAL EN ENFERMERÍA

La enfermería como profesión, requiere una guía moral para cumplir con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud de nuestro pueblo y prolongar la vida del hombre.

8. NORMAS MORALES PARA LAS ENFERMERAS (OS)

Las raíces de la moral de las enfermeras (os) han sido legadas por la sociedad. Dichas normas se relacionan con:



La enfermería como profesión, requiere una guía moral para cumplir con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud de nuestro pueblo y prolongar la vida del hombre.

- La Profesión.

Vocación y Disciplina

- La atención al usuario

Proteger la individualidad

Proteger al usuario de causas externas que puedan producir enfermedad

Mantener las funciones fisiológicas del usuario en parámetros normales

Colaborar con la rehabilitación del usuario y su incorporación a la comunidad

LA PROFESIÓN

VOCACIÓN: la enfermera (o) debe tener capacidad de servicio en la atención de los individuos que necesitan de sus cuidados.

DISCIPLINA: la enfermera (o) debe cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la profesión en el ejercicio profesional.

LA ATENCIÓN AL USUARIO

PROTEGER LA INDIVIDUALIDAD DEL USUARIO: los diversos modelos teóricos para la enfermería tienen como base fundamental el trato a la persona como un ser humano integral, al cual debe atenderse en sus aspectos biológicos y psicosocial.

PROTEGER AL USUARIO DE CAUSAS EXTERNAS QUE PUEDAN PRODUCIR ENFERMEDAD: en la prestación de los cuidados es deber de la enfermera (o) evitar yatrogenias por ignorancia, omisión, descuido o negligencia.

Iatrogénica:

- Enfermedad provocada por el personal médico, por técnicas diagnósticas o terapéuticas, o por la exposición al medio ambiente hospitalario.

Omisión:

- Consiste en no realizar una conducta para evitar un daño mayor por no ser competencia de la práctica de enfermería.

Negligencia:

- Consiste en dejar de hacer lo que es un deber dentro de la práctica de enfermería.

- **MANTENER LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS DE LOS USUARIOS EN PARÁMETROS NORMALES:** las funciones fisiológicas normales son: alimentación, eliminación, hidratación, respiración, circulación, termorregulación, higiene, movilización, descanso y sueño. La enfermedad imposibilita al individuo para satisfacer sus necesidades básicas elementales, es allí donde la enfermera (o) aplica técnicas de enfermería para colaborar en la satisfacción de esas necesidades.

- **COLABORAR EN LA REHABILITACIÓN DEL USUARIO Y SU INCORPORACIÓN A LA COMUNIDAD:** es el comportamiento moral enseñar al individuo medidas de auto cuidado en salud en el hogar y la comunidad. Es responsabilidad de la enfermera (o) promover la reincorporación de los usuarios a una vida útil.

BIBLIOGRAFÍA

- BALDERAS, M. (1998) *Ética de Enfermería: México*. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- FEDERACIÓN DE COLEGIOS DE ENFERMERAS (O) DE VENEZUELA (1999) *Código Deontológico de Enfermería*: Caracas, Venezuela.
- LARES, A. Y CONTRERAS, A. (1999) *Responsabilidad Profesional y Legal de los Gerentes en la Prestación y Administración de los Servicios de Enfermería*: Caracas, Venezuela.
- LEDESMA, M. *Fundamentos de Enfermería*: México. Editorial Limusa.
- RUMBOLD, G. (2000) *Ética en Enfermería*: México. (Tercera Edición). Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (1999) *Ética en Medicina, Fundamentación*: Caracas, Venezuela. Módulo I.

TIELLE®

ACTISORB®
PLUS 25



Cuidado sin solución de continuidad

actisorbplus25@jnjes.jnj.com

Oficina CENTRAL: tel.: 91 722 83 23 • fax: 91 722 83 54

Servicio a CLIENTES: tel.: 91 722 83 09 • fax: 91 722 83 06

NU-GEL*
Hidrogel con Alginato



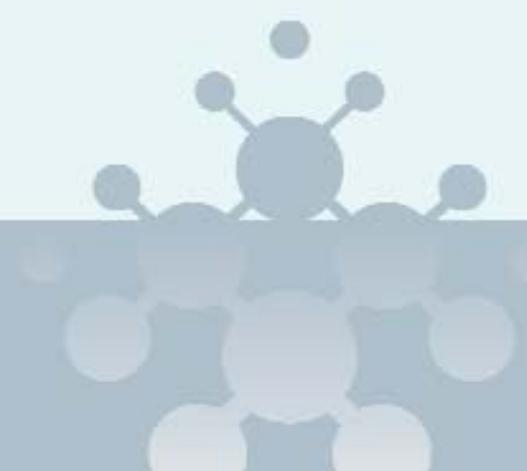
TRIONIC*
Reservorio de Zn-Ca-Mn

ALGOSTERIL*
APOSITO DE ALGINATO CALCICO



Johnson & Johnson

Wound Management



Los derechos de los mayores. Responsabilidad ética profesional

M^o Pilar Arroyo Gordo
Directora E.U.E. Puerta de Hierro. Madrid
Profesora de Legislación y Ética Profesional

Desde la segunda mitad del siglo XX y hasta la actualidad, se viene trabajando de modo intenso en el reconocimiento de los derechos de los colectivos o de los grupos de personas derivados, como dice la profesora Ángela Vivanco, del Centro de Estudios Jurídicos Avanzados y del Centro de Bioética, ambos de la Universidad Católica de Chile (y en cuyo artículo he basado gran parte del contenido de esta intervención por lo brillante de su exposición), de las “grandes garantías matrices”, es decir de los grandes principios morales universales materializados en los también grandes principios constitucionales, como son el derecho a la igualdad, a la vida, a la dignidad, etc., “facultades y prerrogativas grupales”, como sigue diciendo la autora citada, “específicamente concebidas para superar las discriminaciones históricas, para asegurar un trato equitativo y para permitir que la justiciabilidad de los Derechos Humanos sea una realidad evidente para los sectores más desprotegidos, o que han quedado por debajo de la línea de la autodefensa de sus intereses jurídicos” ⁽⁴⁾

¿Pero, a qué derechos grupales nos estamos refiriendo? Parece claro que a aquellos derechos colectivos que de manera continua están siendo violados y que afectan a grupos de población particularmente en riesgo, como pueden ser: los niños, las mujeres, los ancianos o, incluso, los consumidores, entre otros. Los derechos de los niños en cuanto a su especial vulnerabilidad en lo que a la violencia, maltrato, respeto a su intimidad y privacidad, etc. se refiere.

Los derechos de las mujeres en lo relativo a los derechos reproductivos en lo que al mundo laboral se refiere y la no discriminación sexual.

Los derechos de los ancianos como, también, grupo especialmente vulnerable de abusos y desprotección y los derechos de los consumidores en lo que a la protección de la publicidad engañosa se refiere, entre otros.

Éstos, no son sino ejemplos de algunos de los derechos colectivos o grupales que son

sistemáticamente conculcados y que, aunque cueste creerlo y a pesar de lo evidente y lo justa que parece la demanda, el reconocimiento y la efectividad de estos derechos, como parte de los denominados “derechos de tercera generación” ^(2, 3) no ha estado, ni sigue estando, exento de dificultades.

Atendiendo especialmente a las personas de mayor edad, recordemos algunos aspectos al respecto.

Cabe preguntarse, y así lo han hecho tanto juristas como eticistas implicados en estos temas, cuál es el fundamento ético-jurídico de los derechos de los ancianos.

¿Qué otros derechos se quieren para las personas de mayor edad que no sean los propios y fundamentales derechos recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos?

¿Es que no es suficiente el reconocimiento de esos grandes derechos universales, invocables por todos y susceptibles de ser



mirados y defendidos también desde la perspectiva individual?

Pues bien, parece ser que la necesidad de formular unos derechos específicos de las personas ancianas, entre otros grupos, ya se planteó cuando se promulgó la citada Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, donde se garantizaron derechos de primera generación como la libertad de expresión, de asociación, de reunión, el derecho de propiedad, etc., y cuando se consagraron los derechos de segunda generación, basados en los movimientos sociales que habían tenido lugar a finales del siglo XIX y principios del XX.

Sin embargo, es en la actualidad y a propósito de estos derechos de tercera generación, cuando se ha producido la división entre el concepto de universalidad ético-jurídica y el de atomización ético-jurídica, los cuales intentaré resumir brevemente.

Estos conceptos vienen a explicar la siguiente situación:

- a) Unos dicen, como ya existen parámetros ético-jurídicos que permiten identificar a todos los seres humanos en grandes categorías, tales como hombre o mujer, capaz o incapaz, competente o incompetente, etc., ya es posible reconocer a cada uno los derechos que le sean inherentes
- b) Sin embargo, para quienes creen que las personas estamos compuestas de infinitas variables, aplicar esas cate-

gorías básicas y simples resulta tremendamente injusto, ya que presume igualdades o similitudes inexistentes y modelos morales comunes, lo que es completamente falaz desde mi punto de vista.

Reconocer la multiplicidad de variables que conforman los seres humanos permite, igualmente, reconocer los intereses comunes y particulares de los grupos, lo cual configura respecto de cada uno de ellos una red propia de pertenencia y el derecho a tener un estatus diferente y particular de garantías, es decir, el derecho a tener derechos particulares.

Los derechos de los ancianos o de las personas de mayor edad como derechos de tercera generación

Los derechos de las personas de mayor edad o de los ancianos pertenecen, por tanto, al ámbito de los derechos de tercera generación, ya que el reconocimiento ético-jurídico respecto de intereses legítimos de las personas de acuerdo a su pertenencia a un grupo etéreo es una aportación de los tiempos recientes, del mismo modo que ha sucedido con los niños.

Tal y como ya se ha dicho, “distinguir intereses propios de un grupo de acuerdo a su edad y, asociadas con ésta, sus capacidades o incapacidades, sus limitaciones y, particularmente, su vulnerabilidad, constituyen reflexiones de la segunda mitad del siglo XX”⁽¹⁾.

Es fundamental, por tanto, procurar que los derechos de las personas ancianas sean expresados, reconocidos y respetados, porque éstos, los ancianos, resultan ser un grupo de alto riesgo en cuanto a ser tratados como incompetentes sin serlo, por el solo hecho de tener que depender, en ocasiones, físicamente de otros, de no tener recursos o de haberse convertido en laboralmente improductivos.

El reconocimiento de derechos a las personas de mayor edad busca, como dice la profesora Vivanco, “la evitación de una inequidad, fundada en que más que la igualdad, el

(Sigue en pág. 48)

Estimula sus sentidos S



En nuestras manos está estimular sus sentidos.

Basándonos en investigaciones con pacientes, Nutricia ha desarrollado un nuevo envase para Fortimel Complete que

ayudará a nuestros mayores en el cumplimiento.

Fortimel Complete evoluciona para seguir siendo la Primera Dieta Oral Hiperproteica con Fibra.

NUTRICIA

Fortimel[®]
Complete

Siente la diferencia

RESOURCE®

Nutrición Oral Completa

FINANCIABLES
POR EL SNS
SEGÚN ORDEN
MINISTERIAL (*)

Diferentes necesidades Diferentes soluciones



NUEVO

- Dietas completas
- Alta densidad nutricional
- Exentas de colesterol, purinas y gluten
- Gran variedad de sabores
- Buena aceptación organoléptica
- Excelente tolerancia

(*) Orden Ministerial de 2 de Junio de 1998, que regula la nutrición enteral domiciliaria.

gran pilar de las sociedades modernas es la no discriminación” y con el reconocimiento de estos derechos se pretende “evitar una de las formas más odiosas de la discriminación, como es la basada en el envejecimiento, realidad tan involuntaria como el sexo biológico” con el que nacemos.

Estamos en presencia de una situación de evidente beneficio cuantitativo de las personas de mayor edad, en cuanto a que los

avances científicos y tecnológicos les permiten sin lugar a dudas una notable extensión de sus expectativas de vida.

Sin embargo, esa extensión de la vida no se ha traducido en un mejoramiento necesario de su calidad de vida ni tampoco en mayores y mejores posibilidades de ser cuidado y acompañado durante ese tiempo adicional.

En dicho contexto, el trabajo por los derechos de los ancianos se hace imprescindible. Se trata de personas que a menudo no pueden ejercer sus derechos o son escasamente ejercidos y la manifestación libre de su voluntad y su consentimiento para muchas cuestiones de su vida están condicionados a los de otros. En muchas ocasiones carecen de recursos propios, son escasos o se les impide el acceso a la gestión de los mismos porque no son relevantes para la productividad del país ni para el sostén de sus familias. Parece evidente, por tanto, que visto así, su horizonte es desolador y no podemos permitirlo.

No vamos a revisar, no podemos hacerlo, la gran cantidad de manifestaciones de reconocimiento de los derechos de los ancianos en Declaraciones o Convenciones de Derechos Humanos, pero quizás sí sea oportuno citar que del 8 al 12 de abril de 2002 se celebró la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento ⁽⁵⁾, en la cual la Secretaría de Estado para la Tercera Edad, Paulette Guinchard Kunstler, de Francia, expresó algunas ideas que conviene recordar y que, de manera resumida, he querido reproducir más o menos literalmente según las recoge Vivancos ⁽⁴⁾:

- “Toda civilización, toda cultura, crea de manera específica las relaciones entre las distintas generaciones. Sin embargo, la humanidad exige que esas relaciones se caractericen por el reconocimiento del lugar que ocupa cada una de las generaciones. El contrato social que une a los seres humanos les obliga a respetar a los que les han precedido, a los que tanto deben.





Ahora es más necesario que nunca reafirmar la solidaridad esencial entre las generaciones, fundamento de toda sociedad justa y equitativa.

- Tenemos que cambiar la manera de ver la vejez y el envejecimiento. Durante demasiado tiempo hemos asociado la vejez con la decadencia sin darnos cuenta de todo el potencial positivo de esa edad de la vida. Es necesario que rompamos esa imagen absurda y tan sumamente negativa de la existencia humana.

- El horizonte que ahora debemos ofrecer a todo ser humano es la posibilidad de construir su vida durante todo el tiempo que dure, en toda su diversidad y a través de todas las funciones familiares y sociales que desempeñe.

- Todas las edades tienen su valor y su riqueza. Cuando envejecemos, todos podemos poner nuestros conocimientos y, sobre todo, nuestra experiencia al servicio de los demás. La participación de las personas mayores en la vida política y social, en los organismos responsables de las decisiones locales, regionales o nacionales no debe ser una concesión política, sino que debe ser un principio fundamental al que toda persona tenga derecho y que toda sociedad debe garantizar”.

¿En qué consiste nuestra responsabilidad ética profesional?

¿Cuáles son los aspectos que, sobre la base de todo lo dicho y como profesionales enfermeros, debemos prestar más atención? Como todos sabemos, tanto las instituciones internacionales como las nacionales, competentes en materia de Enfermería (CIE y Organización Colegial Española) tienen enunciadas diversas normas orientadoras del comportamiento ético profesional. Así, por ejemplo, el CIE tiene, desde 1986, publicada una Declaración de posicionamiento sobre los derechos de los ancianos, que

ha sido revisada recientemente, en donde se exponen los principios que deben sustentar el trabajo enfermero con pacientes ancianos.

De igual modo, el Consejo General de Enfermería de España, mediante el Código Deontológico de la Enfermería Española, también tiene hecha una declaración (el capítulo VII del citado Código) sobre la Enfermería y el derecho a una ancianidad digna, saludable y feliz.

Sin embargo, estas grandes declaraciones se quedan, en ocasiones, en referenciar aspectos de índole general y sin contemplar los aspectos más específicos correspondientes a cada momento histórico y social. Es por ello que los estudios sobre responsabilidad profesional, en concreto, con las personas ancianas, hacen hincapié en algunos elementos fundamentales sobre los que es preciso reflexionar. Estos son:

• La competencia del paciente anciano

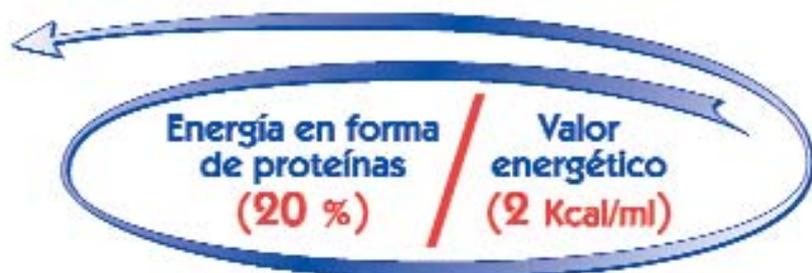
Aunque el concepto de capacidad jurídica, así como otras conceptualizaciones jurídicas relacionadas con los derechos del anciano, se sustenta sobre la consideración de éste como un paciente que merece especial cuidado y trato digno, al mismo tiempo no es difícil de advertir cómo algunas de esas figuras jurídicas sitúan a los ancianos en una categoría similar a la de los pacientes minusválidos, dándoles un tratamiento, por tanto, también similar, presumiendo, sin perjuicio de cuáles sean sus verdaderos estados de salud física y mental, que son incompetentes. Esta situación se evidencia, por ejemplo, al observar cómo es tratado el consentimiento informado en pacientes ancianos o en la relación médico/enfermera-paciente, en las que muchas veces se les presumen incapaces de entender la información o se les reducen a una especie de minoría de edad, sin voluntad propia relevante y sin importar cuál sea en realidad su estado.

• El deterioro físico y la incompetencia del anciano

Relacionado con lo anterior, es preciso también no olvidar que aunque algunos ancia-

T-Diet

20/2



FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Equilibrio Nutricional y *Sabor* en Nutrición Clínica

T-Diet 20/2 es una dieta oral, completa, energética (2 Kcal/ml) e hiperproteica, enriquecida con una mezcla de fibras.



INDICACIONES

T-Diet 20/2 está indicado en patologías que cursen con desnutrición o riesgo de desnutrición calórico proteica.

REPARTO ENERGÉTICO

PROTEÍNAS 20 %	20 g / brik	Proteína de la leche Proteína Vegetal
CARBOHIDRATOS 49 %	49,2 g / brik	Maltodextrina
LÍPIDOS 31 %	13,6 g / brik	Aceite Vegetal
MEZCLA DE FIBRAS	5 g / brik	Soluble (80 %) Insoluble (20 %)

T-Diet CUBRE LAS NECESIDADES DIETÉTICAS DIARIAS EN VITAMINAS, MINERALES Y OLIGOELEMENTOS.

SABOR	C.I.	PRESENTACIÓN
CAFÉ	501791	CAJAS con 24 Briks de 200 ml
LECHE MERENGADA	501825	
SABOR VAINILLA	501833	

VEGENAT®

Ctra. Badajoz - Montijo, Ex 209, km 24
06184 Puelblonuevo del Guadiana (Badajoz)
www.vegenat.com - vegenat@joca.es
Línea de Atención al Profesional: 900 21 43 50

T-Diet Nueva marca de VEGENAT en Nutrición Clínica



nos se encuentren enfermos o físicamente impedidos, postrados en cama, imposibilitados para controlar sus esfínteres, necesitados de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria más elementales como lavarse, peinarse o comer sin ayuda, nada de todo esto los transforma en pacientes incompetentes sino en pacientes extremadamente vulnerables, por lo que precisamente requieren de una protección especial.

• La no discriminación arbitraria por razones de edad y la desigualdad en las condiciones de vida

El principio de la no discriminación arbitraria es un acuerdo internacional (recogido en diferentes textos) por el cual se prohíbe y se considera contrario tanto al derecho como a la ética “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en características de los sujetos tales como su edad, sexo, situación socioeconómica, identidad sexual, etc., y cuyo fin o efecto sea la abolición o el menoscabo del reconocimiento, el goce o el ejercicio de los demás derechos esenciales”⁽⁶⁾.

Cuando una discriminación se funda en el prejuicio, no tiene base racional y el elemento más característico de ese grupo al que se discrimina no es otro que el de su situación debilitada y vulnerable, pasa a ser un comportamiento completamente arbitrario y exento de todo tipo de justificación moral, siendo esto lo que, sin lugar a dudas, sucede con los ancianos: un grupo amenazado por casi todas las formas de discriminación arbitrarias, de ahí que en las diferentes declaraciones que sobre los derechos de los ancianos se han enunciado o promulgado, insistan tanto en que no sean discriminados en razón de su vejez.

Creo que es preciso insistir en esta idea. En la mayoría de los países del mundo los

ancianos viven constantemente diversas formas de discriminación arbitraria.

Los actos violentos contra las personas mayores, como agredir o golpear físicamente; los descuidos en la alimentación, higiene, el vestido, la administración incorrecta de medicamentos o la falta de atención sanitaria; os abusos psicológicos, como humillaciones, mantenimiento silencios ofensivos, aislamiento provocado o amenazas de abandonarlos o de ingresarlos en una institución; violaciones de derechos civiles como, por ejemplo, el de la intimidad, la confidencialidad o el de la libertad; los abusos económicos, como robos del dinero en base a la confianza puesta en otras personas, etc., no son más que ejemplos de una realidad cotidiana⁽⁷⁾.

Pero aún puede haber más, y de verdad que siento tener que enunciarlas en este foro de profesionales, pero precisamente, por eso, porque somos profesionales, hay que decirlo más fuerte. El paciente anciano no tiene ni siquiera, en muchas ocasiones, la posibilidad de gestionar, de modo individual, aquello que tiene que ver con su propio proceso de salud.

Padecer una sordera, incluso ligera, y no oír bien las indicaciones del médico o de la enfermera, o no tener la posibilidad de asistir a la consulta si alguien no le lleva, son razones que impiden a muchos ancianos ejercer su derecho a la salud, a la autonomía y al mantenimiento de la dignidad más elemental. Desde el punto de vista profesional, es importantísimo no caer en una situación, por desgracia, bastante corriente: reconoce implícitamente la representación familiar, sin plantearnos si existe o no realmente una incompetencia por parte de la persona anciana.

Tantas veces como nos dirigimos al familiar y no al anciano, consideramos que exage-

Cuando una discriminación se funda en el prejuicio, no tiene base racional y el elemento más característico de ese grupo al que se discrimina no es otro que el de su situación debilitada y vulnerable, pasa a ser un comportamiento completamente arbitrario y exento de todo tipo de justificación moral.

ra, que no recuerda o que inventa, sencillamente porque así nos lo dicen quienes le cuidan, tantas veces estamos poniendo en riesgo el ejercicio legítimo de los derechos de esa persona. Nuestro buen juicio profesional es el que ha de servirnos como elemento discriminatorio para dilucidar si sus caídas o lesiones son accidentales o si su desnutrición tiene realmente una explicación que lo justifique.

• El derecho a la calidad de vida y las razones de aplicar o suspender determinados tratamientos

El concepto “calidad de vida” es una de las construcciones sociales que mayor interés ha producido en las ciencias de la salud, en la ética y en la economía, entre otros ámbitos. Tres son las perspectivas que permiten su abordaje: experiencia consciente de bienestar; satisfacción de necesidades de acuerdo a los deseos o preferencias de las personas y realización de ideales específicos⁽⁸⁾.

La Bioética ha hecho grandes esfuerzos por conceptualizar la calidad de vida, procurando objetivar este término, y “sosteniendo que pueden realizarse juicios sobre la calidad de vida de las personas teniendo por base una intersubjetividad observable, es decir, después de la observación de hechos materiales acerca de una persona referidos a su mente, su cuerpo, sus capacidades funcionales y su ambiente”, pero lo cierto es que “una noción total de la calidad de vida de una persona no se reduce a una sola propiedad, como la felicidad o la satisfacción de sus preferencias, sino que está compuesta de diferentes elementos que son los que contribuyen a que esa vida sea buena para cada persona”^(1, 8-10).

Desde el punto de vista de las decisiones clínicas, los juicios sobre la calidad de vida han de tener en cuenta cómo las condiciones de vida del paciente afectan al valor que para éste tiene la vida, en especial cuando esas decisiones clínicas tienen que ver con los tratamientos que mantienen la vida, ya sean que las tome un paciente competente o el representante de un paciente incompetente.

Estos juicios de calidad de vida son extremadamente difíciles de efectuar respecto de pacientes ancianos ya que existe una especie de “conciencia social” acerca de la vida del anciano como subvalorada: le queda menos tiempo que a los individuos más jóvenes, ha ido perdiendo capacidades, ya no trabaja, no puede tomar unas decisiones porque depende de otros.

No se trata de un tipo de vida deseable para los demás. Estas ideas pueden inducir ciertos juicios de valor sobre las personas ancianas que pueden influir en la suspensión o el rechazo de tratamientos médicos, basados en no mantener una vida que ya tiene poco sentido y, si bien esa situación libera en ocasiones a los ancianos del riesgo de encarnizamiento terapéutico, también los puede poner al borde de lo que algunos han dado en llamar la eutanasia social.

Pocas veces la persona anciana tiene la posibilidad de opinar sobre la calidad de su vida⁽¹⁰⁾

La importancia del principio de autonomía ha de llevarnos a los profesionales a observar, y a diferenciar si fuera posible, cuándo ciertas decisiones tomadas, en principio, por las personas de mayor edad sobre rechazo de tratamientos son decisiones libres y autónomas y cuándo, en realidad, pudieran haber sido tomadas como consecuencia de un estado de depresión, tristeza extrema o abandono.

El riesgo de acceder a lo manifestado por el anciano sin saber si se trata de una voluntad real o no pueden llevarnos a los profesionales a tomar decisiones injustas.

De igual modo, presumiendo la incompetencia del paciente anciano, las decisiones sobre el rechazo de tratamientos médicos tomadas por otros, ha de contemplar el criterio objetivo del concepto de calidad de vida del propio paciente, al menos en la medida en que eso sea posible.



La dignidad de la muerte

El concepto que acabamos de tratar sobre la “calidad y dignidad de la vida” ha traído consigo, igualmente, la estimación de la “dignidad de la muerte” y del proceso de morir como acontecimientos íntimos y particulares del proceso de vivir de cada persona. Pero dicho esto, también hay que tener en cuenta que el concepto de la “dignidad de la muerte” o, dicho de otra manera, del “bien morir”, puede tener un sentido equívoco:

a) se puede entender que una conducta respeta este principio cuando se cuida, se acompaña, se asiste física, psicológica y espiritualmente al enfermo en situación terminal o al moribundo,

b) pero también puede entenderse que, en busca del cumplimiento de ese fin del bien morir, la evitación del encarnizamiento terapéutico, no iniciando o retirando tratamientos fútiles, son también soluciones moralmente justificables y defendibles. El interés de un colectivo profesional, como puede ser el de las enfermeras y enfermeros, por evitar a los pacientes seguir sufriendo en situaciones donde no hay ninguna expectativa posible ni remota de tratamiento o tener una agonía indigna y cruel, sólo es muestra

de coherencia y compromiso y responsabilidad para con su función social: el desempeño de un comportamiento ético (el cuidado excelente), basado en una virtud moral (la solidaridad y la preocupación por las personas), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y del que se es responsable.

BIBLIOGRAFÍA

1. VIVANCO MARTÍNEZ A F. *Los derechos de los ancianos. La paradoja bioética de la ancianidad en la perspectiva de los derechos de tercera generación*. Santiago: Ars Médica, 2003. 8 (8):189-214.
2. ABELLAN V. *Los derechos humanos en la Unión Europea*. En: Marzal A. (ed). *Los derechos humanos en la Unión Europea*. Barcelona: Bosch; 2002.
3. URIBE D. *La tercera generación de los derechos humanos y la paz*. Madrid: Plaza & Janés; 1983.
4. PÉREZ LUÑO, A E. *Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución*. Madrid: Tecnos; 2005.
5. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>
6. KRAUT A J. *Los derechos de los pacientes*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot; 1997.
7. LÁZARO DE NOGAL M, RIBERA CASADO J M. *El anciano: una víctima fácil para el abuso y el mal trato*. En: Ferrer J J, Martínez J L (editores). *Bioética: un diálogo plural*. Homenaje a Javier Gafo Fernández, SJ. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2002.
8. BALADERAS CUCURELLA M. *Calidad de vida y principios bioéticos*. En: AAVV. *Bioética y Calidad de Vida*. Santa Fe de Bogotá: El Bosque; 2000. J
9. SUARDÍAZ PARERAS J H. *Fundamentación antropológica del concepto calidad de vida*. *Revista Vitral*. N° 60. Año X. marzo-abril 2004.
10. A LOLAS STEPKE F. *Envejecimiento y vejez: desafío bioético y calidad de vida*. En: Acosta Sariago J R. (ed). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario; 2003.

CONCLUSIÓN

El buen profesional es el que ejerce su profesión con diligencia, desarrollando las actividades necesarias y poniéndolas plenamente al servicio de la sociedad y en este debate sobre los derechos de las personas ancianas o de mayor edad no hay que bajar la guardia en ningún momento. La vulnerabilidad de la ancianidad implica una exigencia de atención y cuidado extrema, en la que no sólo es preciso pelear por el reconocimiento de sus derechos, sino por traducirlos en comportamientos verdaderamente respetuosos con la vida y la salud de esas personas a los que se les debe profundo respeto ya que dieron todo de sí y de los que se puede seguir aprendiendo por su experiencia y sabiduría.

La ética de la comunicación con los mayores: TODO UN ARTE

Dr. Jesús Sánchez Martos

Catedrático de Educación para la Salud
Universidad Complutense de Madrid

Con sólo observar a nuestro alrededor y sin necesidad de desarrollar un riguroso proceso de investigación, nos podemos dar cuenta que con la labor de todos, y no sólo de los profesionales sanitarios, estamos convirtiendo a la población general y especialmente a “nuestros mayores” en un conjunto de pacientes, en muchas ocasiones incluso hipocondríacos, al menos desde lo que podemos denominar como “salud sentida” o “enfermedad subjetivada”; aunque en realidad no padezcan ningún trastorno en su organismo, cada vez con más frecuencia se nos ofrece la “piedra filosofal del envejecimiento saludable”, en forma de medicamentos y chequeos muchas veces innecesarios.

Hoy, para llegar a vivir más y mejor, según nos lo tratan de vender, es necesario tomar ácido acetil salicílico, la mayor parte de las veces en forma de Aspirina o cualquier otro antiagregante plaquetario, con el objetivo de evitar el desarrollo de una enfermedad tromboembólica o un infarto de miocardio, aunque la población general desconozca las pautas de su administración y los riesgos de su consumo diario.

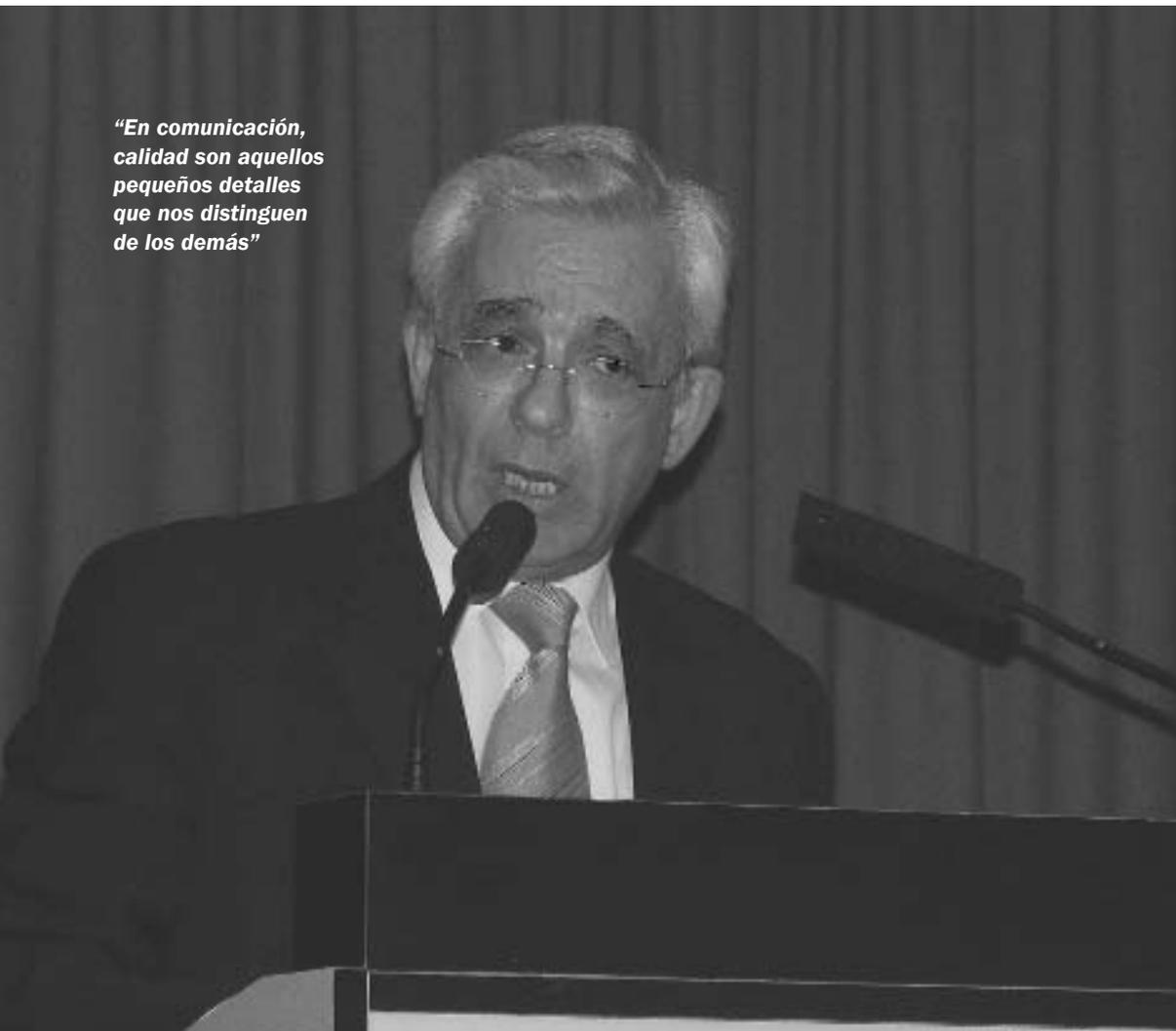
Hoy además, si queremos mantener a raya nuestro colesterol (siempre se refieren al “malo” por supuesto), las propias Sociedades Científicas, que desde luego son por las que todos “debemos regirnos”, aconsejan tomar el medicamento preciso para evitar superar ese “nivel de seguridad” que con frecuencia van disminuyendo los expertos haciendo casi imposible mantenerlos con unos hábitos de vida totalmente saludables. ¡Y claro está que lo hacen por nuestro bien!, con el fin de dismi-

nuir la morbi-mortalidad, consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, que como todos sabemos siguen constituyendo la primera causa de “muerte evitable” en España y en el resto de los países industrializados.

Hoy, si queremos ser más felices y evitar caer en manos de cualquier enfermedad mental como por ejemplo una depresión, lo mejor será tomar cualquier ansiolítico o incluso un antidepresivo de última generación, al menos si hacemos caso a la publicidad que nos trata de vender estos medicamentos como “los fármacos de la felicidad”. Y si de felicidad se trata, también habrá alguien que nos garantice el vigor sexual necesario para conseguirla, eso sí gracias a la famosa “píldora azul” o a sus análogos.

Hoy, momento en el que todos insistimos en que la obesidad es la verdadera epidemia del Siglo XXI, igual que lo fue en la última déca-

*“En comunicación,
calidad son aquellos
pequeños detalles
que nos distinguen
de los demás”*



da del Siglo XX, todavía estamos pendientes de que las propias autoridades sanitarias la acepten como una enfermedad. Y mientras tanto, confundiendo la enfermedad con la estética, las personas obesas confían en toda clase de dietas y pastillas milagrosas y en las clínicas que ofrecen el balón intragástrico o la cirugía bariátrica como la solución definitiva a un problema en el que resulta fundamental la modificación de hábitos de vida, siempre atendiendo a la “medicina basada en la evidencia”.

Y si quiere dormir mejor, un somnífero. Y si tiene cefalea, lo mejor un paracetamol o cualquier otro analgésico. Y si tiene alergia, o al menos el ciudadano en cuestión cree que la padece, pues un antihistamínico, eso sí, de los de última generación porque son los que menos efectos secundarios tienen. Y si padece una ligera dispepsia, pues ya no un antiácido, que también tiene sus efectos secundarios, sino el último inhibidor de la bomba de

protones que, cómo es lógico, si es más caro, será mucho mejor.

Y si ha padecido cualquier golpe o un dolor lumbar, mejor que hacer un diagnóstico diferencial en la consulta del médico de cabecera, el de familia en el Centro de Salud, pues a tomar cualquier antiinflamatorio de los que libremente se publicitan en los medios de comunicación, aún a pesar de poder padecer una hemorragia digestiva, aunque eso no lo diga la publicidad como es lógico. Y ahí tenemos a un gran número de ciudadanos tomando ibuprofeno, sin saber que están poniendo en riesgo la salud de su mucosa gástrica, mientras que otros, los “más informados”, añaden a su autotratamiento un protector gástrico en forma de omeprazol o similar.

Y hoy, para colmo de males, ya no sólo parece indispensable beber una copita de vino en la comida y otra en la cena si no que-

remos desarrollar una enfermedad cardiovascular aunque nos declaramos abstemios, sino que la cerveza, el cava, el champagne, y como dicen algunos expertos, “todo el alcohol tomado con moderación”, nos ayudará a vivir más y mejor, pero olvidando siempre que en el 65 % de los casos de violencia en todos los sentidos, y también con los mayores, el consumo de alcohol y especialmente el de vino, es el verdadero protagonista. ¿No estamos también medicalizando a la población al aconsejar el consumo de vino como un verdadero medicamento?

Hoy, aunque todavía con asombro, podemos asistir a cosas tan irracionales como las que se ofrecen a través del programa televisivo “Cambio radical”, con el que trata de deleitarnos las noches Antena 3, y en el que se transmite a la población general que todo vale para poder llegar a estar más guapo y más joven, incluso sin importar el número de intervenciones quirúrgicas a las que se deba someter y que por supuesto siempre engendran algún riesgo, aunque los creadores y responsables del programa quieran desmerecer este importante punto.

Bueno, y si tiene la mala suerte de padecer un cáncer, seguro que alguien le aconsejará que lo mejor es tomar marihuana, incluso en forma de porros, para evitar los efectos secundarios de la quimioterapia; y esto es así porque algunos expertos, aún sin llegar a demostrarlo con el rigor que exige la ciencia, siguen aconsejando esta sustancia, que desde luego no medicamento, incluso para el tratamiento de la esclerosis múltiple, olvidando que recientemente la pro-

pia FDA, tantas veces citada por todos, especialmente cuando interesa, acaba de emitir un informe en que asegura que no existen estudios científicos que avalen el uso de esta droga como medicamento.

Hoy incluso, un gran sector de la población femenina entiende que gracias a la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano, presentada por los medios de comunicación como la vacuna eficaz contra el cáncer genital femenino, no existe riesgo de contagio y que por tanto puede prescindir del uso del preservativo en sus relaciones sexuales. Algo parecido a lo que está ocurriendo entre los jóvenes y los “no tan jóvenes”, que entienden que al poder disponer de la “píldora del día siguiente”, tienen libertad en sus prácticas sexuales, olvidando el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual.

Hoy, con el fin de mantener un mejor grado de salud, resulta más conveniente para un amplio sector de la población consumir alimentos enriquecidos con Omega 3, aunque en realidad no sepan en que consisten estos ácidos grasos. Pero, además de ser más caros, aspecto esencial en la teoría de consumo, la publicidad los ofrece como la solución o al menos como la alternativa a una alimentación equilibrada, base de nuestra emblemática dieta mediterránea.

Y si a todo esto añadimos que la nueva Ley del Medicamento permite el acceso a los que no necesitan receta a través de Internet, las cosas se nos ponen realmente difíciles a quién creemos firmemente en el poder que tiene la información adecuada, la comunicación eficaz y en definitiva, la educación para la salud.

Pero además de la medicalización sensu estricto, hemos de tener presente que vivimos un momento en que la mayoría de la población se siente más segura cuantas más pruebas diagnósticas se realicen, aún a costa de su coste, algo que desde luego desconocen, y de las molestias que les puedan

ocasionar. Hoy, para un gran sector de la población, es mucho mejor y está mucho más capacitado el profesional que diagnostica un simple esguince con una Resonancia Magnética Nuclear, que aquél que lo hace por experiencia clínica a través de una exploración. Hoy es mejor acudir a un servicio de urgencias, donde practican todo tipo de pruebas, que acudir a la consulta de urgencias en el centro de salud.

Y es que no sólo estamos contribuyendo todos, cada uno con nuestro personal “granito de arena”, a convertir a los ciudadanos en un conjunto de pacientes, sino que les estamos enseñando a practicar el “auto-diagnóstico” y la “automedicación”, aunque desde algunos sectores ya se han adelantado desde hace unos diez años a definir la importancia que cobra para un Sistema Sanitario avanzado como el nuestro, la “automedicación responsable”.

Por otra parte, cada vez son más los señuelos en los que muchos ciudadanos caen con frecuencia, con los que se trata de vender un “chequeo de salud” en una de las cada vez más frecuentes “clínicas antienvjecimiento”, o mejor dicho, “antiaging” porque el marketing también es importante. En muchas ocasiones se trata de hoteles reconvertidos, en los que no sólo se ofrece un chequeo completo que viene a durar una semana o diez días en régimen de pensión completa, sino que se atreven a medicalizar al ciudadano para que no se convierta en paciente incluso con “hormonas antienvjecimiento”, aún sin disponer de los estudios suficientes que avalen estos tratamientos. Pero la verdad, es que el ciudadano quiere vivir más años y además poder disfrutarlos, aunque para ello se tenga que convertir en un verdadero paciente.

Hoy, aunque todavía con asombro, podemos asistir a cosas tan irracionales como las



que se ofrecen a través del programa televisivo “Cambio radical”, con el que trata de deleitarnos las noches Antena 3, y en el que se transmite a la población general que todo vale para poder llegar a estar más guapo y más joven, incluso sin importar el número de intervenciones quirúrgicas a las que se deba someter y que por supuesto siempre engendran algún riesgo, aunque los creadores y responsables del programa quieran desmerecer este importante punto.

Y es precisamente aquí, donde debe nacer nuestro ejercicio de autorregulación

Hoy el profesional sanitario está asistiendo a un verdadero cambio de la población, un ciudadano mucho más informado, aunque la mayoría de las veces “mal informado” a través de Internet y los medios de comunicación social. Un paciente que al estar más informado es mucho más demandante de pruebas diagnósticas que en una gran mayoría de ocasiones no son necesarias o al menos no son imprescindibles.

como profesionales y nuestra propia responsabilidad en el noble ejercicio de la profesión sanitaria. ¿Es necesario, es correcto, es imprescindible dar información al paciente, toda la información con el fin de que pueda llegar a vivir más años y mejor?

Pues desde mi modesta opinión, un “sí” rotundo aunque con algunos matices, como sucede con la mayoría de las aseveraciones. El ciudadano tiene el derecho por Ley, a recibir toda la información que tenga que ver con el fomento de su salud y la prevención de la

enfermedad. Y el paciente, que también es ciudadano, por la misma Ley que ya nace de la propia Constitución Española, tiene el mismo derecho que nosotros no podemos negarle. Cada vez es más cierto, de acuerdo con la mayoría de los especialistas en Salud Pública, Medicina Preventiva y Educación para la Salud, que “un ciudadano bien informado es más difícil que enferme y que un paciente bien informado es más fácil que se cure o al menos que se recupere”. Pero eso no quiere decir que el ciudadano sano o el ciudadano enfermo, también denominado “paciente”, tenga que automedicarse, algo que sucede cada vez con más frecuencia en nuestra sociedad de consumo, donde parece interesar que fomentemos un exagerado culto al medicamento.

Por otra parte, también conviene recordar que las mismas leyes deben garantizar la información que reciben los ciudadanos y sin embargo éstos en innumerables ocasiones, con mucha más frecuencia de la deseada, en lugar de consultar a su médico de cabecera o su profesional de enfermería en el Centro de Salud, asisten a la consulta del Dr. Google o la del Dr. Yahoo, que nunca tienen listas de espera y que gratuitamente ofrecen todo tipo de información a través de páginas y páginas que no cuentan con el soporte del más mínimo rigor científico.

Y no olvidemos que desde la desgraciada crisis sanitaria del “aceite de colza” de principio de los ochenta, seguida en el tiempo por la “falsa epidemia de meningitis” en 1997, el mal de las vacas locas en 2001, la peste porcina, el aceite de orujo, la neumonía asiática y ahora incluso la mortífera gripe aviaria, que según muchos expertos acabará con gran parte de la humanidad, los medios de comunicación descubrieron la clave del éxito de las audiencias en radio y televisión y de las ventas en periódicos y revistas, siempre que la salud, mejor dicho la enfermedad, sea la protagonista de la historia. ¡Y es que la verdad, es que nadie quiere estar enfermo! Precisamente las noticias de salud y enfermedad son las más demandadas por la sociedad en general, por

encima de las políticas, en la mayoría de las encuestas de opinión.

Dicho de otro modo, hoy el profesional sanitario está asistiendo a un verdadero cambio de la población, de ciudadanos y pacientes que debe atender en la consulta de Atención Primaria o la de la Atención Hospitalaria; un ciudadano mucho más informado, aunque la mayoría de las veces “mal informado” a través de Internet, la red de redes sin leyes, y los medios de comunicación social. Un paciente que al estar más informado es mucho más demandante de pruebas diagnósticas que en una gran mayoría de ocasiones no son necesarias o al menos no son imprescindibles.

Si a esto añadimos la práctica, cada vez más habitual en los países desarrollados, de lo que se viene denominado como “medicina defensiva”, no sólo para evitar las cada vez más frecuentes agresiones, físicas o psíquicas, de algunos ciudadanos inconformistas con el Sistema, sino las continuas denuncias con las que algunas asociaciones justifican su “modus vivendi”, es lógico pensar que el profesional sanitario debe cambiar la forma de ejercer su profesión, entrenándose en materia de “comunicación eficaz”, una asignatura que sigue estando pendiente en todos los planes de estudio de la mayoría de los países que se autodenominan “desarrollados” y “modernos”.

El ciudadano en general y el paciente en particular tiene todo el derecho a recibir la información precisa y el profesional sanitario la obligación de ofrecérsela a través del ejercicio de su profesión. Y a esto se le denomina desde hace muchos años, desde los primeros trabajos del mismísimo Galeno, desde la Escuela de Salerno, Educación Sanitaria o Educación para la Salud, o incluso como acuñan los más modernos Educación Terapéutica. Aunque la verdad es que esta disciplina, verdadera estrategia para conseguir un mejor nivel de salud en la población para poder llegar a vivir más y mejor, no ha sido tenida en cuenta por los

propios profesionales sanitarios, ni por las diferentes sociedades científicas, hasta hace apenas 10 años. Sin embargo hoy, todos, profesionales, sociedades científicas, asociaciones, fundaciones, la industria farmacéutica e incluso los políticos, hablan sin cesar de la Educación para la Salud, aún sin conocerla y sin saber realmente en que consiste.

Hoy, todos queremos incluir la Educación para la Salud en nuestro ejercicio profesional. Incluso los propios profesionales de los medios de comunicación, y no digamos los Doctores Google y Yahoo, entendiendo que



¿Quiere esto decir que los profesionales de la salud deberían tener una formación específica en materia de comunicación y en las diferentes técnicas de marketing social y publicitario, para mejorar los objetivos propuestos de un programa de Educación para la Salud, así como para neutralizar adecuadamente y con rigor a quienes practican continuamente el arte de la “charlatanería”? Pues definitivamente, sí.

toda la información de salud, de enfermedad y de sanidad, venga de donde venga con tal de estar impresa en un “paper”, y sin tener en cuenta los intereses creados que en muchas ocasiones están en la “tramoya”, debe llegarle al ciudadano.

El papel que la comunicación ha tenido desde siempre, pero fundamentalmente en las últimas décadas, como verdadero elemento destacado en la estrategia de cualquier organización política, económica, social, y lógicamente sanitaria, es un hecho

que nadie pone en duda en el momento actual. En este sentido, Fernández del Moral nos recuerda que “ya no es la guinda que se coloca una vez terminada la tarta, es el ingrediente fundamental, el catalizador del cambio, la herramienta básica en la nueva planificación estratégica”.

Pero para conseguir que los medios de comunicación social puedan influir positivamente en el grado de salud de la población en general, se ha de trabajar en equipo multi e interdisciplinar y desde un punto de vista totalmente integrador, como realmente

Para conseguir que los medios de comunicación social puedan influir positivamente en el grado de salud de la población en general, se ha de trabajar en equipo multi e interdisciplinar y desde un punto de vista totalmente integrador, como realmente defiende nuestro Modelo Integrador de Educación para la Salud

defiende nuestro Modelo Integrador de Educación para la Salud que nace en la Universidad Complutense en 1990. Así los profesionales de la salud (enfermeros, médicos, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, podólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, ópticos, etc.) pueden contribuir a la consecución de los objetivos de los profesionales de los medios de comunicación y viceversa, siempre que ambos cuenten con un entrenamiento específico en este sentido.

Ciertamente los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes que necesita saber la población para adoptar una postura independiente y autorresponsable en la consecución de un adecuado nivel de salud, pero son exactamente los profesionales de la información quienes conocen los medios y las técnicas más apropiados para transmitir esos mensajes de la forma más atractiva y eficaz. Es decir, conocen el marketing, sus posibilidades y sobre todo, como presentar la Salud como una verdadera necesidad para la población general. Cuando todo esto falla o no se tiene en cuenta, (y prefiero no pensar en las luchas por las ventas y las audiencias), aparecen las consecuencias negativas de un mensaje mal elaborado, mal estructurado y sobre todo mal transmitido, en el que la percepción del receptor y el rumor juegan un protagonismo especial, confundiendo y en ocasiones incluso alarmando innecesariamente a la población general, como ocurrió en Febrero de 1997 con la meningitis meningocócica, por poner uno de los muchos ejemplos que pueden encontrarse en cualquier hemeroteca.

Algunos lo llaman “prensa amarilla” o “sensacionalista”, y en determinadas ocasiones no les falta razón. En el caso de la Salud, preferimos pensar en la falta de formación o de especialización específica. Pero de todos modos y sea como fuere, el resultado es muy similar: desconfianza, confusión, miedo, alarma social... y en definitiva, pérdida de la credibilidad del profesional de los medios o de la salud, o incluso de ambos. La falta de credibilidad de las autoridades sanitarias, la inexistente formación en comunicación de muchos profesionales de la salud y sobre todo la falta de rigor de la mayoría de los medios de comunicación social, fue sin lugar a duda la causa indiscutible de la innecesaria pero cierta “alarma social” de la población ante el incremento de los casos de meningitis en nuestro país.

¿Quiere esto decir que los profesionales de la salud deberían tener una formación

específica en materia de comunicación y en las diferentes técnicas de marketing social y publicitario, para mejorar los objetivos propuestos de un programa de Educación para la Salud, así como para neutralizar adecuadamente y con rigor a quienes practican continuamente el arte de la “charlatanería”?. Pues definitivamente sí. Si nuestros objetivos contemplan no sólo la modificación de conocimientos, sino también de actitudes, hábitos y comportamientos saludables, así debería de ser.

En la misma línea de reflexión: ¿quiere esto decir que los profesionales de los medios deberían asimismo tener una formación específica en materia de salud y su divulgación para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y evitar las tan frecuentes alarmas sociales, así como la “cancha” que se les da a los “charlatanes” sin argumentos científicos? De nuevo definitivamente sí, de la misma forma que ocurre en materia de deporte, economía o política por poner algunos ejemplos.

Esa “comunicación eficaz” es especialmente necesaria cuando una vez hayamos sucumbido a la enfermedad, estemos ingresados en un hospital. En este caso también los profesionales sanitarios deberíamos contar un adecuado entrenamiento en las más sencillas técnicas y habilidades de comunicación.



Seguro, o al menos es lo que postulo desde hace muchos años, que con la adecuada y necesaria información, desde el rigor y la formación por supuesto, el ciudadano llegará a entender que no todo se soluciona con medicamentos, al tiempo que sabrá discernir y podrá llegar a entender por ejemplo, que la comunicación con los demás, el agua, la alimentación saludable y la práctica regular y moderada de ejercicio físico, son los verdaderos medicamentos, los más eficaces, los que menos efectos secundarios tienen y los más baratos, aún recordando siempre que no existe el “riesgo cero”. Claro, que quizá por eso,

hayamos sucumbido a la enfermedad, estemos ingresados en un hospital. En este caso también los profesionales sanitarios deberíamos contar un adecuado entrenamiento en las más sencillas técnicas y habilidades de comunicación.

Y en este sentido, y sin ánimo de ofender a nadie, permítame el lector que en voz alta aunque a través de la escritura, trate de reflejar mis sentimientos como futuro paciente de un Sistema que necesita más humanización que tecnificación. Como les digo a mis alumnos en mi última clase de curso, cuando les quedan apenas dos meses para gozar de su maravillosa profesión con total dedicación y vocación, aspectos que siempre doy por supuestos, lo más probable es que nos podamos encontrar en un hospital. Ellos, ustedes, como verdaderos profesionales, y yo, postrado en la cama de “mi habitación”, como paciente. Y a buen seguro que no seré un paciente resignado y temeroso del Sistema, porque al conocer mis derechos, reclamaré que se cumplan todos, uno a uno, del mismo modo que trataré de cumplir con mis obligaciones, que en el momento en que esté ingresado serán más bien pocas, porque con certeza las habré cumplido y con creces a lo largo de toda mi vida fiscal.

Haciendo honor a la verdad no me gustaría que a nadie, y tampoco a mí, se le molestara en la intimidad de su habitación, en la que está ingresado quizá compartiendo unos pocos metros cuadrados y el cuarto de baño con un desconocido, pero que a pesar de ello sigue siendo “su habitación”. Nunca entenderé que el mero hecho de vestir una bata blanca o un pijama también blanco o de otro color, pero siempre clínico, nos dé derecho a los trabajadores de un hospital a abrir la puerta sin llamar. Yo no sé a usted, pero a mí jamás me han abierto la puerta de la habitación en un hotel sin que concediera el permiso necesario. ¿Y no es lo mismo? ¡Vaya que sí!

Estoy seguro de que tampoco me veré nada favorecido con esos “pijamas” o “cami-

Desde la reflexión que entiendo obligada como profesional sanitario, enfermero y médico que soy, ¿por qué no contar con un verdadero “código ético de la comunicación”, aceptando ni más ni menos que “la comunicación es un verdadero arte”? Un arte que se debe siempre impregnar de la ética necesaria en el ejercicio de nuestra profesión, especialmente si se trata de “nuestros mayores”.

por ser los más baratos y los de mayor accesibilidad, no son tenidos en cuenta como eficaces para mejorar nuestro estado de salud y poder llegar a vivir más años y con mejor calidad de vida. Bueno, la verdad es que ¿a quién interesa promocionar y publicitar estos “medicamentos”? ¿Quién se puede beneficiar del consumo de estos “medicamentos naturales”, entre los que la “comunicación eficaz” cobra un verdadero e indiscutible protagonismo”?

Pero también esa “comunicación eficaz” es especialmente necesaria cuando una vez



sones” que tienen a bien entregar en el hospital cuando ingresan a un paciente y que en algunos casos son de obligado cumplimiento aunque no de su agrado, aludiendo que “lo siento, pero son normas del hospital”. Pero, ¿quién ha sido capaz de poner unas normas por las que se obliga a alguien que ya ha cumplido con sus obligaciones, a vestir una prenda que no es de su agrado? ¿Es que el pijama que ha adquirido el gerente de un hospital, pero que estoy seguro no se ha probado, influye en la curación de la enfermedad? No, absolutamente, no.

Sin embargo, lo que sí es cierto es que el “pijama personal”, el de cada uno, con el que el enfermo se siente a gusto porque es de su talla y del color que a él le agrada, sí que influye de una forma clara y decidida en la “curación del enfermo”, más que de la propia enfermedad.

Estoy plenamente convencido de que este punto, controvertido o no, debería estar incluido en lo que denominamos ahora como “medicina basada en la evidencia”; evidencia humana, pero evidencia al fin y al cabo; y si no, que le pregunten a los enfermos.

Y un par de reflexiones en torno a todo lo dicho. Si queremos contribuir a garantizar la calidad de la información que de sanidad, de salud y enfermedad recibe la población general a través de los diferentes medios de comunicación social, cada vez es más necesario contar con una “Agencia de seguridad de información de la Salud”, que pudiera velar por los intereses en salud de todos los ciudadanos. No se trata de regatear ni censurar a nadie su libertad de expresión, que siempre ha de ser considerada y garantizada dentro de un “marco constitucional”, sino de evitar en la medida de lo posible aquellas informaciones o publicidades que pueden contribuir a generar una alarma social innecesaria, o informaciones imprecisas y con “ciertos intereses”, aclarando desde esa hasta ahora “ficticia” agencia y siempre con la voz de los expertos y las sociedades científicas, los aspectos que se entien-

dan necesarios. En definitiva, una contribución más a la Educación para la Salud de la población general y un garante legal de la información que recibe a través de los diferentes medios de comunicación social.

Y para terminar y desde la reflexión que entiendo obligada como profesional sanitario, enfermero y médico que soy, ¿por qué no contar con un verdadero “código ético de la comunicación”, aceptando ni más ni menos que “la comunicación es un verdadero arte”? Un arte que se debe siempre impregnar de la ética necesaria en el ejercicio de nuestra profesión, especialmente si se trata de “nuestros mayores”.

Un código ético que recoja el principio fundamental de “primun non nocere”, siempre con la libertad garantizada en nuestro proceso de comunicación, defendiendo la verdad y desde el rigor científico, respetando las creencias de nuestros pacientes y su familia, dedicando el tiempo necesario a cada persona, con una comunicación individualizada, pero sin olvidar a la familia, y estableciendo ese contacto con verdadero “tacto”, para conseguir al final, hacer fácil lo difícil a los demás.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Areal, M.: El proceso comunicativo. Excma. Diputación de Pontevedra, 1999.
- Fernández del Moral, J.: Introducción al estudio de la comunicación en la empresa. Madrid: DIRCOM (Asociación de Directivos de la Comunicación), 1995.
- Instituto de Información Sanitaria, CIS. Barómetro Sanitario 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE n. 102 de 29/4/1986.
- Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM n. 306 de 26/12/2001. BOE n. 55 de 5/3/2002.

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de la Comunidad de Madrid. BOE n. 274 de 15/11/2002.

Martínez Segura, P.: Medios de Comunicación y Salud. Informe Sespas 2002: La salud y el sistema sanitario en España. Sespas, 2002.

Palomo L. y cols.: Informe Sespas 2006: Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado". Gaceta Sanitaria, 2006; 20, Supl. 1

Quintana, Y.: Sociedad, Consumidores y Medios de comunicación social. Madrid. CEACU, 2004

Sánchez Martos, L. y Gamella Pizarro, C.: Estrategias de Educación y metodología educativa en Educación para la Salud. En: Sánchez Martos, J. y Mateo Tarí, R.: Los Profesores ante las drogas. Madrid. Prevención Escolar contra las Drogas, 1.994.

Sánchez Martos, J. y Gamella Pizarro, C.: La Educación para la Salud y los Medios de Comunicación Social. En: Rivera M.J., Walter, A. y García, A. Educación para la comunicación. Televisión y multimedia. Libro interactivo. Madrid: Corporación Multimedia, 2.002.

Sánchez Martos, J. y Gamella Pizarro, C.: La educación sanitaria como forma de prevención en geriatría. En: Ribera JM, Gil P. Prevención en geriatría ¿es posible? Clínicas Geriátricas. Editores Médicos, S.A. Madrid, 2.003:243-58.

Sánchez Martos, J. y Gamella Pizarro, C.: Educación diabética del paciente y su familia. En: Ribera JM, Gil P. La Diabetes Mellitus tipo2: un problema geriátrico en alza. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos, S.A. Madrid, 2.004:223-38.

Sánchez Martos, J.: Marco conceptual de la Promoción y la Educación para la Salud. En: Marqués, F., Sáez, S. y Guayta, R. eds. Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud. U.O.C. Barcelona 2.005: 25-61.

CÓDIGO ÉTICO DE LA COMUNICACIÓN PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- 1. Primum, non nocere**
- 2. Libertad al comunicar**
- 3. Decir siempre la verdad**
- 4. El rigor científico**
- 5. Respetar las creencias**
- 6. Dedicar el tiempo necesario**
- 7. Individualizar la comunicación**
- 8. No olvidar a la familia**
- 9. El contacto, "con tacto"**
- 10. Hacer fácil lo difícil**



ÉTICA y VEJEZ

PRESERVAR LA INTIMIDAD

CUIDANDO LO ÍNTIMO DEL ANCIANO

Raquel Buisán Pelay

Vocal de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC)
Presidenta del C.E.A.S. del Área 1: Hospital Virgen de la Torre y Atención Primaria
Experto en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid

Juan Carlos Delgado Antolín

Tesorero de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC)
Miembro del C.E.A.S. del Área 10: Hospital de Getafe y Atención Primaria
Experto en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid

Confío en saber conceptuar el término de “INTIMIDAD” e “ÍNTIMO” dentro del marco de la ética, no tanto en el aspecto teórico, sino dentro de la llamada “ética de la cotidianidad”, de la “ética de las pequeñas cosas”; decimos que las pequeñas cosas son las que nos hacen felices: llegar a casa, escuchar música, ir al cine, pasear, el calor del sol en invierno, el agua caliente en la espalda, tener a alguien que nos escucha sin juzgar, comer una manzana, reír, llorar, y dejo que cada uno de ustedes piense en aquellas cosas que le hacen feliz,... No son demasiado diferentes de una persona a otra, pero sí lo suficiente para saber que cada uno es un “ser único” y por encima de todo queremos que el “otro”, la sociedad, nos respete la posibilidad de poder seguir disfrutando de “esas pequeñas cosas” (recordemos a Serrat) de cada día porque ellas representan lo más profundo, nuestra esencia de personas únicas, nuestro “íntimo”.

Y si en el correr de los años disfrutamos de esas pequeñas cosas, claramente cuando llegamos a la ancianidad, la importancia de esas pequeñas cosas adquiere tal importancia, que es lo que nos hace seguir ilusionados ¿qué tiene que ver la ética con estas pequeñas cosas? Tiene mucho que ver... En los Comités de Ética de los Hospitales se plantean problemas de decisiones graves, de vida o muerte y es muy importante que se haga, pero ¿y las pequeñas decisiones del día a día, que no se ven tanto, ni salen en los diarios, ni en las actas, pero que si pueden vulnerar la intimidad, puede hacer que el anciano sufra mas si cabe, sobre todo cuando uno es indefenso, depende de los otros para

sobrevivir, temeroso de represalias si protesta?

Es este escenario de la Ética de lo Cotidiano, donde hemos centrado la exposición, porque consideramos que es en este medio donde se desarrolla el cuidado a las personas mayores, ya sea en Centro Socio Sanitario, Hospital, Centro ambulatorio y/o Atención Domiciliaría, proponiendo el acercamiento a la Ética de la Responsabilidad, como medio de resolución de conflictos con ponderación, prudencia y buen juicio. Mas adelante volveremos a estos conceptos, como propuesta para el cuidado de la intimidad de los ancianos.

INTIMIDAD:





El término intimidad tiene en nuestro idioma una historia muy curiosa. Aparece esporádicamente en la literatura clásica española de los siglos XVI y XVII, prácticamente siempre en textos de contenido religioso, en especial en obras de ascética y mística; con la palabra "intimidad" se designa entonces al lugar más recóndito del alma, en que uno se comunica secretamente con Dios. Será en el siglo XVIII cuando el término adquiere un sentido secular, aplicado generalmente a las relaciones amorosas o íntimas; Este es el sentido que se extiende a lo largo del siglo XIX. La Intimidad como derecho humano es mucho más reciente, apareciendo a lo largo del siglo XX. En España hasta la Constitución de 1978 no se reconoce como derecho; con ello se intenta proteger todo aquello que forma parte del dominio privado e íntimo de las personas, como la vida privada, el domicilio, la correspondencia, el honor, la reputación, etc. No ha sido hasta la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuando se ha legislado de forma clara sobre el derecho a la Intimidad.

La profesora Helena Béjar, comienza la introducción de su libro el "Ámbito de lo íntimo": *todos somos individuos únicos, todos vivimos en un espacio que ha de ser nuestro; el primer hombre que cerró una puerta para aislarse de su entorno, fundó la esfera privada. Así como la institución de la propiedad supuso la transición de la naturaleza a la cultura, la de la esfera privada permitió la separación del hombre respecto del grupo, el paso de la comunidad a la sociedad y, en consecuencia, el reconocimiento de la individualidad, la esfera privada es el lugar donde "el uno" toma conciencia de su existencia frente a "los muchos", el nido donde el individuo tiende a desarrollar sus potencialidades, lejos del ruido de la colectividad. Este es el llamado reino de lo "íntimo", donde sólo la persona en cuanto a individuo, tiene la potestad de dejar entrar al "otro".*

Como definición del concepto Intimi-

dad les presento la expuesta en la Guía Intimidad, Confidencialidad y Secreto Médico de la Fundación Ciencias de la Salud (2002):

Intimidad es el ámbito en que los seres humanos gestionan libre y privadamente su mundo de valores (religiosos, filosóficos, culturales, políticos, higiénicos, sexuales, económicos, etc.) y todo lo que tiene que ver, directa o indirectamente con ellos. El derecho a la intimidad protege de la intromisión no deseada de

"Todos somos individuos únicos, todos vivimos en un espacio que ha de ser nuestro; el primer hombre que cerró una puerta para aislarse de su entorno, fundó la esfera privada. Así como la institución de la propiedad supuso la transición de la naturaleza a la cultura, la de la esfera privada permitió la separación del hombre respecto del grupo, el paso de la comunidad a la sociedad y, en consecuencia, el reconocimiento de la individualidad, la esfera privada es el lugar donde "el uno" toma conciencia de su existencia frente a "los muchos", el nido donde el individuo tiende a desarrollar sus potencialidades, lejos del ruido de la colectividad."

otras personas en ese espacio sin consentimiento expreso del interesado. Por tanto tiene la condición de intimidad todo aquello que la persona considera como tal y no tiene porque estar expuesto al escrutinio público. El derecho a la intimidad es el derecho al control de los propios valores. En este escenario entran todos los datos referentes al cuerpo, a la salud, a la sexualidad, a la enfermedad, a la opción de vida y a la propia muerte.

¿Por qué es tan importante preservar la intimidad de las personas? El profesor de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense Dr. Miguel Sánchez, se hace esta pregunta y el mismo nos encamina a la respuesta a través de un recorrido por los campos de la etología, la antropología, la historia, la psicología, la política, la ética y la filosofía.

La etología: nos enseña que las especies animales superiores mantienen algunas

La antropología cultural muestra que todas las culturas humanas reconocen alguna forma de intimidad. Si bien es cierto que varía bastante lo que en cada cultura se considera íntimo, así como la manera de protegerlo. Así por ejemplo entre los varones “taureg” existe la costumbre de cubrirse la cara con un velo; este ocultamiento sirve para mantener una distancia que refuerza el orden social, protege frente a las intromisiones y facilita la resolución de conflictos.

pautas de comportamiento que son asimilables, aunque sea lejanamente a las conductas humanas motivadas por la intimidad. Así, muchos animales luchan por la defensa del territorio, mantienen conductas de evitación o aislamiento, o establecen asociaciones exclusivas con otros congéneres. Algún fundamento debe tener por tanto la conducta humana.

La antropología cultural muestra que

todas las culturas humanas reconocen alguna forma de intimidad. Si bien es cierto que varía bastante lo que en cada cultura se considera íntimo, así como la manera de protegerlo. Así por ejemplo entre los varones “taureg” existe la costumbre de cubrirse la cara con un velo; este ocultamiento sirve para mantener una distancia que refuerza el orden social, protege frente a las intromisiones y facilita la resolución de conflictos.

La historia de las mentalidades permite comprobar que los conceptos y las prácticas que afectan a la vida privada han estado siempre presentes en los distintos momentos históricos y que la idea sobre la intimidad es el resultado de tradiciones que evolucionan continuamente. En este sentido son famosos los estudios de Philippe Aries sobre la evolución de la vida privada en Occidente, según el cual el concepto occidental de “vida privada” tuvo su origen en la Edad Media, con el intervencionismo creciente del Estado, que como reacción potenció un fortalecimiento de la esfera privada y el inicio de la idea de inviolabilidad, la difusión de la lectura a través de la imprenta, que potenció la reflexión solitaria, las nuevas formas de religiosidad intimista.

Argumentos psicológicos: la intimidad es indispensable para el desarrollo psicológico y la maduración personal, para lo cual el individuo necesita disponer de un refugio de intimidad inexpugnable; es necesaria para establecer relaciones humanas significativas con otras personas, como la amistad, que consiste precisamente en intercambiar zonas de nuestra intimidad que se ocultan a los extraños. En el seno de nuestra intimidad elaboramos el concepto que tenemos de nosotros mismos y alcanzamos una autoestima y un concepto de nuestra valía; pero esta auto percepción debe tener estabilidad y ser capaz de resistir embates de las interacciones humanas, que están continuamente comprobando nuestra identidad y amenazando con cambiarla, ya que toda relación humana directa, además de beneficios, encierra riesgos para nuestra propia imagen, nos hace vulne-



rables. Es necesario pues que tengamos una reserva íntima que nos sirva como protección del yo y solo cada uno de nosotros sabemos cual es esa “reserva”, esa es la parte de “privacidad”, “lo íntimo”.

Argumentos sociológicos: en las distintas interacciones se precisa de un grado de intimidad distinto, por lo que es necesario “ajustar la distancia” entre las personas a cada situación: y la distancia entre sujetos es inversamente proporcional al conocimiento respectivo. Por eso el autoocultamiento forma parte de todas las interacciones sociales. Los individuos filtran la información que transmiten a sus interlocutores, con el objetivo de producir lo que se ha llamado “un conocimiento mutuo, con una finalidad determinada”. El individuo social proporciona suficientes claves de sí mismo para hacer posible la interacción, pero al mismo tiempo oculta lo suficiente como para no ser del todo predecible y así mismo disminuye la manifestación de sus preferencias y apegos emocionales para no quedar atrapado en compromisos no queridos. Todo ello permite adoptar un comportamiento más flexible y promueve la autonomía individual. La vida social consiste en el desempeño sucesivo de diferentes papeles por parte de cada persona, cada uno de los cuales resalta ciertas facetas y obliga a ocultar otras, no podríamos desempeñar nuestros papeles si no fuéramos de alguna manera desconocidos e impredecibles, para las personas con las que interactuamos. El control del acceso al propio pensamiento íntimo y a la información sobre nosotros mismos es necesario mantenerlo para lograr formas diferentes de relación con diferentes personas (pareja, hijos, alumnos, compañeros de trabajo, jefes, ...). Se puede llegar a sí a la conclusión de que ser persona es llevar una máscara que cambia en las distintas interacciones sociales y que la vida social sería extenuante si no pudiéramos escudarnos en un cierto desconocimiento mutuo. Ninguna relación humana podría sobrevivir si todos fuéramos transparentes y seguramente la propia vida social no podría perdurar si las personas se conocieran dema-

siado unas a otras. Este aspecto de la sociología de la intimidad tiene una realidad práctica en el cuidado de la intimidad y lo íntimo de los ancianos, como veremos más adelante.

Argumentos políticos: en el campo de la política, se puede decir que el respeto a la intimidad de los individuos es uno de los fundamentos de las sociedades liberales y democráticas, por el contrario en los regímenes totalitarios desprecian ciertas exigencias

En las distintas interacciones se precisa de un grado de intimidad distinto, por lo que es necesario “ajustar la distancia” entre las personas a cada situación: y la distancia entre sujetos es inversamente proporcional al conocimiento respectivo. Por eso el autoocultamiento forma parte de todas las interacciones sociales. Los individuos filtran la información que transmiten a sus interlocutores, con el objetivo de producir lo que se ha llamado “un conocimiento mutuo, con una finalidad determinada”.

de la intimidad individual en nombre de entidades supuestamente supraindividuales, como la nación, la raza, la revolución, la religión o simplemente la ley y el orden. Las ideologías antidemocráticas pueden justificar demasiado fácilmente la vigilancia y el control de los ciudadanos, pero la experiencia política de las últimas décadas ha permitido comprobar que el control opresivo que ejercen los gobiernos dictatoriales son una fuente de des-

contenido político y que resulta difícilmente soportable el espionaje de la vida privada, el control de las opiniones y la fiscalización de las conciencias. Parece por tanto que el disfrute de la intimidad y el derecho a preservar lo íntimo, contribuye de forma importante al bienestar político de los ciudadanos.

Argumentos filosóficos: son capaces de fundamentar la importancia de la intimidad. Parten del análisis de la libertad humana y de

Parece indudable que la libertad, la creatividad y la responsabilidad del individuo solo son plenas cuando se pueden ejercer autónomamente. Pero es un hecho que las sociedades humanas disponen de numerosos mecanismos de censura y uniformación de conductas. Las opiniones ajenas, y a veces hasta la simple mirada de otras personas, ejercen un enorme poder condicionante. Los individuos no podrían ser lo que son, y mucho menos aun, ser lo que quieren ser, si carecieran del refugio de su intimidad.

la capacidad de dar un sentido elegido a la propia vida. Parece indudable que la libertad, la creatividad y la responsabilidad del individuo solo son plenas cuando se pueden ejercer autónomamente. Pero es un hecho que las sociedades humanas disponen de numerosos mecanismos de censura y uniformación de conductas. Las opiniones ajenas, y a veces hasta la simple mirada de otras personas, ejercen un enorme poder condicionante. Los

individuos no podrían ser lo que son, y mucho menos aun, ser lo que quieren ser, si carecieran del refugio de su intimidad. No se puede ni siquiera concebir a la persona, sin un recinto de intimidad inaccesible. Es precisamente el valor primordial que tiene la intimidad para las personas lo que aconseja reconocerla como un derecho universal del individuo y así queda reflejado en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948.

Argumentos Éticos sobre la Intimidad:

Las consideraciones éticas también obligan a otorgar un valor primordial a la intimidad; los actos humanos auténticos se originan en la intimidad de la persona y el valor moral de un acto solo puede juzgarse desde la intimidad de su autor, por eso se ha llegado a pensar que “la intimidad convierte a las personas en agentes morales”. Además, la posesión de una intimidad única e irrepetible, es uno de los fundamentos de la dignidad moral, y basta para constituir a un ser humano en “un fin en sí mismo”. Recordemos que las alusiones literarias a la intimidad suelen referirse a ella como el aspecto más sagrado del ser humano. La literatura mística, por su parte, señala la intimidad como el lugar de encuentro con Dios; y sus metáforas típicas: “castillo interior” o las “moradas interiores”.

Los sistemas éticos más apropiados para proteger la intimidad de las personas, quizás sean los deontológico ó principialistas, ya que la intimidad es un valor que debe protegerse “en principio” con independencia del balance de principios y consecuencias, pero también es cierto que ningún sistema ético deontológico puede desatender totalmente las consecuencias de los actos y por ello, se puede limitar en alguna medida el derecho a la intimidad tomando en consideración sus posibles consecuencias negativas para la sociedad o para el propio individuo. Desde luego en esta ponencia no nos vamos a referir a este aspecto de la intimidad frente al daño a terceros, pero si queremos hacer una reflexión sobre aquellos aspectos de la intimidad que

pueden llevar, sobre todo a las personas ancianas al aislamiento y a la soledad, haciéndoles más vulnerables al intentar ocultar por completo un gran número de facetas humanas propias, que a veces le hace avergonzarse por deseos, actos, fantasías, sexo, experiencias del pasado, frustraciones, episodios de amor y desamor, que siendo comunes a casi todo el mundo, les hacen vivir con sensación de amenaza el que puedan ser conocidos por extraños.

Respetar la intimidad de la persona mayor es aceptar que no lo explique todo, que guarde para ella misma su pasado y cuidarla conociendo solo el presente, sin intentar comprender más allá de lo que de buen grado nos quiere transmitir, si bien es cierto que quizás nos queda la sensación de leer un libro empezando por el penúltimo capítulo y de ahí la importancia de incluir en la valoración de necesidades y/o patrones la “historia de vida”, donde queden reflejados los valores y creencias que el anciano nos quiera transmitir, pero solo como medio para lograr un cuidado ajustado a la preservación de la intimidad y que facilite la comprensión de algún comportamiento, ya que una relación de cuidado excesivamente celosa de la intimidad puede ser dificultosa y resultar demasiado excluyente para el cuidado integral de los ancianos.

Hasta aquí el concepto teórico de la intimidad, pero déjenme que le presente un gráfico, donde podamos acercarnos a la intimidad como algo unido a la persona en su cotidianidad:

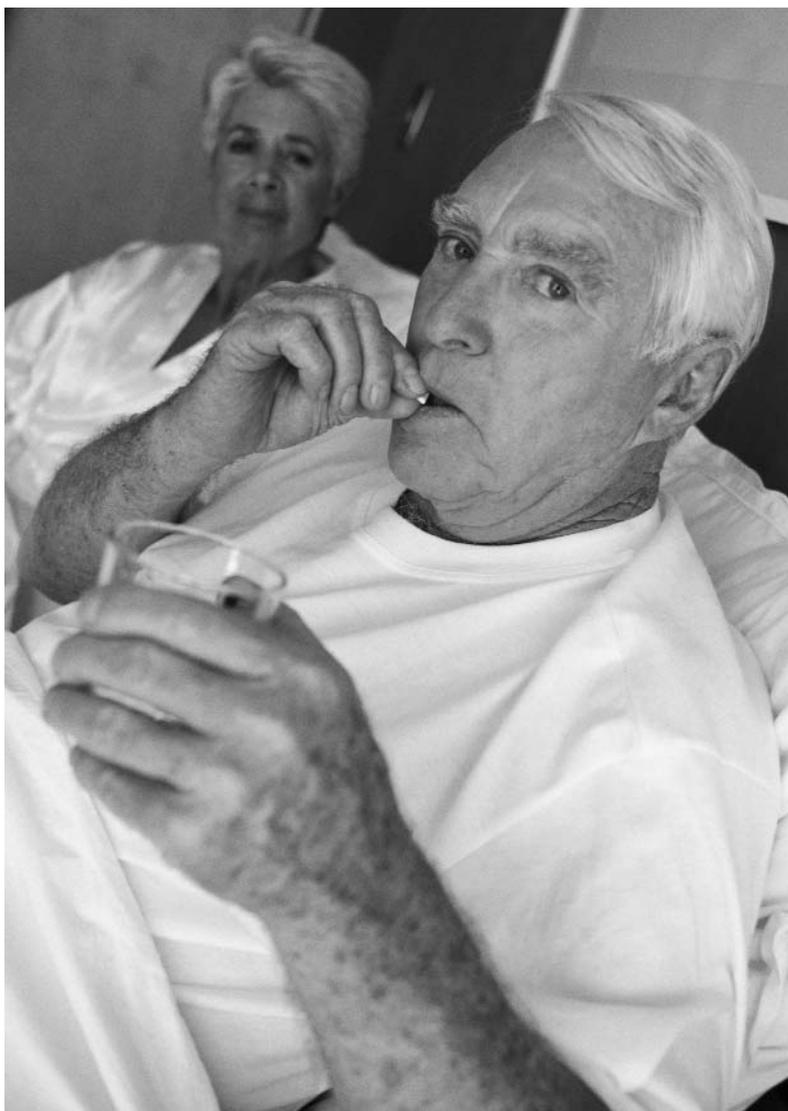
—Aquí tenemos un plano de una casa, vemos la entrada, la sala, los dormitorios, los baños, la cocina, ... Imaginemos que es nuestra casa. Estamos dentro y llaman al timbre:

1. Cogemos el interfono, es una persona que pregunta por una vecina le informamos por el piso correcto; ni siquiera le vemos ni él nos ve.
2. Lllaman al timbre y es el cartero que nos trae un paquete, le abrimos la puerta y entra en el recibidor para poder fir-

mar el justificante. No va más allá.

3. El domingo por la tarde viene el nuevo jefe de nuestro hijo a tomar café; pasa al recibir y al salón; por supuesto no se le ocurre pasar más dentro de nuestra casa. Toma café y después de una charla se marcha.

4. El sábado vienen a comer unos amigos íntimos; pasan al recibidor, al comedor y estamos de charla en la cocina,



incluso pasan al baño del pasillo. Es una visita agradable donde compartimos nuestras experiencias comunes y a lo largo de la tarde nos vamos despidiendo. Han estado en una “parte de nuestra intimidad”.

5. Vienen nuestros familiares a quedarse una noche en nuestra casa. Por supuesto recorren toda la casa, habitación donde duermen, usan el baño y por supues-





to cocina y salón, pero no suelen entrar en la habitación de matrimonio, a menos que estemos enfermos.

Ahora imaginemos que somos enfermeras de atención primaria y tenemos que realizar una visita domiciliar; llamamos al timbre, nos abren y nos acompañan a la habitación donde está el anciano en cama: entramos en lo más estructura física mas íntima de la persona, su habitación y en su cama, ... Solo con un comportamiento exquisito evitaremos que se sienta invadido en su intimidad, por supuesto debemos pedir permiso en la entrada de la vivienda y con mas razón al entrar en la habitación; la actitud ante un ser vulnerable, enfermo y expuesto a nosotros, debe estar impregnada de esa “ética de la cotidianidad” ó de la que hemos llamado “ética de las pequeñas cosas”; más tarde retomaremos estas circunstancias del ámbito del cuidado. Hemos entrado en la intimidad de la persona, pero no en lo “íntimo”, esa parte solo se nos abrirá si la persona quiere hacerlo. Nuestro cuidado no puede estar basado en el conocimiento de los “íntimo”, sino en el respeto a la intimidad expuesta de la persona cuidada.

Estamos en un hospital y/o en un Centro socio sanitario (una residencia de ancianos); donde las personas están por mucho tiempo y algunos hasta el fin de sus días; cuantas veces, de un plumazo transgredimos todas las normas que preservan la intimidad: nos trasladamos al recinto lo mas íntimo de la persona: su habitación y su cama, incluso a veces entramos sin llamar, hablando con la otra persona que nos acompaña, levantamos las sábanas, tocamos su cuerpo, (las partes más íntimas), realizamos el aseo o cubrimos su dependencia en eliminación; con mucha suerte le explicamos lo que vamos a hacerle, pero, nada más, ... A veces ni eso, ... A la persona sólo le queda “lo íntimo”, ha sido despojada de su intimidad, ...

La persona no ha podido decidir a quien deja entrar en su intimidad, nosotros con la idea de que estamos dentro del principio bioé-

tico de la beneficencia, avasallamos su principio de autonomía: es difícil verlo de esta forma cuando a lo largo del turno de la mañana tenemos que asear a diez / doce personas, ...

**¿Cómo hacemos realidad
el respeto a la intimidad
en el cuidado cotidiano al anciano?
¿Preservamos lo íntimo del anciano?**

Proponemos el análisis del binomio “intimidad del cuidado y cuidado de lo íntimo” que suponen el constructo en el que se apoya parte de la misión de las enfermeras. La pregunta que se intenta contestar es *¿cómo es la relación entre el cuidado enfermero y la intimidad del paciente? ¿“intimidad de cuidado como medio para cuidado de lo íntimo”?*

Intimidad del Cuidado:

Existen constructos que determinan la relación necesaria para que surja la intimidad de cuidado, (son los mismos que los constructos para la ética del cuidar, son “virtudes” ó “cualidades profesionales ineludibles”):

La compasión: percibir como propio el sufrimiento ajeno, de forma dinámica, generando un movimiento de solidaridad hacia el otro. No son lagrimas, son acciones solidarias.

La competencia: virtud básica de la deontología: estar capacitado para desarrollar la propia profesión de modo optimo.

La confianza: elemento central del arte de cuidar; solo es posible cuidar a un ser humano si se establece un vinculo de confianza de “fidelidad” entre el cuidador y el cuidado; es decir la “virtud por la que el anciano confía en mi, para el que tengo “deber de secreto de lo que deposita en mi”. La generación de confianza requiere de un tiempo y un espacio; se debe demostrar al anciano que puede “confiar”; genera credibilidad, que hace que la palabra de la enfermera ante el anciano tenga valor.

La conciencia: puede definirse como un estado de la conciencia moral; una brújula que dirige nuestra conducta de acuerdo con el estado moral de las cosas. Es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su

dimensión interior y tiene un valor integrador. La conciencia, entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la persona.

El compromiso: se define como una respuesta afectiva compleja caracterizada por la convergencia entre nuestros deseos y nuestras obligaciones y la elección deliberada de actuar de acuerdo con ellos. Si se ordenan "las cinco C", el compromiso debe situarse en el último lugar ya que el compromiso de algún modo confirma las anteriores características. El compromiso también ha sido descrito como devoción (Mayeroff, 1972), fidelidad (May 1975) y lealtad (Häring 1978).

Los cinco constructos antes expuestos se dan en toda la relación de cuidado y en la salvaguardia de la intimidad de modo manifiesto. La relación de proximidad, de cercanía generada por la aplicación de acciones de cuidado terapéutico, hace que el anciano se vea obligado a poner al descubierto su intimidad física y a veces también la emocional, por tanto es preciso que confíe en que la enfermera entre en esa intimidad desde la credibilidad de su palabra, para no revelar. Puesto que esa aproximación se justifica sólo por y para las acciones de cuidar, dichas acciones han de realizarse de forma compartida, aceptadas y ejecutadas en condiciones de intimidad, entre el paciente y la enfermera.

Se exige que esa intimidad, que es ponerse al descubierto para el cuidado, no sea accesible sino para quien ejerce rol de cuidador o cuidadores. En ese sentido, puede decirse que el cuidado exige condiciones de intimidad, de privacidad, que deben ser garantizadas, en el caso del cuidado enfermero, por las enfermeras. Pero también, que es preciso que el cuidador, al realizar la actividad, sea consciente de que la intimidad que se le abre, ha de ser tratada de manera explícita con sensibilidad y respeto, pues son las personas las que le otorgan un valor y el profesional

quien ha de conocer y calibrar el mismo, para que la relación entre cuidador y ser cuidado encuentren armonía.

Esta es la primera aproximación a una de las acepciones de la intimidad, que se encuentra bajo el paraguas "del descubrirse, ponerse al descubierto ante el otro por necesidad", para descubrir el cuerpo, como sucede en los cuidados de la higiene corporal diaria o para descubrir el comportamiento, o la idea subjetiva de la calidad de la vida propia o del entorno familiar, como se produce en una consulta de enfermería del centro de salud, cuando se realiza una valoración por patrones funcionales de M. Gordon o estructurada por la necesidades de Virginia Henderson.

En esta circunstancia, el anciano debe sentirse obligado a descubrirse, a mostrarse y tenemos la responsabilidad moral de ser exquisito en las formas de aproximarse, en condiciones de autenticidad, de credibilidad, de fidelidad de no transmitir lo conocido, con independencia de los aspectos legales (secreto profesional, ...). El preservar la intimidad es un deber básico de los cuidadores, solo así podremos adentrarnos en él:

Cuidado de lo Íntimo.

Se refiere al *cuidado de lo que no se muestra y que constituye lo más propio, aquello que marca la propia libertad y que acompaña en la búsqueda de la felicidad.* Adela Cortina dice, "Los seres humanos tienen como fin la felicidad y se ven obligados a elegir los medios más adecuados para alcanzarla, por tanto, la felicidad es el fin natural y moral de nuestra vida"

Intimidad, por tanto, tendría ahora una acepción distinta, es como *la parte reservada, lo que se guarda para uno, lo que le lleva a encontrar la felicidad, aquello que se refiere a lo más particular de los pensamientos, de los afectos ocultos, los interiores de una persona tal y como expresa González Gaitano.*



Por tanto, aparece en el anciano la necesidad de guardar un espacio íntimo, donde guarda los valores, las creencias, los sentimientos, las emociones, ... la enfermera está obligada a conocer el hecho de que nunca entrará en “lo íntimo” del anciano, sin su consentimiento; significa que la disponibilidad de datos de valoración mayoritariamente subjetivos, pueden no mostrarse, lo que abre un camino para aceptar, por parte de la enfermera, que en ocasiones se planificará cuidados en incertidumbre, por respeto a “aquello” que la persona quiere “guardar” solo para sí mismo, pero que no significa que no se preste el cuidado necesario, aun como ya se ha dicho, en situación de “incertidumbre”.

El que cuida, no entra en lo íntimo de la persona visto desde este enfoque, pero debe saber de su existencia para respetarlo.

En resumen las expresiones relacionadas con lo íntimo plantean hasta ahora dos modos distintos de representación:

1. El cuidado de la persona con la debida atención (sensibilidad, respeto) a su intimidad, poniendo el acento en las exigencias de la intimidad para los cuidadores mientras realizamos las acciones de cuidar. Es también respetar la intimidad cuando cuidamos. Este sentido es muy próximo al de la “intimidad del cuidado que tiene que ver con descubrirse al otro en un espacio y momento concreto”.

2. La protección de lo íntimo de la persona cuidada, lo que incluye no revelar aspectos de la intimidad conocidos desde el cuidado; además en un plano más activo, la enfermera debe ayudar a la persona desde la planificación del cuidado a mantener las barreras emocionales, para preservar lo que le es íntimo y no quiere mostrar.

Entre ambos sentidos estaría quizás la idea de la discreción, en cuanto no hurgar en la intimidad más de lo que para el cuidado se

necesita o la persona nos quiere abrir, entendiendo que existirán parcelas donde esta lo íntimo, que se revelarán voluntariamente por confianza ó no se revelaran nunca, en este último caso, debemos tener claro que tenemos el deber moral de ayudar al anciano para que no sean reveladas.

Dificultades ante la Intimidación del Cuidado y el Cuidado de lo Íntimo

El escenario donde se desarrolla el cuidado a los ancianos, puede ser diverso, hospital, centro socio sanitario, domicilio y ambulatorio y requiere en todos esos ámbitos de:

Estructura/Organización/Profesionales

La estructura física, los recursos materiales y los profesionales de los que dispone el sistema sanitario, generan condiciones que en ocasiones son poco favorables para ejercer un adecuado cuidado de lo íntimo y del mantenimiento de la intimidad de cuidar.

El hospital/C. Socio-sanitario es ese lugar que genera esperanzas de sanación y calidad de vida, pero también “temor”, y desconfianza, Es todavía en la actualidad un reto por conquistar, que el centro socio sanitario y/o hospital dé una mayor confianza a la sociedad y debe incorporar cambios para que se den condiciones para garantizar la intimidad.

Son además, muchos factores los que influyen: la misión del servicio sería lo primordial, también influye una arquitectura previa, la cultura de la organización y los valores en los que se encuentra inmersa, los procesos clave que determinan su razón de ser y los procedimientos que allí se van a realizar, las normas, la estructura en la toma de decisiones, el sistema de información y los valores individuales y de los colectivos que lo integran y la forma en que se entiende a los seres humanos.

A veces el concepto de salud entendida

por los profesionales y por los ancianos de manera distinta, genera conflictos que afectan a como se entiende el derecho a la intimidad por unos y otros.

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos como se veían anteriormente, el primero hace referencia a la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente. El segundo aspecto y el más importante para esta reflexión, es la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructor de los valores, por lo que se debe enfocar desde un punto de vista físico con el respeto debido a la exposición del cuerpo y desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada.

Propuestas para las dificultades, basadas en el cuidado cotidiano:

Estructuras físicas

- *Proporcionar un espacio personal* donde el paciente pueda “ estar sólo”, “tener sus cosas “ etc. Protección de las pertenencias del paciente (armario con llave)

- *Generar cultura de “solicitud de permiso”*, para llamar a las puertas antes de entrar a la habitación, considerándose el hecho de no llamar, criterio de no-calidad. Uso real de elementos físicos de separación como biombos, cortinas ...

- *Custodia de los datos del paciente* garantizando que sólo se tenga acceso a ellos profesionales que presten atención directa al anciano.

Procesos

- Protocolizar todos procedimientos de información y atención a los ancianos, y definir claramente a los responsables, no dejando información al alcance de personas ajenas al cuidado del anciano.

Las intervenciones enfermeras (planes de cuidados, aplicación de protocolos y procedimientos, historia de vida, etc.) deben de estar consonancia con el respeto a la intimidad.

- Realizar los cuidados y exploraciones de la forma más discreta posible, con profesionales imprescindibles y durante el tiempo indispensable; los ancianos deben de ser vistos y explorados sólo por los profesionales necesarios y siempre con su consentimiento. Cerrar la puerta de la habitación durante la higiene, exploraciones y las entrevistas... y ser cuidadoso en cubrir del paciente para que se sienta cómodo. Evitar comentarios relativos al anciano y su enfermedad en lugares públicos y realizar los cambios de turno en entornos cerrados y con tono de voz apropiado.

- Pactar la participación en los cuidados del anciano y su familia, fomentando la mayor autonomía del anciano y fomentando el autocuidado y coordinarse con los otros niveles ya sea con Atención Primaria o con el Hospital para mejorar la información y gestión adecuada de su intimidad.

Profesionales:

- Formación pregrado. En los planes de estudios de enfermería se debe hacer explícito el componente de respetar la intimidad de las personas insistiendo en que forma parte del meta paradigma enfermero y por tanto, componente esencial de la enfermería básica y del conocimiento disciplinar.

- Formación postgrado. Facilitar la formación continuada de los profesionales sobre derechos y deberes de los pacientes, dentro de un plan de formación institucional, basado en valores, con formación específica en Ética del Cuidado y Respeto a la Intimidad.

- Implementación para el manejo de la



legislación de protección de datos y autonomía del paciente, así como la protocolización sobre manejo de la información y sus canales de transmisión. Técnicas para el manejo de información telefónica, procedimentación para uso sólo en los casos realmente justificados y correctamente protocolizados.

Responsabilidad moral de la enfermera en la salvaguardia de la Intimidad y lo Íntimo:

La Responsabilidad Moral, constituye la forma primaria de responsabilidad y se caracteriza por tener como juez ó instancia última, la “propia conciencia moral”, guiada por los principios morales de uno mismo, viéndonos abocados a rendir cuentas de nuestros actos ante nosotros mismos, ante nuestra conciencia y nuestros valores.

Es cierto que dentro del desempeño de la profesión enfermera, la responsabilidad moral y jurídica, suelen con frecuencia ir unidas, pero existen actos enfermeros de gran calado en la esencia de la profesión, en los que no están unidas, tales son “aquellos actos que vienen determinados por la ética y la conciencia y que no son exigibles por ley ó derecho”; ejemplos claros son las acciones de consuelo, de acompañamiento, de recepción de confidencias, ... de alguna manera todas las acciones que pudieran enclavarse en el concepto de “beneficencia”, que conllevan una exigencia ética mas allá de lo obligatorio.

Un aspecto de la responsabilidad y el compromiso moral de la enfermera es la “libertad para llevarlo a cabo”, que a veces en el ámbito interno de las instituciones no le resulta fácil desempeñarlo, porque lo que la institución y otros profesionales demanda de ella, no es coincidente con su propia responsabilidad moral frente al paciente. Este es un punto que se propone para el debate ¿ es real la libertad de la enfermera para ejercer su responsabilidad moral en el cuidado? ¿será que las instituciones no la reconocen como tal? ¿existen conflictos? ¿cuáles podrían los cami-

nos para solucionar los conflictos? ¿continúa la enfermera dentro de la llamada Ética de la sumisión?

El respeto a la “intimidad” y sobre todo a “lo íntimo”, tal y como ambos conceptos han sido definidos en esta ponencia, son un exponente de la responsabilidad moral de la enfermera, que demandan planteamientos éticos profundos.

Exigencias éticas

respeto a la Intimidad del Cuidado:

Las situaciones propias del cuidado profesional de la salud, exigen con frecuencia una desvelación de la intimidad corporal, que normalmente esta reservada para las relaciones íntimas y familiares. Se podría decir que ponen a la persona cuidada en condiciones que le fuerzan a compartir aspectos de esa intimidad con su cuidador, que genera una relación de extrema proximidad, que llevan a determinados contactos que en situaciones sociales convencionales no serían posibles y sin embargo, en el acto del cuidado resultan beneficiosas, pero no deja de ser una intromisión de alguien extraño en la “región íntima e infranqueable” de su persona, que solo su grado de dependencia, hacen que se vuelva “franqueable”, ... La enfermera en el acto de cuidar debe tener clara su responsabilidad moral en tres aspectos claves de ese acto cuidador:

1. La desvelación de la intimidad corporal se debe limitar a los aspectos indispensables para realizar el acto del cuidado (para hacer la higiene al anciano no siempre es necesario descubrir su desnudez) ...
2. Limitar la presencia en el acto cuidador de personas ajenas al propio acto, probablemente lo que más molesta a los pacientes es la presencia de ajenos en su cuidado (compañero de habitación, visitas, ...) La relaciones de intimidad demandan participantes y no admiten

“observadores”; la relación de cuidado, cuando pone en juego la intimidad de la persona, debe quedar vedada a los observadores.

3. La formación de los futuros profesionales de enfermería con relación a la intimidad del cuidado: En el ámbito de los cuidados enfermeros es de vital importancia e imprescindible la presencia de alumnos en la actividad propia del cuidar; en ningún caso debe considerarse a este como miembro ajeno, sino que desde un inicio debe implicarse al alumno en obligación de preservar al paciente/anciano con relación a su intimidad su responsabilidad moral en la salvaguarda de la misma en el papel que como alumno le corresponda.

Exigencias éticas

respecto al Cuidado de lo Íntimo:

Con el sentido del “cuidado de lo íntimo”, tienen mucho que ver los problemas éticos que se plantean en la asistencia geriátrica y por ende en el cuidado enfermero. La mayor parte de ellos están relacionados con la autonomía del anciano y sobre todo con sus valores más profundos y su propia conciencia.

La definición que se ha dado en el documento de lo íntimo, hace pensar en el terreno de la “confidencia” pero sobre todo lleva a reflexionar sobre lo que el anciano “no dice” ó lo que no quiere que se sepa, aunque sea necesario conocerlo para su cuidado.

Es en este campo donde la responsabilidad moral encuentra los mayores problemas, cuando los intereses entran en conflicto y la enfermera debe asumir su compromiso con el paciente, antes incluso que la asunción las normas de la institución o a los requerimientos de otros profesionales. Es en esas situaciones cuando para lograr el objetivo de cumplir con la responsabilidad moral hacia su paciente, debe adentrarse en el campo de la Ética de la Responsabilidad, para saber y

poder ponderar todos los factores: convicciones y consecuencias.

No queremos terminar esta reflexión sobre la Responsabilidad Moral de la Enfermera en el cuidado de la Intimidad y de lo Íntimo, sin reflexionar sobre dos aspectos:

Ancianos Golondrina: En la ancianidad la falta de intimidad, puede llegar a convertirse en maltrato. Un anciano golondrina que va a pasar el resto de su vida de casa en casa de los hijos, puede estar bien atendido, pero seguro que su esfera íntima va a estar completamente afectada. Perderá amigos, compañeros, perderá su casa, su habitación, sus lugares de esparcimiento de ocio. Sus relaciones sociales pasarán a ser familiares y su ambiente familiar va a ser cambiante, diferente y sin arraigo; hay ancianos que vivirán hasta en 6 casas diferentes a lo largo del año, y no por placer, sino por necesidad. Por último, el lugar donde duerma puede ser el comedor de la casa, es decir, la primera habitación en ponerse en marcha por la mañana y la última en ser abandonada por la noche. Tendrá que esperar a dormirse cuando nadie quiera ver la TV y tendrá que levantarse cuando el primero comience a desayunar.

Ancianos incapaces: el gran debate ético que supone la salvaguarda de la intimidad en ancianos sin capacidad de decidir, bien por su estado generalizado, bien por dolencias concretas: pacientes de Alzheimer, estados vegetativos persistentes, deficiencias cognitivas, demencias degenerativas, etc. A veces el sentido de lo íntimo, de lo propio, de lo que no debe ser exhibido puede estar enormemente alterado o simplemente permanecer en un estado de desconocimiento; a pesar de ello el respeto a la intimidad es fundamental, máxime cuando se trata de un ser vulnerable; ayudarle a preservarse de las invasiones externas significa cuidarle, velando por su intimidad y su dignidad personal.

Para finalizar con la reflexión sobre la responsabilidad moral, hacemos nuestra, la



visión de futuro sobre los cuidados paliativos del profesor D. Gracia, aplicándola a los cuidados a los ancianos: “uno de los temas más importante de la nueva ética para ... será como enlazar el “cuidado-proximidad-confianza” con la “justicia-equidad-derechos-obligaciones”; es decir aunar la Ética de la Justicia con la Ética del Cuidado.

La solución a este problema puede encontrarse una vez más, en la Ética de la responsabilidad, que teniendo en cuenta los principios y las normas morales, no olvida las circunstancias y las consecuencias; la ética de la responsabilidad busca la “universalidad”, pero también el “contexto”, con el objetivo de lograr decisiones prudentes.

Para preservar la intimidad de los ancianos y proteger su lado más íntimo, debemos cuidar con el mayor celo posible:

El derecho a estar solo,

el derecho a estar acompañado,

el derecho a estar informado,

el derecho a ser respetado,

el derecho a decidir,

el derecho a hablar o el derecho a callar,

el derecho a rechazar terapias o técnicas

diagnósticas,

SON DERECHOS A CONCILIAR

DESDE LA GARANTÍA DEL RESPETO

A LA INTIMIDAD DE LOS ANCIANOS

COMO SALVAGUARDA

DE SU YO MÁS ÍNTIMO.

Quiero despedirme de Ustedes con la poesía de Khalil Gibran, con la que la enfermera M. Françoise Colliere, inicia su libro “Promover la vida”, que para mí refleja el significado de cuidar a un anciano:

Y os digo que la vida es realmente

[oscuridad,

Salvo allí donde hay entusiasmo,

Y todo entusiasmo es ciego, salvo donde

[hay saber

Y todo saber es vano, salvo donde hay

[trabajo

Y todo trabajo esta vacío, salvo donde

[hay amor.

¿y qué es trabajar con amor?

Es poner, en todo lo que hagáis, un soplo

De vuestro espíritu.

BIBLIOGRAFÍA utilizada:

—La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo

Autores: Carmen Ferrer Arnedo y colaboradores

—2º Encuentro de Enfermería de la ABFyC – Madrid, 2005

WEB de la ABFyC – 2006. – www.asociaciónbioetica.com

—El ámbito de lo íntimo: privacidad, individualismo y modernidad

Autor: Elena Bejar – Alianza Editorial, 1995.

—Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas

Autor: Francesc Torralba i Roselló

—Instituto Borja de Bioética – Fundación Mapfre Medicina,

2002 – 2006

—Promover la vida

Autora: Marie Françoise Colliere

—Editorial McGraw Hill Interamericana, 1997.

—Intimidad y Secreto Médico

Autor: Miguel Sánchez González

—VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario - Madrid



Grupo
de Estudio
Madrileño de
**Úlceras
Crónicas**
(GEMUC)



BOLETÍN DE PARTICIPACIÓN

Todos necesitamos tu participación. Rellena este boletín y envíalo, mediante correo, fax o e-mail a la dirección indicada

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

AMEG. c/ Menéndez Pelayo, 93, 3ª planta (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid), 28007 MADRID
Tel./Fax: 91 501 73 61. www.amegmadrid.org E-mail: ameg@amegmadrid.org
www.gemuc.net

Apellidos: Nombre: DNI:

Dirección: Localidad: C.P.:

Tel: E-mail:

Titulación: Centro de Trabajo:



Grupo de Estudio Madrileño de Úlceras Crónicas (GEMUC)

Constitución del Grupo de Estudio

Justificación

Las heridas crónicas son un importante problema de salud en el que hasta el momento los profesionales de enfermería tenemos un papel protagonista.

En este sentido, en la Comunidad de Madrid, existen profesionales que están liderando proyectos interesantes en documentación, investigación y docencia, pero que pierden fuerza al estar centrados en una zona de influencia concreta como es un hospital o área de salud determinada.

Ha llegado el momento de construir un espacio común en el que podamos unir esfuerzos y canalizar estos proyectos y contribuir al desarrollo científico de la prevención y tratamiento de las heridas de piel.

Con el fin de unir a los profesionales que están liderando el estudio y la práctica clínica de este problema, queremos constituir este grupo, de modo que sirva como instrumento para fomentar la elaboración de criterios clínicos comunes, basados en evidencias científicas y que permitan orientar a los clínicos, investigadores, docentes,...

Pretendemos colaborar con cualquier grupo dentro o fuera de nuestra comunidad, y de nuestro país, que coincida con nuestros objetivos. Esta visión aperturista nos permitirá hablar un idioma científico de consenso nacional e internacional, y nos permitirá contribuir a la construcción de una red científica sin fisuras de crecimiento y desarrollo conjunto.

Desde la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG), queremos constituir este grupo, vinculando con nuestra estrategia de creación de grupos de trabajo AMEG, como una aportación más al cumplimiento de nuestra misión: "Hacia una ciencia y arte del cuidar, digna, humana y de calidad para nuestros mayores".

Objetivos

• Generales

- Aglutinar a profesionales madrileños que estén liderando la prevención y tratamiento de heridas crónicas en la Comunidad de Madrid.
- Constituir un grupo consultor para profesionales, farma-industria, organismos públicos y privados que coincidan con nuestros objetivos.
- Crear un espacio común donde se pueda canalizar formación, investigación, publicaciones, etc., relacionado con las heridas crónicas.

• Específicos

- Publicar un suplemento de heridas crónicas anual en la revista AMEG.
- Organizar actos científicos que difundan la práctica basada en la evidencia en la prevención y tratamiento de heridas crónicas.
- Canalizar proyectos de investigación que permitan aumentar los conocimientos en este campo.
- Desarrollar proyectos docentes que permitan aumentar los conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con las heridas crónicas.
- Establecer relaciones con otros grupos nacionales o internacionales para realizar intercambios de experiencia, información, etc.

LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

¿quiénes somos?

Somos un colectivo compuesto por profesionales de enfermería de la comunidad de Madrid, con la intención de constituir una organización sin ánimo de lucro, encaminada hacia la búsqueda continuada de unos cuidados dignos y de calidad para nuestros mayores.

¿Qué perseguimos?

—Organizar un programa docente que permita formar profesionales expertos en enfermería gerontológica.
—Promover y organizar grupos de trabajo e investigación que permitan consolidar la ciencia y arte de la enfermería gerontológica.

—Informar y facilitar la contratación de nuestros asociados en centros que precisen Enfermeras/os y Auxiliares gerontológicas/os.

—Elaborar literatura propia de enfermería gerontológica.

—Asesorar en la asistencia, docencia, investigación y gestión en enfermería gerontológica.

—Defender los derechos de nuestros mayores, haciendo un especial hincapié en la persecución de los malos tratos.

¿Qué servicios te ofrecemos?

—Programa de formación continuada.
—Asistencia a Congresos y Jornadas a un precio reducido.
—Revista trimestral.

—Acceso y/o consulta a textos, monografías, y documentos relacionados con la Enfermería gerontológica.

—Ofertas de trabajo en el sector.

—Asesoría jurídica a ancianos y profesionales.

—Apoyo y asesoría en cualquier actividad científica relacionada con la Enfermería gerontológica.

—Página web actualizada con información relacionada con el mundo de la Enfermería Gerontológica

<http://www.amegmadrid.org>

BOLETÍN DE ASOCIACIÓN A LA AMEG

Rellenar y enviar a la sede de la Asociación, junto con una foto tamaño carnet a:
Colegio de Enfermería de Madrid. Avenida de Menéndez Pelayo, 93-3ª planta, 28007 Madrid
Tel. 91 504 73 61 / www.amegmadrid.org

NOMBRE DNI

DIRECCIÓN

LOCALIDAD CP TEL

TITULACIÓN

CENTRO DE TRABAJO

SUSCRIPCIÓN GRATUÍTA

Fecha y firma

ARGININA NM vial

Financiado por el
Sistema Nacional de Salud

Módulo líquido de L-Arginina



SABOR / PRESENTACIÓN: Neutro: caja de 90 viales de 5 g/20 ml

INGREDIENTES

- 5 g de L-Arginina.
- 0,01 g de Ácido Cítrico.

PARA EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE...

- Algunas enfermedades del metabolismo o en situaciones clínicas en las que se evidencia déficit de L-Arginina que no puede conseguirse con los aportes de una dieta habitual y para la confección de dietas modulares.
- Úlceras por presión. Prevención y tratamiento.
 - Cicatrización de heridas.
 - Metabolopatías.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

		por 100 g	por vial (5 g/20 ml)
<i>Valor energético</i>	Kcal	400	20
	Kj	1666	83,3
<i>Equivalente proteico (L-Arginina)</i>	g	99	4,95
<i>Hidratos de carbono</i>	g	0,09	0
<i>Lípidos</i>	g	0,09	0

DOSIFICACIÓN

- Las dosis siempre serán indicadas por el médico y estarán en consonancia con la situación clínica del paciente, se aconseja:
- Prevención: 2 viales de Arginina NM vial/día.
 - Tratamiento: 3 viales de Arginina NM vial/día.

¿Por qué en vial?

- Seguridad (no hay contaminación)
- Dosificación (exactitud)
- Comodidad
- Cumplimiento posológico

Código Registro Sanitario: 26.8866/M-8144
Código Nacional: 502153

 **NUTRICIÓN MÉDICA**

NUTRICIÓN MÉDICA, S.L.
c/ Finisterre, 9 - 7º 3
28029 Madrid
Tel: 91 314 92 71
Fax: 91 733 30 12
www.nutricionmedica.com

Úlceras por decúbito

Tejidos quemados

Tejidos post-quirúrgicos



Ayuda a cicatrizar las heridas
y a reparar los tejidos

Tejidos reparados

Clinutren[®]
Solutions

sabermás & mássabor

En procesos de cicatrización **Clinutren Repair** es la dieta oral hipercalórica, rica en proteínas, vitaminas, minerales y precursores del colágeno, que estimula la regeneración tisular y promueve la curación de las heridas.

1. Acelera la cicatrización
2. Mantiene el anabolismo
3. Estimula la regeneración tisular y favorece la cicatrización de la herida
4. Favorece la estabilidad de las membranas celulares por su acción antioxidante
5. Estabiliza el nuevo tejido

2 Deliciosos sabores



Nestlé[®]
Nutrition

www.nestle.es/nutricionclinica