

EL COMPROMISO DE LA HUMANIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SOCIOSANITARIAS

JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

Director Centro de Humanización de la Salud

MARTA VILLACIEROS DURBÁN

Departamento Investigación, Centro de Humanización de la Salud

Sumario

1. EVOLUCIÓN.

2. CALIDAD.

3. DESHUMANIZACIÓN.

4. HUMANIZACIÓN.

5. RELACIÓN Y CULTURA.

6. CONCRETANDO.

7. CONSTRUIR HUMANIZACIÓN EN LA RELACIÓN, COLECTIVIDAD, CULTURA.

8. CONSTRUIR HOGAR, HUMANIZACIÓN DE LOS AMBIENTES, LAS ESTRUCTURAS, LA ORGANIZACIÓN.

9. CONSTRUIR DIGNIDAD, CUIDADOS Y OCIO.

10. CONSTRUIR MÁS ALLÁ, NORMALIZACIÓN DE VIDA.

11. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Humanización, instituciones sociosanitarias, ética de la humanización, indicadores de humanización, autonomía y dependencia.

RESUMEN

La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo y no todos. Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción... Constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global e integral.

En esta reflexión revisamos su evolución, relación con la calidad, con la cultura, y los distintos ámbitos sobre los que incide.

KEYWORDS

Humanization, health care institutions, ethics of humanization, humanization indicators, autonomy and dependency.

ABSTRACT

Humanization collects issues on quality, but not only, and not all. Humanizing the health and dependency world influences not only the design and development of programs that go through material needs, but also influencing the health and autonomy of relations, the respect of the values in the management of the feelings of frustration and loss, in the empowerment of the self-perception... It is an ethical commitment to consider the person as a whole. And intervention holistic, global and comprehensive. In this reflection we monitor its evolution, relationship with quality, culture, and the different areas on which it affects.

La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo y no todos. Humanizar el mundo de la salud, de la dependencia y del sufrimiento es algo más profundo y complejo que un conjunto de intervenciones que se reduzcan a la aplicación de técnicas o servicios de ayuda.

Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales no cubiertas en muchas personas, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción, etc.

En el fondo, humanizar la salud, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global, integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso.

Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Esta dignidad es la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso y saludable.

1. EVOLUCIÓN.

Importantes autores se han hecho propulsores de la medicina personalizada o centrada en la persona, en diferentes lugares del mundo: V. Von Weizäcker en Alemania, P. Turnier en el mundo francés, P. Lain Entralgo en los ámbitos de lengua y cultura española, Sandro Spinsati en Italia.

Dentro del ámbito de la dependencia se impone considerar tal experiencia y a tal persona de una forma global, que no elimine su autonomía y su dimensión subjetiva. Es necesario tratarlo como persona.

Según ellos se trata de introducir al sujeto en su cuidado, rompiendo con lo simple del naturalismo, que llevaría a considerar al hombre como un ser vivo semejante en todo, descuidando los aspectos psíquicos, espirituales, histórico biográficos, y sociales de la existencia humana. En efecto, detrás de cada persona dependiente, está la presencia de un sujeto humano que elabora personalmente su experiencia y la incorpora de alguna manera en su biografía.

En el ámbito del INSALUD se ha hecho una reflexión en torno a la humanización con ocasión del Plan de Humanización promovido en 1985. Aquello que inicialmente se presentaba con escasa fundamentación y con una concreción muy precisa de actividades, fue desarrollado después en las Jornadas de Humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD y las Sesiones de trabajo sobre el Plan de Humanización.

En la documentación producida entonces puede verse ya un intento serio de profundización

del significado de humanizar la asistencia hospitalaria, reconociendo que tenía que ver con la gestión, con la concepción del sistema, con el funcionamiento de la estructura, con la mentalidad de las personas, con la competencia profesional y con elementos difícilmente mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada.

Por su lado, las Políticas Sociales han experimentado en las últimas décadas un significativo avance en España, los avances sociales han sido significativos en todos los campos y lo que a Personas Mayores se refiere, los programas que dieron comienzo en los años sesenta y setenta del siglo pasado, fueron consolidándose lentamente.

Estas políticas han conseguido que se hable de envejecimiento saludable, satisfactorio y activo. Saludable relacionándolo con la calidad de vida y con buena salud. Activo suele identificarse con ejercicio físico y movimiento en general y satisfactorio tratando de recoger lo que se conseguiría a través de las anteriores, a modo de posicionamiento vital. Se han ido añadiendo términos, como productivo, *empowerment* de las personas mayores... Así, el reforzamiento de la autonomía personal constituye una parte fundamental en la construcción esencial de la conceptualización del envejecimiento activo.

El Plan Gerontológico, que empezó su vigencia en 1992, dedicó un importante capítulo a la "Salud y Asistencia Sanitaria". Según el informe de valoración de dicho Plan, los avances fueron significativos y se consiguió, en esta y en otras áreas, un nivel razonable de ejecución.

El Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 recoge en su objetivo primero el desarrollo de los principios de "envejecimiento activo" y concretamente en la estrategia 4ª, destaca el impulso de medidas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

Dos son las facetas primordiales de este eje de intervención, la prevención de enfermedades que tienen mayor incidencia en las personas de más edad y el fomento de hábitos de vida saludables que propicien una vida sana y autónoma.

Decir que las personas mayores son sujetos activos de los derechos que les son propios no es más que una obviedad, pero no por ello hay que dejar de reconocerlo y manifestarlo explícitamente, porque son todavía muchas las situaciones de vulneración de las personas mayores. Son ellos y las personas dependientes uno de los grupos denominados frágiles o vulnerables a la hora de que sus derechos sean respetados.

Los Servicios Sociales en España, con sus logros y carencias, constituyen un sistema consolidado, aunque mejorable, con una relativa fuerza en su implantación y desarrollo.

2. CALIDAD.

Existen estudios que trabajan y reflexionan sobre la humanización y estudios que constatan y hablan de indicadores de calidad, pero no existen estudios que certifiquen cuáles son los indicadores de humanización, mucho menos centrados en dependencia.

Un ejemplo de medición de calidad en el servicio es la escala multidimensional SERVQUAL,

herramienta que compara las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, alumnos, beneficiarios, etc.) y sus percepciones respecto al servicio que presta la organización, donde la brecha existente entre ambas constituye un indicador para mejorar, validada en América Latina, 1992.

La percepción del cliente o usuario se refiere a cómo éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a cómo él valora lo que recibe mientras que las expectativas del cliente definen lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.

Respecto al contenido de la herramienta, se basa en necesidades y deseos (conscientes e inconscientes), que deben ser recogidos por la organización para satisfacer el servicio. Está compuesta por las dimensiones *fiabilidad*, que consiste en prestar el servicio prometido de modo fiable y cuidadosamente; *capacidad de respuesta* o disposición del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido; *seguridad, conocimientos, atención y habilidades* mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza; *empatía* o esfuerzo por entender la perspectiva del usuario mediante la atención individualizada; y aspectos *tangibles*, como la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Existen muchas más, incluso modelos de excelencia que promulgan formas de trabajo

para las organizaciones basadas en la flexibilidad del cómo, dónde y cuándo trabajan, la cooperación, y la gestión del cambio como nuevos procesos para crear un mejor trabajo o una mejor conciliación incrementando el rendimiento de la institución.

En este sentido, el Modelo EFQM de Excelencia es el más conocido a nivel europeo, y tiene como objetivo ayudar a las organizaciones (empresariales o de otros tipos) a conocerse mejor a sí mismas y, en consecuencia, a mejorar su funcionamiento. Pero sigue siendo un modelo de gestión de calidad, es la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation Quality Management*).

Todo este tipo de trabajos, modelos y protocolos, son pasos que se van dando en pro de la humanización. Aun así, la humanización es una cuestión universal que recoge aspectos de calidad, pero como decíamos antes, no solo y no todos. La humanización se refiere a la complejidad de realidades que afectan a la vida humana.

3. DESHUMANIZACIÓN.

Para hablar de humanización también hay que concretar en qué consiste la deshumanización.

Uno de los factores recogidos en la literatura hace alusión al proceso de conversión de lo subjetivo en objetivo, de lo singular a lo seriado. Esto se denomina cosificación, y constituye una grave pérdida de la identidad personal. Desde que se inauguró en 1901 la primera cadena de montaje y se estableció el trabajo o producción en cadena, como base de la revolución industrial, cada vez más áreas y aspectos de

nuestras vidas se han ido cosificando, seriando, desidentificando, nos encontramos todos en el atasco, todos en la playa en agosto, todos en los centros comerciales... No nos extraña ser un número en el hospital, puesto que somos un número en muchas parcelas de nuestra vida.

También podemos hablar de la hipertrofia del poder institucional, anteponiendo las exigencias del centro a cualquier necesidad del enfermo o residente. En muchos sentidos el sistema es un negocio, es una empresa, y como tal tiene objetivos. Aunque tiene otros, también incluye los objetivos de disminuir los días de ocupación de las camas, reducir las listas de espera, optimizar el aparataje, y éstos pueden convertirse en objetivos principales instaurando una relación objetal con el cliente.

Si dejamos que estos objetivos empresariales recaigan sobre los de los profesionales encargados de darles salida, los objetivos personales se convierten en funcionales. Se puede escuchar en los pasillos expresiones como "a mí no me pagan por esto, no es mi responsabilidad, mi turno ha terminado", y las relaciones interpersonales se convierten en funcionales, "me voy ya que el tren no me espera", "hoy toca gimnasio". Se va instaurando una mentalidad centrada en los propios derechos, en la propia funcionalidad, en satisfacer los objetivos propios.

Podemos explicarnos pues por qué, cuando hablamos de deshumanización pensamos espontáneamente en "despersonalización". La despersonalización conlleva la pérdida de atributos humanos dando paso a la frialdad en las interacciones, el descuido de la dimensión emotiva y de valores, el sentimiento de impotencia.

Pero la deshumanización es una cuestión más compleja que la falta de cariño o ternura en la atención, también acarrea falta de autonomía en el enfermo y sus familiares, la sensación de ser objeto pasivo en el sistema por la escasa participación en los procesos cotidianos, la frecuente negación de la participación familiar derivada de la falta de información o de tiempo. La instrumentalización y explotación del personal, la prioridad dada al aspecto administrativo, la burocratización exagerada...

Tomar conciencia de la complejidad del mundo de la dependencia ya nos permite hacernos cargo de cuánto y de qué forma la deshumanización está condicionada.

Está condicionada tanto por criterios economicistas, presión asistencial y la escasez de recursos del sistema cada vez más masificado, como por el desvalimiento y la vulnerabilidad del que necesita.

También por la situación socio-política y/o corrupción de quien accede a cargos de gestión, el sistema de intervención parcializada y protegido de las empresas prestadoras de servicios, o la hiperespecialización fragmentada...

O por elementos fortuitos como la naturaleza del propio trabajo que genera tanto desgaste en los profesionales (*burnout*), o elementos que quisieron ser humanizadores mejorando y facilitando las labores de las personas y acabaron siendo deshumanizadores como la tecnificación de los procedimientos de ayuda, la burocratización que pretendía administrar justicia y acabó generando un mundo sociosanitario demasiado complejo...

Sin olvidar la mala práctica. Al hablar de deshumanización del mundo socio sanitario y de la sociedad en general, una afirmación frecuente es que junto con el desarrollo de la técnica fue produciéndose un proceso de deshumanización. A veces, más bien hace ya años, el discurso cobraba tonos nostálgicos, halagando aquella época pobre de recursos. Incluso se tornaba reductivo, contraponiendo técnica y humanización. Como si el humanismo se sintiera acomplejado y la técnica omnipotente.

Lo cierto es que esta fase la entendemos ya, al menos conceptualmente, superada. Existe un grado de conciencia mayor en que el ser humano es responsable de sus actos, y por tanto, responsable de cómo utiliza sus recursos. Ahora no podemos negar que la técnica humaniza o deshumaniza según se utilice. Y sabemos que quien humaniza y deshumaniza es el propio ser humano.

Tampoco podemos pasar por alto que en este *negocio* no hay ni víctimas ni culpables, tan víctima puede ser el profesional como la persona atendida, tan culpable puede ser el sistema como el profesional, como el *cliente*, pero no podemos olvidar, que dentro de esta complejidad, es la persona necesitada la que normalmente se va a encontrar en situación de vulnerabilidad.

“¿Qué es, en realidad, el hombre? Es el ser que siempre decide lo que es. Es el ser que ha inventado las cámaras de gas, pero asimismo es el ser que ha entrado en ellas con paso firme musitando una oración.” (Frankl, p91).

4. HUMANIZACIÓN.

Aunque todavía seguimos con cierta inercia a la hora de *infra* o *supra* (según se mire) utilizar los recursos socio sanitarios, la técnica, los medicamentos e instrumentos, y aunque se perdió confianza en los recursos humanos, ahora queremos creer que se está recuperando el desarrollo de procedimientos de humanización, intentando aunar técnica y encuentro.

Personalización, habilidades relacionales y eficacia.

La dependencia es definida en el artículo 2º de la Ley 39/2006, como el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. La protección por la que opta la Ley es de carácter universal consolidando un derecho subjetivo de ciudadanía para todos los españoles que pueden acceder en igualdad de oportunidades a las prestaciones de servicios que el sistema establece.

Y, “un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los

ciudadanos". (Francesc Raventós, Director General del INSALUD, 1984).

Sí, pero ¿en qué se concreta "pensado y concebido en función del hombre"? ¿Cómo se "protege y promueve la salud"? ¿De qué "discriminaciones" hablamos?

Humanizar es una cuestión ética y transversal; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar una realidad consiste en impregnarla de los valores genuinamente humanos, que van más allá del valor del uso de las técnicas para luchar contra las adversidades de la vida, o mejor, que refieren el fondo del uso de ésta, los motivos y los modos que llevan a utilizarlas bien.

Estamos tomando conciencia de que la humanización del mundo sociosanitario o de la dependencia es un tema que abarca muchos ámbitos. Como hemos visto, tiene que ver no solo con la persona mayor dependiente sino con el personal sociosanitario, los administradores, los políticos, y afecta no solo a la gestión ordinaria de lo asistencial sino también a la medicina de frontera, a la investigación biomédica, a la ecología, a la educación, a los valores.

Además, tenemos que tomar conciencia, de que un proceso serio de humanización de la dependencia ha de considerar la necesidad de intervenir desde un lugar concreto y de una forma concreta. No se trata de humanizar a *los otros*, sino que yo he de ser y vivir humanamente para poder transmitir humanidad. Es decir, todos los seres humanos, tenemos que tomar conciencia, intervengamos o no en algún eslabón de la cadena, de lo que significa *ser humano*.

No es suficiente que hablemos de promover la autonomía y la salud de forma holística en el sentido interdisciplinar y de puertas para afuera. Integralmente significa desde nuestra propia integridad.

Desde aquí, y para empezar a aterrizar en qué toca la humanización en instituciones o en centros sociosanitarios, podríamos decir que transversalmente recae, al menos, sobre 8 grandes dimensiones o ámbitos donde habría que valorar los niveles de humanización.

Como hemos visto, es importante el **ámbito político-económico** del sistema y de la propia institución, ya que de ello dependerán los objetivos y las pautas a seguir, donde se marcan en última instancia los modos de proteger a las personas, de prevenir la dependencia fomentando la autonomía, la exclusión o la accesibilidad, y las formas de afrontarla ¿Las personas saben cuáles son sus posibilidades, cómo, dónde y cuándo, las pueden desarrollar? ¿Son accesibles los recursos para cualquiera en la medida que los necesitan? ¿Pueden actuar con autonomía, proponer iniciativas, gestionarse..., se les escucha?

En esta línea, otro **ámbito es el de la justicia** que busca la igualdad en el reconocimiento de los derechos (lo cual va más allá de las fronteras de un país), donde se marcan límites de protección y defensa de la vulnerabilidad humana. Esto tiene un peso muy importante sobre la distribución válida y eficaz de los recursos. ¿Se da una justa, equitativa, no igualitaria, distribución de los recursos? ¿Todos tenemos o podríamos tener acceso a lo que necesitamos? Esto es especialmente importante en el mundo de la dependencia.



Por eso la humanización tendrá que contemplar también el **ámbito de las estructuras** de salud y su accesibilidad y acomodación a las verdaderas necesidades de los destinatarios y de los profesionales. Estas estructuras, los edificios, los ambientes, los comedores, las habitaciones, los baños, los pasillos, las interconexiones, ¿son confortables, funcionales? ¿Son habitables, limpios? ¿Tienen barreras, están debidamente señalizados?

Estos aspectos pueden hacer sentir a una persona digna o indigna. No es lo mismo poder entrar por uno mismo que tener que pedir ayuda, entrar en un centro con luz, limpio y recogido, con pasillos amplios y buen olor, que entrar en un hospital sucio, cerrado, con camas en los pasillos. Uno se siente diferente, maltratado, despreciado por el sistema que no se ocupa de su bienestar ni del bienestar del familiar.

Así también es muy importante observar si el **ámbito asistencial** ampara o no el desarrollo de programas de concienciación, si genera y promueve servicios de protección social. Esto repercutirá también sobre el talento y el modo como se atiende a las personas y permitirá ver en qué está centrado y en qué lugar queda la persona.

Es el ámbito asistencial el que también tiene que velar por programas que presten atención al cuidado del cuidador. En muchas ocasiones el cuidador arrastra cargas insostenibles que le conflictúan y chocan de frente con sus motivaciones. En este sentido la atención prestada tiene que ver con la formación ofrecida desde las organizaciones para cultivar un buen grado de cuidado, autoestima, madurez personal y personalidad.

Este espacio atañe también al **ámbito ético**, donde encontramos entre otras cosas las decisiones y el afrontamiento de los conflictos. ¿Cómo resolver dilemas éticos, ante los que me encuentro indefenso, incompetente, con miedo y sin recursos? La existencia de un Comité de Ética Asistencial por ejemplo, permite valorar y trabajar tratando de asesorar a los usuarios del centro en sus frecuentes problemas de toma de decisiones y ayudando a los profesionales en todo lo relativo a la correcta prestación de los servicios. Siempre desde el ánimo de recomendar y aconsejar, no desde la imposición.

A su vez, fomenta la sensibilidad del centro hacia la identificación de estos problemas y promueve la formación de los profesionales que trabajan en él para la adecuada aplicación de los derechos y deberes de los mayores, tal como están establecidos por las leyes y la normativa vigentes.

Todos estos aspectos crean cultura. Los profesionales que trabajan y respiran un centro acaban impregnando el aire con su ánimo. Este ánimo retroalimenta la forma de estar y se va creando tradición y con el tiempo, historia.

Respecto al **ámbito cultural**, se habría de valorar cómo es el respeto a la vida, la educación

en salud y cómo se entiende el sufrimiento y la muerte, dentro y fuera de las paredes del centro. En cada cultura.

Una cultura más humana es aquella que respeta la vida, que promueve estilos de vida sanos, que se interesa no solo por las enfermedades, sino por la educación en salud y valores, que reconoce la dignidad y la autonomía de cada persona.

Una cultura es más humana también cuando la muerte y el dolor, no se niegan, ni el dolor ni el sufrimiento como realidades a integrar, y partes necesarias de la vida, pero que reconoce las distintas formas de afrontamiento de las personas.

Y cómo no, el **ámbito de las competencias profesionales**, la humanización del mundo de la dependencia tendrá que hablar de competencias técnicas, relacionales, éticas, espirituales y culturales. Eficacia, eficiencia y gratificación personal son también importantes en los programas y técnicas. Albert Jovell lo expresa así: “La medicina basada en la afectividad debería contribuir a la implantación de un nuevo modelo de gestión basado en el conocimiento y en los valores, que tuviera como ejes principales la formación como estrategia de capacitación, la documentación como estrategia de información, y la deliberación científico-técnica como estrategia de abordaje de problemas de salud y de dilucidación de desacuerdos morales. Este modelo, combinación de ciencia y humanismo debería posicionar a la profesión médica en la mejor de las condiciones para afrontar los retos y cambios que se van a producir en la sanidad del Siglo XXI”.

Pero estas competencias profesionales asis-

tenciales, no pueden olvidar las dimensiones emocionales y éticas, ni tampoco los aspectos y dimensiones profundas del ser humano, espirituales y culturales. La formación académica que recibimos, si bien ya está cambiando este aspecto, en muchas ocasiones no valoró estas dimensiones, y nos encontramos grandísimos profesionales, perfectamente preparados para realizar un trasplante de corazón, pero que no tuvieron en cuenta si la cultura, la espiritualidad o la ética del paciente y su familia estaban alineadas con dicha intervención. También podemos encontrar el contrario, encantadores de serpientes que te “quieren” mucho pero no te bajan la fiebre.

¿Cuidamos la formación completa del profesional? ¿Se incluyen temas de trabajo, disciplinas relacionales? ¿Se trabaja el ejercicio del poder, lo interdisciplinar, las actitudes y las habilidades de relación, comunicación, negociación, asesoramiento, equipo...?

Esto evoca, por último, el **ámbito de los recursos humanos**, al departamento del centro encargado de seleccionar, elegir y cuidar al profesional ¿Con qué criterios se eligen los profesionales de una organización? ¿Cómo es el ámbito de los recursos humanos? ¿Se potencia la autoestima, la madurez, el autocuidado...? ¿Qué tipo de formación continua se ofrece y fomenta? Porque resulta que el ámbito relacional – asistencial del cuidado impregna a todos los demás.

5. RELACIÓN Y CULTURA.

Es innegable que el ámbito privilegiado de humanización es la relación. En la relación interpersonal nos hacemos, nos autoafirmamos, nos construimos como personas, intervenimos

como profesionales.

En el ámbito de la humanización de la salud, por tanto, la relación cobra una especial relevancia ya que con ella se analiza, se evalúa, se diagnostica, con ella se pauta un proceso, se asigna un recurso, con ella se conforta, con ella se comunican malas noticias, con ella se procura soporte emocional, con ella se trabaja interdisciplinariamente, con ella se delibera en medio de los conflictos éticos...

La personalidad del paciente influirá en el sentido de que si se trata de una persona más o menos extrovertida, evitativa, u obsesiva, querrá tener más o menos información acerca de su situación y compartirla o no con sus allegados. Puede tratarse de una persona que necesite compartir sus sentimientos, o que por el contrario prefiera guardárselos para sí. No se pretende que si durante toda su vida ha actuado de una manera ante las situaciones difíciles que le ha ido planteando la vida, ahora se comporte de forma radicalmente distinta.

La actitud ante la enfermedad, ante situaciones de vulnerabilidad, o ante la muerte dependen en parte del tipo de cultura que se vive. El temor a la muerte es algo universal, el ser humano tiene la capacidad de pensar sobre ella, pero tendemos a creer que la vida es infinita y que el final es más bien abstracto, algo que les ocurre a otras personas. La expectativa de sufrir, estar solos, perder la dignidad, el miedo a la nada, la idea de estar rodeados de tubos y aparatos, o incluso el miedo a pensar que hemos fracasado en la vida, pueden ser vividos como sucesos que potencian la experiencia de vulnerabilidad. El mayor se puede sentir culpable por lo hecho o por lo no realizado, incapaz, rechazado, y un sinfín de sentimientos nega-

tivos que para gestionarlos saludablemente pueden experimentar necesidad de ayuda psicoespiritual.

Por otro lado, aunque la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, refuerza y da un trato especial al derecho de autonomía del paciente, somos herederos en buena medida de una tendencia paternalista en las profesiones de ayuda, donde un pacto silencioso dice que el ayudado ignora y está en situación de inferioridad y debe someterse a la autoridad de quien conoce y tiene el poder (de ayudar, cuidar, salvar la vida...).

Se suele dar por hecho que se protege al enfermo, porque desvelar y hablar sobre su pronóstico puede deprimirle. La realidad es que en la mayoría de los casos el enfermo conoce su situación, alrededor de un 80 y un 90% de los pacientes saben que van a morir, de los cuales un 70% querrían poder hablar de ello con sus seres queridos.

En segundo lugar, se protege al médico. El médico puede haber acompañado al enfermo en un largo y tedioso viaje hasta llegar a una situación terminal. Un proceso en el que se han podido alternar buenas y malas noticias, momentos de esperanza y de preocupación, pero siempre con la idea de luchar juntos contra la enfermedad. La relación paterno-filial que se da en muchos casos entre médico y paciente hace que el primero se sienta responsable del segundo, al que se le deja poca autonomía de decisión. El afán del médico por proteger a su paciente le puede llevar a situaciones en las que quiera mantener las esperanzas de éste ocultando la verdad de su pronóstico.

En tercer lugar, se protege a la familia que en muchos casos se ve desbordada por una situación

en la que, conscientes de la gravedad del enfermo, evitan hablar con él de su pronóstico. La familia tiene sus propios miedos, cree falsamente que si no se habla de la enfermedad ésta no existe, y de esta forma pueden evitar el sufrimiento del familiar enfermo, sobre todo, manejar una situación difícil en la que no saben cómo hacer de otro modo.

En situaciones de enfermedad grave podemos decir que el paciente tiene derecho a esperar la curación y a la vez aceptar su situación aunque esto parezca paradójico. Las habilidades de comunicación y la experiencia del médico serán claves a la hora de mantener el equilibrio entre esperanza y honestidad, ya que el galeno es en quien tiene depositada su confianza el enfermo.

Y cuando hablamos del médico, todo es trasladable al resto de cuidadores en cuanto al paradigma relacional de fondo.

La educación, embebida en la cultura, también es importante. Según algunos estudios, los pacientes con educación universitaria quieren saber más sobre su diagnóstico que los pacientes con un nivel educativo más bajo. Así mismo un estudio sociológico señala las diferencias en cuanto a valores entre las capas más y menos instruidas de la sociedad, mostrando la preferencia de las primeras a tener una información más extensa que la meramente científica.

Viniendo de esquemas paternalistas, la cultura contemporánea ha dado grandes pasos hacia la conquista de cotas más altas de autonomía y reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, independientemente de si se encuentra en el lado de quien solicita ayuda presentando su vulnerabilidad o si se encuen-

tra en el del ayudante ofreciendo recursos, conocimientos, técnicas, habilidades, etc., para afrontar las diferentes dificultades que nos encontramos en el devenir de la vida.

Este desarrollo de la cultura ha ido llevando a un replanteamiento de los estilos relacionales en las interacciones de ayuda más horizontal, donde entre ayudante y ayudado se entiende que se produce una alianza y un compromiso en el que el profesional reconoce al otro como adulto, como persona, no exclusivamente como caso.

De hecho, la existencia de una tradición cultural humana y una historia en la organización, genera unas guías de conducta y unas normas implícitas debido a las creencias y valores que arrastra, sean religiosos o no, pero siempre humanos. Esta cultura impregna y genera un espíritu y un ambiente de trabajo donde se acaban plasmando actitudes que todos agradecemos. "Cuida de los demás como una madre cuida de su único hijo enfermo", "Pon más corazón en las manos". Son expresiones de una cultura humanizadora evocada por San Camilo.

6. CONCRETANDO.

Si humanizar tiene que ver con un proceso del individuo y de la colectividad, de hacer digno de la condición humana cuanto se vive, nos refiramos al ámbito que nos refiramos, pasa por la *relación interpersonal*. En ella o con ella todo puede tender hacia la personalización y hacia la dignificación o hacia la despersonalización y deshumanización. En ella se respira y se genera *cultura*.

Si humanizar tiene que ver con extraer lo más genuino y natural que tiene el ser huma-

no, con realización del ser humano, o con tomar conciencia de sí mismo para poder ser para los demás, tenemos que encontrar *formas de trabajo* en las que se pueda cristalizar la humanización de los ámbitos o instituciones sanitarias o socio sanitarias.

Si humanizar tiene que ver con la inclusión de las ciencias humanas en la formación, con la importancia dada a las relaciones con los usuarios y entre distintos profesionales, al modo como se ejerce el poder en el trabajo, al hecho de que se trabaje o no interdisciplinariamente también tiene que ver con las *competencias profesionales* de los agentes que cuidan. Se trata de combinar la armonización entre valores procedentes del conocimiento científico técnico especializado con valores del conocimiento global y humanístico de la persona.

Si humanizar tiene que ver con proteger el derecho a mantener el control sobre la propia vida y a actuar con libertad, con establecer las bases de la dignidad personal, con estimular la autonomía personal y con tener posibilidades de elección para el ejercicio de la autonomía, entonces ha de practicarse una asistencia *centrada en la persona*, en el valor humano. Hemos de encontrar una oferta diversificada de respuestas ante las necesidades para que la persona pase a ser el eje alrededor del cual gira el sistema organizativo y el saber profesional y las intervenciones.

Si humanizar tiene que ver con ser algo parecido a una gran familia, con el derecho a que la persona mayor participe en su comunidad, con afectividad y cercanía, con que disfrute de las interacciones sociales favoreciendo una vida personal gratificante y libremente elegida, con el hecho de que las familias cuidadoras estén

presentes y participen en la toma de decisiones que afectan al desarrollo de su vida, entonces hay que favorecer *el desarrollo del grupo humano, el sistema relacional y los aspectos psicosociales*.

No se puede olvidar la multidimensionalidad de la persona, la forma en que las intervenciones se planifican dirigiendo actuaciones a satisfacer necesidades emocionales (afectividad y relaciones personales) y sociales.

Si humanizar tiene que ver con la *organización*, debemos, no sé si hablar, pero sí considerarla nuestro hogar, adaptar los servicios y programas mejorando su funcionalidad y el bienestar del residente y del trabajador.

Si humanizar tiene que ver con el *ambiente*, tendremos que humanizar los espacios, el clima y dar calidez. Se trata de favorecer espacios que faciliten accesibilidad, confort y sensación de bienestar y hogar.

Si humanizar tiene que ver con las intervenciones, obviamente tiene que ver con la *competencia y colaboración, o la atención integral*. Las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Si humanizar tiene que ver con la integración en la comunidad tiene que ver también con *globalidad*. Las personas deben tener posibilidad de permanecer en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de los bienes sociales y culturales, en igualdad con el resto de la población. Así mismo tiene derecho a tener espacios de participación social.

Y un largo etcétera.

7. CONSTRUIR HUMANIZACIÓN EN LA RELACIÓN, COLECTIVIDAD, CULTURA.

Michael Balint, psicoanalista húngaro que trabajaba en la clínica Tavistock, en Londres, estaba muy interesado en contribuir a la formación y a la práctica de los médicos generales. Publicó el relato de su experiencia clínica en el campo de la interconsulta médico - psicológica en un libro titulado "El médico, su paciente y la enfermedad", donde reflexionaba sobre la importancia del papel del médico comparándolo al papel de padres y educadores. Exponía que así como nuestra experiencia pasada, de infancia y adolescencia, nos ha enseñado determinadas pautas de respuesta ante las tensiones, afrontar una enfermedad puede compararse con este proceso de maduración, donde el médico influye favoreciendo u obstaculizando nuestra evolución hacia la madurez. De él derivan los Grupos Balint.

Los Grupos Balint, constituyen un trabajo de grupo para el personal sociosanitario. Se coordinan por un profesional de la salud que invita a reflexionar sobre la experiencia de la tarea cotidiana. En el grupo los profesionales pueden hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con las familias y con otros profesionales con los que comparten casos. El resultado más importante de los Grupos Balint es el trabajo emocional que se desarrolla. Es un trabajo interdisciplinar, donde se obvian las disciplinas. Se da un aumento de la sensibilidad de los sanitarios hacia lo que necesitan los pacientes y familiares y un cambio sustancial en su actividad profesional, sobre todo en el ámbito relacional. Se trata de cuidar al cuidador, no solo mediante los ingredientes propios de la "higiene laboral" de un salario justo y de un trato adecuado y motivador, que

también, sino atendiendo otro tipo de dificultades.

Así pues, la existencia de *espacios donde los profesionales pueden trabajar sus dificultades a nivel emocional es indicador de humanización.*

El trabajo interdisciplinar teniendo en cuenta por un lado las esferas física, emocional espiritual y social, en la llamada intervención biopsicosocial, donde médico, psicólogo y trabajador social y asistente espiritual se ocupan de controlar el dolor, atender la salud psicoemocional, el entorno social y las inquietudes espirituales, constituye un espacio de humanización.

Por otro lado, dando valor al sentido amplio de la palabra interdisciplinar, se puede ir más allá de las conocidas esferas. El personal sanitario no es el único conocedor de la realidad del usuario. Cuando las estancias son largas (y las enfermedades graves), se sabe que en muchas ocasiones el usuario se sincera con otro tipo de personal (como puede ser el de limpieza). Por lo tanto en estas reuniones se puede incluir y escuchar la valoración de otro tipo de personal como una de las más importantes y sus valoraciones, dependiendo del tipo de Centro que estemos hablando, podrán ser más o menos útiles. En lugares donde se acompañan los procesos de muerte son clave para el buen desarrollo de la dignificación de la vida y de la muerte ya que las tasas de desconocimiento de información son demasiado elevadas.

Según nuestros datos, la mayoría de los pacientes desconocen su pronóstico al ingresar en una Unidad de Cuidados Paliativos, el 71% y al alta se calcula que es el 57%. Más aun, existe un 9% de familiares que no conoció nunca el pronóstico de su paciente. Como se puede observar

se da la conspiración del silencio en un número importante de pacientes, por lo que es necesario trabajar en estos procesos.

La composición y los temas que se abordan en las reuniones interdisciplinarias son indicadores de humanización.

Sin dejar de lado indicadores de consenso, como la formación, que armoniza los valores procedentes del conocimiento científico-técnico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona. Se presupone que un buen profesional conoce a fondo sus deberes, procesos y obligaciones, sin embargo en la formación posterior y/o continuada de la propia institución de trabajo se pueden seguir promoviendo estos valores.

En el Centro San Camilo hemos podido comprobar que la actitud empática se aprende. Según nuestros estudios, los alumnos de enfermería en formación, antes de comenzar un curso de habilidades relacionales tienen una actitud empática cuantificada en un 9% de las ocasiones, mientras que al acabar el curso lo hicieron en el 43% de las ocasiones. En alumnos de medicina el avance fue del 6 % al 68%.

Tener la posibilidad de una formación propia de la casa con participación de personal externo que amplíe, sugiera y haga analizar puntos de vista diferentes y refresque el aire de la casa es indicador de humanización.

También la existencia de servicios como el Servicio de Fisioterapia con rehabilitación, animación sociocultural, estimulación cognitiva, por ejemplo en centros donde no se intenta mejorar la salud sino cuidarla, favorece el mantenimiento de las capacidades que aún se tie-

nen, haciendo sentir a los usuarios que mientras vivan estarán atendidos.

O la profesionalización de servicios como el Servicio de Atención Espiritual, a día de hoy se puede encontrar accesible en algunas instituciones. Por ejemplo, la labor del antiguo párroco que iba a domicilio a confesar u ofrecer la unción desde hace años se viene integrando profesionalmente en algunos Servicios de Atención Espiritual. Y lo que antes eran y constituían rituales religiosos ahora se encuentran en los centros como procedimientos normalizados para alivio y procesamiento vivencial de aquellos que lo deseen.

En los estudios realizados en el Centro San Camilo los datos indicaban que la atención espiritual ayudaba al 88% de los usuarios a sentirse esperanzado, al 83% confortado, al 79,1% a encontrar significado y al 73,4% a comprender el sentido. Además, el 95,2% de los usuarios valoró la atención espiritual como necesaria en la enfermedad, lo mismo que el 100% de los profesionales sanitarios (siendo el 20% de ellos no creyente).

La existencia de Servicios de Seguimiento para los familiares, el envío de cartas de condolencia, las llamadas para interesarse por las vivencias genera mucho reconocimiento y por tanto agradecimiento.

Incluso la existencia de un Servicio de Peluquería integrado en la propia residencia, donde los usuarios fácilmente puedan descansar un rato, sentirse cuidados y salir con una mejor autopercepción que favorecerá sus intercambios sociales.

La profesionalización de servicios encargados

del apoyo psico-socio-espiritual de usuarios y familiares es indicador de humanización.

La cultura también se construye en la existencia de un Comité de Ética Asistencial, y de Investigación, que funcionen, instruyan, asesoren, aconsejen y hagan valer la atención centrada en la persona con plenos derechos aunque no pueda reclamarlos. O en la existencia de criterios de gestión transparentes, que controlen el gasto asumiendo el reto de la calidad, en el Departamento de Atención al Usuario para la correcta canalización de las demandas que puedan surgir, en el buen uso del Consentimiento Informado...

Estudiando el conocimiento y opinión que tenían los asistentes a unas Jornadas de Alzheimer sobre el Testamento Vital o Voluntades Anticipadas, pudimos cuantificar que el 30% de ellos desconocían su existencia pero que una vez conocida prácticamente el 100% de los participantes se manifestaban a favor del documento con amplia intención de formalizarlo. Se observó una evolución en el interés. Para incrementar la formalización entendemos que es necesario el trabajo hacia la creación de espacios para la reflexión sobre el testamento vital.

La existencia de una Comisión de Humanización a diferentes niveles, (hospital, centro de salud, área sanitaria, incluso autonómico), que pueda continuamente ir valorando y asesorando sobre los modos de actuar profesionales es indicador de humanización.

También, cómo no, en la promoción de la participación activa del paciente y su familia. Contar con ellos para al menos, las horas de las comidas, u otros ratos más distendidos. Que el familiar se integre con el personal asistencial y

viceversa en el día a día. Son todos ellos medios que posibilitan que se dé un mayor grado de asistencia humanizada.

Este tipo de prácticas hablan de consideración de la persona en sentido holístico, con todas sus dimensiones y los usuarios los perciben y agradecen en las encuestas de satisfacción.

Es así como se genera la cultura de la atención centrada en la persona, de estar atento a los deseos, necesidades y peticiones de las personas necesitadas. Es así como se pueden respetar las religiones, las creencias, los valores y las diferentes culturas. Es así como podemos obtener un tratamiento personalizado, trabajando la integralidad en todos los procesos. Es la cultura generada empapando a los diagnósticos, los tratamientos, los servicios, los profesionales...

Y construir humanización en la relación, colectividad, cultura en muchas ocasiones se plasma en amplios párrafos de agradecimiento escritos por los familiares o por los propios usuarios al terminar la estancia en el centro.

8. CONSTRUIR HOGAR, HUMANIZACIÓN DE LOS AMBIENTES, LAS ESTRUCTURAS, LA ORGANIZACIÓN.

También se trata de cuidar los ambientes. Son indicadores de humanización la calidad en las estructuras, su señalización, la actualización de los equipos, la revisión periódica de los programas, la existencia de habitaciones individuales, de luz natural y de baños adaptados.

Son indicadores también la existencia de salas comunes, donde se encuentre un sofá para descansar, un espacio para tomar un refrigerio,

un microondas y una mesita, incluso sala de ordenadores para que los familiares que acompañan durante largos tiempos puedan estar, sentarse, comer, realizar algunas gestiones, y en su caso dormir cómodamente. Si el cuidador se siente cómodo en su vida en el centro (o residencia por ejemplo) el dependiente se siente menos carga.

De la misma forma lo son la existencia de estructuras facilitadoras de autonomía como las tomas de oxígeno en diferentes ubicaciones del edificio y/o mochilas de oxígeno para quien quiera dar un paseo favoreciendo una más sana autopercepción, relaciones, e independencia que a su vez evitan por ejemplo, sintomatología depresiva.

A la vez y en paralelo, la existencia de personal en todos los turnos o la existencia de lugares como la capilla para mayor intimidad a nivel personal. Todo ello fomenta capacidad de control y autonomía del paciente.

La ubicación geográfica es importante, si es posible en un entorno natural, pero obviamente ha de contemplar la facilidad en los transportes y accesos al centro. En esta línea, intentar facilitar la conexión con espacios abiertos, tipo jardines o solárium donde poder disfrutar de la naturaleza y darle sentido, esperar como algo grandioso el hecho de ver sol cada mañana.

9. CONSTRUIR DIGNIDAD, CUIDADOS Y OCIO.

Humanizar habla de hacer digna una realidad humana, por precaria que sea. Los valores dignos nunca son precarios, porque se pueden vivir en la precariedad, ésta no los hace desaparecer.

Así, actividades dignificantes serán, al menos, todas aquellas que se realizan por el solo hecho de disfrutar. Por ejemplo, la existencia de un espacio donde profesionales y/o usuarios atienden y cuidan un huerto, porque lo disfrutaban sanamente. O la existencia de un grupo de música conformado también por los ancianos y/o cuidadores que lo desean.

Puede ser también reparar en pequeños detalles que no perturban la convivencia, sino que la hacen más agradable, como ampliar y consensuar las decisiones sobre la decoración, en las habitaciones por supuesto pero también en los espacios compartidos, donde se permita poner unas fotos, unas cortinas diferentes o cualquier elemento decorativo que una persona tendría en su propio salón.

Reparar en detalles y en actividades personalizadas, dignificantes es humanizador.

Contar en el centro con un equipo de voluntarios que se encargue específicamente del cuidado emocional del residente es un cuidado dignificante. Personas que donan su tiempo a personas, personas que disfrutaban intercambiando experiencias y ratos pausados. Personas que aprenden los unos de los otros.

Voluntarios comprometidos y formados para favorecer el desarrollo de los posibles duelos que se van generando a causa de los cambios, fallecimientos u otros acontecimientos vitales estresantes es un lujo y es gratuito. En un estudio realizado en el Centro San Camilo, el 96% de los voluntarios que atendían duelos manifestaban haber sufrido su propia experiencia de pérdida. Esto claramente habla del profundo significado que este espacio constituye para los voluntarios, concretándose en un modo de

estar en el que se genera una experiencia de enriquecimiento mutuo.

Solamente se ha de ir impregnando a las personas de una cultura de solidaridad, de apoyo, de colaboración, de compartir.

Puede constituirse un equipo de Animación Sociocultural en una residencia, que se encarguen de celebrar las festividades patronales y culturales más importantes para los que allí residen, fomentando la identificación personal... El día de Galicia, San Isidro. Donde se comparte cómo son las fiestas de mi pueblo y del tuyo. Se puede celebrar también el día de la familia, e invitar a los familiares en un espacio abierto donde relacionarse y compartir.

Puede ser la realización de talleres y mercadillos. Los llamados grupos autoterapéuticos (guiados por voluntarios y/o profesionales), en los que los residentes realizan manualidades, venden los productos generados y destinan los ingresos a colaborar con, por ejemplo, países en desarrollo. Se trata de una actividad que comienza por ser un rato de distracción y acaba por hacerles sentirse útiles siendo ellos los que ayudan a otros. Les ayuda a salir de sus sentimientos de inutilidad y carga, dándoles la oportunidad de ser ellos también ayudadores.

Generar espacios específicos para el usuario donde autorrealizarse, sentirse autónomos y con capacidad de ayuda, darles significado a sus actividades, crecer a través de ellas, es claro indicador de humanización.

10. CONSTRUIR MÁS ALLÁ, NORMALIZACIÓN DE VIDA.

Podríamos decir que humanizar es caro o costoso, que para humanizar hay que tener recursos, pero no, como estamos viendo en estas líneas no es exclusivamente en los recursos económicos donde hay que poner el acento, aunque claramente ayudan. Como hemos visto se puede humanizar en la precariedad. Porque el ser humano es capaz de vivir dignamente en los mejores y en los peores momentos.

Tampoco hay ningún misterio que descubrir para humanizar. Quizás ese misterio se encuentra dentro de nosotros mismos. Se trata de encontrar la propia humanidad para poder gestionar humanamente los recursos, poner empeño en buscarlos y poner empeño en repartirlos de manera creativa.

Entonces, para humanizar solo hay que ser humano. Parece una obviedad, pero claramente no lo es. Tanto de evidente como es a nivel teórico, es de difícil ejecución en su nivel más práctico. Cuando las exigencias a nuestro alrededor se acumulan es difícil autogestionarse. Si no combinamos la frustración con ciertas dosis de tolerancia, si no fomentamos nuestra capacidad de sostener las dificultades, acabaremos en la desconexión más absoluta. Y la desconexión de nosotros mismos nos hace desconectar de nuestra esencia, de nuestro ser humano.

Por el contrario una percepción y valoración positiva de nuestras vidas, en nuestra cotidianidad, en nuestros trabajos, la propia humanización, retroalimenta el sentirse bien, el ánimo, el querer seguir siendo buena persona, seguir siendo un buen profesional en cuanto a las formas y en cuanto a los contenidos. Ir a

por todas y favorecer a las personas que nos rodean, ayudar, ser generoso, altruista. Confiar.

Y esto es aplicable para los profesionales para los usuarios y para sus familias. Este confiar es constatable en algunas iniciativas de algún Centro. En el Centro San Camilo existe una Asociación Club de Ancianos en la que los ancianos, se asocian y gestionan, ellos deciden elementos de su vida en comunidad. Ya no son un grupo de personas llevados por los gestores del centro, sino que al revés, los gestores del centro se dejan llevar en determinadas áreas.

Esta Asociación está formada por cuatro residentes de cada planta que han sido elegidos democráticamente y que a partir de ese momento serán delegados y portavoces del resto de residentes de las plantas.

Se reúnen una vez al mes con profesionales de la residencia, jefe de recursos humanos, animador sociocultural y terapeutas para negociar. Se eligen comisiones y cada comisión rinde cuentas de su trabajo cada mes. En cada comisión hay un delegado responsable que a su vez invita a otros a colaborar con él en la tarea, lo que fomenta la participación de otros residentes en las actividades.

La Comisión de Bienvenida recibe a los nuevos ingresos, los acoge y muestra su nuevo hogar, los presenta al resto de residentes. La Comisión de Menús se reúne todos los meses con el cocinero y el administrador para elaborar los menús, la Comisión de Biblioteca se encarga de préstamos de libros, recibe donaciones, distribuye la prensa y mantiene la biblioteca. La Comisión de Exposiciones busca proyectos a realizar y se encargan de todo lo relativo al taller de trabajo manual, exposición, y venta,

encargos, visitas, etc. La Comisión Recreativo-Cultural programa y evalúa los actos lúdicos, culturales, las excursiones.

Después de cada reunión se exponen en los tablones de anuncios los temas tratados y las soluciones adoptadas. Una vez al año tienen asamblea general como marcan los estatutos, para que cada comisión informe y de cuentas al resto.

Se trata de cómo se consideran a las personas que allí conviven, no son solo un grupo de personas a las que se les están agotando sus capacidades sino que también son un grupo de personas con capacidades que pueden seguir siendo puestas en funcionamiento.

Es indicador de humanización la existencia de cargos de responsabilidad entre los propios residentes.

Como hemos ido viendo a lo largo de estas líneas, hay muchas formas de concretar en humanización las actividades de un centro, actividades que recogen lo necesario y lo más allá de lo necesario.

Una última que nos gustaría destacar es también la realización de investigaciones desarrolladas en paralelo a lo asistencial y a partir de lo asistencial. Ejemplos son las que hemos ido detallando, la creación de herramientas para evaluar el sentido que las personas pueden dar al sufrimiento propio o ajeno, para conocer las actitudes de personal o de usuario hacia las sujeciones que se utilizan en el centro. Dedicar también recursos a valorar y crear una herramienta que cuantifique las habilidades relacionales, en concreto la capacidad empática de los estudiantes en formación, etc.

Realizar estudios para conocer la opinión de los trabajadores y de los usuarios sobre la espiritualidad y la atención espiritual que se ofrece. Indagar en la motivación del voluntariado, estudiar el perfil de las personas a las que se les complica el duelo para intentar identificar factores de protección y de riesgo. Estudiar problemas concretos que se pueden presentar en la propia casa como la posible conspiración del silencio o realizar estudios para la mejora de los procesos.

Todo esto para tratar de avanzar en el conocimiento y tratar de aterrizar todas esas dimensiones que no son tan tangibles en herramientas de trabajo accesibles y funcionales que puedan orientar a los profesionales en su quehacer diario.

Indicadores de humanización son todas las formas de promover y difundir que la teoría se concrete en la práctica y de poner en palabras los procesos que se están dando.

11. BIBLIOGRAFÍA.

AUTORES VARIOS. Manual Básico para Gerocultores y Auxiliares Geriátricos. Editorial Caritas, 2003.

AUTORES VARIOS. Manual de Humanización de los Gerocultores y Auxiliares Geriátricos. Editorial Caritas, 2007.

BALINT Michael. El médico, su paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1966.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, DÍAZ-ALBO Ezequiel, MUÑOZ Cristina, VILLACIEROS Marta. "Derivaciones al servicio de urgencias

del hospital en una población de ancianos residentes. Estudio retrospectivo sobre sus causas y adecuación". Gerokomos 2010; 21 (3): 114-117.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta, BELDA Rosa. "Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de medicina". Medicina Paliativa 2010; 17(5): 262- 268.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta, LORITE Carmen. "Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid". Ética de los Cuidados 2011; jul-dic 4(8).

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta. "Efecto de un curso de relación de ayuda sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de enfermería". Gerokomos 2012; 23(1):216-221.

BERMEJO José Carlos, LOZANO Bernardino, VILLACIEROS Marta, GIL Milagros. "Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios". Medicina Paliativa 2012. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.medi-pa.2012.05.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.medi-pa.2012.05.004).

BERMEJO José Carlos, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa, SÁNCHEZ Ezaquiel, DÍAZ-ALBO Belén. "Conspiración silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas". Medicina Paliativa. Vol 20, (2), 49-59.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta, BELDA Rosa. "Testamento vital, conocimiento y opinión que sobre él tiene una población de asistentes a unas jornadas de Alzheimer". Gerokomos. Vol.23 nº4-2012.

BERMEJO José Carlos, MAGAÑA Marisa, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa, SERRANO Inés. "Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado". Revista de psicoterapia, 2012, 88, 85-95.

BERMEJO José Carlos, LOZANO Bernardino, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa. "Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual". Ética de los Cuidados. 2012 jul-dic; 5(10). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et8040.php>> Consultado el 19 de Febrero de 2013.

BERMEJO José Carlos, LOZANO Bernardino, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa "Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento, Escala Humanizar". Anales del Sistema Sanitario Navarro, 36(1), 35-45.

BERMEJO José Carlos, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa, LOZANO Bernardino. "Niveles y motivos de satisfacción o insatisfacción en los familiares de los fallecidos en una unidad de cuidados paliativos". Gerokomos. 2013. En prensa

BERMEJO José Carlos, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa. "Experimento de aprendizaje sobre cuestiones éticas relacionadas con la enfermedad de Alzheimer a partir de una mesa de diálogo interactivo". Gerokomos, 2012. En prensa.

BERMEJO José Carlos, Editor. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid: San Pablo; 1997.

BERMEJO José Carlos. Introducción al counselling (relación de ayuda). Santander: Sal Terrae; 2011.

BERMEJO José Carlos. La escucha que sana. Diálogo en el sufrimiento. Madrid: San Pablo, 2002.

BERMEJO José Carlos. Qué es humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 2005.

BRUSCO Ángel y PINTOR S. Tras las huellas del Cristo Medico. Manual de teología pastoral sanitaria. Sal Terrae, Santander, 2001.

BRUSCO Ángel. Humanización de la asistencia al enfermo. Santander: Sal Terrae; 1999.

FRANKL Victor. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Editorial Herder. 1991.

GADOW S. Nurse and patient: the caring relationship. In Caring, Curing, Coping (Bishop A.H. & Scudder J.R., eds), Alabama:University of Alabama Press, 1985.

GAFO, Javier. 10 palabras clave en bioética. Estella: Verbo Divino, 1994.

GARCÍA A. "Presupuestos éticos de una economía humanizante". Corintios XIII 53 (1990) 146-147.

INSALUD. Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria. Madrid, 1984.

JOVELL Albert. "Medicina basada en la evidencia y evaluación: ética y humanización", V Jornadas de Humanización de la Salud, Sitges, 2000, basado en Medicina basada en la afectividad, Medicina Clínica 1999, 113-173.

MAGAÑA Marisa, VILLACIEROS Marta, BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa. "Experimento breve para medir el cambio emocional en grupo de duelo". Revista de Psicoterapia, 2012; 61-68.

NÚÑEZ OLARTE, José María. Información al paciente en situación terminal: diferencias entre las publicaciones anglosajonas y la experiencia diaria en España. Medicina paliativa. 2012.

PARASURAMAN A., ZIETHAML V.A. y Berry L. SERVQUAL: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, Vol.64 (Spring), 1985. pp.12-40.

PRONZATO Alessandro. Todo corazón para los enfermos, Camilo de Lellis. Santander: Sal Terrae, 2000.

ROCAMORA Antonio. Un enfermo en la familia. Claves para la Intervención psicológica. San Pablo; Madrid, 2000.

RUIZ-BENÍTEZ M.A., y COCA M.C. "El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales". Psicooncología, vol. 5, nº1, 2008. pp. 53-69.

VILLACIEROS Marta, MAGAÑA Marisa, BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, SERRANO Inés. "Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo". Medicina Paliativa. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medi-pa.2012.05.007>.

