



## CLÍNICA

# El acompañamiento en la fase final de la vida



Esther del Rosario Molinares Rodríguez<sup>a,\*</sup> y Carmen Marcos Redondo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Lakuabizkarra, Vitoria-Gasteiz, Álava España

<sup>b</sup>Academia Médico Homeopática Unicista de Bilbao, Bilbao, España

Recibido el 13 de agosto de 2016; aceptado el 15 de octubre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Empatía;  
Congruencia-autenticidad;  
Aceptación incondicional;  
Compasión;  
Hospitalidad-acogida;  
Presencia;  
Síntomas más importantes  
en el proceso de muerte;  
Cuidar al cuidador;  
Fatiga de compasión;  
Burnout;  
Autoconciencia;  
Autocuidado;  
Satisfacción de la  
compasión;  
Atención plena;  
Meditación

### Resumen

El objetivo de nuestro trabajo tiene la intención de revisar las herramientas útiles con las que cuenta el médico en el proceso de acompañamiento al paciente terminal, a su familia y cuidadores. Desde el inicio de su existencia, el ser humano es pura necesidad, tanto fisiológica como emocional y afectiva; oscilando entre la satisfacción y la insatisfacción, el yo se ve irremisiblemente abocado a la frustración... Sabe que, a medida que pasan los años, va a ir perdiendo cada vez más cosas (fuerza, salud, afectos); que si todo va bien, llegará a la senectud y que, en cualquier caso, finalmente morirá. La vulnerabilidad del ser humano se pone de manifiesto justamente en esa doble experiencia del dolor y de la muerte. El dolor va a ser pues nuestro compañero de viaje, junto con la sombra de la muerte, por más que queramos mantenerlos ocultos. La actitud sabia, y por tanto liberadora, va de la mano de la lucidez y de la humildad y adopta la forma de aceptación; lo cual no significa que resulte fácil o que, antes de llegar a vivirla, la persona no haya tenido que pasar por diferentes fases. En consecuencia, resulta de vital importancia nuestra presencia auténtica y congruente como médicos.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Empathy;  
Congruence-authenticity;  
Unconditional acceptance;  
Compassion;  
Hospitality-welcome;  
Presence;

### Accompanying the final stage of life

#### Abstract

The aim of our work is to review the useful tools that the physician uses in the process of accompanying the terminal patient, their family, and caregivers. Since the beginning of their existence, human being are pure necessity, physiologically, as well emotional and affective, ranging between satisfaction and dissatisfaction, the self is irretrievably doomed to frustration... Knowing that as the years pass, we increasingly lose things (strength, health,

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dra.esthermolinares@amhubi.org (E.R. Molinares Rodríguez).

Most important symptoms in the dying process;  
Care for the caregiver;  
Compassion fatigue;  
Burn out, self-awareness;  
Self-care;  
Satisfaction of compassion;  
Total care, meditation

emotions), and if all goes well, we will reach senescence, and that in any case, we eventually die. The vulnerability of human beings is revealed precisely in this dual experience of pain and death. The pain will be for our travelling companion along with the shadow of death, even if we want to keep them hidden. The wise attitude, and thus the liberating one, goes hand in hand with lucidity and humility and takes the form of acceptance, which does not mean that it is easy or that before coming to live it the person has not had to go through different phases. Thus our authentic and consistent presence is as vitally important as that of the physician.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Las actitudes psicológicas

Existen 3 actitudes comunicativas, formuladas desde la psicología de la no directividad formulada por Carl Rogers: la empatía, la congruencia-autenticidad y la aceptación incondicional.

### Empatía

En la práctica médica es un ejercicio de conexión con la experiencia interna del paciente para entenderle mejor, evita un juicio de valor y se ve facilitada por la práctica de la conciencia plena.

Es importante distinguir la empatía de la cordialidad o la simpatía. A diferencia de esta última, en la empatía el médico sabe en todo momento cuáles son las emociones suyas y cuáles las del paciente: no se produce un contagio emocional.

### Congruencia-autenticidad

Es distinta a sinceridad. No se trata de “contarlo todo”, sino que aquello que expresemos sea lo que pensamos, sentimos o ambas cosas.

En un sentido dinámico, congruencia es estar bien comunicado consigo mismo (*congruencia interna*) y estar bien comunicado con los demás (*congruencia externa*).

### Aceptación incondicional

No juzgar. Denota profundo respeto a la persona. Saber que la aceptación de la persona no es lo mismo que la aceptación de su conducta (parágrafo 83 del *Organon de la medicina* de S. Hahnemann: ausencia de prejuicios).

En último término, la aceptación de la conducta puede llevar a comprenderla, pero no a justificarla.

### Las actitudes espirituales

La conferencia de expertos de Ginebra de 2013 define la espiritualidad como un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan un significado, un propósito y una transcendencia últimos, experimentando una relación consigo mismo, con los demás, con la familia, con la sociedad, con la naturaleza, con lo significativo y con lo sagrado. La espiritualidad se expresa a través de las creencias, los valores, las tradiciones y las prácticas.

Estas actitudes espirituales son: compasión, hospitalidad/acogida y presencia.

### Compasión

Describe el entendimiento del estado emocional del otro, combinado con un deseo de aliviar su sufrimiento; por ello se ha descrito como la “empatía en acción”.

La lástima tiene sus raíces en el miedo, a veces incluso en una complacida sensación de “me alegro de no ser yo”; cuando el dolor del otro toca tu miedo, se convierte en lástima.

Cuando el dolor del otro toca y despierta tu amor... se convierte en compasión.

### Hospitalidad/acogida

Por hospitalidad se entiende la capacidad de acoger y agasajar con amabilidad y generosidad a los invitados o a los extraños, que se encuentran temporalmente ausentes de sus hogares. De ahí la palabra *hospital*.

### Presencia

Esta actitud espiritual está relacionada estrechamente con la congruencia. En definitiva, es conjugar los verbos *ser* y *estar* de manera conjunta, pero en profundidad, para el vínculo.

En las situaciones de agonía y de “últimos días” esta actitud se vuelve protagonista, precisamente porque la presencia es uno de los mejores antídotos frente al miedo.

## Fases psicológicas en el proceso de adaptación en la fase final de la vida

Morir no puede considerarse solamente como un proceso físico.

La Dra. Elizabeth Kluber Ross, una de las expertas en el estudio del proceso de la muerte, describió estas 5 fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

### Negación

En esta fase el paciente se niega a creer lo que le está ocurriendo, cree que todo es un error y pide una segunda opinión o nuevos análisis.

## Ira

El paciente terminal se da cuenta de que su situación es realmente grave y puede convertirse en una persona irascible, con resentimiento hacia quienes tienen salud, e incluso recriminará a la familia y al personal que le cuida.

## Negociación

En la negociación el *paciente asume* que su vida se termina, pero intenta alargarla de cualquier forma bien sea negociando con Dios o buscando otras vías (fármaco milagro, terapias...).

## Depresión

Cuando nada ha funcionado, la persona se da cuenta de que se está muriendo. Revisa su pasado, piensa en las cosas que ya no podrá hacer y puede entrar en depresión, estar silencioso, rechazar visitas, etc.

## Aceptación

La persona deja de luchar y se prepara para el final.

No todas las personas en fase terminal pasan necesariamente por todas las etapas, de modo que solo sería necesario intervenir si se estacionan, para favorecer la aceptación.

## Caso

Mujer de 70 años de edad con diagnóstico de carcinoma de mama. Ha vivido siempre en el medio rural. Es una persona sencilla. Recibe el diagnóstico y lo acepta con naturalidad, asumiendo desde el primer momento que puede ser el final de su vida.

## Síntomas relacionados con la fase de negación y cómo los podemos encontrar en el repertorio

- Esperanzado: que espera confiadamente en alcanzar lo que anhela: curarse.
- Optimista: predispuesto a deducir buenos resultados. Esperar de forma exagerada un buen resultado de lo que hace.
- Dice estar bien cuando está mal: quiere decir que predomina la sugestión en el sentido del bienestar, sin conciencia de su patología.

## Medicamentos más frecuentes

Arnica Montana, Opium.

## Síntomas mentales más frecuentes en el proceso de muerte

- Ansiedad: antesala del miedo. Temor. Aprensión. Falta de una total tranquilidad anímica.
- Miedo: temor franco y manifiesto de algo preciso, con deseo de eludirlo.
- Angustia: suspensión o constricción máxima del ánimo, entre el terror y la tristeza.

## Caso 1

Mujer de 52 años que presenta orina sanguinolenta, roja con algún coágulo. Diagnosticada de cáncer de vejiga. Después de la operación está muy asustada con el diagnóstico, a pesar de que le han dicho que “se lo han quitado todo”. Le van a dar quimioterapia. Tiene mucho miedo de lo que le vaya a pasar y se angustia. Se despierta demasiado pronto por las mañanas (alrededor de las 5 de la madrugada), inquieta, pensando en lo que le pasa.

## Síntomas

- Trastornos por susto.
- Angustia.
- Despierta demasiado temprano.

## Tratamiento homeopático

Aconitum 6 LM, 3 veces al día.

Dos días después dice que se siente más tranquila; no está asustada, aunque sí preocupada por cómo le sentará la quimioterapia. Duerme mejor, no se despierta tan pronto.

## Medicamentos más frecuentemente usados

*Ansiedad con miedo:* Aconitum, Arsenicum, Ignatia, Nux Vomica, Pulsatilla, Rhus Toxicodendron.

*Angustia:* Aconitum, Arsenicum, Belladonna, Calcarea Carbonica, Causticum, Digitalis.

En el repertorio se puede encontrar la tristeza como pena.

Los trastornos por pena se pueden relacionar con melancolía y desesperación.

La ira se encuentra como cólera fácil, indignación, impotencia, reproches a otros, exigencia, ser caprichoso.

## Caso 2

Varón de 74 años que presenta hepatocarcinoma y hepatitis B crónica. Tiene antecedentes de cáncer de colon (en 1999) tratado con cirugía (colostomizado), quimioterapia y radioterapia. Ha recibido tratamiento con quimioembolizaciones cada 2 meses en 4 ocasiones sin obtener la reducción de las tumoraciones. Al habersele incrementado las concentraciones de transaminasas y disminuido los leucocitos y las plaquetas, se decide la suspensión del tratamiento. El paciente presenta repentinamente hemorragia por el estoma de sangre roja. Ingresó y se le hace una transfusión y, como no cesa la hemorragia, se lleva a cabo una cauterización del vaso sangrante. Una semana después se le da de alta. Al llegar a casa los familiares comentan que se ha vuelto muy exigente, se enfada y reprocha si no está todo exactamente a su gusto llegando a ser caprichoso y maniático, sobre todo con la comida y los horarios.

## Síntomas más destacables

- Crítico.
- Reprocha a otros.
- Caprichoso.
- Concienzudo.

## Tratamiento homeopático

Nux Vomica 3 LM: una cucharita por las noches. Tras 48 h notan que ha mejorado su humor.

### Medicamentos más frecuentemente usados

*Aflicción-tristeza-pena:* Ignatia, Lachesis, Natrum Muriaticum, Pulsatilla.

*Desesperación:* Aurum, Ambra Grisea, Helleborus Niger, Ignatia, Natrum Muriaticum.

*Melancolía:* Antimonium Crudum, Ignatia, Nux Vomica, Natrum Muriaticum, Pulsatilla, Phosphorus.

*Ira:* Bryonia, Colocynthis, Chamomilla, Lycopodium, Nux Vomica, Staphysagria.

## Síntomas generales más frecuentes en el proceso de la muerte: dolor-insomnio-astenia

Será indispensable el buen abordaje del dolor y el insomnio para asegurar el mayor bienestar posible del paciente.

La Dra. Cicely Saunders, impulsora del movimiento “Hospice” y experta en cuidados paliativos, puso especial énfasis en la necesidad de abordar el “dolor total”, reconociendo los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento.

*La mayoría de profesionales de la medicina, son más expertos en la atención de los síntomas y en el manejo de fármacos que en el abordaje de la desesperanza; cuando esto último es lo que favorecería la reconciliación con la propia biografía y promovería la búsqueda de sentido y la aceptación de la muerte.*

*Si el profesional se centra exclusivamente en las manifestaciones orgánicas de la enfermedad mientras el enfermo vive una crisis de todo su mundo, el profesional y el paciente se están moviendo en distintos niveles y no van a poder encontrarse.*

*Podemos por tanto tener en cuenta y poner en marcha otros recursos no farmacológicos como la reducción del estrés basada en la atención plena (REBAP)-meditación-yoga-técnicas de relajación y musicoterapia.*

La musicoterapia va a mejorar la calidad de vida de las personas mediante el alivio de los síntomas, el tratamiento de las necesidades psicológicas, el ofrecimiento de apoyo, la facilitación de la comunicación y la satisfacción de las necesidades espirituales.

### Caso 3

Mujer de 72 años que presenta cáncer de vejiga con metástasis ósea en cadera y fémur derecho. Se le ha realizado biopsia de hueso y está en espera de intervención en vejiga. Tiene mucha ansiedad por la noche, no puede dormir o si se duerme despierta sobre las 3 de la madrugada. La pierna le duele más por la noche. Durante el día está mejor, más distraída. Está más tranquila si se queda a dormir algún hijo en casa.

Intenta relajarse respirando o mediante la meditación. A veces se calma, pero otras no puede controlar la ansiedad.

## Tratamiento homeopático

Arsenicum Album 6 LM: mejora la ansiedad y el insomnio.

Otros medicamentos utilizados: Arnica, Bryonia, Chamomilla, Nux Vomica.

## Síntomas particulares más frecuentes en el proceso de la muerte

- Respiratorios: disnea, estertores previos a la muerte.
- Digestivos: inapetencia, anorexia, caquexia, náuseas, vómitos y estreñimiento. Estos 3 últimos síntomas pueden corresponder al propio proceso del enfermo o, en la mayoría de los casos, a las reacciones adversas medicamentosas previsibles de los medicamentos más convencionalmente usados (frecuentes con el uso de opiáceos).

### Caso 4

Ernesto, de 83 años de edad. Está casado, vive en casa con su esposa y cuenta con la ayuda de 2 cuidadoras y con la atención que le procuran, cuando hace falta, su hija Sara y su yerno. La hija desea otro tipo de tratamiento para su padre. Lo ve agotado y con un deterioro importante en los últimos meses. “Mi padre ha cuidado de mi madre los últimos años, ella no sale ya de casa y ha sido totalmente dependiente, mi padre no se ha movido de su lado. Quiero algo que le ayude sin perjudicarlo”. Ernesto ha sido *cuidador*.

### Diagnóstico

En septiembre de 2012 se llevó a cabo una tomografía computarizada y se le diagnosticó de meningiosarcoma, de insuficiencia cardíaca grado IV y de deterioro cognitivo leve que se va acentuando con el tiempo.

Incurabilidad completa-paliación.

Esperanza de vida: ¿meses?

### Tratamiento convencional

Fortecortin® (1 mg) + furosemida (1-1-0).

Fui su médica durante 1 año hasta su fallecimiento.

### Uno de los episodios durante su proceso

Me llama su hija porque Ernesto tiene dificultad para respirar, presenta sibilancias y está cianótico, tiene mucho ruido en el pecho, está lleno de flemas que no logra sacar y presenta una llamativa somnolencia.

Acudo al domicilio (la temperatura es de 37,8 °C y la saturación de oxígeno del 84%) y corroboro a la auscultación lo descrito. El diagnóstico es bronquitis aguda.

### Tratamiento homeopático

Antimonium Tartaricum 6 CH con la intención de actuar en el plano orgánico. Una toma de 5 gránulos en seco y después en disolución: 1 cucharada sopera cada 3-4 h y valorar resultado a las 12 h.

A la mañana siguiente no ha vuelto a presentar febrícula, ha dormido mejor, presenta menos sibilancias y está más atento, aunque persisten las flemas y la sensación de ahogo.

Observación: presenta mejoría general sin agravación. Se aumenta la potencia: Antimonium Tartaricum 30 CH (5) plus c/6-8 h.

Al tercer día acudo al domicilio; presenta una saturación del 95%, se le ve animado y despierto, no tiene fiebre y hay accesos de tos con expectoración amarillenta abundante. Se mantuvo el mismo medicamento espaciándolo hasta la resolución del caso en 5 días.

#### Otros medicamentos usados durante la atención al paciente

Arsenicum Album; Carbo Vegetabilis; Ipecacuana; Kalium Bichromicum; Pulsatilla Nigricans.

#### Caso 5

Valentina, de 59 años, está casada y vive con su esposo (actualmente con cirrosis) a quien ella cuida. Tiene un hijo de 32 años casado que vive cerca de ellos y está pendiente de ambos padres. En 2010 se la diagnosticó de carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda. Se llevó a cabo cirugía conservadora y posteriormente fue reintervenida y se le practicó mastectomía izquierda y linfadenectomía axilar. Se realizó gammagrafía ósea sin evidencia de enfermedad. Considerada como triple negativa se planteó tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia.

En junio de 2015 presentó dolor lumbar de 2 meses de evolución y fue valorada en urgencias: la radiografía evidenciaba acunamiento de la vértebra D6.

En la resonancia magnética efectuada en julio presentaba lesiones focales que afectaban a todos los cuerpos vertebrales de la columna, las costillas, la clavícula derecha, las palas ilíacas y los cóndilos femorales.

Acudió a urgencias en varias ocasiones por mal control del dolor e imposibilidad para la movilización.

#### Tratamiento

Fortecortin® (4 mg cada 12 h); fentanilo (75 µg cada 72 h); 1 cápsula de Nolotil® cada 8 h; lorazepam (1 mg cada 24 h); Sevredol® (10 mg cada 4 h si dolor); omeprazol (20 mg cada 24 h) y Duphalac® (1 sobre cada 8 h).

Su hijo, que es mi paciente, la trae a consulta.

Valentina se siente decepcionada y manifiesta mucha rabia porque después de todo cuanto ha vivido no le han curado, llora de rabia e impotencia: “No quiero tomar tantas medicinas me producen náuseas, vómitos, diarrea, esto no es vida... me cuesta conciliar el sueño, tampoco me apetece comer y he perdido casi 5 kilos”.

#### Tratamiento homeopático

Nux Vomica 30 CH plus cada 4-6 h y disminución gradual y progresiva de los analgésicos y corticoides. A los 15 días la vuelvo a ver en la consulta y va mejor: duerme

más tranquila, subió 1 kg de peso. Hemos logrado retirar el Nolotil®, no ha usado Sevredol® como rescate, toma medio comprimido de lorazepam cada 24 h, 1 sobre de Duphalac®, 4 mg de Fortecortin® cada 24 h y continúa con el omeprazol.

#### Evolución del caso

Desde entonces, la veo cada 15 días. Actualmente solo está utilizando parches de fentanilo (25 µg cada 72 h) y lorazepam puntualmente. Se ha mantenido como medicamento principal Nux Vomica pasando a potencias LM (iniciando desde la 6 LM) y en la actualidad se mantiene con 15 LM cada 12 h.

#### Medidas higienicodietéticas y meditación

En una ocasión presentó un episodio de estreñimiento importante de varios días de evolución para el que precisó tomar Opium 30 CH plus, aunque se obtuvo poca mejoría y se resolvió con Bryonia 30 CH cada 4-6 h finalizando con 6 LM plus.

#### Otros medicamentos utilizados

Arsenicum Album, Ipecacuana, Natrum Muriaticum.

#### Cuidando al cuidador

Atender al enfermo en paliativos supone atender al familiar o familiares que le cuidan.

La enfermedad debe considerarse una crisis que impacta a toda la familia y que puede generar desajustes que afecten a todas las esferas: afectiva, física, relacional, económica y espiritual.

#### Factores que hay que considerar en la intervención con la familia

##### Edad del paciente

No es lo mismo que el paciente sea un niño o un adulto joven con una enfermedad terminal (trauma por que no es esperado, ni congruente en el sentido de la naturaleza) que un anciano cuyo proceso ha preparado a la familia.

##### Edad de los cuidadores

No es lo mismo si el cuidador principal es un adolescente, un adulto o un anciano.

##### Rol que desempeña el paciente en el núcleo familiar

¿Es cabeza de familia? (rol como el que aporta los recursos, la toma de decisiones, etc.).

##### Tipo de funcionamiento previo a la enfermedad

Caótico y disfuncional o funcional y armonioso.

## Recursos disponibles

Recursos propios o a los que puedan acceder (ayudas sociales). Cuidar al cuidador implica abordar no solo al familiar o familiares en el proceso de cuidado del enfermo, sino también centrar nuestra atención en el médico y personal sanitario que son cuidadores del paciente y la familia.

El riesgo de una implicación más que empática con el enfermo al que se cuida da lugar, como coste al enfrentarse al dolor emocional en lo cotidiano, a un estrés traumático secundario que puede traer como consecuencia la claudicación del cuidador o cuidadores ante lo cual el médico, que también *cuida*, debe mantenerse atento al lenguaje verbal y no verbal, en donde están implícitos el agotamiento físico, el insomnio, la irritabilidad, la labilidad emocional, la culpa, etc.

## El profesional como herramienta de acompañamiento

Hahnemann nos recuerda en *Organon de la medicina* (párrafo 83) lo que el médico debe tener en cuenta a la hora de abordar al paciente: ausencia de prejuicios, sentidos perfectos (salud del médico), atención al observar y fidelidad al trazar el cuadro de la enfermedad.

## Definición de salud de la Organización Mundial de la Salud

La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental, espiritual, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

El trabajo cotidiano con el sufrimiento se asocia con el riesgo de *burnout* o enfermedad laboral (sistema sanitario) y la fatiga de compasión.

Todo profesional experimenta sentimientos que provienen de sus pacientes o de la relación con ellos. Tomar conciencia de ello y aceptarlo es fundamental para conseguir el autoconocimiento y el bienestar emocional necesarios para mantener una adecuada relación y distancia terapéutica.

La fatiga de compasión es la pena profunda resultante de estar emocionalmente abrumados por el sufrimiento de los otros. Es una fatiga debilitante provocada por la repetición continuada de respuestas “al sentir como” en lugar de “sentir con” ante el sufrimiento y el dolor de los demás...

El no considerar el bienestar del médico produce un impacto tanto en la atención al paciente como en el propio médico (tabla 1).

## Herramientas con que puede contar el profesional para su cuidado

- Por un lado, la autoconciencia: el proceso mediante el cual uno adquiere conciencia de sí mismo en un momento particular del tiempo. Involucra un estado de observación de sí mismo, implica un autoconocimiento y el desarrollo

de una conciencia dual o testigo que permite al clínico atender y evaluar simultáneamente las necesidades del paciente, el entorno de trabajo y su propia experiencia subjetiva.

- El autocuidado es el conjunto de conductas saludables que un individuo lleva a cabo en beneficio de su propia salud: alimentación, ejercicio, descanso y sana diversión, mantener los vínculos, las relaciones familiares, los amigos, la meditación. Cuando se funciona con un bajo nivel de conciencia, los profesionales sanitarios están más expuestos a sufrir más estrés, a sentir la empatía como una obligación y con ello aumentar el riesgo de fatiga de compasión y *burnout*. En contraposición a la fatiga de compasión, si tomamos en cuenta el autocuidado estaríamos más cerca de sentir la satisfacción de la compasión. Consiste en acompañar al paciente que está sufriendo y establecer una relación profunda, un encuentro entre persona-persona más allá de los roles médico-paciente, y sentir el vínculo sanador para ambos. El autocuidado es, por tanto, un imperativo ético. Supone tomarse en serio el amar al prójimo como a uno mismo, empezando por el uno mismo como forma de poder ofrecer la auténtica compasión que nuestro trabajo nos demanda.

**Tabla 1.** Posibles consecuencias sobre el cuidado del paciente y el propio profesional de la no consideración de los sentimientos y bienestar del profesional en el proceso de atención del paciente

Impacto en la atención al paciente	Impacto sobre el clínico
Baja calidad de atención	Sentimientos de soledad
Dificultad para identificar los valores del paciente y la familia que están influyendo en la toma de decisiones	Pérdida del sentido y misión profesional, como de los fines de la medicina
Objetivos de cuidado inadecuados o incoherentes	Sentimientos de cinismo, impotencia, desesperanza y frustración
Utilización excesiva de tratamientos y tecnologías inadecuadas como consecuencia de no llevar a cabo procesos de toma de decisiones compartidas	Sentimientos negativos hacia el sistema sanitario y hacia la práctica de la profesión
Desconfianza por parte del paciente y su familia en el sistema sanitario y los profesionales	Deshumanización en el trato con los pacientes
Evitación continua de la relación con el paciente que conduce a un aumento de las complicaciones médicas y un alargamiento de la estancia hospitalaria	Riesgo aumentado de presentar síndrome de <i>burnout</i> y depresión

Tomado de Meier et al, 2011.

## Herramientas favorecedoras de la autoconciencia

- Actividades de REBAP (Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena) como la meditación que puede ser meditación zen o formas occidentalizadas de meditación, como la sofrología o el *mindfulness*.
- Reflexión-introspección.

### ¿Qué es la meditación?

Es un camino de conocimiento y de armonización de uno mismo, en todos los niveles que configuran a la persona a nivel físico, mental y espiritual.

La conciencia plena es una actitud que requiere reducir al mínimo la utilización del piloto automático, manteniendo la atención en lo que ocurre “aquí y ahora”, frente a la tendencia a dejar vagar la mente por los recuerdos del pasado o las preocupaciones o fantasías del futuro.

Investigaciones en el campo de la neurobiología advierten de la importancia que tiene la meditación para la salud, al armonizar nuestra psique y equilibrar los procesos mentales y emocionales.

Retomando una de las ya mencionadas actitudes espirituales claves en el acompañamiento, la presencia implica una disposición y, como nos dice el Dr. Proceso Sánchez Ortega, “disponerse es preparar el Espíritu y con esto queremos decir preparar totalmente nuestro ser, tanto nuestro ser existencial como nuestro ser esencial, para un acto trascendente para nosotros y sobre todo para el otro”.

## Conclusiones

La autoconciencia previene actitudes poco saludables como la rumiación, en la que se reflexiona de manera obsesiva sobre hechos negativos del pasado y que conduce a cuadros de ansiedad y depresión.

La ventaja de “estar presente” favorecería la flexibilidad psicológica, la capacidad de conectar completamente con el momento presente y orientar el comportamiento para alcanzar el fin deseado.

La combinación de conciencia plena y flexibilidad psicológica constituirán una estrategia de afrontamiento ante el estrés.

## Bibliografía recomendada

- Abbagnano N. Filosofía de Abbagnano. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
- Benito E, Barbero J, Dones M, editores. Espiritualidad en la clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Monografías SECPAL, n.º 6. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014.
- Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:390-7.
- Hahnemann S. Organon de la medicina. Sevilla: Editorial Minima; 2008.
- Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA*. 2001;286:3007-14.
- Sánchez Ortega P. Apuntes sobre la clínica integral Hahnemanniana. México: Biblioteca de Homeopatía de México; 2003.