





# 10

## Ventanas al mundo de la salud

---

**Pedro Cía Gómez**

Zaragoza, 2021

## **10 VENTANAS AL MUNDO DE LA SALUD**

Pedro Cía Gómez

*Primera edición: diciembre 2021*

*Depósito Legal: Z-1.789 / 2021*

Edita: **Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza**

*Paseo de Ruiseñores, 2*

*50006 Zaragoza*

*www.comz.org*

*Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.*

Impreso en España – Printed in Spain

@Pedro Cía Gómez, 2021

@ICOMZ, 2021



**Dr. Pedro Cía Gómez** nació el 16 de noviembre de 1941 en Torredonjimeno (Jaén) y ha vivido desde niño en la localidad zaragozana de Ejea de los Caballeros.

Licenciado con Premio Extraordinario de Licenciatura en la Facultad de Medicina de Zaragoza (curso 1964-65). Doctorado en la misma Facultad; tesis doctoral leída el 14-5-1968 (Sobresaliente cum laude).

Incorporado a la Facultad de Medicina de Zaragoza a partir de 1965, ejerció durante los primeros años de vida profesional como médico general de la Seguridad Social.

Asistente Extranjero en el Hospital Necker de París (beca del Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia) durante los años 1971 y 1972.

Profesor adjunto numerario por oposición de Patología y Clínica Médicas en Zaragoza en 1975.

Profesor agregado por oposición de la misma disciplina para la Universidad de Oviedo (1982), trasladándose ese mismo año a la de Zaragoza, donde fue nombrado catedrático, ejerciendo en nuestra Facultad hasta su jubilación en 2011. Ha ejercido como jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

En 1994 trabajó como colaborador en la Universidad de Tufts en Boston (EE. UU.).

Actividad investigadora en Hipertensión Arterial y riesgo vascular, siendo autor de libros y numerosos artículos en revistas especializadas nacionales y extranjeras, habiendo dirigido además numerosas tesis doctorales.

Especialista europeo de Hipertensión Arterial, Fundador (con otros compañeros) de la Sociedad Aragonesa de Hipertensión Arterial, Presidente de la misma y después Presidente de Honor.

Medalla de Oro de Ejea de los Caballeros.

Eta de jubilación: Ha presidido la Comisión de Deontología del COMZ (2014-2018), inició y coordina el Foro de Deontología Médica desde 2014 y fue vocal del Comité de Bioética de Aragón.



# AGRADECIMIENTOS

---

---

## 10 Ventanas al mundo de la salud

*A mi esposa Mercedes Blasco, Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud y constante colaboradora, por su revisión de mis escritos.*

*A la doctora Concha Ferrer Presidenta de nuestro Colegio de Médicos, dedicada plenamente al Colegio, siempre atenta a las necesidades de los colegiados y muy sensible a los problemas de la Sanidad.  
Ella promovió la edición de este trabajo.*

*A don José Javier Rueda, Adjunto a la Dirección y Jefe de Opinión de Heraldo de Aragón, verdadero maestro de literatura periodística, por su decidido apoyo.*

*A doña Rosa Arróspide, Periodista del Colegio de Médicos de Zaragoza por su inestimable labor y expertos consejos en esta edición.*

*Al doctor Enrique de la Figuera, Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos por su incondicional e inteligente apoyo en esta época difícil.*

*Mi recuerdo agradecido a doña Mapi Rodríguez Molina, jefa de Archivo y Documentación (Henneo-Heraldo de Aragón), doña Elena Martín, experta en Biblioteconomía y Documentación, perteneciente a la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Zaragoza y a doña Loli Guallar, secretaria del Servicio de Medicina Interna del hospital Clínico Universitario Lozano Blesa por su disponibilidad y experiencia.*

*A mis hijos Pedro y Javier, siempre animosos cooperadores.*

*A nuestros pacientes, que dan sentido a nuestras ideas y trabajos.*



# ÍNDICE

---

---

## **Prólogo**

pág. 11

## **Presentación**

pág. 13

## **Capítulo I: Proteger el corazón**

- pág. 18 Sociedad de consumo
- pág. 19 ¿Hay formas buenas de fumar?
- pág. 22 Hipertensión: Luces y sombras
- pág. 24 Prevenir la hipertensión
- pág. 26 Ejercicio físico y salud

## **Capítulo II: Los pacientes y las consultas**

- pág. 30 La consulta de «no enfermedades»
- pág. 32 La crisis y el cuidado de la salud
- pág. 34 Los «hiperfrecuentadores»
- pág. 36 Las consultas médicas no presenciales
- pág. 38 Pacientes y médicos juntos

## **Capítulo III: Cuidar y visitar a los enfermos**

- pág. 42 Los cuidadores de enfermos
- pág. 44 Edith Stein y los cuidadores de enfermos
- pág. 46 Cómo visitar a un amigo enfermo
- pág. 48 Las visitas en el Hospital

## **Capítulo IV: Atención a los mayores**

- pág. 52 ¿Cuidamos bien a nuestros mayores?
- pág. 54 Mayores y activos
- pág. 56 Lo que aportan los mayores

## **Capítulo V: El debate sobre el principio y el final de la vida**

- pág. 60 La píldora del día siguiente
- pág. 62 El debate sobre la muerte digna
- pág. 64 Eutanasia y libertad
- pág. 66 Cuidar la vida que termina
- pág. 68 Cicely Saunders y los cuidados paliativos

## **Capítulo VI: Los documentos de la salud y la enfermedad**

- pág. 72 El testamento vital
- pág. 74 ¿Interesa el testamento vital?
- pág. 76 El consentimiento informado

## **Capítulo VII: Bioética y Deontología ¿Qué debemos saber?**

- pág. 80 La Bioética, ocupación para todos
- pág. 82 Deontología y Sociedad
- pág. 84 Sócrates entre nosotros
- pág. 86 Azorín y los profesionales

## **Capítulo VIII: Temas recientes**

- pág. 90 Los pacientes y la informática
- pág. 92 Empresas saludables
- pág. 94 Teletrabajo, salud y bienestar
- pág. 96 Mejorar las vacaciones
- pág. 98 Rehabilitación y ayuda mutua

## **Capítulo IX: Lo que inspiró la actual pandemia**

- pág. 102 Aplausos desde las ventanas
- pág. 104 Desescalada y final del aplauso
- pág. 106 Sanitarios de oro
- pág. 108 Bioética y vacunas
- pág. 110 Por qué debo vacunarme

## **Capítulo X: Epílogo entre el humor y la confianza**

- pág. 114 El necesario buen humor
- pág. 116 La confianza en el médico, hoy

# PRÓLOGO

---

---

Por la Dra. Concepción Ferrer Novella  
Presidenta del Colegio de Médicos de Zaragoza (2013-2021)

Estas líneas quieren ser la antesala del importante contenido que encontrarán en su interior. A través de estos años, en los que he tenido el orgullo de presidir el Colegio de Médicos de Zaragoza, he recorrido un camino ilusionante en la ardua labor de hacer llegar la Deontología a los colegiados/as y a los alumnos/as de nuestras facultades. Saciados de conocimiento, pero en muchas ocasiones pobres en el conocimiento del difícil arte de curar, conocer y mantener vigente el juramento hipocrático que ha acompañado a la profesión y que los tiempos han ido adecuando, siendo, a través de los siglos, un código de conducta para nuestra actuación en el día a día y para la seguridad de los pacientes.

El Dr. Pedro Cía, Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Zaragoza en mi primera legislatura, fue creador e impulsor y ha sido un apoyo imprescindible para la puesta en marcha y consolidación del Foro de Deontología Médica del COMZ, que ya ha cumplido ocho ediciones. En él planteamos el abordaje, conocimiento y debate de los capítulos y aspectos del Código Deontológico: los más conflictivos, los generados por el avance de la ciencia y los nuevos métodos de ejercicio de la profesión por la aparición de nuevas tecnologías y medios de comunicación. Está dirigido a colegiados/as y a los alumnos/as de pregrado, que han llenado nuestro salón de actos a lo largo de todos estos años.

Importante con respecto a este foro y su andadura es el haberse constituido en el punto de encuentro y entrada de estudiantes pregrado en la institución colegial.

Diversos artículos relacionados con los temas tratados en este foro, muchos de ellos publicados en prensa, se han recopilado en esta obra que quiere ser una aportación cercana en temas de Deontología.

Gracias Dr. Pedro Cía por estos artículos; los médicos y pacientes le estarán siempre agradecidos. Su recopilación nos permite construir un libro de cabecera donde se clarifiquen temas que nos ayuden a consolidar hechos tan trascendentales en el ejercicio de nuestra profesión como la relación médico - paciente y el buen quehacer del médico.



# PRESENTACIÓN

---

---

Cada día los periódicos consiguen el prodigio de encuadrar en sus páginas noticias, opiniones, análisis, comentarios e incluso pronósticos; es decir, recogen e interpretan la historia cotidiana de las personas y del conjunto de la sociedad y la ponen al alcance de los lectores.

Irremediablemente, esa tarea de recoger la historia conlleva también otra tarea, que es la de hacer historia. Al sugerir razonamientos, despertar emociones y provocar inquietudes, movilizan a las personas que leen y a toda la sociedad, con lo que configuran buena parte del futuro y por tanto de la historia que más adelante se escribirá.

En esa gran tarea participamos, junto a cualificados profesionales del periodismo, colaboradores no profesionales con nuestros artículos, aunque sea, como en mi caso, de forma minúscula. Dichos artículos son fragmentos de vida que, desde diversos ámbitos, saltan a las páginas del periódico. Son como voces que desde el entorno y las vivencias de cada autor resuenan en el diario, esperando que lectores interesados vean allí reflejadas sus inquietudes y que desde una inteligente lectura, disfruten o encuentren información o reconozcan su acuerdo o desacuerdo con lo que allí se dice.

Los artículos que a continuación se presentan, publicados en *Heraldo de Aragón*, son de entre los que escribí en estos veinte años que llevamos de siglo (veinte y medio por ser más preciso), aquellos que abordan problemas que siguen hoy reclamando nuestra atención o bien nos plantean cuestiones que son de ayer, pero también de hoy o quizá de siempre. Por eso me parecía que podían recopilarse en esta pequeña obra por si pueden interesar a lectores de hoy y de mañana.

Se trata de artículos relacionados con el mundo de la salud y se han agrupado, no por el orden cronológico en que aparecieron en la prensa, sino en capítulos según los temas.

Así, un primer capítulo incluye explicaciones y consejos útiles en orden a la protección ante enfermedades del aparato circulatorio, una de las grandes epidemias de nuestra sociedad actual.

El capítulo segundo incluye artículos referidos a los pacientes y a su relación con el mundo de la salud en las consultas médicas.

En un tercer capítulo se reflexiona sobre esa colaboración, que hoy es muy considerada, de personas no profesionales, pero eficaces en el cuidado de los enfermos, los cuidadores. En cuanto a estas intervenciones de quienes se interesan por el enfermo, aunque no sean profesionales, se alude a quienes los visitan y se proporcionan algunos consejos prácticos para que la visita resulte beneficiosa para el paciente.

El capítulo cuarto enfoca realidades de un sector siempre importante, el de los mayores, con sus necesidades y también sus potencialidades.

El debate ético en torno a la vida, ya sea en sus inicios o bien en su final está hoy en nuestra sociedad y es motivo de análisis en el capítulo quinto.

En relación con la salud y la enfermedad creo que resulta necesario conocer además el fundamento e instrucciones de documentos importantes que a todos nos conciernen y a ellos se refiere el capítulo sexto.

También creo que hay aspectos de la Bioética y de la Deontología que todos debemos conocer, aunque estas parezcan materias propias de profesionales y así el capítulo séptimo lo componen artículos que tratan de explicarlas en términos que a todos nos resulten comprensibles.

La evolución acelerada de hábitos sociales y de medios técnicos han sugerido un capítulo, el octavo, referido a temas que hoy se nos presentan como nuevos o relevantes en el mundo en que nos desenvolvemos.

La actual pandemia, que tanto nos inquieta hoy, ha inspirado el capítulo noveno.

Finalmente, como una despedida, el epílogo del capítulo décimo traza las dos orientaciones que estimo necesarias para la buena vida personal y en comunidad desde el punto de vista de la salud: la confianza y el humor. Con todo lo que estas actitudes suponen de valentía y de perseverancia. Aquí la confianza la referimos a la relación con el mundo de la salud y de la enfermedad y el humor a la superación de adversidades en favor de uno mismo y de los demás.

Así, los artículos incluidos en estos diez capítulos son como ventanas que

se abren al mundo de la salud. No lo muestran todo, pero quieren invitar a la reflexión, pensando que en la vida, como en el mundo de la salud y la enfermedad, lo esencial es la ayuda de unos a otros y siempre desde un impulso solidario y optimista.

El Colegio de Médicos de Zaragoza, sensible a las inquietudes de los profesionales y también a las demandas de la sociedad ha hecho posible que estos capítulos o ventanas que miran al mundo de la salud se abran a los colegiados e incluso a los ciudadanos, porque de todos hablamos cuando hablamos de la vida desde la perspectiva de la salud y de la enfermedad. Reciba mi agradecimiento el Presidente actual, doctor Javier García Tirado y el personal del Colegio, donde siempre me sentí acogido y donde tan a gusto he colaborado.

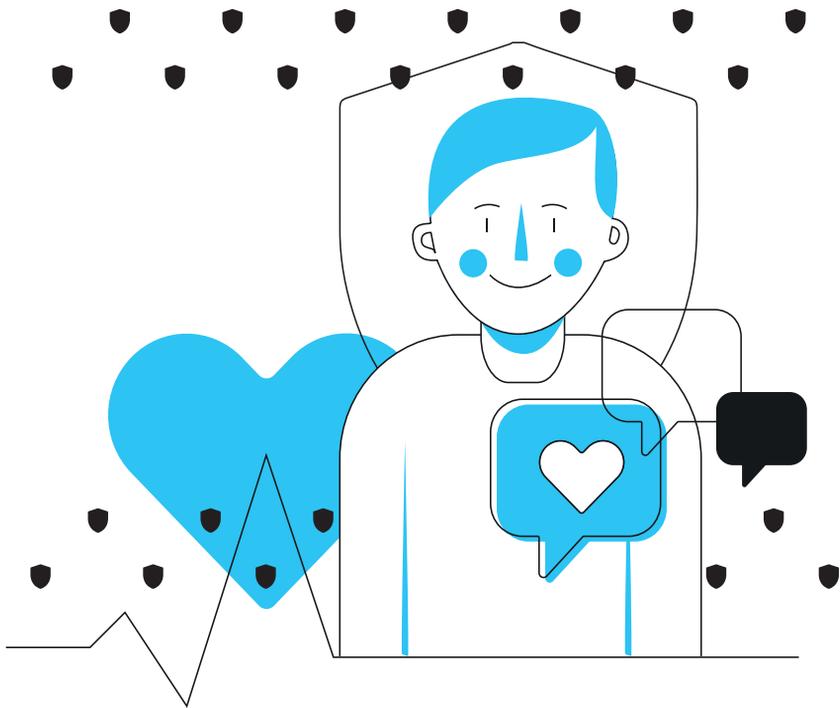
De *Heraldo de Aragón* proceden los artículos que componen cada capítulo. Vaya también mi agradecimiento a este prestigioso diario por la atención que siempre presta a temas y debates relativos a la salud y la enfermedad.

# CAPÍTULO I

## Proteger el corazón

Proteger el corazón y todas nuestras arterias depende en buena parte de medidas como evitar el tabaco, realizar ejercicio físico adecuado y orientar saludablemente nuestra alimentación (según directrices de la dieta mediterránea), así como detectar y controlar posibles situaciones de diabetes, excesos de tensión arterial, de colesterol o de peso y evitar el sedentarismo y otras circunstancias que actúan como «factores de riesgo», acechando al aparato circulatorio. La Medicina Preventiva ha mostrado su eficacia. Pero somos nosotros los protagonistas.

El beneficio de las medidas preventivas depende de nuestros conocimientos y de nuestra determinación para aplicarlas. Los siguientes artículos nos ayudan a reflexionar sobre ellas.



# Sociedad de consumo

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 19-12-2001

# L

AS enfermedades circulatorias, entre las que se incluyen algunas tan frecuentes como el infarto cerebral, el infarto de miocardio, la angina de pecho y la insuficiencia cardiaca, son la primera causa de muerte en países industrializados occidentales, entre los

que nos encontramos.

La mortalidad por enfermedades circulatorias alcanza aproximadamente el 40% de la mortalidad de la población adulta en España y en el conjunto de Europa. Resulta curioso observar como nuestras sociedades occidentales, hoy tan desarrolladas, proporcionan tratamientos médicos muy eficaces, pero a la vez generan condiciones de vida que favorecen la aparición de estas enfermedades.

El propio hecho de que en las sociedades desarrolladas suba la edad de la población hace que aumenten las posibilidades de sufrir enfermedades circulatorias. Sin negar las predisposiciones genéticas, es cierto que con la edad y también con el tipo de vida y de alimentación de la llamada sociedad de consumo aumenta la frecuencia no solo de hipertensión arterial, sino de exceso de colesterol en sangre, de diabetes y de obesidad. Todas estas situaciones tienden a deteriorar el Aparato Circulatorio. Por eso tales situaciones se conocen como factores de riesgo cardiovascular. A dichos factores hay que añadir otros tan importantes como el hábito tabáquico, el exceso de bebidas alcohólicas, el sedentarismo y ciertas formas de alimentación (rica en grasas animales, con exceso de sal o de dulces), que con frecuencia se detectan en nuestro medio.

Regular todos estos factores de riesgo supone evitar una proporción significativa de las enfermedades citadas al principio. Merece la pena por ello modificar algunos estilos de vida, como suprimir el tabaco, moderar las bebidas alcohólicas y realizar a diario ejercicio físico (adaptado a la edad y circunstancias).

# ¿Hay formas buenas de fumar?

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 31-5-2006

**H**OY, 31 de mayo, Día Mundial Sin Tabaco, la organización Mundial de la Salud (OMS) ha querido alertar por una parte sobre reclamos publicitarios referentes a nuevos productos del tabaco que de forma equívoca se presentan a veces como menos perjudiciales; y, por otra, llamar también la atención sobre la magnitud de la población fumadora y las características de las personas que hoy se incorporan a este colectivo.

La documentación reciente de la OMS, editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo se centra primero en nuevos productos del tabaco. Reafirma el efecto de los cigarrillos «como uno de los productos más mortíferos y adictivos que la humanidad haya producido nunca» y avisa además que los cigarrillos «light» no reducen el riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaco y que en los cigarrillos con filtro la cantidad de nicotina y de alquitrán que se absorbe es la misma que se habría absorbido sin filtro.

Los llamados cigarrillos «orgánicos» o «naturales», a veces dispensados en herbolarios, son igual de peligrosos que los convencionales, ya que el fumador está expuesto igualmente a la acción de los productos de la combustión del tabaco. La OMS advierte también que hay propaganda no fundamentada de menor toxicidad sobre los cigarrillos liados por uno mismo, algo muy frecuente en Nueva Zelanda y Noruega y presente también en EE. UU., que es un mercado en aumento.

Así mismo son tóxicos los pequeños cigarrillos liados a mano consumidos en la India y en el Sudeste Asiático conocidos como «bidis» y los «kreteks» que mezclan clavo y tabaco, extendidos en Indonesia. Ambos se difunden progresivamente por otras zonas.

En cuanto al hábito del cigarro puro, los fumadores sufren un riesgo de algunas enfermedades relacionada con el tabaco mayor que los no fumadores; incluso con esta clase de producto, el con-

tacto en la boca, aun sin encender el cigarro, hace que el fumador absorba nicotina, quedando así expuesto a sus efectos.

El fumador de pipa queda también expuesto a afecciones respiratorias y a enfermedades cancerosas de distintas localizaciones con un riesgo superior a los no fumadores. Tampoco están exentos de riesgo los fumadores de pipas de agua muy usadas en Oriente Medio y Sudeste Asiático y sobre las que ha existido la falsa creencia de que el humo pasando por un recipiente de agua sería menos perjudicial. Toda esta variedad de modos de fumar, así como el consumo de tabaco sin combustión (tabaco de mascar, rapé...) repercuten perjudicando de forma importante a la salud.

Pienso que, este año, la OMS ha querido informar sobre estas modalidades menos conocidas del consumo de tabaco por dos motivos fundamentalmente. En primer lugar, porque sobre ellas existe a veces la creencia equivocada (incluso la propaganda) de que son hábitos tabáquicos menos o nada perjudiciales. En segundo lugar, porque son formas de hábito tabáquico en expansión y, aunque algunas de ellas eran ya tradicionales en determinadas regiones, hoy se extienden a otros ámbitos geográficos y puede que en el futuro nos afecten.

El otro tema sobre el que incide en este momento la OMS es el de la población fumadora. En la actualidad hay en el mundo 1.300 millones de fumadores y en el caso de fumadores de cigarrillos que mantienen su dependencia, la mitad morirán prematuramente, con la peculiaridad de que la muerte del fumador se precede con mayor frecuencia de años de enfermedad e incapacidades que en el caso del no fumador.

La mortalidad debida al tabaco se cifra en cinco millones de personas al año, pero si sigue el plan de consumo actual, hacia el año 2020 dicha mortalidad se habrá duplicado. De lo que sí podemos estar seguros es de que hoy nos afectan, tanto al fumador activo como al fumador pasivo, importantes enfermedades relacionadas con el tabaco como son algunas de las más frecuentes enfermedades del corazón, de la circulación cerebral, afecciones respiratorias crónicas y distintas formas de cáncer como el de pulmón, laringe, boca, esófago, etc., aparte de que puede contribuir a distintas enfermedades del adulto y también al aborto espontáneo, bajo peso del niño al nacer y a algunas enfermedades pediátricas.

Sin embargo, es preocupante el hecho de que, pese a nuestros conocimientos bien fundamentados hoy sobre los efectos perjudiciales del tabaco, su consumo sigue creciendo, sobre todo a costa

del aumento en países en vías de desarrollo. Entre los nuevos afectados por el hábito es hoy la mujer víctima creciente del consumo y particularmente en tramos de edades juveniles, de forma que la prevalencia de fumadoras/es es igual o superior entre las chicas que entre los chicos.

En resumen, nuevas formas de consumo de tabaco, así como nuevos tipos de pacientes que acceden al mismo van creando nuevos perfiles de esta grave situación de riesgo y de la población afectada, que requiere información, motivación y ayuda por el bien de la salud, algo en lo que todos estamos implicados.



# Hipertensión: Luces y sombras

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Lunes, 19-5-2008

**L**A hipertensión arterial es hoy uno de los grandes problemas de salud en todo el mundo. Nuestros propios datos de la población aragonesa revelan que el 31% de los adultos (casi uno de cada tres) tiene cifras elevadas de tensión arterial, cuya máxima supera los 14 cm (140, medida en milímetros de mercurio) o cuya mínima está por encima de 9 (90 mm); pero, si consideramos el sector de personas de más de 65 años de edad, la proporción de hipertensos -personas con tensión elevada- es de más de la mitad de la población.

Las personas con tensión arterial alta tienen más riesgo de sufrir importantes lesiones y enfermedades de distintos órganos, como angina de pecho, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca, o trombosis, hemorragias y embolias cerebrales (también conocidas como ictus) o trastornos de la función renal. Se calcula que el riesgo para los hipertensos de sufrir enfermedades del aparato circulatorio asciende al 20% o más a lo largo de diez años.

Sin embargo, también hay buenas noticias. Importantes estudios sobre la población hipertensa muestran que, con el adecuado tratamiento, se reduce significativamente el riesgo de ictus (en un 30-35%), de infarto de miocardio (en un 20%) y de insuficiencia cardíaca (en un 50%).

En conjunto, y según recientes informes del Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades circulatorias siguen siendo la primera causa de mortalidad en España, pero también es cierto que en

los últimos años está descendiendo esa mortalidad y actualmente se sitúa en el 32,5%.

Sin duda en esta evolución favorable influye el mayor conocimiento que los médicos, y también la población en general, tienen de los factores de riesgo vascular y entre ellos la hipertensión; influye también una mayor sensibilidad para detectar la presencia de factores de riesgo vascular, como es el caso de la toma periódica de la tensión arterial que debe hacerse al menos anualmente en personas de más de 40 años. Finalmente, va siendo mayor el número de pacientes que ponen en marcha el adecuado tratamiento de su hipertensión y quedan, por lo tanto, más protegidos frente al riesgo vascular.

Sin embargo, no podemos bajar la guardia, ya que en los últimos años detectamos que, con cierta frecuencia, los pacientes abandonan o siguen mal los tratamientos por diversas causas, entre ellas el olvido de la medicación, y a veces porque la hipertensión arterial es habitual que no produzca síntomas y no se valora por ello el efecto de los tratamientos.

Es verdad que en los últimos años crece el número de hipertensos tratados y controlados, pero también consta que, por distintos motivos, solo el 39% de los que están en tratamiento tienen controladas sus cifras de tensión arterial.

En resumen, sabemos hoy que, frente a la hipertensión, podemos emprender saludables orientaciones de estilo de vida, entre las que destacan el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, la reducción de la ingesta de sal (que abunda en embutidos, salazones, conservas y precocinados), la práctica de ejercicio físico aeróbico (como la marcha diaria durante una hora o tres cuartos) y la reducción de bebidas alcohólicas, además de controlar otros factores de riesgo (como la diabetes, el exceso de colesterol, etc.) y evitar algunos tan importantes como el tabaco. Disponemos también de eficaces medicamentos antihipertensivos. Pero, por favor: pongamos todos, médicos y pacientes, el mayor interés en el adecuado seguimiento de los tratamientos, no solo para prolongar la vida, sino para mejorar su calidad. ¡Merece la pena!

# Prevenir la hipertensión

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Sábado, 10-10-2009

**L**A celebración, hoy, 10 de octubre, del Día Nacional de la Hipertensión se centra este año en la importancia de la automedida de la presión arterial. Es bien sabido que la tensión arterial (siempre variable) suele elevarse en los pacientes al entrar en la consulta. Por eso, la toma de tensión arterial en esos momentos puede a veces dar valores que superen los límites considerados normales. Así, el supuesto paciente hipertenso (el que tiene la tensión arterial aumentada) solo lo es durante los minutos de la consulta. Esta situación, que afecta a un 20 ó 25% de los visitados, se denomina «hipertensión de bata blanca» o «hipertensión clínica aislada» y puede identificarse midiendo la presión arterial fuera del ambiente de las consultas.

Por eso es importante saber que hoy tenemos aparatos electrónicos validados, con manguito adaptable al brazo para posibilitar al paciente la automedida de su tensión arterial en su medio habitual (por ejemplo, en casa). La automedida de la tensión arterial no solo es útil para detectar la «hipertensión de bata blanca», sino también para confirmar una hipertensión arterial ligera e identificar situaciones de tensión arterial de gran variabilidad. En pacientes con tratamiento antihipertensivo la automedida ayuda a valorar la respuesta al tratamiento, a detectar posibles reducciones exageradas de la tensión arterial, y así ajustar la dosis de los fármacos, y a confirmar la realidad o no de casos de tensión arterial elevada.

Para el correcto autocontrol, es necesario que quien vaya a usar

el aparato sea instruido por el personal sanitario en la técnica, que es sencilla, y, sobre todo, en la conveniencia de seguir unas pautas. De este modo, los resultados correctamente anotados serán reflejo de la tensión arterial real a lo largo del día y en las condiciones de vida habituales. Así, las cifras de tensión arterial son generalmente más bajas que las registradas en consulta y, por eso, si en consulta lo deseable es que estén por debajo de 140/90 para la población en general, en el domicilio deben estar por debajo de 135/85.

Para que la automedida sea útil realmente, el paciente no ha de falsear los resultados ni tomar decisiones por su cuenta y sin consultar (por ejemplo modificar tratamientos a la vista de las cifras) y no caer en situaciones obsesivas con respecto al control.

Son varias las ventajas de la automedida de la presión arterial: da cifras más ajustadas a la realidad del paciente y permite espaciar las visitas a consulta. El paciente que colabora en las tomas y las comunica a su médico y enfermera está protagonizando sus propios cuidados de salud, lo que mejora la relación entre sanitarios y pacientes, que están más motivados a seguir los tratamientos.

La elevada prevalencia de hipertensión arterial (más de un 30% de la población adulta aragonesa y más de la mitad de los ancianos) anima también a proponer, siempre con prudencia, una mayor participación de todos en los cuidados relacionados con este problema de salud. De ahí el lema del Día Nacional de la Hipertensión de este año: «No corras riesgos, ¡controla tu tensión!».

# Ejercicio físico y salud

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 19-4-2011

# R

ECIENTEMENTE ha estimado la Organización Mundial de la Salud que en Europa más de 600.000 muertes al año se relacionan con la inactividad física. Obesidad, hipertensión arterial, algunas enfermedades del corazón, diabetes y diversas afecciones de músculos y articulaciones son algunas de las enfermedades en cuyo desarrollo puede intervenir el sedentarismo. Sirva como ejemplo que en nuestro estudio sobre hipertensión arterial en población aragonesa encontramos que la proporción de personas sedentarias resultó ser significativamente mayor entre las que mostraban cifras de tensión arterial elevada que entre las que tenían cifras normales (dentro de los mismos grupos de edad).

Nuestra vida se ha ido haciendo sedentaria en el trabajo con el uso de ordenadores y de técnicas diversas que nos liberan de esfuerzos y de movimiento. Los medios de transporte sustituyen con frecuencia a nuestras propias extremidades. Hasta en los ratos de ocio la oferta de videojuegos, programas de televisión...etc., mantienen absortas e inmovilizadas a un buen número de personas, incluyendo niños y jóvenes.

El problema del sedentarismo resulta especialmente preocupante entre nosotros. Es verdad que algunos estudios recientes señalan una tendencia al aumento de la actividad física en tiempo libre (no durante el trabajo), pero considerando el conjunto de actividad física durante el ocio y durante el trabajo, una publicación de este mismo año en la *Revista Española de Cardiología* sobre

población madrileña adulta concluye que el porcentaje de personas consideradas físicamente inactivas se duplicó en un plazo de 13 años. Por otra parte, datos del Eurobarómetro de 2010 señalan a los países mediterráneos como los más sedentarios de Europa.

Urge por lo tanto insistir hoy en la práctica del ejercicio físico, que es actividad física «planificada, estructurada y repetitiva» con objeto de mantener o mejorar la forma física relacionada con la salud. Indicaciones como la de realizar, cinco o más días a la semana, unos 45 minutos de marcha ligera (u otros ejercicios comparables y que se adapten a las circunstancias de cada uno) resultan beneficiosas para la salud de la mayoría de la población, aunque cada persona, según su edad, entrenamiento, enfermedades...etc., y siguiendo consejo médico, debe realizar el tipo de ejercicio adecuado a su circunstancia. La práctica de ejercicio es en todo caso conveniente y está al alcance de todos los bolsillos.

Actualmente se insiste también en estar atento a las posibilidades que cada uno tengamos de aumentar nuestra actividad física, aunque no sea en la forma «planificada, estructurada y repetitiva» que caracteriza al ejercicio físico. Así, el hecho de bajar del autobús (o del tranvía) una o dos paradas antes de la que habíamos considerado más próxima a nuestro destino nos proporcionará ocasión de andar unos minutos más ese día. Pedalear en la bicicleta estática mientras se ve alguno de los programas de la tele será más saludable que hacerlo sentado. Jugar con los niños, en vez de vigilarlos desde nuestra silla, también supone más actividad física (que se lo pregunten a los papás, mamás y abuelos/as), pero les aseguro también que es más divertido. Tareas a veces obligadas como barrer o pasear al perro resultan así mismo saludables... Pero lo mejor es que cada uno piense en actividades que, por su salud, por su disponibilidad de tiempo y hasta por su afición, vaya a ser capaz de mantener o aumentar y consultarlo siempre.

Hoy está suficientemente comprobado el beneficio de la actividad y del ejercicio físico sobre el peso corporal, la tensión arterial, la función del corazón, la circulación venosa, las cifras de glucosa, colesterol y triglicéridos, la función de articulaciones y músculos... y, desde luego, también sobre nuestro estado de ánimo.

En fin, con los datos actualmente disponibles podríamos modificar un antiguo refrán y decir hoy: «el que se mueve, de algo escapa».

# CAPÍTULO II

## Los pacientes y las consultas

La palabra consulta nos sirve para designar tanto el lugar como el acto de acercamiento del paciente al profesional en busca de ayuda relacionada con sus problemas de salud. La confianza en la competencia y en la capacidad de comprensión del profesional mueven al paciente. El profesional, no solo con sus medios y con el bagaje de sus conocimientos, sino también desde su ejercicio de empatía facilita ese acercamiento.

A veces adquieren las consultas peculiaridades curiosas, que nos hacen reflexionar, como es el caso de consulta de «no enfermedades». Las consultas en épocas de crisis nos llevan a consideraciones sobre la limitación de los recursos sanitarios ante el bien primordial de la salud. Un recurso muy necesario y siempre escaso es el tiempo empleado para la consulta; de ahí la necesidad de evaluar las causas que llevan a algunos pacientes a «consumir» excesivo tiempo acudiendo una y otra vez a consultar («hiperfrecuentadores»). En crisis como la de la actual pandemia se mostraron útiles las consultas no presenciales, pero siempre manteniendo su función complementaria de la consulta presencial.

En fin, los pacientes se muestran en general muy conectados con sus médicos en la Atención Primaria y hasta se manifiestan juntos por unas mejores condiciones asistenciales, reclamando especialmente unos y otros la disponibilidad de tiempo adecuado para las consultas. Los siguientes artículos revisan estos aspectos referentes a la consulta.



# La consulta de «no enfermedades»

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 19-4-2012

**C**ONSULTAR con motivo de una enfermedad parece lógico. Consultar, en cambio, por ciertas situaciones conocidas como «no enfermedades» resulta más difícil de entender. Con el término «no enfermedad» se hace referencia a un problema humano que quien lo sufre puede orientarlo como un problema médico, aunque -dicen- el resultado final sería mejor si no fuera considerado y tratado de esta forma.

La revista médica *British Medical Journal* ha recopilado algunos de estos problemas, entre los que se citan las canas o el pelo gris, la fealdad, la infelicidad, el aburrimiento o la soledad. Todos ellos han motivado consultas médicas y han dado lugar a la polémica sobre si deben ser o no motivo de atención en dichas consultas.

Efectivamente, resulta curioso imaginar, por ejemplo, a un paciente solicitando a su médico que le recete algo para el aburrimiento (más aún en nuestro entorno, con su habitual sobrecarga de consultas). No obstante, es preciso valorar las distintas situaciones aquí referidas.

Las llamadas «no enfermedades», en la mayoría de los casos, tienen su origen en nuestras apreciaciones personales o en nuestras actuales formas de vida, con su estrés, prisa, competitividad, condiciones de trabajo (o no trabajo), culto por la imagen, falta de comunicación, etc. Pueden repercutir sobre la salud, no cabe duda; pero es posible que cada uno pueda identificar tales problemas y, quizá, encontrar su solución o asumir aquello que no pueda cambiarse.

Habrán problemas para los que el consejo del equipo de salud puede ser conveniente. A veces, porque no está claro para el que lo sufre si constituye o no tema de consulta. Otras veces ocurre que una persona enferma puede estar muy preocupada por otros problemas que le afectan y que podrían calificarse de «no enfermedades». He conocido algunos casos de ancianos en nuestras consultas, que seguían tratamiento y controles periódicos por diversas enfermedades crónicas, pero que estaban más preocupados por su forma de vida en soledad y era precisamente de esto de lo que querían hablar con el médico. Es decir, que problemas relacionados con las llamadas «no enfermedades» entran a veces, incluso como temas prioritarios, en el ámbito de las consultas y sobre ellos también es importante dialogar. Lo que no sería nada conveniente y resultaría en cambio peligroso es que ante estos problemas cayese el paciente en el hábito de tomar medicaciones por su cuenta para cualquier situación de malestar o preocupación.

En todo caso, es muy recomendable la actitud positiva y hasta el mejor humor posible, pese a las dificultades. Hoy sabemos que el buen humor incide favorablemente en la salud. Lo recordaba en *HERALDO*, el 11 de marzo, el Dr. Álvarez, vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Contar, además, con la comprensión, discreción y solidaridad de los más cercanos es de un valor inapreciable. El problema de una persona, sea enfermedad o «no enfermedad» es asunto de todos.

# La crisis y el cuidado de la salud

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 22-6-2012

# L

A crisis que hace tiempo soportamos ha hecho ya reflexionar bastante sobre las limitaciones de los recursos sanitarios y la reducción de gastos. Pero las decisiones referentes al cuidado de la salud han de contar siempre con la activa participación de todos.

Concretamente, las medidas de tratamiento y prevención dependen en cuanto a su prescripción de los expertos (médico general, especialista...), pero depende de cada uno de nosotros su puesta en marcha y seguimiento. El uso razonable de los medicamentos requiere evitar tanto el abuso que supone la automedicación indiscriminada (con su correspondiente riesgo para la salud), como el defectuoso seguimiento de tratamientos adecuadamente indicados.

Sobre este último aspecto, el de no seguir los tratamientos, se ha insistido menos, pero no es un problema menor, tanto en España, como en países de nuestro entorno. En la mayoría de las encuestas y estudios sobre el tema se recoge el dato de que existe una proporción de pacientes que no cumplen los tratamientos, que es superior al veinticinco por ciento, pero que, en el caso de enfermos crónicos, la Organización Mundial de la Salud estima que puede llegar al cincuenta por ciento o incluso más.

Quede claro que el abandono de las medicaciones no supone ahorro ni mucho menos. Genera, y esto es lo más importante, riesgo de complicaciones y de evolución desfavorable de la enfermedad, con la consiguiente necesidad de nuevos tratamientos, ingre-

sos hospitalarios, etc. Es decir, el abandono de tratamientos, según diversos estudios, además del daño para la salud del paciente, que es la consecuencia fundamental, da lugar a nuevos gastos.

Muy conveniente también, y aún no conseguido de forma satisfactoria, es el seguimiento de las medidas de prevención. Estas, actualmente, se basan en consistentes fundamentos científicos y su beneficio es evidente. Sirva de ejemplo el interesante estudio publicado recientemente por la *Revista Española de Cardiología* y dirigido por la doctora Gemma Flores-Mateo que demuestra que la reducción de mortalidad por enfermedades coronarias (infarto de miocardio, angina de pecho) entre los españoles se debe, no solo a los avanzados tratamientos de la enfermedad en el hospital (unidades coronarias, tratamientos intensivos, cateterismos, cirugía...), sino en buena parte, nada menos que en un cincuenta por ciento, a la mejora en los factores de riesgo, sobre todo la hipertensión y el exceso de colesterol. Dicha mejora se relaciona con un conjunto de medidas al alcance de todos y de eficacia demostrada, como son la dieta mediterránea, el ejercicio físico adecuado, la supresión del tabaco, el control del peso y, en algunos casos concretos, también tratamientos farmacológicos.

En realidad, como vemos, es la vida de las personas y no la crisis el verdadero motivo para la adecuada utilización de los recursos para la salud; aunque es verdad que la crisis nos ha alertado de que, finalmente, somos cada uno de nosotros los verdaderos administradores de tales recursos. Ejercer esta responsabilidad es importante para cada uno, pero repercute además en la vida de los otros y, en especial, en la de los más próximos.

# Los «hiperfrecuentadores»

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 20-9-2012

## «H

OY no iré al médico; no me encuentro bien». Así se explicaba Amalia, una simpática anciana, asidua visitante de nuestro centro de salud. Parece paradójico no ir al médico por no encontrarse bien, pero esto es lo que decía nuestra paciente a la que, como digo, era frecuente ver casi todos los demás días por el consultorio. Para Amalia, que vivía sola era muy gratificante ir a ver con frecuencia a sus médicos y enfermeras, con quienes se llevaba muy bien y con quienes comentaba sus problemas, importantes o banales, relacionados con su salud (y también otros no relacionados con la salud). Es decir que Amalia pertenecía a ese reducido grupo de pacientes asignados al médico, que se conocen como «hiperfrecuentadores» por ir a la consulta con excesiva frecuencia y sin causa justificada. Son entre un 5 y un 10%, según algunos estudios actuales; pero el problema es que consumen la tercera parte del tiempo de consultas.

El tema se ha tratado en el 32 Congreso de Medicina de la Familia y Comunitaria celebrado en junio, y se subrayó que la proporción de hiperfrecuentadores de consultas, no solo se mantiene, sino que sobrepasa ligeramente las cifras antes indicadas. Los profesionales de Atención Primaria (de Medicina y de Enfermería) aprecian mucho el valor del tiempo de consultas, ya que el tiempo es esencial para la atención integral de sus pacientes. De forma enérgica y persistente han reclamado los médicos de Atención Primaria a la Administración más tiempo por enfermo para las consultas: «Diez minutos, ¡qué menos!» era el expresivo título de un artículo

del doctor Casajuana en la revista de Atención Primaria en el año 2001. Hace poco el doctor Javier Perfecto (*Heraldo de Aragón* 13-7-2012) valoraba la eficiencia del médico de familia, pese a que en pocos minutos se ve obligado a escuchar y comprender a su paciente, a elaborar el diagnóstico, a prescribir sus tratamientos, informar, adecuadamente, motivar... y además cumplimentar las tareas burocráticas. Lo admirable es que los profesionales en este caso, al pedir más tiempo de consultas, no reclaman un beneficio para ellos, sino mejor servicio para sus pacientes. Por eso todos hemos de ser cuidadosos con el buen uso del tiempo de consultas. Los hiperfrecuentadores muchas veces no son conscientes de este gasto de tiempo; pero sería conveniente que reflexionaran sobre la frecuencia de sus visitas. Incluso puede ser conveniente tratar el tema con su médico, que es quien puede descartar posibles causas de índole familiar o social (como en el caso de nuestra paciente), psíquicas o físicas de la hiperfrecuentación y confiar en el plan de visitas que el médico establezca.

Es deseable consultar siempre que sea necesario, pero a la vez y desde una actitud de cuidado responsable de la salud y de solidaridad, considerar que el tiempo de consulta es un bien necesario, pero es necesario, además de aprovecharlo, facilitar su distribución.

# Las consultas médicas no presenciales

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 18-6-2020

**L**OS cambios en las formas de vida provocados por la actual pandemia han dado lugar a un incremento del número de consultas no presenciales (CNP). Las actuales tecnologías de información y comunicación (TIC) nos facilitan llamadas, envío de imágenes, mensajes desde cualquier punto y en variadas circunstancias. Las nuevas TIC se han desarrollado a la vez que la globalización o más bien, como defiende McLuhan, el movimiento de informaciones inmediatas por medios electrónicos han propiciado la globalización.

En medio de estos cambios (quizá demasiado acelerados), algunos pacientes han mostrado su preocupación por la posibilidad de que la telemedicina acabe sustituyendo el valioso proceder del tradicional encuentro personal entre médico y paciente (consulta presencial) para hablar, para escuchar, para analizar conjuntamente los problemas de la enfermedad y también los temores y expectativas personales, así como para enfocar tratamientos y orientaciones futuras para la salud. Pero respecto a estas inquietudes, debe quedar claro que la CNP no puede excluir a la consulta presencial. El propio Código de Deontología Médica, aun reconociendo la utilidad de las CNP mediante distintas técnicas, advierte de que esta clase de comunicación no puede ser el procedimiento exclusivo, sino un medio complementario en la relación entre el paciente y el equipo de salud.

La CNP está resultando útil en el seguimiento de enfermos crónicos, sobre todo para los que tienen más dificultad en asistir a consultas o viven alejados de ellas, así como para notificar y valorar resultados de ciertas pruebas complementarias (análisis, pruebas de imagen, etc.), y en otros aspectos asistenciales. Es muy valorada así mismo la posibilidad de enviar al médico mensajes o imágenes relacionados con la salud.

Preocupa no obstante que la relación médico-enfermo pueda sufrir un cierto distanciamiento con esta clase de técnicas de comunicación (tema al que se prestó especial atención en el Congreso de la Sociedad Española de Informática de la Salud, 2017). Aun valorando esta posibilidad, que es importante, hay que señalar que la CNP también puede generar empatía. Tengo la propia experiencia (como otros pacientes) de alguna recomendación telefónica recibida de parte de mi médica o enfermera y de que tales llamadas me dejaron siempre la impresión de que pese a la distancia, se están preocupando por mi salud. Me recuerdan datos de mi historia clínica que ellas han repasado, me escuchan, me aconsejan... Es decir que, complementando la tradicional visita médica, las CNP no solo sirven para informar, sino también para mantener el proceso de comunicación necesario para una buena relación médico-paciente, esa relación que según Laín Entralgo se encuadra dentro de las relaciones de amistad («amistad médica» la denomina este autor) y que como toda relación amistosa, también cuenta con comunicaciones a distancia.

En nuestra Comunidad la doctora Repollés, nueva Consejera de Sanidad, se ha mostrado partidaria de la adecuada utilización de las CNP (*Heraldo de Aragón*, 6 de junio, pág. 6) y por su parte el Colegio de Médicos, presidido por la doctora Ferrer, había encauzado desde el comienzo de la actual crisis movimientos de médicos voluntarios dispuestos a colaborar también en la atención a distancia.

En resumen, la CNP es un procedimiento útil, complementario de la consulta presencial y con capacidad para mantener e incluso mejorar la amistosa relación del paciente con las personas que componen el equipo de salud.

# Pacientes y médicos juntos

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 13-5-2015

# L

OS médicos de familia salieron, hace algunas semanas, a la calle. Y lo hicieron acompañados por los pacientes. El motivo fue pedir mejoras para la atención sanitaria y, entre ellas, mayor disponibilidad de tiempo para las consultas.

Es una imagen muy atractiva la que muestra a los pacientes acompañando y apoyando a sus médicos. No hacen sino escenificar algo sustancial en la relación con sus médicos y enfermeras o enfermeros, que es la amistad y la confianza. El enfermo es amigo del médico a causa de la enfermedad, decía el filósofo griego Platón, y la amistad del médico y el enfermo consiste siempre en la confianza, explicaba nuestro compatriota y paisano el profesor Laín Entralgo. Esta relación a veces se ve condicionada por deberes burocráticos, pensados para el mejor funcionamiento de la organización asistencial, pero que consumen buena parte del tiempo de la atención médica y de enfermería.

También en la relación entre médicos y pacientes influye la tecnificación de la medicina actual, que facilita la precisión del diagnóstico y la eficacia del tratamiento. Pero la realización de técnicas consume tiempo y aumenta las esperas de los pacientes para las diversas pruebas.

En fin, la presión asistencial es causa de consultas muy concurridas, que causan la merma del tiempo para la atención de cada uno.

Por eso, médicos y pacientes piden que ante las nuevas realidades se adecuen los medios y, sobre todo, el tiempo de consulta que

el médico de familia necesita para realizar su entrevista clínica y exploración, para escuchar problemas personales que al paciente le interese comentar, para proporcionar explicaciones claras e incluso para motivar y animar en la situación difícil de la enfermedad. Además, la asistencia incluye «consejos leales y competentes al paciente para que este asuma responsabilidades en materia de salud». Es decir, consejos que responsabilizan al paciente, con lo que mejora su autonomía en el cuidado de la salud, todo lo cual favorece la confianza y la colaboración.

Toda esta labor del médico junto con el paciente exige tiempo. La reivindicación del tiempo viene siendo una solicitud de hace años por parte de los médicos de familia. La administración ha comprendido sus razones y no dudamos de que trabaja en busca de solución. Hay que tener en cuenta que los médicos de familia no están pidiendo más sueldo ni menos horas de trabajo. Piden tiempo y otros medios para atender a sus pacientes y estos lo han comprendido y los apoyan. Ante este ejemplo, creo que merecen el apoyo de toda la sociedad.

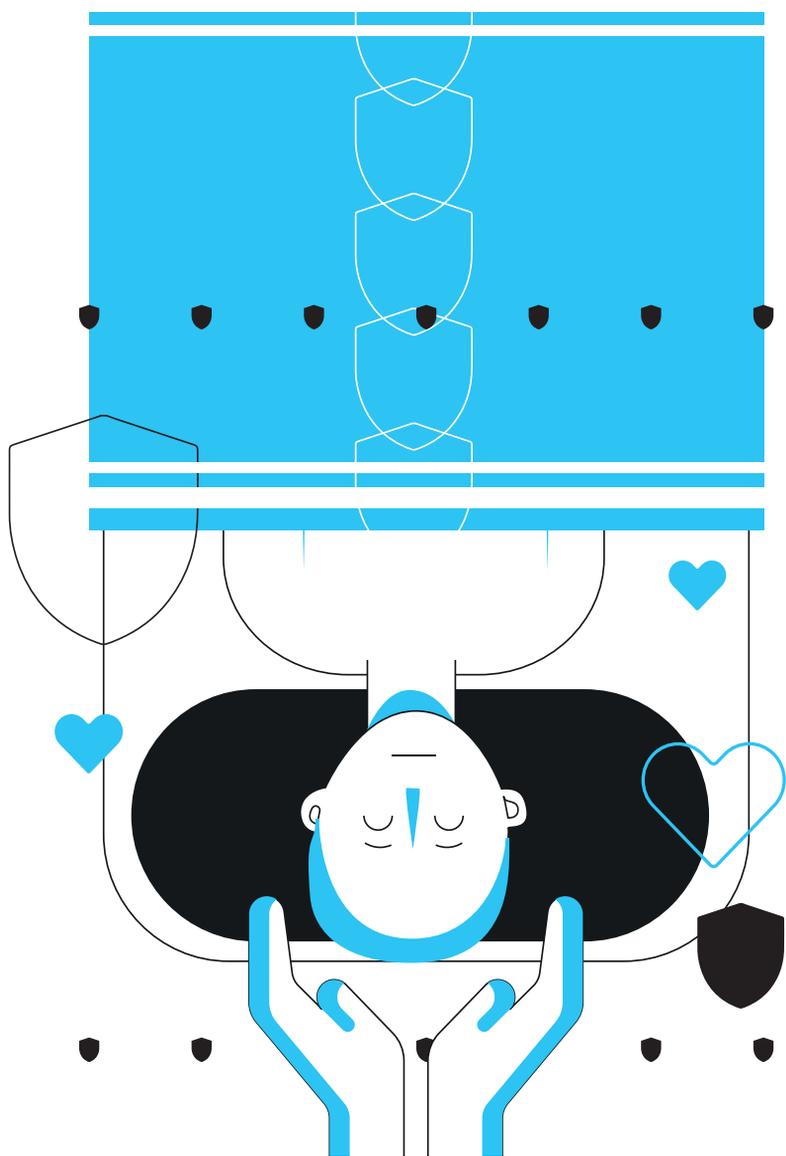
# CAPÍTULO III

## Cuidar y visitar a los enfermos

Durante los últimos años se ha valorado la labor de los cuidadores de enfermos, de cuya actitud de acompañamiento y de cuya dedicación depende en parte la evolución de su enfermedad. Su misión les lleva a adquirir experiencia y a ponerse en el lugar de quien sufre la enfermedad, es decir a actuar desde la empatía.

La filósofa Edith Stein descubrió el significado de la empatía desde sus disquisiciones filosóficas, pero también a través de sus vivencias como cuidadora en su papel de auxiliar de enfermera durante la primera guerra mundial, por eso su vida y sus escritos nos ilustran sobre la función de cuidar.

También en el entorno del enfermo aparecen con frecuencia quienes le visitan. Es una dedicación merecedora de reconocimiento, pero vale la pena fijarse en algunas recomendaciones, que más abajo se detallan, para que la visita resulte grata y animadora para el paciente y cuidadosa cuando se realiza en el medio hospitalario.



# Los cuidadores de enfermos

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 1-3-2012

Q

UIENES dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de enfermos crónicos, ancianos o discapacitados ejercen una importante función, nada fácil, pero tradicionalmente poco valorada.

Sabemos hoy, por diferentes estudios, que quienes se dedican a cuidar son predominantemente mujeres, familiares próximos que viven en el domicilio del paciente (cónyuge, hija...) y cuyo promedio de edad es algo superior a los sesenta años. Es quizá este perfil la causa de que la figura del cuidador -casi siempre cuidadora- haya sido poco valorada, ya que se le supone, como familiar próximo, la obligación de hacer cuanto sea necesario sin que reparemos muchas veces en que su dedicación implica un importante esfuerzo.

Por otra parte, el hecho de convivir con el paciente hace que la atención se prolongue toda la jornada o, más bien, día y noche. No es extraño por lo tanto, que sufran situaciones de sobrecarga, que, detectada como cansancio excesivo, llega a afectar al cuarenta por ciento de las cuidadoras (según el estudio dirigido por la doctora Moreno- Garviño). Pero no solo es el cansancio, sino que también pueden sufrir dolor de cabeza, de espalda, de diversas articulaciones, muscular, síntomas depresivos o de ansiedad, entre otros, y que en conjunto constituyen el síndrome del cuidador.

No se desaniman a pesar de todo los cuidadores o cuidadoras (tanto familiares como profesionales), pues, aunque mayoritariamente estiman que su salud puede verse afectada por su tarea, algo más del ochenta por ciento declaran que volverían a dedicarse a

ella (según datos publicados hace algunas semanas por el equipo dirigido por el doctor García Esteve).

Es verdad que a veces impresiona el comportamiento casi heroico de algunas cuidadoras o cuidadores que, día tras día, no se han separado de la cabecera del paciente, pero también es verdad que hoy sabemos que la sobrecarga que afecta al cuidador repercute desfavorablemente sobre la salud de la persona que recibe los cuidados.

Es necesario, por tanto, ocuparse de la salud de la cuidadora o del cuidador por su bien y por el de la persona a su cargo. Pero también es importante prevenir la posible sobrecarga (física y psíquica), atendiendo a las necesidades del cuidador que (según el Seminario Europeo celebrado en Oporto en 1994) son las siguientes:

- 1.- Informarle sobre la enfermedad o discapacidad del paciente a su cargo.
- 2.- Organización de sus periodos de descanso.
- 3.- Apoyo expresado como ayuda en tareas concretas y también como apoyo emocional.
- 4.- Reconocimiento de su labor, algo que siempre anima.
- 5.- Ser escuchado y considerado en sus propuestas y opiniones.

Atender estas necesidades del cuidador o cuidadora es tarea de todos, profesionales, familiares, amigos y voluntarios. A cada uno desde nuestras posibilidades nos toca poner en práctica el lema de «cuidar al cuidador».

# Edith Stein y los cuidadores de enfermos

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Domingo, 23-8-2020

**Q**UIENES por razones familiares, como voluntarios o por su profesión están implicados en el cuidado de enfermos, ancianos o personas dependientes conocen bien el valor de la empatía, cualidad que lleva a ponerse en el lugar del otro, a «captar las vivencias del otro», como diría la filósofa alemana Edith Stein (1891-1942). Empatizar con la persona asistida -dice la profesora Donoso-Sabando (*Persona y Bioética*, dic. 2014)- promueve la buena relación, es fundamental para la asistencia y mejora la calidad de vida de la persona necesitada de ayuda.

Sobre el tema de la empatía versó la novedosa tesis doctoral de Edith Stein. El tema es del máximo interés para quienes se mueven (o nos hemos movido) en el mundo de los cuidados de la salud. Pero una circunstancia de la vida de la autora es importante. Antes de completar su tesis, Edith Stein se había ofrecido como voluntaria de la Cruz Roja y trabajó como asistente de enfermera (1915). En expresivos escritos, que comenta la profesora Amparo Nogales (*Cultura de los Cuidados*, 2008), relata Stein sus experiencias en la asistencia a enfermos y heridos en la I Guerra Mundial. Explica su gusto por la relación con los enfermos, generalmente graves, con los que no resulta fácil comunicarse. Con algunos, solo a través de las miradas podía hacerlo. Trabajaba sin descanso y un día oyó que un suboficial alemán hospitalizado comentaba que «la enfermera

tiene más trabajo con nosotros que una madre con nueve hijos». El trabajo agotador hace mella y así lo expresó: «Como estaba casi todo el tiempo moviéndome, por la noche apenas me tenía en pie».

Recuerda la carga de los actuales cuidadores de enfermos, que en el caso de ser familiares, sabemos que lo son en su mayoría en primer grado, mujeres de más de 60 años, con frecuencia con enfermedades crónicas y que asumen la responsabilidad del cuidado del paciente día y noche. Precisamente el Seminario Europeo de Oporto de 1994, en relación con estos problemas, subrayó la necesidad de proporcionar apoyo emocional a cuidadores y cuidadoras (cuidar al cuidador).

Los relatos de Edith Stein evocan también la situación actual de profesionales sanitarios (en hospitales, centros de salud, residencias y domicilios) bajo la presión de una ingente y delicada tarea que exige precisión y continua toma de decisiones importantes.

Es interesante reparar en el hecho de que los borradores de la tesis de Stein, «Sobre el problema de la empatía», los revisó durante la época en que ejercía como ayudante de enfermera y es probable que ese estudio filosófico recibiera la influencia de la actividad de cuidados que la autora estaba realizando durante aquellos días. Continuó después su actividad docente junto a su maestro Edmund Husserl. A sus treinta años de edad, la ya eminente filósofa decidió convertirse al catolicismo y más adelante optó por la vida religiosa. Le tocó vivir la II Guerra Mundial, siendo apresada por los nazis en 1942 y ese mismo año, el 9 de agosto, fue ejecutada en Auschwitz, siendo posteriormente canonizada por la Iglesia. Se ha cumplido pues este mes el 78º aniversario de su muerte.

Edith Stein aparece hoy como un referente para los cuidadores, no solo por sus extraordinarias aportaciones sobre la empatía, en cuyos actos ve el fundamento de las relaciones entre personas, sino por el propio testimonio de su vida.

# Como visitar a un amigo enfermo

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 2-10-2014

# T

ODOS nos sentimos de alguna manera afectados cuando un buen amigo o un familiar pasa por el trance de una enfermedad de cierta importancia. Querriamos entonces acompañar y animar, pero muchas veces tenemos dudas sobre cómo deben ser nuestra actitud y nuestros comportamientos cuando estamos con él o con ella.

Debemos asegurarnos, primero, de que la persona a la que queremos visitar está con ánimo de recibirnos. Si es así, acercarnos a él o a ella con naturalidad es la mejor receta. El doctor Van den Berg recomienda además, que al visitar a un enfermo en cama nunca debemos transmitir sensación de prisa. Por eso aconseja que al llegar nos sentemos junto al enfermo, incluso aunque dispongamos de poco tiempo. El paciente, obligado por su enfermedad a permanecer en cama o sillón, se sentirá más acompañado si quien llega expresa su intención de estar allí, de compartir esa permanencia cerca de él. Esta cercanía nunca debe suponer la invasión del espacio personal, que es la cama que ocupa el paciente y en la cual no debemos sentarnos (salvo si él nos lo indica) ni dejar sobre ella nuestras cosas.

A esta actitud de acompañar debe unirse una disposición de escucha. Probablemente el enfermo o enferma desea contarnos sus dolencias. Decía el profesor Laín Entralgo que en la enfermedad nuestra atención queda absorbida por el cuerpo. Nuestro cuerpo,

que mientras estábamos sanos no notábamos y nos era útil para todos nuestros quehaceres, reclama nuestra atención durante la enfermedad a través de dolores, trastornos digestivos, alteraciones de la respiración, dificultad de movimientos, etc. De ahí la importancia de compartir esas vivencias con quien las está padeciendo.

Nuestra disposición de escucha debe además traducirse en valoración; valorar todo aquello que le sucede a nuestro amigo enfermo. No hay que quitar importancia a la enfermedad, como a veces se hace con la mejor intención. Expresiones como «tranquilo que esto no es nada» o «no hay que preocuparse» no son las más convenientes, pues la banalización de la enfermedad puede transmitir al paciente la impresión de que no comprendemos su problema, que para él es tan importante. Distinto es animar, resaltando por ejemplo los posibles resultados que se esperan de los tratamientos y de los diversos cuidados indicados, sin caer nunca en crear falsas expectativas. Tampoco hay que olvidar la atención espiritual que el enfermo muchas veces está echando en falta, aunque no siempre lo manifieste.

Nuestras actitudes de acompañar, de escuchar y de valorar, a las que antes me refería, contribuirán además a crear ese clima de confianza en el que surgen con facilidad los diversos temas de conversación. No necesitamos, por lo tanto, llevar un programa de lo que hemos de hablar. Cuidemos, eso sí, la duración de nuestra entrevista y no malgastemos el tiempo, por ejemplo, con el uso de nuestro teléfono móvil, ni tampoco agotemos al enfermo o enferma con una excesiva prolongación de nuestra visita. Es preferible volver y ofrecer nuestra disponibilidad para lo que sea necesario.

Al principio decía que la receta es la naturalidad. Pero habría que añadir que los efectos de esta receta mejoran y mucho si la naturalidad se sazona con la empatía, es decir, la actitud de ponernos todo lo que podamos en el lugar del otro para comprenderlo bien. Tener esa actitud y expresarla está al alcance de todos y su resultado es excelente en toda relación entre personas.

# Las visitas en el hospital

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 19-12-2019

**C**ON la llegada del invierno aumenta espectacularmente la ocupación de nuestros hospitales. Sobre esta realidad ironizaba un enfermo nuestro, que nos decía: «¡Ustedes no hacen propaganda y sin embargo, siempre tienen esto lleno!» y aludía no solo al número de ingresos, sino también al movimiento de visitantes que se produce como consecuencia.

La visita al enfermo hospitalizado tiene un valor terapéutico, pues sabemos, como explicó el maestro Laín Entralgo, que la vivencia de soledad afecta a todo enfermo y más si se encuentra en un entorno nuevo para él, como es el hospital. Pero para que esa terapéutica produzca beneficio nuestro propósito con la visita debe ser el de acompañar (aunque limitando el tiempo para no cansar al enfermo) y nuestra actitud la de escuchar, pues probablemente nuestro amigo o familiar ingresado desea compartir las vivencias de su enfermedad y las experiencias de la vida del hospital. Ya tendremos tiempo después para relatar temas que interesen al paciente o para hablar de planes para cuando él salga del hospital (conversación que generalmente anima al enfermo hospitalizado). Sentarnos en alguna silla (no en la cama del enfermo que es su espacio personal), junto a la cabecera del paciente facilita la comunicación, según aconseja el doctor Hijmas van den Berg.

Pero no olvidemos que estamos en un recinto hospitalario y es necesario respetar la privacidad de todos los allí ingresados, según ha recordado el doctor Caraballo en el último número de la *Revista Española de Cardiología*. Indica este autor que el hecho de abrirse una y otra vez la puerta de la habitación genera un cierto estrés a

los pacientes hospitalizados. Respetar la intimidad obliga a solicitar permiso antes de entrar, evitar movimientos innecesarios, ruidos o hablar en voz alta. Es verdad que nuestra idiosincrasia nos inclina a hablar con todos los que nos rodean y a veces elevando la voz. Fui testigo hace pocos días de una animada tertulia sobre el partido de fútbol dominical en una habitación del hospital y pude percatarme de que el único que no participaba era uno de los dos pacientes que con algunas décimas de fiebre y bastante resignación esperaba (y deseaba) el final de la sesión deportiva.

Es cierto que cuando se considera el conjunto de visitantes, a veces numeroso, hay que pensar también en los riesgos, como son las posibles alteraciones del descanso o de la intimidad de los pacientes o el peligro de infecciones. Se hace por ello necesario que, además de respetar los horarios, cada uno examine cuidadosamente si su visita es oportuna y conveniente para el enfermo o si el contacto conviene mantenerlo a través de la familia. Si al fin decidimos acudir al hospital, hemos de ir atentos para no interferir por los pasillos el tránsito de enfermos o de profesionales, evitando el contacto con material sanitario y evitando así mismo las tertulias en dichas zonas de paso.

Es siempre asunto delicado, pero imprescindible cuidar el ambiente del hospital. Decía el prestigioso hematólogo francés Jean Bernard, haciendo una broma, que la forma más eficaz para asegurar la perfecta conservación e higiene del hospital sería que no hubiera enfermos... Pero la realidad es que disponemos de muy buenos hospitales, con altos índices de ocupación y atendidos por excelentes profesionales. Son patrimonio de todos y todos solidariamente tenemos que cuidar de ellos.

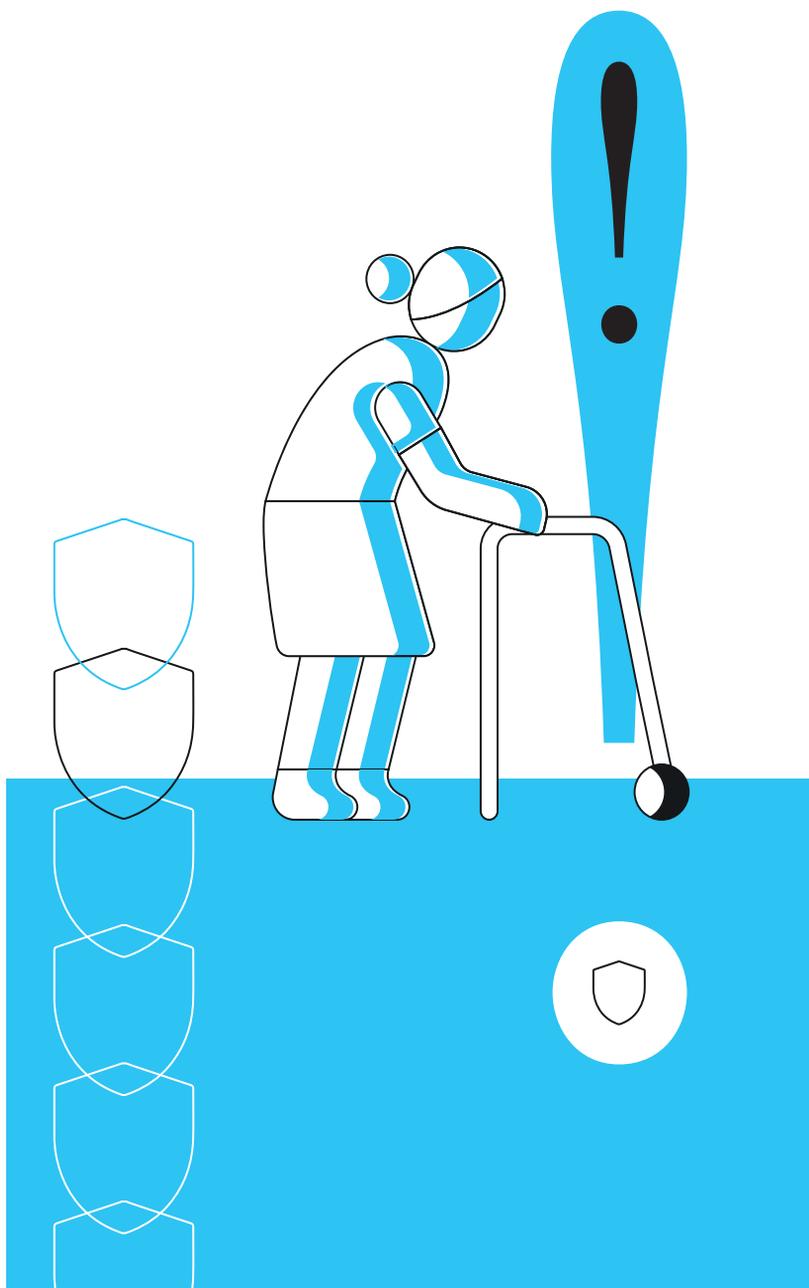
# CAPÍTULO IV

## Atención a los mayores

Es deber de justicia la atención a los mayores. Por eso la primera cuestión que se plantea a la sociedad actual es si realmente se está prestando el cuidado que necesitan y merecen.

La Organización Mundial de la Salud recomienda una orientación de la vida de los mayores hacia la actividad en la medida de las capacidades y de las aficiones de cada uno; incluyendo en esa actividad la participación, el aprendizaje continuo, el cuidado de la salud y la seguridad.

Finalmente, es recomendable considerar al mayor, no solo por lo mucho que ya aportó en sus anteriores etapas de vida, sino también por lo que aporta, a veces materialmente, pero sobre todo por su capacidad de propiciar equilibrio y cohesión familiar, así como experiencia siempre apreciable y otros valores no tangibles quizá, pero importantes. De todo ello tratan los siguientes artículos.



# ¿Cuidamos bien a nuestros mayores?

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 11-1-2017

# H

OY por hoy no es fácil responder con seguridad a esta pregunta: «¿Cuidamos bien a nuestros ancianos?». El porcentaje de ellos que ha sufrido algún tipo de abuso es de un 7% según el reciente barómetro de la Unión de Pensionistas en España. En relación

con la población mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que han padecido maltrato el 10% de los ancianos.

Estas cifras, ya de por sí inquietantes, preocupan aún más al considerar que pueden representar únicamente la parte visible de un iceberg, pues según la Secretaría de Estado de Seguridad, entre los ancianos maltratados solo 1 de cada 10 presenta alguna denuncia, por lo cual la verdadera magnitud del problema no es aún bien conocida.

¿Por qué se produce el maltrato y en qué consiste?

Nunca podremos agradecer suficientemente la atenta y paciente dedicación (yo diría heroica), de la inmensa mayoría de los familiares que asumen el cuidado del anciano. Sin embargo, los estudiosos del tema detectan casos en que el cuidador sufre situaciones de estrés por su obligación continua de ayudar en las actividades básicas de la vida diaria (aseo, levantarse, comer... etc.) del anciano o bien el cuidador pasa por circunstancias desfavorables (situaciones de paro, enfermedades crónicas alguna forma de adicción u otras serias dificultades) y todo ello puede desencadenar alguna forma de maltrato. Los expertos coinciden en señalar que los malos tratos proceden mayoritariamente del entorno familiar (pareja, hijos), el mismo entorno que generalmente proporciona los mejores cuidados. Las

formas más frecuentes de maltrato son el psíquico (insultos, humillaciones...) y el físico, (empujones, golpes...), según resultados del estudio de Gema Pérez Rojo y colaboradores (*Medicina Clínica*, diciembre de 2013). Otras veces el maltrato consiste en la negligencia en cuanto a los cuidados, el abuso económico o la violación de derechos entre otros. Ante esta situación, ¿qué podemos hacer?

Primero: Cuidar al cuidador. Prestando apoyo para liberarle de algunas cargas o proporcionarle tiempo libre para su propia atención o para su descanso; mostrando nuestra estima por su trabajo y haciéndole percibir que su labor es valorada; tratando de conocer (siempre con discreción) sus antecedentes, sus hábitos, sus necesidades... etc. lo que nos ayudará a facilitar sus tareas; animándole a adquirir formación en charlas o cursos sobre acompañamiento y cuidados del anciano, pues está demostrada la efectividad de estas actividades en cuanto a sensibilizar y mejorar el trato. Es también deseable que las administraciones se ocupen cada vez más de facilitar e incluso incentivar la labor de unos cuidadores que llevan a cabo un ingente trabajo de forma callada y gratuita en el caso mayoritario de los cuidadores familiares.

Segundo: Prestar atención al anciano. La OMS ha llamado la atención sobre algunas peculiaridades del anciano que implican mayor riesgo de recibir malos tratos. Estas características son el hecho de ser mujer (más aún si es viuda o separada), la edad superior a 75 años, depender de un familiar de más de 55-60 años, ser persona muy dependiente para sus actividades de la vida diaria, tener antecedentes de lesiones físicas o presentar aspecto de higiene deficiente o malnutrición, ser poco visitado, así como el hecho de ocasionar «molestias» cotidianas (por ejemplo incontinencia o insomnio o episodios de agresividad... etc.).

Atender a las circunstancias, tanto del cuidador, como del anciano que recibe los cuidados, permitirá a veces mejorar las circunstancias desfavorables. De todas formas, el objetivo no es solo evitar el maltrato, sino procurar los mejores cuidados para nuestros mayores por un deber de conciencia hacia aquellos que ya antes fueron dando su vida día a día para nosotros.

# Mayores y activos

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 25-8-2017

# E

L reciente dato de una esperanza de vida de 83,4 años para la población aragonesa (*Heraldo de Aragón*, 13-8-2017) es muy halagüeño. Está claro que ganamos años de vida, pero necesitamos a la vez llenar de vida los años.

La actividad, según las posibilidades de cada uno, es la orientación más recomendable para lograr ese objetivo de dar vida a los años. Es significativo en este sentido el premio Excelencia que el Rotary Club de Zaragoza ha otorgado este año al sacerdote y periodista Juan Antonio Gracia, veterano colaborador de *Heraldo de Aragón*. Esta merecida distinción pone de relieve el valor de una vida activa en todas sus etapas.

Es precisamente la actividad el estilo de vida que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponía a los mayores en 2001 y este «envejecimiento activo» lo basaba la OMS en la participación, en el cuidado de la salud y en la seguridad y más adelante también en el aprendizaje continuo.

La participación tenemos oportunidad de desarrollarla en el ámbito de la vida familiar o de la vida social a través de tareas en las que podamos ser útiles o a las que nos sintamos más inclinados. Con frecuencia va unida a cierto grado de aprendizaje. Ejemplo de participación y de aprendizaje me pareció la actividad de un socio del zaragozano Club 33. Antes de su jubilación se había dedicado al oficio de reparar calzado y al cesar en su actividad profesional se dedicó en el club a enseñar a otros jubilados a repararse su propio calzado. Este taller dirigido gratuitamente por el experto zapatero tuvo gran aceptación y desde luego, fue cauce de participación para el que enseñaba y para sus veteranos «aprendices». La participa-

ción en actividades, aparte de otras ventajas, contribuye a paliar los efectos de la soledad, problema importante en nuestro país, pues en soledad viven más de un millón y medio de ancianos en España.

El cuidado de la salud y de la seguridad son también pilares básicos del envejecimiento activo, según la OMS. Es aconsejable en general el adecuado ejercicio físico diario, la alimentación saludable, cuidar la hidratación, así como la evitación del tabaco y de la acción de posibles tóxicos y de diversas circunstancias de nuestro entorno que puedan suponer riesgo... etc. Pero en todo caso, las directrices referentes a la salud han de individualizarse con el oportuno consejo médico, según las circunstancias personales de cada uno.

El envejecimiento activo beneficia al mayor, pero también a su entorno, pues como reconocía la OMS en su 69 Asamblea Mundial de la Salud, «las poblaciones de edad avanzada realizan aportaciones diversas y valiosas a la sociedad».

Pero para aprovechar toda esta aportación del mayor, la sociedad en conjunto ha de tener una mentalidad abierta, evitando el «edadismo», una forma de discriminación por la edad, basada en la falsa opinión de que el anciano por el mero hecho de serlo, estará poco capacitado para cooperar o para enjuiciar las situaciones. «Actuemos contra el edadismo» fue el lema del Día Internacional de la Personas Mayores el 1 de octubre de 2016. Una colaboración especialmente interesante la pueden prestar los jóvenes en la familia y también a través de organizaciones, dedicando parte de su tiempo a acompañar al anciano, lo que genera una fuente excelente de mutua comprensión y aprendizaje. El envejecimiento activo es tarea de todos.

# Lo que aportan los mayores

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 3-4-2018

# E

N medio del debate sobre las pensiones, justo es recapacitar sobre las aportaciones, a veces poco valoradas, que el sector de la tercera edad presta a su entorno familiar y social.

Es característica de este sector su disposición a prestar ayuda, incluso ayuda económica si es preciso. Ha sido notable durante los años de crisis el esfuerzo de muchos mayores «para estirar hasta el imposible» sus pensiones, como hace poco señalaba Mikel Iturbe (*Heraldo de Aragón*, 25 de febrero de 2018, p. 29). Una encuesta del CIS (año 2015), en época de crisis, se propuso valorar la «contribución de los ancianos a la sociedad» y en ella se reveló que la ayuda económica del anciano fue la contribución más señalada por los encuestados. Así mismo, otros resultados de la encuesta mostraron que mantener unida a la familia, dar apoyo emocional y cuidar familiares se consideraban aportaciones notables del anciano a la sociedad. Claro, todas estas y otras aportaciones sería difícil valorarlas en términos económicos. Pero suponen indudablemente un importante beneficio (generalmente no visible) para el entorno familiar y social del mayor.

Ahora bien, para que ese beneficio siga produciéndose, es preciso por una parte, una actitud positiva de cada uno de nosotros y por otra un cambio de sensibilidad social.

La actitud positiva que necesitamos se traduce en aceptar e incluso aprovechar las crisis personales que conlleva el envejecimiento. Son las que Laforest ha identificado como crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia. La primera de ellas, la de identidad pue-

de sobrevenir como consecuencia de la comparación entre nuestra realidad de persona mayor y lo que nosotros mismos consideramos como ideal. Es el caso de la señora que, añorando sus encantos, contaba a sus amigas cómo la miraban cuando tenía unas preciosas piernas. «Ahora en cambio tengo... extremidades», decía con nostalgia. Está claro que es conveniente no centrarse solo en cualidades que han ido a menos, sino reparar en aquellas que se conservan o que incluso mejoran con la edad. La segunda de las crisis es la de autonomía, la que deriva de actividades que antes realizábamos y ahora no podemos llevar a cabo. Esta situación requiere que nos apliquemos a aquello que podamos hacer a pesar del paso del tiempo; son muchas las posibilidades. La tercera de las crisis citadas, la de pertenencia, la desencadena a veces la jubilación. Dejamos de pertenecer a nuestros colectivos profesionales. Pero es preciso que nos fijemos ahora en otros colectivos a los que incorporarnos (diversos grupos de voluntariado, sociedades o clubs donde desarrollar nuestras capacidades o aficiones... etc.). En resumen, necesitamos reforzar nuestra actitud positiva ante las realidades que nos trae el paso del tiempo.

Pero la sociedad en conjunto tiene también algo que cambiar. Es preciso eliminar prejuicios, como el de suponer que con los años el anciano ha perdido la capacidad de llevar a cabo o de enjuiciar cualquier asunto. Es una forma de discriminación por motivo de la edad, que sutilmente cala en el conjunto de la sociedad. Acierta en cambio quien aprecia el valor de la experiencia y del consejo. El mayor merece una pensión digna, pero también la dignidad que le corresponde por serlo.

# CAPÍTULO V

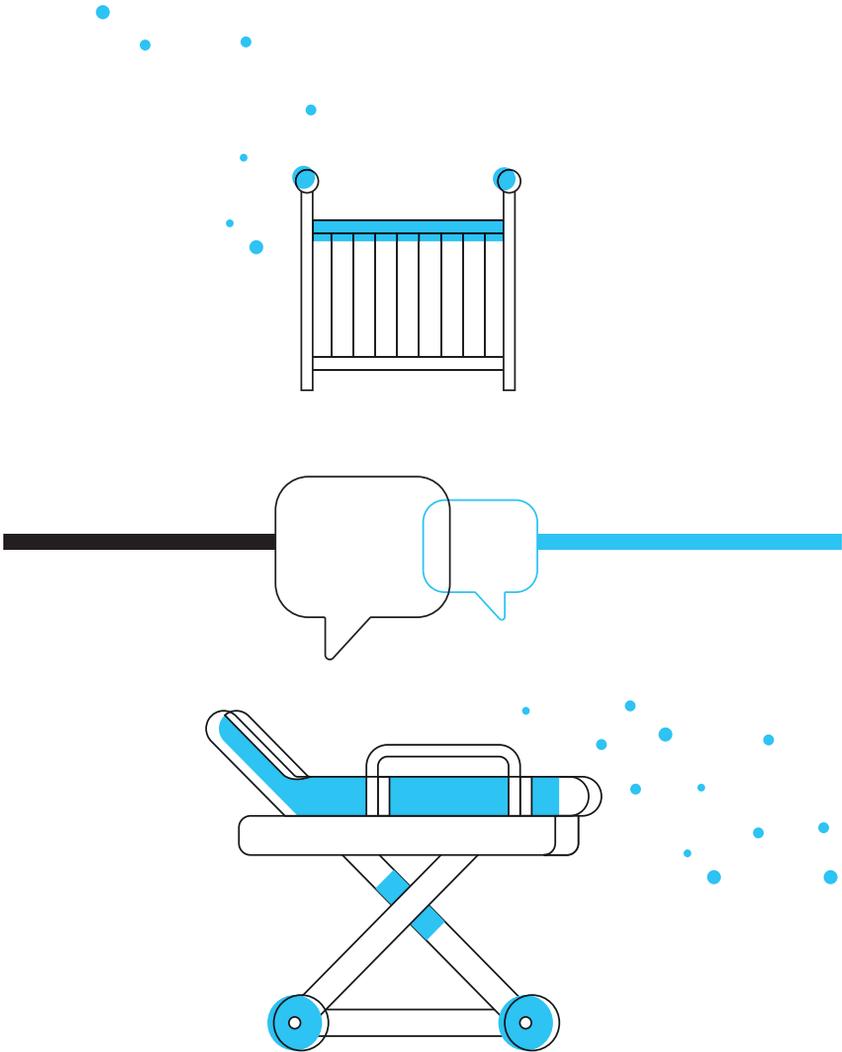
## **El debate sobre el principio y el final de la vida**

**Nuestra vida se desarrolla en dependencia constante de los demás. Las etapas iniciales y finales de la vida son especialmente dependientes de los cuidados.**

**Al nuevo ser humano se le ha de permitir su desarrollo desde el primer día y se le han de prestar los cuidados que anteriormente todos hemos recibido.**

**En situaciones de enfermedad incurable prestar cuidados paliativos con lo que implica de apoyo personal por parte de todos es un deber y un ejercicio máximo de solidaridad; mientras que dejar abierta la posibilidad de quitar la vida, contribuye a cambiar la concepción sobre valores fundamentales como es el de la vida humana y genera un clima que puede traducirse en una sutil e inquietante presión para algunos pacientes. Dotar a la población de los precisos cuidados paliativos, respetando y cuidando su vida, debería ser la ocupación primordial ante la necesidad de estos enfermos.**

**La pionera de los modernos cuidados paliativos Cicely Saunders nos descubre con su vida y sus trabajos nuevas pistas por donde discurrir para la atención al enfermo terminal. Los siguientes artículos inciden en estas perspectivas.**



# La píldora del día siguiente

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 11-6-2009

**L**

AS recientes propuestas ministeriales sobre el aborto y la píldora post coital o píldora del día siguiente abren un debate en el que todos estamos implicados y reclaman nuestra reflexión sobre tres temas fundamentalmente.

El primero de ellos es el de nuestra propia vida, pues dichas medidas se dirigen contra vidas humanas con las que ya nos sentimos solidarios antes de su nacimiento. Su eliminación por el aborto es siempre dolorosa e injusta. La acción de un preparado hormonal, la «píldora del día siguiente» que puede, según el momento en que actúe, quitar la vida al nuevo ser, impidiendo su anidación, puede parecer más limpia y sofisticada, pero el resultado es el mismo.

Nuestra consejera de Salud, Luisa María Noeno, según recogía recientemente *Heraldo de Aragón*, ha lanzado una voz prudente en contra del uso indiscriminado de estas sustancias hormonales por parte de las mujeres, incluidas las adolescentes, sin ningún control médico.

En mi opinión, el control médico puede ciertamente proporcionar algo de beneficio y sensatez en todo este vértigo de propuestas ministeriales. Sin embargo, debo añadir que no puede el médico utilizar sus competencias para poner en riesgo a un ser humano, tampoco en su etapa embrionaria, ni siquiera en esa fase en la que es aún unicelular y necesitado por lo tanto de la máxima protección para su progresivo desarrollo.

El segundo de los temas para reflexionar es que las citadas propuestas ministeriales, si se mantienen así, se dirigen expresamente contra la mujer. En vez de fomentar ante estas situaciones una ayuda solidaria y personalizada, se brinda a la mujer la posibilidad de intervenir sobre su propio organismo con un preparado hormonal que nadie controlará. Ella sola debe resolver. Nos olvidamos, por otra parte, de que la nueva criatura tiene también un padre al cual se le exige de toda responsabilidad o más bien se le olvida. Está claro que quien sufrirá todos los problemas, incluidas las secuelas psicológicas será la mujer, con frecuencia la mujer muy joven.

En tercer lugar, es evidente, y así se ha subrayado estos días, que estas medidas van también contra la solidaridad de la familia, a la que tampoco se le convoca para ayudar o para dialogar y brindar orientación en unos trances tan importantes. La píldora no requiere permiso ni conocimiento de la familia de la niña o mujer, que son precisamente los que podrían comprender y alentar mejor que nadie y acompañar de forma entrañable y eficaz a la mujer o mejor aún a la pareja en situación de crisis.

Creo, por lo tanto, que urge entrar en un debate reflexivo, con argumentos científicos, pero sobre todo con ánimo de ejercicio de humanización y en el que especialmente médicos, enfermeras/os y farmacéuticos tenemos que intervenir y actuar, como siempre, en conciencia y en apoyo de la mujer y del hombre, incluido el que empieza a vivir.

# El debate sobre la muerte digna

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 1-11-2011

# E

L debate parlamentario sobre la Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna nos lleva a reflexionar sobre los cuidados de los pacientes en situación de enfermedad terminal, tema que a todos concierne, ya que en estas situaciones el apoyo que pueden prestar familiares y amigos de confianza resulta inestimable.

Para los profesionales, el ejercicio de cuidar exige conocimientos y juicio clínico para proporcionar en cada circunstancia el mayor alivio posible al enfermo, pero a la vez evitar los procedimientos que no vayan a aportarle mejoría, valorando por lo tanto lo que conocemos como «limitación del esfuerzo terapéutico». Son directrices que expresa claramente el código deontológico de la Organización Médica Colegial.

Además, todo el ejercicio asistencial ha de llevarse a cabo en el curso de una relación personal del profesional (de Medicina, de Enfermería...) con el enfermo, relación que siendo respetuosa debe a la vez generar siempre confianza. Así, esta relación, además de encuadrarse dentro de los límites de la ética y centrarse en el plan de cuidados, se «constituye como vinculación afectiva», según explicó acertadamente Laín Entralgo en «La relación médico-enfermo».

Es deseable por ello que si los legisladores han de adentrarse en este delicado terreno asistencial, tengan muy en cuenta estas realidades. Es decir, la situación muy especial del paciente terminal y

la de sus cuidadores (es importante «cuidar al cuidador»), las directrices de los actuales códigos éticos, que apuntan inequívocamente hacia el mayor beneficio a la persona enferma y hacia el máximo respeto por la vida humana, y, en fin, el desarrollo de una relación empática y solidaria con el enfermo.

Resultan por eso acertadas las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y de la Organización Médica Colegial, que, entre otras medidas, reclaman que se garantice para todos los enfermos que lo necesiten la disponibilidad de cuidados paliativos y que estos estén accesibles por igual en todas las comunidades autónomas, que se articule una normativa para facilitar al cuidador familiar la atención al paciente en su domicilio y que se arbitren los medios para proporcionar a los profesionales formación actualizada en cuanto al ejercicio de los cuidados del enfermo terminal. Consideran por ello que la normativa que pueda elaborarse se denomine Ley de Calidad en la Atención al Final de la Vida y, en cambio, se elimine el término de «muerte digna», que, por sus diferentes significados, podría inducir a confusión.

En resumen, es importante partir de la base del conocimiento y respeto de los principios éticos anteriormente referidos, así como del estudio de las indicaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Sobre estas premisas, el debate debería centrarse en los problemas reales que tenemos planteados, el primero de ellos, el de conseguir que los cuidados paliativos lleguen a todos los ámbitos (hospital, domicilio, medio urbano y medio rural) donde puedan necesitarse para la atención de nuestros enfermos.

# Eutanasia y libertad

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 29-9-2004

**U**NA reciente película, proyectada estos días en nuestros cines y en la que se plantean decisiones sobre el final de la vida (y en la que se alude, más que a la eutanasia, al suicidio asistido), aviva de nuevo el debate sobre la eutanasia. Más concretamente, sobre la conveniencia, o no, de legalizarla.

En apariencia, la legalización de la eutanasia (posibilidad legal de acortar la vida del enfermo grave terminal para evitarle sufrimientos) sería, para algunos, una oferta de libertad para la persona que esté en esa difícil situación. Sin embargo, la tarea diaria junto a la cabecera de enfermos terminales plantea con frecuencia reflexiones que creo deben tenerse muy en cuenta en esta tesitura. En primer lugar, sabemos que la enfermedad grave terminal plantea continuas necesidades de tratamiento, trastornos fisiológicos cambiantes, repercusiones emocionales, momentos difíciles que afectan no sólo al enfermo, sino al entorno de personas (familiares y cuidadores en general) que le rodean. El cansancio y la ansiedad hacen que, a veces, alguna de estas personas piensen -o incluso expresen- la conveniencia de acabar con esta situación, aunque sea acortando la vida del paciente, una vida que a veces se enjuicia simplemente como una carga para todos. Si la eutanasia está legalizada, este sentimiento puede traducirse en plantear al paciente esta opción, proponiéndola incluso como conveniente. Es el riesgo de la llamada eutanasia «animada» sobre el que ya advertían recientemente los norteamericanos Singer y Siegler desde una prestigiosa publicación médica. El propio paciente, consciente de la carga psíquica e incluso económica, que percibe en su entorno, puede verse forzado a esa elección en el caso de que existiera como posibilidad legal sin ejercer su opción en verdadera libertad.

Otro de los problemas que puede surgir es el de las situaciones depresivas que un enfermo terminal sufre con frecuencia y que tan magistralmente estudió la doctora suiza Klüber-Ross. En estos momentos depresivos no es raro que el enfermo exprese pocos deseos de vivir y en estas situaciones, si la eutanasia es opción legal, pueden interpretarse las expresiones del enfermo como una opción por terminar su vida cuando en realidad lo que necesita es tratamiento y apoyo afectivo.

Existe también el riesgo, cuando la eutanasia está permitida, de que en su aplicación no se cuente explícitamente con la voluntad del paciente por sus condiciones físicas o psíquicas y, en cambio, supuesto motivos de compasión llevan a otros a asumir tal decisión. La experiencia en Holanda donde la eutanasia ha sido legalizada, pero hace tiempo de hecho estaba permitida, ha revelado numerosos casos en los que no se tenía constancia de la voluntad del paciente. Resulta también problemática la legalización para la relación médico-enfermo. En esta relación, el paciente en situación grave ve en el médico la persona preparada para ayudarle y con indudable voluntad de hacerlo (como dice el aforismo clásico, para «curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre»). Pero si una ley sobre eutanasia asigna al médico también el papel de terminar con la vida de algunos enfermos (aunque sólo sea con la de aquellos que lo solicitan más o menos libremente) el significado de la profesión médica quedaría radicalmente cambiado y cambiaría también la relación médico-enfermo.

La eutanasia, escribe el doctor Kass, golpea en el corazón de lo que significa ser médico. De hecho los códigos de médicos la rechazan. «El médico nunca provocará la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa de éste» dice el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial en 1999 y en el mismo año recuerda la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa que «el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente, ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia». En mi experiencia (ya algo dilatada) de enfermos hospitalizados graves la realidad es que prácticamente ninguno pide que se le acorte la vida. La solicitud generalizada en situaciones graves sin posibilidad de curación (y a la que sí tenemos que atender con el máximo empeño médicos y enfermeras/os) es, por una parte, el tratamiento del dolor (para lo cual hoy disponemos de medios eficaces) y, por otra, la evitación de maniobras de tratamiento molestas o dolorosas que no conduzcan a ningún beneficio (lo que llamamos «obstinación terapéutica» o «encarnizamiento terapéutico», contrario a la buena práctica). En esta línea el Código Deontológico de la Enfermería Española defiende claramente que la enfermera/o «se esforzará por prestarle hasta el final de su vida con competencia y compasión los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos». Creo que ahí está el camino, en esforzarnos en el estudio y en la aplicación de medios eficaces para aliviar, no en proponer leyes que no aportan libertad y sí mayores temores a nuestros pacientes en situación crítica. La vida de los que están más limitados o debilitados es tan digna como la de los sanos y merece cuidados especiales, pero sobre todo, especial apoyo humano.

# Cuidar la vida que termina

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 24-12-2020

**P** RESTAR cuidados a quien los necesita por motivo de su enfermedad es tarea que han asumido hombres y mujeres de todos los tiempos. «Cuidar es una acción cotidiana y permanente a lo largo de la vida humana», escribe Germán Zurriaraín en la revista especializada *Cuadernos de Bioética* en 2017 (vol. XXVIII).

Esa acción cotidiana y permanente incluye la etapa final cuando no se espera ya la deseable curación, pero podemos mejorar la calidad de vida. Conseguir mejorar la calidad de vida para el enfermo y para su entorno familiar ha inspirado la organización de cuidados paliativos. Su funcionamiento está siendo excelente y particularmente en nuestra comunidad de Aragón podemos dar fe de ello. Desgraciadamente, junto a la calidad del ejercicio de sus profesionales, es notable la escasez de recursos. Hace algunas semanas el Dr. Rafael Mota, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos declaraba al diario *20 Minutos* que de las 228.000 personas que requieren en España Cuidados Paliativos, unas 80.000 carece de acceso a ellos por la deficiencia de recursos que sufrimos.

Los Cuidados Paliativos tratan de mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares. No se trata de alargar la vida sin beneficio para el paciente; ni de acortarla, actuando contra el valor de la vida humana, siempre digna de atención, aunque carezca de la calidad o utilidad deseada. Urge disponer de medios y prestar todo el apoyo físico psíquico espiritual y socio-familiar que el enfermo requiere. Atender todas esas demandas con la mayor entrega es la obligación de familiares y profesionales. Ofrecer la salida legal de terminar con la vida no parece el camino adecuado. De hecho el Comité

Nacional de Bioética recientemente y por acuerdo unánime de sus miembros (según Informe del pasado 30 de septiembre) se muestra contrario a la legalización de la eutanasia. Así mismo, el código de Deontología Médica rechaza este tipo de actuación, en la misma línea de la Asamblea Médica Mundial. Resultaría contradictorio elevar a categoría de derecho una actuación en contra del criterio de los expertos de Bioética y de las orientaciones de la Deontología. Se comprende por todo ello que solamente una minoría de países en Europa mantengan la legalidad de la eutanasia.

Con la mejor voluntad, podría estimarse que estas leyes posibilitan el ejercicio del supuesto derecho de algunos, pero la realidad es que el hecho de que sea legal la eutanasia plantea a los pacientes un serio problema, ya que los enfermos en esta situación crítica, se encuentran en niveles de máxima vulnerabilidad, frecuentemente preocupados por la carga emocional, física o hasta económica que su enfermedad está produciendo a la familia y a veces sufriendo episodios depresivos (que se detectan en más de la cuarta parte de enfermos con cáncer avanzado) y ante ellos puede aparecer la posibilidad legal de terminar la vida como una solución inmediata, eficaz para poner fin a la situación, sin que tal decisión signifique un ejercicio de libertad. El problema se acentúa entre aquellos pacientes en situación de soledad o con escasos lazos afectivos con su entorno familiar o cuando no se dispone de unos cuidados paliativos a los que todos deberían tener acceso en caso necesario.

Urge la atención a estos enfermos tan dependientes de nuestros cuidados (profesionales y no profesionales). Cuidar la vida en su etapa final es uno de los mayores ejercicios de solidaridad.

# Cicely Saunders y los cuidados paliativos

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 1-11-2019

**G**RAN impulsora de los modernos cuidados paliativos, con objeto de proporcionar la mejor calidad de vida posible a pacientes con enfermedades incurables avanzadas, fue Cicely Saunders (1918-2005). Había estudiado en Oxford Política, Filosofía y Economía, pero durante la Guerra Mundial decidió estudiar Enfermería. Tuvo que dejar sin embargo esta profesión a causa de una afección de columna vertebral, emprendiendo después estudios de asistente social.

Ejerciendo como trabajadora social conoció en 1949 al polaco David Tasma, enfermo de cáncer, con quien mantuvo una relación sentimental. Ambos coincidían en la opinión de que el cuidado de enfermos terminales requería un tipo de establecimiento hospitalario dedicado primordialmente a aliviar los sufrimientos de esta clase de pacientes y que fuese a la vez un lugar en el que encontrar sosiego, mejores oportunidades para el diálogo, incluso facilidad para realizar actividades que pudieran ser un aliciente durante los días de enfermedad (la pintura, el cuidado de las plantas, el paseo...). Para llevar a cabo tal proyecto dejó a su muerte David quinientas libras, un importante donativo en esa época. Por su parte, Cicely siempre inquieta en su afán por conocer y atender a esta clase de pacientes, cursó estudios de Medicina, graduándose en 1957. Una beca le facilitó el desarrollo de investigación sobre el dolor de pacientes terminales a lo largo de siete años.

Más adelante, con la fundación del St. Christopher's Hospice en Londres en 1967 se hacía realidad el proyecto imaginado por Cicely

Saunders y David Tasma . Bajo la dirección de la doctora Saunders este centro siguió las directrices anteriormente expuestas, tratando de cuidar la vida de los enfermos incurables, (sin intentar alargarla a toda costa y sin tampoco acortarla). Además del cuidado en el centro u hospicio, se realizaba servicio de atención a domicilio, lo que es importante, teniendo en cuenta que en su mayoría, los pacientes prefieren recibir estos cuidados en la propia casa.

Se configuraban así los modernos cuidados paliativos para enfermos incurables en los que es «primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales», extendiéndose la atención a la familia del paciente afectada también por la situación. En los grupos dedicados a dichos cuidados colaboran profesionales de diversas disciplinas (médicos, enfermeras, sociólogos, psicólogos...).

Los métodos de Cecily Saunders fueron seguidos en Europa y en Estados Unidos. En España fue reconocida en 1987 la primera unidad de Cuidados Paliativos en el hospital santanderino «Marqués de Valdecilla» y en ese mismo año se celebró en Zaragoza la primera reunión científica en España. Médicos de nuestra ciudad, como la doctora Pilar Torrubia fueron pioneros en nuestro país.

La labor científica y de apoyo humano y relación personal de estas unidades es excelente. Pero es urgente dotar de personal y medios a nuestra comunidad para que ese derecho a los cuidados llegue a todos, pues hoy con los recursos disponibles la atención de los cuidados paliativos especializados llega aproximadamente solo el cincuenta por ciento de los pacientes que los necesitan.

No olvidemos por otra parte que todos los que rodeamos a los pacientes estamos obligados a prestar el apoyo que nos sea posible, aun no siendo profesionales, ya que ese lema que difundieron los médicos franceses Bérard y Gubler de «curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre» nos implica a todos.

# CAPÍTULO VI

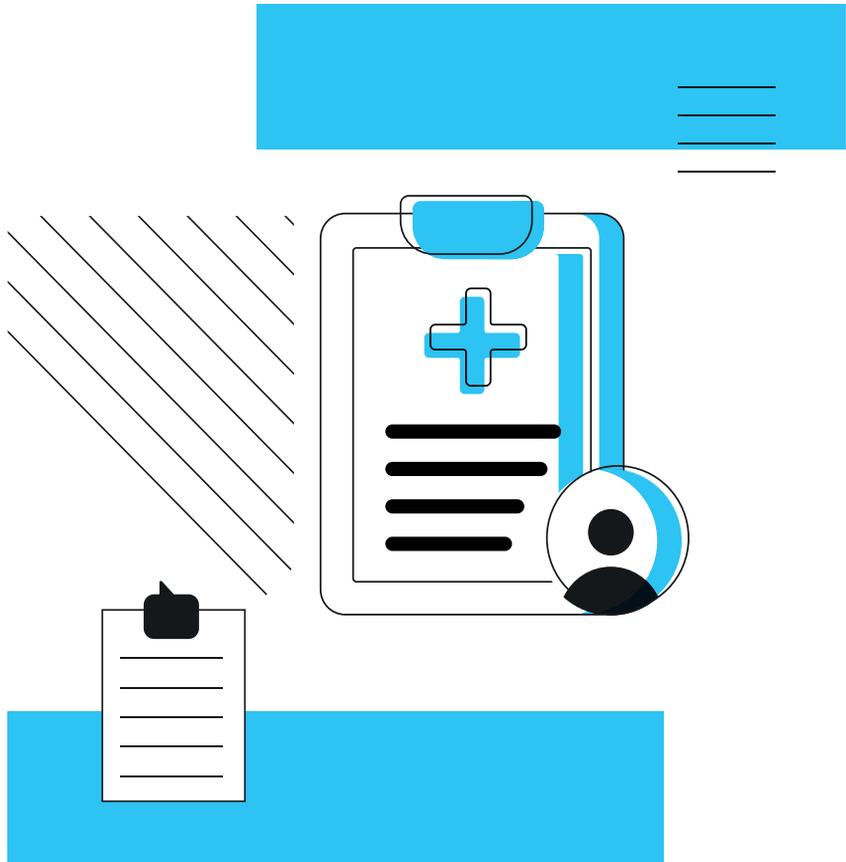
## Los documentos de la salud y la enfermedad

El testamento vital y el consentimiento informado son instrumentos útiles para proporcionar a los pacientes todos los beneficios posibles, pero respetando su libertad y teniendo en cuenta su autonomía.

El testamento vital nos permitirá conocer las instrucciones del paciente cuando él no pueda expresarlas y así poderlas cumplimentar, siempre que estén de acuerdo con el ordenamiento jurídico y que no contradigan la buena práctica clínica.

El consentimiento informado supone la aceptación libre por parte del paciente de procedimientos a seguir, pero siempre sobre la base de que se le haya proporcionado una adecuada información.

En ambos documentos, como en todo el proceso asistencial, el paciente ejerce su autonomía y el médico siempre ha de respetar su libertad. Sin embargo, nos parece conveniente para el paciente y para el verdadero ejercicio de su libertad que desde una adecuada relación médico-paciente pueda disponer de toda la información necesaria y consejos que precise. Los artículos que explican estos documentos se exponen a continuación.



# El testamento vital

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 8-11-2002

# E

Nuestra Comunidad Autónoma, según su Ley de Salud, todos podremos usar la normativa sobre voluntades anticipadas, el llamado «Testamento vital». Se trata -dice la Ley- de un «documento dirigido al médico responsable en el que la persona mayor de edad con capacidad legal suficiente y libremente manifiesta las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad».

Estimo, sin embargo, que, aun siendo acertada la definición, el testamento vital es, sobre todo, expresión de un proceso de comunicación que se enmarca en una buena relación médico-paciente, la cual implica que quien ha de recibir la atención médica pueda expresarse sincera y confiadamente. Para que pueda ser así, los médicos y todo el equipo de salud hemos de tener siempre muy presentes dos principios de la Ética: el de autonomía y el de beneficencia.

El de autonomía implica el mayor respeto por el enfermo, que, además de ser objeto de diagnóstico y tratamiento, debe ser ante todo sujeto de nuestra atención para que participe activamente (con su médico y profesionales sanitarios) en la toma de decisiones sobre su salud. Sus preferencias deben tenerse muy en cuenta. Por ello es importante atender demandas como la de disponer, por ejemplo, de todos los medios paliativos que le eviten sufrimientos. También ha de tenerse muy en cuenta la solicitud de evitar procedimientos extraordinarios dolorosos y que no tengan utilidad (por ejemplo, en enfermedades terminales).

Ambas indicaciones entran habitualmente en la buena práctica clínica, aunque el paciente no las haya expresado en documento. Sin embargo, algunos testamentos vitales, como el publicado por la Conferencia Episcopal Española, las especifican en sus textos. Pero cualquier derecho tiene límites. Así, en relación con el principio de autonomía, la Ley de Salud de Aragón dice que «no se tendrán en cuenta aquellas voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clí-

nica...». Ésta asume la obligación universal del respeto por la vida e ir en contra de ella no podría aceptarse como voluntad anticipada, ni aun en caso de enfermedad terminal. Así lo expresa el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial: «El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste». El médico está, así, obligado a respetar al máximo las voluntades de la persona enferma, pero siempre dentro del marco de la buena práctica clínica.

El principio de beneficencia parece más claro, pero no siempre es fácil de llevar a la práctica. Sobre todo en situaciones críticas de enfermedad, puede ser difícil valorar los beneficios y riesgos de un tratamiento y, por tanto, resultar complejo acertar con la decisión más adecuada. Sin embargo, este principio (la constante búsqueda de lo mejor en el cuidado del paciente) ha de estar muy presente en toda la actuación y de forma especial en las situaciones críticas, para dar la mejor interpretación posible a las voluntades anticipadas del paciente.

En el útil instrumento que es el testamento vital pueden anotarse indicaciones concretas, pero también los nombres de personas de confianza del paciente que puedan expresar lo que presumiblemente sería su voluntad cuando él no pueda hacerlo. Incluso cabe la posibilidad de reflejar la «historia de valores» del paciente: cuáles son sus criterios, creencias, opciones... Todo ello ayuda en la toma de decisiones y lo hace útil para la atención integral de la persona enferma. Pero tiene también sus problemas. Uno es el de la «validez», pues puede ocurrir que las resoluciones en determinada edad y estado de salud no se tomen como se tomarían en otra edad y en situación de enfermedad grave. El punto de vista de cada persona puede diferir mucho en situación saludable y a determinada edad del que tendría en estado crítico o a edad más avanzada. Otro problema es el de la poca especificidad que las afirmaciones generales del paciente pueden tener a la hora de decidir en situaciones concretas que va planteando el curso de una enfermedad.

Pienso, no obstante, que pueden paliarse, sobre todo si el testamento vital se inscribe, como decía, en el contexto de una buena relación médico-paciente, en la cual surge como un aspecto más en el proceso de comunicación, que va recogiendo en el tiempo la historia clínica. Ello permitirá ir matizando aspectos, rectificando orientaciones y reflejando, en definitiva, lo que es, fue y proyecta ser el hombre en su vida y, particularmente, en esa especial forma de vida humana que es su enfermedad.

# ¿Interesa el testamento vital?

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Sábado, 3-8-2013

# E

L número de testamentos vitales formalizados en Aragón crece poco a poco y supera ya la cifra de 5.000), aunque dicha cifra todavía puede considerarse baja.

El hecho de que en nuestra Comunidad -como en otras comunidades y países de nuestro entorno- aún sea poco frecuente la redacción del testamento vital se debe, en mi opinión, más que a falta de interés, a la escasa información sobre este tema. Así parece deducirse de un estudio, que recientemente realizamos mediante encuestas entre unos 300 universitarios de Zaragoza. Aproximadamente el 75% de estos estudiantes estaba interesado en el tema, pero conocía poco sobre él y no sabía dónde podía informarse.

Recoge el testamento vital el derecho de las personas a hacer constar «sus deseos y preferencias de tratamiento para el caso eventual en que no puedan decidir por sí mismas» (BOA, 7 de abril de 2011). Es lo que se denomina «voluntades anticipadas», que han de ser respetadas y cumplimentadas -siempre que no contradigan las leyes o la buena práctica médica- en circunstancias en las que el paciente no tenga capacidad para expresar su voluntad. Cabe también designar a la persona de confianza que, en tales circunstancias, deba actuar como interlocutor válido y pueda tomar decisiones conociendo y teniendo en cuenta cuáles son los valores vitales y opiniones del enfermo y siempre buscando su mejor beneficio.

La mayoría de las personas -sanas o enfermas- que nos han consultado sobre la atención médica que desearían en el final de su vida manifestaron, por una parte, su preocupación por recibir los necesarios cuidados para aliviar sus dolores u otros sufrimientos y, por otra, su petición de que se eviten tratamientos que puedan resultar desproporcionados, es decir, no útiles para curar o aliviar y que, en cambio, puedan ser molestos y, por tanto, aumentar sufrimientos sin aportar beneficio.

En este sentido es clara la ley antes citada, pues en ella se recoge el derecho a los necesarios cuidados paliativos, en el centro sanitario o en el propio domicilio. Además, entre los deberes de los profesionales sanitarios se cita expresamente el de evitar la llamada obstinación terapéutica, con el objeto de que las medidas asistenciales sean las adecuadas y siempre beneficiosas para la delicada situación del paciente. Ambas obligaciones, tanto la de aliviar como la de evitar tratamientos desproporcionados, figuraban ya en nuestros códigos deontológicos y forman parte de la buena práctica de los profesionales sanitarios. Por otra parte, la ley expone claramente la posibilidad de revocar en cualquier momento por parte del paciente indicaciones que él hubiera expresado con anterioridad. Sirva como ejemplo el de un anciano que, a su ingreso en nuestro hospital, había indicado por escrito que no se le aplicasen medios extraordinarios (sin más especificaciones). Resultó que, tras llegar el diagnóstico, todos los miembros del equipo pensamos que el paciente precisaba de la implantación de marcapasos. Se trataba de un medio extraordinario, aunque no desproporcionado, pero que, según el escrito del paciente, sería rechazable. Le explicamos la utilidad que para él iba a tener el marcapasos y el paciente aceptó la indicación libremente y, en la actualidad, continúa con una calidad de vida muy aceptable.

He pensado siempre, y más a propósito de casos como este, que la orientación del médico y la adecuada relación del paciente con el médico y con los profesionales del equipo de salud es el mejor contexto para facilitar la redacción de las voluntades anticipadas y sus posibles matizaciones y cambios.

Coincido plenamente con la opinión del profesor estadounidense David C. Thomasma, quien, desde hace años, ha defendido que «el testamento vital solo alcanza verdadera eficacia en una estrecha relación entre el médico y el paciente». Esta debe ser una relación en la que el paciente participe junto a sus médicos, enfermeras y enfermeros en la toma de decisiones, es decir, una relación en la que se respete la autonomía personal, algo sobre lo que también ha insistido una organización como la Unesco en su declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de octubre de 2005.

Interesa, pues, abordar este asunto del testamento vital, que no solo nos proporciona la oportunidad de expresar deseos y preferencias de tratamiento, decisiones sobre donación de órganos y otras indicaciones que podamos hacer, sino que nos suscita la reflexión sobre nuestros propios valores y opiniones, nos abre a un diálogo con quienes se ocupan de nuestra asistencia durante la enfermedad y todo ello ayuda a proyectar una asistencia cada vez más humanizada.

# El consentimiento informado

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 15-1-2016

**L**A persona que se haya sometido a una intervención quirúrgica (o a algún otro procedimiento para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad) probablemente recuerde el día en que el médico le expuso la conveniencia de tal intervención. Es lógico que una propuesta de importancia para la salud provoque en el paciente expectativas y también temores y dudas que necesita aclarar. La conversación sosegada para recibir la explicación y poder hacer preguntas en relación con los procedimientos y también con las circunstancias personales de cada uno es necesaria para tener información adecuada y comprensible. Será entonces cuando con libertad y con conocimiento de causa, podrá dar su consentimiento, el «consentimiento informado».

El consentimiento informado surge por lo tanto en un contexto de comunicación. El Dr. Simón Lorda (especializado en temas de Bioética) dice que es «encuentro y diálogo» entre el sanitario y el paciente. Algunos autores, como Whitney y sus colaboradores prefieren hablar de «decisión compartida» ya que en todo este proceso el profesional comparte con el paciente sus conocimientos sobre indicaciones, naturaleza, objetivos a conseguir y posibles riesgos de las medidas que propone.

El paciente expresa su decisión, verbalmente o por escrito, pero en todo caso todo ese «diálogo» o «decisión compartida» ha de quedar dentro de la confidencialidad propia de la comunicación entre médico y paciente. Esta comunicación salvaguardada por el deber del secreto profesional caracteriza la adecuada relación entre médico y paciente y a ella dedica especial atención el Código de Deontología Médica.

No obstante y, dada su importancia, la información y el consentimiento informado han sido materia de legislación en España y en otros países. Así sus contenidos fundamentales aparecen en la Ley General de Sanidad de 1986. Más adelante, la Ley 41/2002 (conocida también como LAP, siglas de Ley de Autonomía del Paciente) desarrolla, entre otras materias, las referentes a este asunto. En resumen, esta práctica supone la implicación del paciente en la toma de decisiones. Significa además el reconocimiento a la dignidad y autonomía que tenemos como personas, aunque caigamos enfermos. Todo ello tendrá plena realidad en el contexto de la relación entre médico y paciente, que según Laín Entralgo, deriva en mayor o menor grado hacia una forma de «verdadera relación amistosa». Esta forma de relación es la que debe permanecer a lo largo del tiempo y pese a circunstancias más o menos complejas y tecnificadas de la asistencia sanitaria. Ahora bien, se necesita la colaboración de todos los implicados (profesionales, pacientes, familiares...) para favorecer desde actitudes de confianza y de respeto el clima de buena relación personal en el que se pueda desarrollar plenamente la necesaria comunicación.

# CAPÍTULO VII

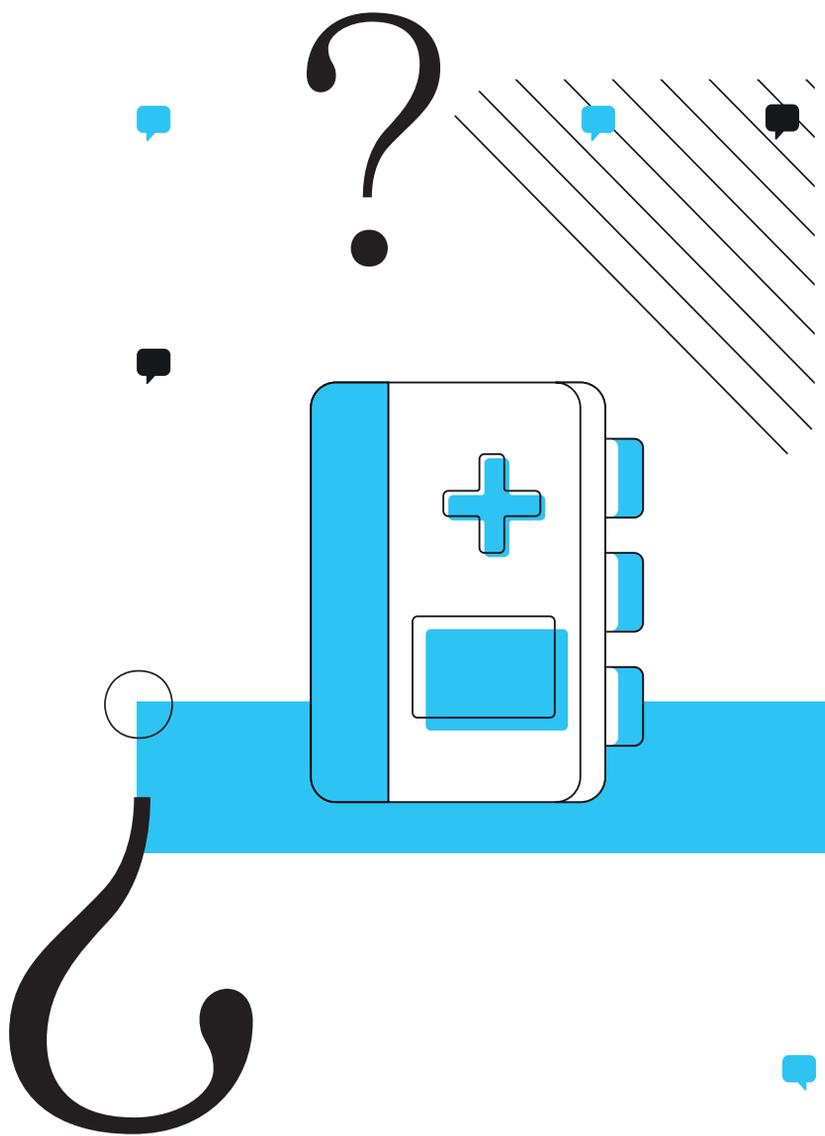
## Bioética y Deontología ¿Qué debemos saber?

La Bioética está hoy muy presente en las conversaciones cotidianas y en los medios de comunicación. Es conveniente conocer su origen y necesario valorar su alcance, ya que a los principios de la bioética hemos de recurrir, no solo ante los continuos avances científicos de importancia, sino también para orientarnos (profesionales y no profesionales) para el mejor cuidado de las personas que nos rodean, particularmente las más vulnerables.

La Deontología, en cuyos fundamentos resuenan los principios de la bioética, aborda el tratado de los deberes, refiriéndose habitualmente a los deberes profesionales, que muchas veces van más allá de los mínimos legales exigibles, buscando proporcionar lo mejor para el usuario.

Se comenta en otro artículo rasgos de la vida de Sócrates, persona modélica, que nos muestra su concepto de la Ética, llevado a la vida diaria. Finalmente, un relato de Azorín nos muestra como, respetando las leyes, la inspiración desde la conciencia de una decisión generosa da lugar a no pocas reflexiones en el entorno social del protagonista.

Estos rasgos que perfilan Bioética y Deontología se revisan en los artículos que siguen.



# La Bioética, ocupación para todos

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Lunes, 16-9-2013

**C**UANDO en 1970 y 1971 el bioquímico estadounidense Ralph von Rensselaer Potter utilizó el término de «bioética», explicó este concepto como un puente entre los conocimientos de la biología y de la ética, como un puente entre las Ciencias y las Humanidades, dos culturas, que según este autor, parecían incapaces de dialogar.

El profesor Potter explicó además que la bioética no solamente se desarrolla en función de los importantes avances científicos y técnicos en el campo de la Medicina, sino que ha de proyectarse hacia un encuentro con la ética del medio ambiente. Vivimos en contacto con la naturaleza y no cuidarla o maltratarla supone riesgo para nuestra propia vida y la de generaciones futuras. De ahí la necesaria aproximación de la bioética a la ecología. La ética del medio ambiente es necesaria, según explicó Potter en 1988 para preservar la supervivencia humana.

Pero lograr este objetivo de supervivencia, escribió en 1994, exige el diálogo entre ciencia y religión, ya reclamado por Einstein con una irónica frase: «La ciencia sin religión está coja. La religión sin ciencia está ciega». De la declaración de Ética Mundial (1994) Potter destacó la importancia de la alianza entre creyentes y no creyentes de cara a concretar una ética mundial, común para todos. En la misma línea el Concilio Vaticano II había animado a los cristianos a unirse con los no cristianos en la búsqueda de la verdad.

Otro de los grandes impulsores de la bioética fue el alemán Fritz Jahr, pastor protestante y profesor, que ya utilizó la palabra «bioética» en un artículo en 1927, siendo por lo tanto el primero que introdujo este término. Centró su concepto, más que en el hombre en la vida, en el amor y la solidaridad hacia todas las formas de vida.

Para los dos autores (Potter y Jahr) el desarrollo de la bioética requiere la colaboración de diversidad de expertos y de instituciones. Si Potter ha reclamado con insistencia el diálogo entre ciencia y religión, Fritz Jahr llamaba a una integración entre las diversas perspectivas culturales, científicas y filosóficas de cara a emprender acciones concretas. Ambos autores impulsan por lo tanto la construcción de una bioética universal en la que desde diferentes ámbitos todos puedan comprometerse a colaborar. Campos de la actividad científica tan apreciables como son, por ejemplo (entre otros), las posibilidades de la ingeniería genética, los logros y perspectivas de la medicina regenerativa o la lucha contra la degradación de medio ambiente con sus posibles repercusiones sobre la vida de las personas requieren la orientación de expertos, que conduzcan tales actividades en función de valores y principios morales, que procuren el desarrollo integral de la persona y, asimismo, de forma equitativa y justa el del conjunto de la sociedad.

Pero aparte de la necesidad del estudio y adecuada orientación de importantes avances científicos y técnicos, existe una bioética de la vida cotidiana, que incita a ocuparnos del cuidado de las personas de nuestro entorno, especialmente las más vulnerables y también del cuidado del medio ambiente de nuestras casas, nuestras calles y de nuestros lugares de trabajo y de ocio. El papa Francisco en su encíclica recién publicada se ocupa de la naturaleza y anima a todos a «cultivarla y salvaguardarla», siguiendo la línea de sus predecesores del siglo XX y XXI.

Hoy que hemos sido capaces de dominar como nunca la naturaleza (y también la propia naturaleza humana) y mejorar espectacularmente las condiciones de vida, se nos hace patente el riesgo de una explotación indiscriminada o de un reparto injusto de los recursos. Incluso, como sabemos, los procedimientos científicos y técnicos pueden llegar a ser utilizados contra las personas. De ahí que pensando en todos nosotros y en la vida de generaciones venideras, apremia la necesidad de ocuparnos de la bioética, que según expresión de Potter es «puente para el futuro».

# Deontología y Sociedad

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 27-5-2014

**Q**UIENES lo hayan sufrido comprenderán la desazón que se experimenta cuando de pronto notas que tu cartera ha desaparecido con todo su contenido de documentos, dinero, tarjetas, etc. A mí me ocurrió hace algunos días, después de un viaje. Afortunadamente, no tardé en recibir la llamada del conductor del vehículo que nos llevó. Había encontrado la cartera, se había molestado en averiguar mi teléfono y pudo así devolverla.

Actuaciones como esta provocan admiración y gratitud. Alguien pensará que es de justicia que nos restituyan lo nuestro. Es cierto, pero también es verdad que hay diferentes formas de aplicar la justicia. A veces se requiere la actuación de un tribunal e incluso de las fuerzas del orden para hacerla cumplir. En el caso de esta historia, el tribunal fue la propia conciencia del conductor; la sentencia dictada fue su clarividencia de lo que debía hacer; finalmente, la fuerza para cumplir fue su propia voluntad libremente ejercida.

Deber y libertad dice el filósofo Kant que son los factores que componen el acto moral. Creo por eso que es una lección práctica de moral la que nos dan con frecuencia muchas personas honradas, de diversas profesiones, que nos facilitan la vida sencillamente cumpliendo con sus deberes. No se limitan a lo que 'desde fuera' les exige la ley, sino que además cumplen leyes dictadas 'desde dentro', desde su conciencia, lo cual generalmente se traduce en que estos profesionales nos proporcionan servicios que van más allá de los mínimos exigibles.

Esta conciencia de lo que en la profesión (y en la vida en general) se debe hacer, muchas veces está clara, pero no siempre es así. Precisamente para conocer cómo actuar en distintas situaciones del ejercicio profesional hemos de recurrir a veces a la Deontología, «la ciencia o tratado de los deberes» según definición del diccionario. Sirve la Deontología para proporcionar al profesional los principios y normas éticas para que su actuación en cada caso sea, no solo técnicamente impecable, sino también justa y, además, la mejor posible para el usuario, siempre naturalmente contando con el consentimiento de este.

Los códigos deontológicos incluyen preceptos legales, de obligado cumplimiento, pero también deberes morales, que finalmente contribuyen a satisfacer mejor, con más generosidad, las necesidades de quien se acercó a solicitar la ayuda del profesional. Es por eso la Deontología una ciencia, pero también el origen de un servicio de orientación cotidiana, especialmente necesario hoy por los cambios y posibilidades nuevas que se nos van presentando. Se puede decir que la Deontología nos ayuda a hacer la vida más justa y a la vez más solidaria, es decir, más humana para todos.

# Sócrates entre nosotros

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 6-2-2018

**L**

A reciente novela *El asesinato de Sócrates* de Marcos Chicot, finalista del Premio Planeta 2016 ha contribuido a resaltar entre nosotros la figura del universal filósofo del siglo V a. de C.

Conocemos a Sócrates a través de su Apología y de los Diálogos que nos dejó su discípulo Platón. A veces, anécdotas que aparecen en los relatos resultan ilustrativas y así en el Diálogo del Banquete aparece Sócrates por la calle camino precisamente del banquete al que le han invitado y resulta simpático leer que un amigo que se encuentra con él queda sorprendido de ver a Sócrates ese día «lavado y con sandalias». Divertido es también para nosotros en el siglo XXI leer que ambos amigos tras su encuentro empiezan a tramar cómo introducir en el importante banquete al amigo que no ha sido invitado. Merece la pena leer en el Diálogo la peripecia que viene después... todo sale bien y finalmente comen y beben juntos y los invitados dialogan sobre el amor.

Pero Sócrates, como sabemos, es el «filósofo de la calle». Habla con jóvenes y viejos y desde un punto de partida algo irónico, mostrando ignorancia sobre el tema («solo sé que no sé nada») va preguntando a sus interlocutores y desentrañando, con lenguaje asequible, temas importantes. Esta forma de proceder lleva a descubrir «parcelas» de ignorancia entre sus contertulios y esto genera deseo de aprender, pero para algunos resulta molesto. De ahí que se comparan sus palabras a un agujón o como dice en su Apología al tábano que picando al caballo somnoliento le hace mover. Del

mismo modo hace él mover las conciencias de sus conciudadanos atenienses...y de otras muchas personas a lo largo de la historia. No es complaciente en su búsqueda de la verdad, no sería hoy «políticamente correcto» y su devoción por la justicia le llevó incluso a rechazar la oportunidad que le ofrecieron de escapar de la cárcel, cuando ya sabe que está condenado a muerte, y lo hace precisamente para no dar nunca la espalda a la justicia.

En mi opinión, la excelente novela citada al principio, deja entrever lo que Sócrates puede representar en nuestra sociedad. Para una parte de ella, la de las personas codiciosas en conseguir objetivos y triunfos a costa de lo que sea, añoramos líderes como él que despierten las conciencias. Pero también es verdad que buena parte de la sociedad la forman personas que sin presunción y sin alardes actúan en su vida diaria con justicia y, quien es justo en el verdadero sentido de la palabra, es también generoso. Pondré como ejemplo una anécdota que me ocurrió hace poco. Yendo hace unos días en un taxi, se desvió el taxista equivocadamente por un trayecto que alargaba innecesariamente el recorrido. Se percató inmediatamente y, aunque yo mismo quité importancia a la equivocación, él determinó desconectar el taxímetro hasta recuperar la trayectoria adecuada para evitarme el «extra» de pago que pudiera resultar. Fue el propio taxista quien hizo de juez de la situación, sentenciando a favor de su cliente. Así, desde una novela del siglo XXI, Sócrates sigue interpelando, pero a la vez nos hace caer en la cuenta de que hay muchos como Sócrates entre nosotros.

# Azorín y los profesionales

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 24-10-2018

# E

L maestro Azorín en uno de sus espléndidos relatos en los que recrea la belleza de lo cotidiano («Los primores de lo vulgar», según expresión de Ortega y Gasset), nos ha descrito el clima social de una pequeña ciudad manchega, cuyos habitantes están a la espera de que el juez dicte sentencia sobre un caso muy conocido por todos. En esa pequeña ciudad, como tantas veces ocurre también en nuestra sociedad, ya todos han concluido cuál ha de ser la sanción que debe recaer sobre el acusado y todos parecen estar convencidos de que el juez administrará justicia según el criterio de la mayoría de la población. Pero ocurre que nuestro buen juez naturalmente ha estudiado el caso y ha leído además durante esos días un librito que recoge las sentencias, justas, pero a la vez impregnadas de humanidad de un polémico magistrado francés del siglo XIX... Cuando finalmente nuestro juez dicta su sentencia, todos en la pequeña ciudad manchega se han alborotado y no pocos están muy indignados. Pero nuestro juez, basado en su conciencia y en sus conocimientos, explica que la justicia pura «es una cosa tan rara y tan espléndida» que es natural que cuando aparece, «todos se llenan de asombro».

Este relato, titulado *El buen juez*, realza, desde luego, la virtud del profesional, pero refleja también una presión ambiental que sobre él ejerce el entramado social de la ciudad y muestra además, que para los hombres y mujeres de distintas épocas, como dice el autor en el preámbulo de *Una hora de España*, «los conflictos íntimos son los mismos». Efectivamente, en nuestra sociedad no son raros

los «juicios paralelos» que a veces surgen de corrillos y tertulias, al igual que en la ciudad manchega... Pero no solo los jueces sufren presiones externas. Otros profesionales, como médico, profesores, periodistas...etc., soportan presiones (ocasionalmente con violencia, nos dicen los medios de comunicación) en un intento de condicionar su trabajo y sus decisiones. Todos ellos necesitan nuestro apoyo, pues sus actuaciones, es decir, los actos profesionales, como recuerda la Unión Profesional en su Informe de Diciembre de 2016 referente a las profesiones colegiadas, han de ser actos basados en la adecuada preparación, pero además «independientes», «controlados» y «responsables» y esa independencia tenemos que propiciarla entre todos. El respeto por el trabajo de los profesionales, sin interferir en su labor con presiones externas, es la actitud solidaria que ellos necesitan.

Por eso, este héroe de la vida cotidiana que Azorín nos presenta en *El buen juez*, nos sirve hoy de ejemplo, pero nos anima también a comprender las razones de los profesionales (que, en definitiva, tratan de prestarnos un servicio), sin renunciar por ello a nuestra libertad de expresión o a nuestro derecho a la reclamación. Pero siempre desde el respeto y la solidaridad, que son las actitudes que día a día nos pide la vida en comunidad.

# CAPÍTULO VIII

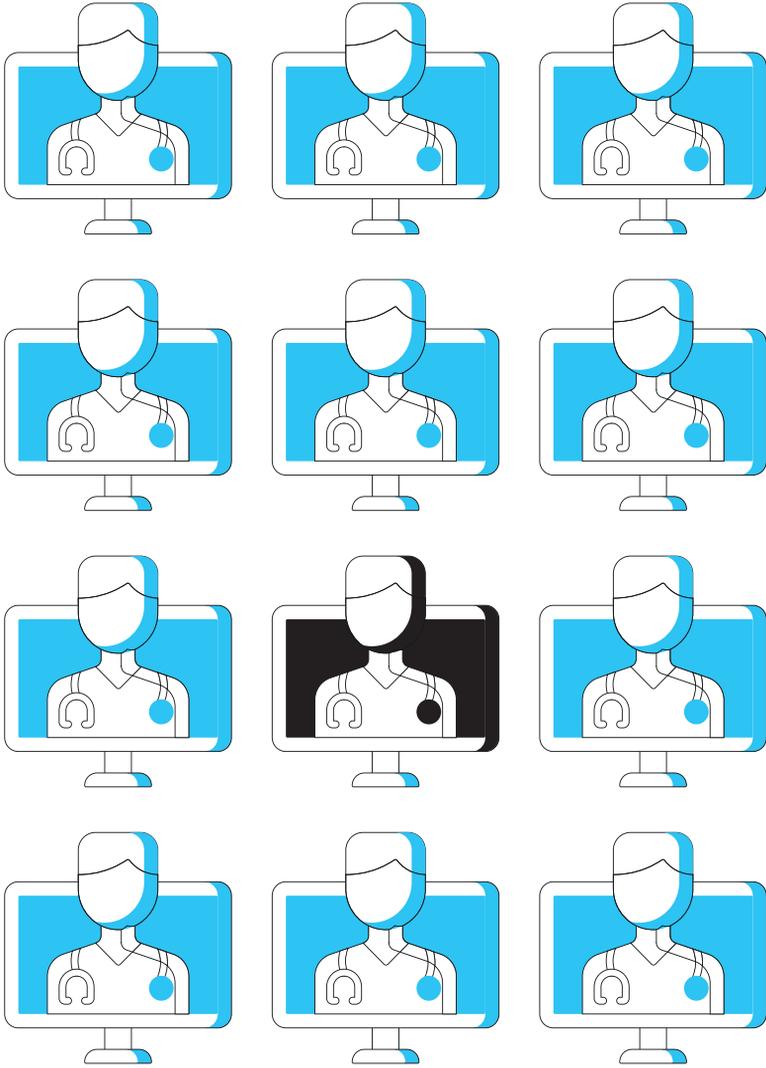
## Temas recientes

Los tiempos actuales nos aportan nuevos procedimientos que podemos utilizar para el bien de todos. A veces se trata de avances técnicos, como la informática.

Nuevos enfoques desde el mundo laboral son las empresas saludables, que orientan parte de sus iniciativas y recursos a mejorar la salud y el bienestar de sus empleados y familiares y en esta misma línea, el teletrabajo, con el que se aspira a lograr determinados rendimientos, también ha de organizarse de forma que conserve y mejore la salud y el bienestar. Así mismo, ha de prestarse atención a las vacaciones, que pueden mejorarse contando con los medios actuales.

El propio medio socio-sanitario aporta nuevas formas de mejorar la salud, como ocurre con los procedimientos de rehabilitación y ayuda mutua.

En los siguientes artículos se abordan estos temas.



# Los pacientes y la informática

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 23-1-2018

# E

L augurio de James Moor sobre el papel de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en nuestra sociedad se va cumpliendo. Decía este autor que en una primera etapa prestarían el servicio de comunicar con más rapidez y precisión (es decir, que lo que ya hacíamos, se podría hacer antes y mejor). Después, las nuevas TIC impregnarían todas nuestras actividades y por fin estas nuevas tecnologías irían cambiando nuestras formas de vida e incluso algunos de nuestros puntos de vista. Esta etapa ya ha llegado y ha llegado también, como es lógico a las formas de relación entre pacientes y profesionales de la salud.

Bernardo Hernández, experto en temas del mundo digital, afirmaba recientemente que en países desarrollados casi el 90% de la población está conectada a Internet. Por consiguiente, no es de extrañar que la proporción de ciudadanos que utilizan este medio para informarse sobre temas de salud alcance el 60,5% de la población, según el estudio publicado en 2016 por el ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y Sociedad de la Información).

Que la población esté más informada es desde luego, deseable. Precisamente en este mismo estudio se señala que en general, los que consultan Internet suelen mantener una actitud positiva de colaboración con los profesionales de la salud.

Sin embargo, una triple reflexión será conveniente para quienes utilicen Internet: por una parte, no todas las fuentes son fiables (de hecho, según el estudio antes citado, confían en el médico y profesionales sanitarios casi el 92% de la población y en Internet solo el

38%); por otra parte, aun las informaciones ciertas pueden no estar claramente explicadas o ser difícilmente comprensibles; finalmente, hay que tener en cuenta que unas indicaciones generales sobre determinada enfermedad o situación no siempre son aplicables a una persona concreta con las peculiaridades de cada uno («no hay enfermedades, sino enfermos»).

Esta reflexión nos hace concluir que la informática, pese a su gran utilidad, no puede desempeñar habitualmente el papel de sustituto del consejo del profesional y generalmente, las informaciones adquiridas gracias a las nuevas técnicas, es conveniente consultarlas con los profesionales de la salud, antes de ponerlas en práctica cada uno por su cuenta. Esto, no solo nos ayudará a un mejor entendimiento, sino que también contribuirá a construir una relación de confianza con el profesional. Son precisamente estos dos ingredientes, entendimiento y confianza, los que se precisan para desarrollar una buena asistencia. En el caso de la asistencia médica, ésta «exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente» (dice el actual Código de Deontología Médica).

En resumen, aun haciendo el mejor uso de las técnicas de la información, el cuidado de la salud ha de centrarse en la relación personal entre paciente y profesional, ya que el responsable de tomar decisiones libremente sobre su salud es el paciente, pero es necesario para eso que disponga de información adecuada por parte del profesional y es bueno que la decisión sea compartida. Todos (pacientes y profesionales) hemos de cultivar esa preciada forma de relación humana.

# Empresas saludables

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 28-9-2018

**C**ON la denominación de empresas saludables nos referimos a aquellas que, además de cumplir la legislación en seguridad y salud, más allá de la obligatoria prevención de riesgos laborales, se preocupan de forma especial de la salud y bienestar de sus trabajadores, haciendo más saludable el ámbito de trabajo y generando hábitos favorables para la salud de sus empleados dentro y fuera del entorno laboral. La Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo, cuyo lema es el de «trabajadores sanos en empresas saludables», elaboró en 1977 la Declaración de Luxemburgo, documento en el que se contienen los principios de una buena gestión de la salud de los trabajadores y desde entonces es cada vez mayor el número de empresas europeas (también españolas), que se mueven en el sentido de promocionar la salud desde el ámbito laboral.

Las actividades que el pasado año programaron las organizaciones empresariales españolas más destacadas en cuanto a promoción de la salud fueron muy variadas: Información sobre vida saludable, bonos para el gimnasio, sesiones de yoga, servicios de fisioterapia, gratificaciones para los empleados que solicitaban menús saludables... etc. Resulta curioso por otra parte que estas iniciativas sean ya demandadas por quienes aspiran a incorporarse al trabajo y así no es raro que en el curso de la entrevista, los aspirantes, especialmente los «millennials», pregunten, por ejemplo, si tendrán fácil acceso al gimnasio o se interesen por otros posibles recursos de la empresa relacionados con la salud y el bienestar.

Las pequeñas y medianas empresas también desarrollan medidas, tales como difundir informaciones sanitarias, impulsar campañas de vacunación contra la gripe o campañas contra el hábito tabáquico o el sedentarismo, animar a actividades como rutas de paseo o participación en carreras populares o introducir hábitos saludables como el de ofrecer alguna fruta en los momentos de descanso... Son, en definitiva, muy variadas las iniciativas que con imaginación se están poniendo en marcha en los diversos ámbitos laborales. En nuestra Comunidad para estimular tales iniciativas la MAZ otorga anualmente desde 2015 distinciones a empresas españolas seleccionadas por su atención a la salud de sus empleados.

Llevar a cabo las estrategias propias de las empresas saludables tiene además el beneficio de una mayor identificación del empleado con la empresa. El problema de las bajas laborales, que actualmente es motivo de preocupación (ver *Heraldo de Aragón*, 29-6-2018, pág. 39), mejora cuando la empresa pone en marcha estrategias referentes a la salud. Lo expresaba recientemente el líder comercial Andrew Cunningham diciendo que «es positivo que muchas empresas afirmen que son conscientes de la relación existente entre la buena salud de los empleados y su desempeño y compromiso». Como ejemplo de esta buena respuesta citaba Estel Mallorquí (experta en programas de bienestar en empresas) el ejemplo de una empresa saludable en la que «iniciando la jornada de trabajo con una sesión de diez minutos de duración, a base de estiramientos, ejercicios de flexibilidad y de refuerzo muscular adaptados a cada tipo de trabajo, se consiguió reducir en un 30% la duración de las bajas laborales».

La empresa saludable es el resultado del esfuerzo de todos (empresarios, trabajadores, expertos en recursos humanos, médicos de empresa, personal sanitario...) y a todos beneficia. Pero además, el hecho de ocuparse de la salud y bienestar de las personas expresa la humanización de las empresas y a su vez contribuye a humanizar progresivamente la vida laboral.

# Teletrabajo, salud y bienestar

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 25-5-2021

# L

A práctica del teletrabajo (TT) se ha incrementado en nuestro país con motivo de la actual pandemia, pues con el estado de alarma, ya más de la mitad de las compañías españolas, el 51,4% , según datos del INE, ofrecen u obligan al menos a parte de su plantilla al

TT. Aporta este indudables ventajas: Posibilita una mayor autonomía. Facilita la conciliación entre vida familiar y vida laboral. Evita el desplazamiento diario a la empresa, ahorrando así tiempo y consumo de energía. La OMS ha recomendado el TT como protección frente al contagio durante la actual pandemia. Facilita la inclusión de personas discapacitadas. Supone también una nueva vía para captar colaboradores cualificados. Ofrece pues, nuevas ventajas.

Sin embargo, diversos expertos/as (Alonso Fabregat, 2002; Robertson, 2012; Nelson W López, 2014; Venegas, 2020 entre otros) han señalado problemas (también soluciones), refiriéndose al trabajo en el domicilio. Así, compaginar vida laboral y familiar no siempre es fácil. El exceso de horas dedicadas al trabajo puede crear la paradójica situación de mayor permanencia cerca de la familia, proporcionando sin embargo una deficiente atención. Aparte de nuestra propia disciplina horaria, los expertos recomiendan diversas fórmulas de desconexión digital para evitar que se sigan atendiendo llamadas en horas libres y en días festivos o de vacación.

También puede el entorno familiar alterar el plan de trabajo que se realiza en casa. Hace poco, durante una llamada telefónica a un organismo oficial, fui atendido por una amable empleada. Finalizando la conversación escuché unas risas infantiles al otro lado del teléfono. Mi interlocutora ordenó: «¡Sergio, eso no se hace!» Se disculpó después conmigo y nos despedimos. Me quedé con la curiosidad de saber qué habría hecho el pequeño Sergio y pensando lo difícil que para algún teletrabajador/a debe ser atender trabajo y familia... Es recomendable, pero no siempre posible, un espacio de trabajo aislado del resto de la vivienda.

La percepción de soledad es otra amenaza para los que trabajan fuera del entorno de la oficina, pues puede repercutir negativamente en el estado de ánimo. Es aconsejable salir de casa al menos una vez al día y cultivar nuestras habituales relaciones familiares y de amigos. Las empresas por su parte, ya están recomendando mayoritariamente un modelo híbrido en el que el trabajo remoto alterne con el presencial (*Expansión: Expansión & empleo*, 8-5-2021, págs. 1-2).

La inmovilidad es un hábito nada saludable, favorecido por el trabajo desde casa, que reclama el necesario ejercicio físico diario, sin olvidar cambios posturales y descansos periódicos durante el trabajo. A veces a la falta de movilidad se asocia el hábito de comer (o «picar») en cualquier momento durante el trabajo, lo que algunos expertos han dado a conocer como el «Síndrome de la patata en el escritorio». Así el aporte de calorías asociado a su escaso consumo por el sedentarismo facilita la obesidad, causa a su vez de hipertensión, diabetes o afecciones articulares entre otras. Es imprescindible seguir los adecuados horarios de comidas.

Necesario es recordar que el sitio de trabajo en el domicilio debe contar con las condiciones de espacio, silla adecuada, disposición de la pantalla del ordenador, ...etc, siguiendo directrices de la Ergonomía, aplicables también al TT.

En resumen, el TT abre nuevas posibilidades en un clima actual que reclama flexibilidad, autonomía y mayor responsabilización del trabajador en la empresa. Pero requiere preparación adecuada, probablemente es recomendable su alternancia con el trabajo presencial y lo ideal es que fuera una opción voluntaria.

# Mejorar las vacaciones

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 17-7-2018

**P**ARA buena parte de la población las vacaciones no aportan todo el descanso que se espera de estos días. Aproximadamente la mitad de la población activa, concretamente el 51%, declara que durante el periodo vacacional sigue atendiendo llamadas relacionadas con su trabajo o respondiendo e-mails referentes a asuntos de la empresa (según datos aportados por la reciente encuesta Infojobs, plataforma de empleo líder en España). Por eso, no es de extrañar que la mayoría de la población activa, el 76%, se muestra partidaria de la implantación de una política de desconexión digital, según la misma encuesta, haciendo la salvedad de que entre los directivos, la proporción de partidarios de políticas o normas de este tipo desciende al 55%.

Pero no solo los correos y mensajes procedentes del ámbito laboral pueden invadir el tiempo de descanso. A veces, pensando en todo lo que no quedó bien resuelto antes de las vacaciones o bien imaginando posibles dificultades que encontraremos después, somos nosotros mismos los que privamos a nuestros días de vacación de sus saludables efectos de descanso y renovación. Por eso las psicólogas Maroto y Sánchez animaban recientemente a centrarse en el aquí y ahora, es decir, en las actividades propias de los días de descanso, concentrando en algún tiempo concreto del día las actividades relacionadas con el trabajo (cuando éstas sean inevitables), reservando además algún tiempo para la reflexión personal y evitando por otra parte el exceso de actividades que podría convertirse en fuente de estrés. Así que parece

recomendable planificar los días de descanso y entrar en ellos con nuevas actitudes.

Pero una buena planificación exige siempre pensar en todos los que nos rodean, pues entre nosotros no todos se benefician por igual del periodo de vacaciones. Pensemos en el ama o amo de casa que sigue cargando con la mayor parte de las tareas domésticas. Expresaba con acierto esta situación una señora en la consulta a la que pregunté por sus vacaciones. Me respondió que cuando iba a la playa con toda la familia, ella, más que ir de vacaciones lo que hacía era «cambiar de fregadero»... Se hace imprescindible por lo tanto planificar, distribuyendo tareas entre todo el grupo familiar y además, quizá esta organización puede convertirse en un ensayo para distribuir tareas después a lo largo del año.

En resumen, una organización solidaria y una nueva actitud pueden mejorar nuestras vacaciones, sin aumentar el presupuesto y proporcionando a la vez más felicidad para todos.

# Rehabilitación y ayuda mutua

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 24-5-2019

# E

NTRE los problemas de salud que afectan a nuestra sociedad es relevante el de las adicciones y no solo las derivadas del consumo de sustancias (alcohol o drogas), sino las relacionadas con ciertos comportamientos como las adicciones tecnológicas (móvil, videojuegos...), cuyos casos aumentan en nuestro entorno (*Heraldo de Aragón*, 26-4-2019, pág. 10).

Resulta sin embargo ejemplar el papel activo de los pacientes que, conscientes de su adicción y contando con la ayuda de los profesionales expertos, perseveran en el camino de la rehabilitación (no exenta a veces de recaídas) y, sin olvidar la propia realidad y la de los demás, utilizan el recurso de la ayuda mutua.

Los grupos de ayuda mutua son grupos de personas a las que afecta un mismo problema de salud o participan de una misma situación social y se reúnen con objeto de mejorar tal problema o situación y es la reunión el medio por el que se proporcionan información y apoyo y de estas reuniones se derivan beneficios personales y también colectivos. Este recurso terapéutico, utilizable en diversas afecciones crónicas, fue ya recomendado en 1987 por la Organización Mundial de la Salud.

En el contexto de las adicciones supone un instrumento terapéutico basado en «dar, recibir y devolver», según expresa la experta María Eugenia Módena y además desde una actitud igualitaria, de manera que entre sus miembros no se habla desde posiciones de saber o de ser más que el otro. Las fortalezas de estos grupos, se-

gún escribió el profesor Francisco Pascual en 2015, «se basan en el aprendizaje, el apoyo emocional, la participación y la autoestima».

De cara al conjunto de la sociedad, la dinámica de los grupos de ayuda mutua ofrece un ejemplo de acción solidaria, del que todos podemos aprender. Una interesante iniciativa abierta a toda la sociedad es la reunión anual de expertos y de pacientes de distintas comunidades españolas que convoca ACVAAR (Asociación Cinco Villas de Alcohólicos y Adictos Rehabilitados) y que constituye un acontecimiento de difusión cultural. El pasado mes de abril celebró su vigésimo sexta edición y en ella abordó el profesor Pascual el tema de plena actualidad sobre el juego «on line» en los jóvenes. Pero escuchar los testimonios de pacientes rehabilitados es lo que de verdad permite descubrir la actitud solidaria de los hombres y mujeres rehabilitados, que actúan en distintas asociaciones de nuestro país, ejerciendo diariamente con sencillez y sabiduría el inestimable servicio de los grupos de ayuda mutua.

# CAPÍTULO IX

## Lo que inspiró la actual pandemia

La actual pandemia dio lugar a expresiones emocionadas y sinceras de gratitud: los aplausos desde las ventanas cada día a los sanitarios que trabajaban incansablemente y con riesgo, a policías y otros servidores públicos. Más adelante, la ciudad concedería la medalla de oro a los sanitarios, como reconocimiento público por su entrega. Después vendrían acontecimientos como la vacunación, no exenta de polémica, pese a sus grandes beneficios. Nosotros, con el conjunto de la Humanidad hemos vivido acontecimientos que nunca habíamos imaginado.

Los artículos que ahora vienen comentan estas excepcionales situaciones:



# Aplausos desde las ventanas

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Martes, 17-3-2020

# S

E hizo realidad el mensaje lanzado desde las redes sociales y se alegró la noche del sábado (14 de marzo) con los aplausos que desde las ventanas llenaron unas calles silenciosas y extrañamente vacías durante la tarde. Los zaragozanos (como otros ciudadanos españoles) agradecían así la tarea inteligente y generosa de los profesionales sanitarios. El gesto de gratitud colectiva nos ennoblece a todos y nos hace reflexionar sobre esa especial dedicación de cuidar a los demás.

En el trasfondo de la vocación de profesionales que cuidan de la salud, aparte de la necesaria capacidad para el ejercicio, creo que pueden reconocerse dos móviles fundamentales: la empatía y la compasión.

La empatía es esa capacidad que todos tenemos de «captar las vivencias de otros», según explicaba la filósofa Edith Stein. Supone la empatía comprender mejor al otro, ponernos en su lugar. Con frecuencia, a partir de ahí empieza la compasión, es decir compartir la pasión, hacerse partícipe de lo que al otro le pasa. Para el filósofo Habermas la compasión estaría en la base de la moral. Parten de ahí las inquietudes por saber más para ayudar mejor y estas inquietudes se concretan en estudio y en trabajo para conocer y diagnosticar, para emprender tratamientos, para prevenir enfermedades y para cuidar y mejorar la salud.

Ahora bien, empatía y compasión son cualidades que toda persona encierra (no solo los profesionales) y es bueno cultivarlas para ejercer mejor ciertos cuidados que a todos nos competen. Cuidar de los padres o cuidar de los hijos o de forma altruista cuidar de

otros es una tarea que ha llevado a cabo siempre la Humanidad, desde épocas prehistóricas. El «apoyo mutuo», que el investigador ruso Piotr Kropotkin ha documentado en diversos grupos sociales a lo largo de la Historia, fue considerado por este autor como un mecanismo instintivo de supervivencia. Para muchos apoyar y cuidar de los demás sería sobre todo un servicio impulsado por amor al prójimo. Para algunos en fin, este servicio es la realización vocacional de la profesión (de todas las profesiones).

El aplauso de esa noche es seguramente el aplauso de personas que han cuidado o que cuidan a seres próximos o sencillamente el aplauso de aquellos que desde sus casas siguen los consejos sanitarios pensando en protegerse, pero pensando también en que protegen a los demás. Es el cuidado colectivo, el cuidado de uno mismo y de los otros, que todos estamos ejerciendo. Desde esa postura generosa se comprende mejor el esfuerzo de los que han hecho del estudio y la práctica de los cuidados de la salud una vocación profesional y así surge alegremente el aplauso solidario desde nuestras ventanas abiertas.

# Desescalada y final del aplauso

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 22-5-2020

**L**OS aplausos desde las ventanas dejan el buen sabor de la gratitud expresada hacia quienes heroicamente nos protegen día y noche. Pero este movimiento colectivo, espontáneo y perseverante ha provocado además una nueva forma de relación social: Saludamos desde ventanas y balcones a vecinos (niños/as y mayores) a quienes solo conocíamos de vista o incluso a los que no conocíamos. A causa de la distancia, el lenguaje resulta a veces limitado, pero la empatía es total... Una nueva forma de relación ha surgido en nuestros barrios y es que, aun siguiendo las normas de confinamiento y de distancia física, la vida de las personas nos lleva a la conexión entre unos y otros.

«Yo no puedo valorar mi vida –había dicho el filósofo Husserl en 1923- sin valorar la vida de otros entretrejida con la mía». Esa vida «entretrejida», solidaria, permite que las acciones de unos (como puede ser cuidar de los niños o de los abuelos, empujar la silla de ruedas, acercar un vaso de agua, escuchar...) puedan favorecer a otros; pero a la vez, el ejercicio solidario remodela, mejora la vida de los que ayudan. Así que nuestros aplausos se extienden a todo el que proporciona cuidados a otros.

Aliviado ahora el confinamiento, nos vemos ya en las calles; pero siguen siendo precisas las precauciones ya conocidas (lavados de manos, uso de mascarillas, distancia prudencial...). Son nuestras estrategias, necesarias hoy por hoy. Nos conceden aho-

ra más libertad, pero como dice el filósofo contemporáneo Javier Gomá (en su ensayo «La imagen de tu vida»), la civilización nos pide «ser-libres-juntos, lo que comporta hacer un uso virtuoso y civil de esa esfera de libertad ya ampliada». Resultan por eso poco civilizadas, además de insolidarias, las actitudes de quienes rompiendo las normas (por ejemplo, no respetando las distancias físicas), abusan de su libertad. Es preciso que sepamos «autolimitarnos» (según expresión de Gomá) nosotros mismos si no queremos dar un paso atrás en nuestra estrategia frente a la pandemia. Dependemos más que antes de nuestra iniciativa y ahora los importantes somos nosotros, aunque no oigamos aplausos por nuestra actuación.

En fin se termina el prolongado aplauso de las ventanas, se oye la canción de *Resistiré*. Después el Himno Nacional, silencio y nuevo aplauso. Las ventanas se van cerrando, pero queda el recuerdo de nuestra empatía y una gran lección de solidaridad.

# Sanitarios de oro

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Viernes, 2-10-2020

**C**ON la Medalla de Oro de la Ciudad distingue el Ayuntamiento a los sanitarios por su labor durante la actual pandemia. Puede decirse que es una labor extraordinaria desarrollada en el curso de su trabajo ordinario. Algo que los ciudadanos ya descubrieron y airearon hace meses con sus aplausos desde ventanas y balcones.

La sociedad fue conociendo que los hombres y mujeres del mundo de la salud cumplían fielmente, con riesgo, pero con serenidad y precisión, en agotadoras jornadas, su misión (enunciada por los médicos Bérard y Gubler) de «curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre» y en este caso asumiendo que la última (la de consolar) recaía de lleno sobre ellos a falta de la compañía familiar tan necesaria para los enfermos. Para ello han prodigado (aparte de técnicas con frecuencia complejas) muchos gestos, pequeñas ayudas a los pacientes o algunas palabras, pues como dice la escritora Irene Vallejo «las palabras cariñosas... nos curan, nos reaniman» (*Heraldo de Aragón*, 30-9-2019).

En todos los tiempos, los pequeños detalles complementan con frecuencia la buena asistencia. Ejemplar era en este sentido la actitud del celador del equipo de UCI durante las primeras jornadas de funcionamiento del Hospital Clínico. Tenía este compañero la costumbre de animar a la familia de los enfermos (cuando estos acababan de ingresar en la UCI), a que estuviesen tranquilos, pues ya estaban médicos, enfermeras y auxiliares asistiendo a su familiar y que en cuanto se pudiese, saldría el médico a explicarles con detalle la situación del paciente. Siempre hemos reconocido que estas bre-

ves intervenciones de nuestro celador proporcionaba tranquilidad a las familias en esos momentos dramáticos del ingreso urgente en nuestra unidad y antes de que nosotros (ocupados en la atención urgente del enfermo) pudiéramos salir a informarles. Quizá hoy ya no sea necesaria una intervención así y se prodiguen en cambio otras atenciones. Pero en todo caso en todas las profesiones, las personas, legislándose a sí mismas, como diría el filósofo Inmanuel Kant, son capaces de proponerse «deberes internos» a los que alude el filósofo, deberes que van más allá de las prescripciones legales, que no se exigen, pero que se agradecen.

Ciertamente la situación actual provocada por la pandemia no es comparable con ninguna otra de las que hemos vivido los sanitarios, incluso los más viejos del lugar, de ahí el mérito de los actuales profesionales.

Ahora bien, si merecido es el galardón que otorgará el Ayuntamiento, necesario es el cuidado y medios que la Administración ha de proporcionar a los profesionales. Los medios de comunicación han puesto al descubierto buena parte de la problemática de éstos, como es el caso de la estabilidad en sus puestos de trabajo de muchos de los profesionales de Medicina y Enfermería y personal auxiliar o la necesaria protección de celadoras y celadores (que por cierto son los que suelen dar la primera imagen del personal hospitalario al recibir a pacientes y familias). La cooperación de todos es necesaria para afrontar los difíciles retos que plantea el cuidado de la salud.

A todos estos sanitarios constantes en su buen hacer cotidiano, enhorabuena y sobre todo ¡Gracias!

# Bioética y vacunas

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 2-12-2020

**L**A posibilidad de la próxima llegada de la vacuna frente a la Covid-19 ha creado una gran expectativa en todo el mundo. Pero no debemos perder de vista las necesarias orientaciones éticas en todo el quehacer sanitario, tanto investigador como asistencial, orientaciones que también son necesarias en el proceso de distribución y aplicación de las vacunas.

La moderna Bioética, nacida de la mano del oncólogo estadounidense V. R. Potter en 1971, asume los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, principios que orientan toda iniciativa relacionada con la salud y en este momento el ambicioso proyecto de hacer llegar la vacuna lo antes posible a toda la población mundial.

En primer lugar, los dos primeros principios, los de beneficencia y de no maleficencia orientan a buscar siempre el mayor beneficio para el paciente (beneficencia) en las indicaciones de tratamiento, en los trabajos de investigación...etc., con los menores daños o inconvenientes posibles (no maleficencia), orientación presente también en todo el trabajo relacionado con las vacunas, incluyendo el proceso de distribución y aplicación. Se trata de conseguir el beneficio de preservar la salud y como consecuencia indirecta, evitar la pobreza, que amenaza en las circunstancias de pandemia.

Teniendo en cuenta que el remedio de prevención por medio de las vacunas pretende llegar a todo el mundo, adquiere especial relevancia el tercero de los principios citados, el de justicia. Un princi-

pio que ha de traducirse en que a la hora de plantear estrategias de vacunación hay que calcular que la vacuna llegue a todos, incluso a las poblaciones desfavorecidas o, siendo más precisos, debe priorizar a dicha población desfavorecida. En su reciente reunión del G20 los líderes mundiales han estado unánimemente de acuerdo en este objetivo, aunque no han faltado advertencias como la de Angela Merkel, que aprecia «lentitud» en las negociaciones de los productores de vacunas con vistas a hacerlas llegar a pueblos en vías de desarrollo. Desde una perspectiva de justicia se propone también a la hora de la distribución un objetivo de equidad, de manera que no haya desigualdades por razón de género, raza o religión.

Una vez distribuidas las vacunas, en base a los principios antes citados se han establecido ya grupos prioritarios. Así, el colectivo de sanitarios será el primero en tener acceso a las vacunas con objeto de poder mantener adecuadamente la asistencia.

Personas con actividades esenciales de alto riesgo serán también prioritarias ya que su misión en la sociedad es muy importante como es el caso por ejemplo de bomberos o policías que además participan en actos con riesgo.

Las personas expuestas a consecuencias más graves por la covid, debido a su edad o a sus patologías previas como el caso de pacientes con diabetes, enfermedades cardíacas o pulmonares... etc. deben ser también prioritarias en cuanto a la vacunación.

Llegado el momento de administrar la vacuna, su aceptación es libre. Rige entonces el principio de autonomía, el más recientemente incorporado y que implica por una parte información adecuada del paciente y libertad para tomar decisiones sobre su salud. Actualmente, según el reciente barómetro del CIS, 4 de cada 10 españoles se niegan a vacunarse. Su libre decisión, aunque respetable, no es en general buena para su salud y tampoco lo es para el conjunto de la sociedad que finalmente quedará menos protegida. Es necesaria ahora una buena labor educativa sobre este tema.

Estamos en fin ante un problema global que hemos de resolver actuando conjuntamente y se requiere amplitud de miras desde una actitud solidaria.

# Por qué debo vacunarme

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Miércoles, 13-1-2021



NICIADA ya la vacunación frente al coronavirus causante de la actual pandemia, no son pocos los que muestran desconfianza o clara actitud de negación ante este procedimiento, desde un 43% en octubre pasado a un 28% en diciembre, según el barómetro del Centro de Investiga-

ciones Sociológicas

Hay que recordar sin embargo, que la Organización Mundial de la Salud calcula en 2 ó 3 millones las vidas salvadas cada año por la vacunación frente a enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos ferina el sarampión y la gripe.

Las vacunas son el resultado de un minucioso trabajo de investigación desarrollado en todo el mundo durante años para protegernos, activando nuestro sistema inmune. La protección frente a virus se ha conseguido inyectando en nuestro organismo virus previamente inactivados o atenuados o genéticamente modificados o simplemente proteínas que imitan al virus causante de la enfermedad.

Actualmente y para protegernos frente al coronavirus se están aplicando vacunas que utilizan ARNm (ácido ribonucleico mensajero), el cual, tras su inyección, ordena a las células de nuestro organismo producir proteínas como las que el virus lleva en su superficie (conocidas como proteína «spike»). Las proteínas así producidas por nuestras propias células son inocuas, pero, al igual que las del virus, activan las células de nuestro sistema inmune y desencadenan la producción de anticuerpos, a la vez que dejan en ciertas célu-

las de dicho sistema inmune «memoria» que permitirá responder a futuras invasiones del virus.

Tras la investigación en el laboratorio se emprende el estudio de la vacuna aplicada a personas, primero a unos pocos voluntarios sanos (fase I); después a centenares de personas de características semejantes a aquellas a las que se piensa vacunar (fase II) y finalmente el estudio se hace extensivo a miles de personas de distintas áreas geográficas (fase III). Todos estos requisitos se han cumplimentado con las actuales vacunas, aunque a un ritmo mucho más rápido de lo que es habitual en esta clase de investigaciones. Con estos datos creo que las personas que dicen querer vacunarse solo cuando vean que el procedimiento funciona, ya tienen en esos miles de personas estudiadas la referencia que piden para fiarse de la vacuna.

Los resultados han sido favorables en cuanto a eficacia y en cuanto a seguridad. Efectos secundarios, como enrojecimiento de la zona de inyección, cefaleas, cansancio o dolores musculares han sido leves y pasajeros. Como declaraba el Dr. García de Rojas, presidente de la Asociación Española de Vacunología el pasado 28 de diciembre, vale la pena vacunarse si se tiene en cuenta que llevamos 1.700.000 muertos por la Covid-19, frente a los escasos y leves efectos secundarios de la vacuna.

Otro motivo importante para la vacunación, más allá de la protección individual es el de la protección comunitaria, que ejercería la vacunación cuando ésta llegue a un amplio sector de población (se habla del 70%). Tal protección beneficiaría especialmente a los más vulnerables y particularmente a aquellos que por diversos motivos no pueden vacunarse (por ejemplo situaciones de inmunodeficiencia). La vacuna ofrece pues protección, pero es además una llamada a la solidaridad.

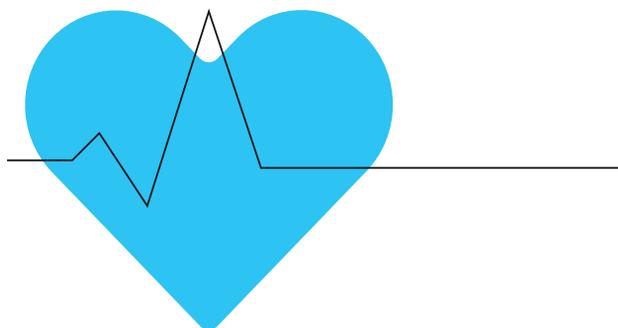
# CAPÍTULO X

## **Epílogo entre el humor y la confianza**

Al final de estas consideraciones, nos quedamos con la idea de que incluso ante las adversidades el humor es ayuda necesaria para cada uno y para los que nos rodean. Es expresión de salud, pero además mejora la salud. El sentido del humor nos proporciona equilibrio ante las situaciones difíciles de la vida y se contagia a los de alrededor.

Ahora bien, todo ese talante solo puede desarrollarse adecuadamente sobre la base de confiar los unos en los otros y siempre considerando que la confianza auténtica se basa en la verdad. Desde estas premisas es posible la relación entre médico y enfermo y es posible la relación solidaria y generosa entre todos.

Los siguientes artículos quieren ser motivo de reflexión al final de esta lectura.



# El necesario buen humor

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Sábado, 22-2-2020

# R

ECIENTEMENTE hemos tenido ocasión de ver de nuevo la película *Amanece que no es poco* y disfrutar de ese humor plagado de absurdos, pero entrañable, de José Luis Cuerda.

El humor y la risa han sido objeto de numerosos estudios. Nuestro cerebro es capaz de entender el humor. Explica el doctor Manuel Arias, neurólogo, que cuando percibimos una incongruencia en lugar de algo racional que esperábamos percibir, nuestro cerebro detecta esa «controversia» y se produce una emoción positiva y como resultado la risa. Como ejemplo nos puede servir un chiste que contaba así uno de nuestros famosos humoristas: «Se lamentaba un paisano mío, recién encarcelado, de la larga condena que le había caído ¡tres años y un día! Además, no entendía por qué le añadían un día a los largos tres años. Seguramente ese día - le aclaraba su compañero de celda - será para que tengas tiempo para hacer la maleta antes de salir de aquí». Está claro que esta explicación del compañero de celda sorprende y no es de las que podríamos esperar en buena lógica...

A la risa se atribuyen hoy efectos beneficiosos sobre el aparato circulatorio, sobre los músculos, sobre las defensas, sobre el estado de ánimo, entre otros. Incluso se utiliza como tratamiento (risoterapia).

Pero, aparte del humor de idear y contar chistes, estimamos mucho el sentido del humor, difícil de definir, pero que supone una peculiar percepción de la vida. Nos permite valorar en su justa medida los fracasos y frustraciones e incluso detectar los rasgos cómicos

que, a veces, contienen los malos momentos; algo que en la pantalla del cine consiguen artistas como Charles Chaplin que arrancan risas desde las situaciones de desgracias y tropiezos de sus personajes humildes, convertidos en héroes. El sentido del humor respeta y estima a quien se lleva la peor parte en la vida (¡a veces uno mismo!). El humor además trasciende y beneficia a quienes nos rodean.

Pero el humor no solo beneficia a cada persona y a su entorno, sino que se infiltra también en el desarrollo y en la difusión de la cultura. Así, en cuanto al desarrollo cultural, Ortega y Gasset en su curso «¿Qué es la Filosofía?» dice que «la cultura brota y vive, florece y fructifica en temple espiritual bien humorado» y evoca a Platón que irónicamente jugaba con dos palabras griegas que sonaban muy parecidas: «paideia» (cultura) y «paidia» (broma, juego). En cuanto a la difusión cultural, Pérez Galdós en su espléndido prólogo de *La Regenta*, después de elogiar «la feliz aleación de las bromas y las veras», proclama: «Hermosa es la verdad siempre; pero en el arte seduce y enamora más cuando entre sus distintas vestiduras poéticas escoge y usa con desenfado la de la gracia». Nuestra escritora contemporánea Irene Vallejo en su último ensayo *El infinito en un junco*, amenísimo y bien documentado, detecta que el flujo de escritos humorísticos recorre toda la historia de las letras.

Recordemos en fin, en relación con estos temas, la insistente actitud de alegría, incluso ante las adversidades, a la que anima La Biblia. Tomemos pues en serio el humor. Con él nos beneficiamos y hacemos bien a quienes nos rodean.

# La confianza en el médico, hoy

Publicado en *Heraldo de Aragón*. Jueves, 5-5-2016



L enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad», afirmaba ya Platón, expresando que la relación entre paciente y médico solo se entiende bien si se desarrolla en un clima de mutua confianza y así ha sido a lo largo de la historia. Sin embargo, en nuestra época de extraordinarios avances en Medicina y Cirugía, la confianza en el profesional parece más vulnerable, según ha señalado el doctor Pellegrino y más recientemente en nuestro país el doctor Álvarez Avello. Entre otras posibles causas, precisamente el desarrollo de técnicas cada vez más perfeccionadas para el diagnóstico y tratamiento puede crear la falsa sensación de que todo problema de salud tiene una solución satisfactoria, depositándose además la confianza más en las técnicas que en el profesional que las ha de aplicar.

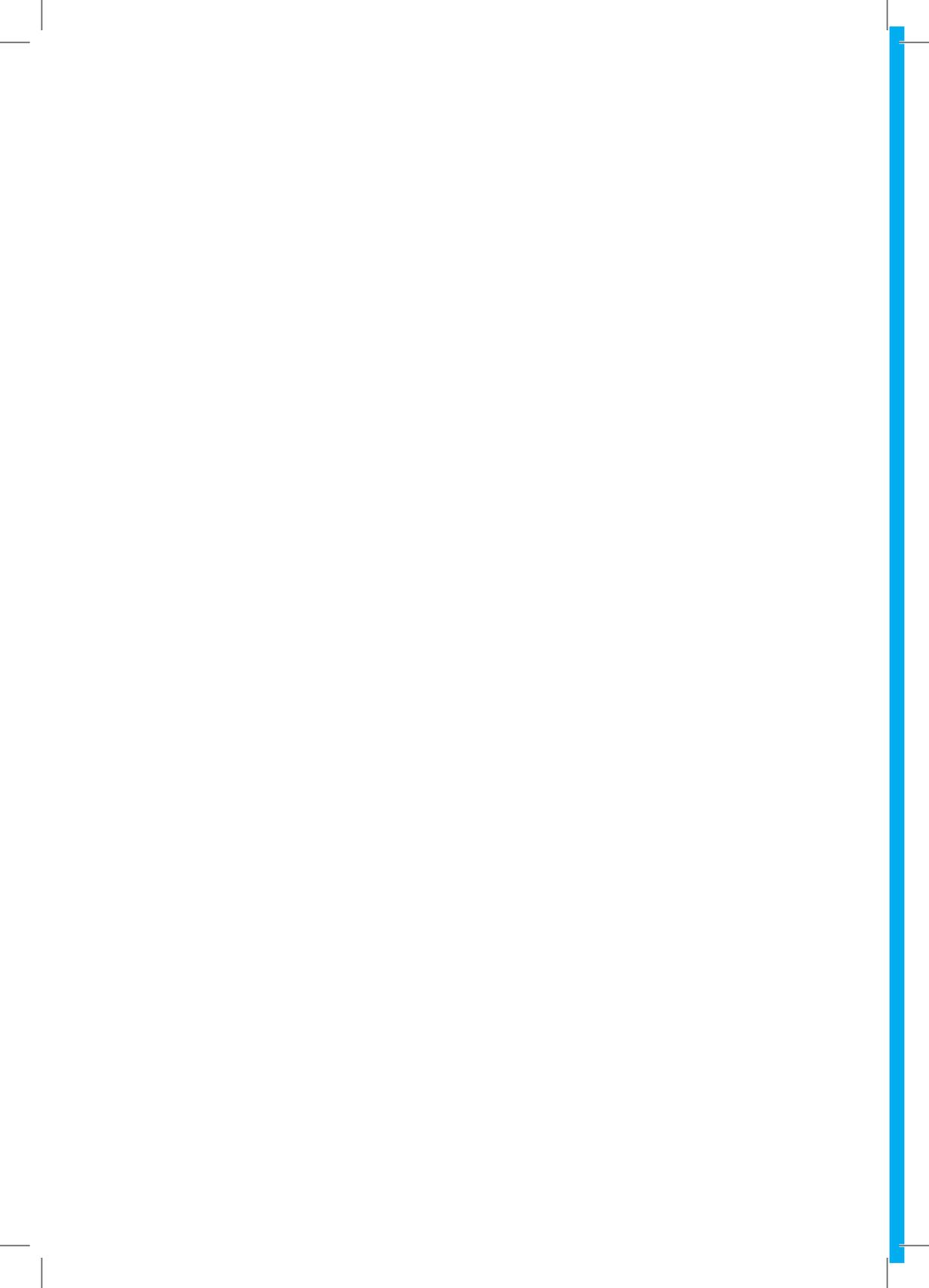
Por otra parte, las técnicas informáticas actuales ponen cada día en nuestras manos gran cantidad de información (información no estructurada en un 80%, según expertos de IBM). Y toda esa cantidad de datos, en principio útiles, puede crear confusión o dificultad de interpretación. De ahí, también por este motivo, la necesidad de confiar en el profesional que nos ayude a orientar el cuidado de nuestra salud en medio del caudaloso flujo informativo.

Por eso se reivindica hoy con insistencia la función del médico de cabecera, que, entendiendo sobre los diversos procedimientos a

aplicar, pero conociendo a la vez la realidad del paciente (sus antecedentes, enfermedades, entorno, forma de vida...), puede aconsejar según las necesidades y circunstancias de cada uno. Necesitamos hoy reavivar la confianza en el experto, contando siempre con que la confianza solo puede ser real si se basa en la verdad.

La confianza al margen de la verdad no es real y a nadie beneficia. Una muestra de esta actitud es la confesión que me hacía un amigo contándome que él al médico, cuando este le hacía muchas preguntas sobre sus síntomas, no le decía toda la verdad: «¡Que adivine él lo que me pasa -decía- que para eso ha estudiado Medicina! Si todo se lo digo yo, no tiene mérito...». Le expliqué que con ese ingenuo y equivocado razonamiento quebraba la base de la asistencia, ya que «la asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza» (según recuerda el actual código de Deontología Médica) y sin esa base se hace difícil orientar adecuadamente hacia la curación o hacia el alivio de las enfermedades.

En realidad, la confianza basada en la verdad, que es necesaria para sustentar la buena relación entre médico y paciente, es igualmente necesaria para nuestras relaciones con otros expertos de diversas profesiones. Y lo es también para el entramado de todas nuestras relaciones familiares y sociales. Se hace necesario hoy cultivar estos valores, para que nuestra convivencia sea auténticamente solidaria.





**Todos a lo largo de nuestra vida necesitamos los cuidados de quienes nos rodean y, a la vez, todos (seamos o no profesionales del cuidado de la salud) podemos y debemos cuidar de otros. Esta realidad de la Historia y de nuestra historia personal es la que da lugar al mundo de la salud y de la enfermedad, un mundo de ideas, de sentimientos y de acciones, donde las personas se mueven por los demás; un mundo que tiene mucho que enseñarnos sobre nosotros mismos. Agradecido por haber formado parte de ese mundo como profesional, quisiera compartirlo con todos (profesionales y no profesionales) desde las «ventanas» o capítulos de este libro.**

**Pedro Cía Gómez**  
Zaragoza, 2021

