

ACTUALIDAD



EL ARTE DE VISITAR Y CUIDAR AL ENFERMO

Por JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

VISITAR y cuidar al enfermo es un arte que se debe hacer con prudencia. Así lo muestran incluso las normas de las instituciones hospitalarias y sociosanitarias donde se ha tendido a proteger a los enfermos, ancianos, etc., de posibles vivistas inoportunas, molestas o dañinas para el propio enfermo, arbitrándose medidas de horarios más o menos restringidos y de número de personas según casos.

Si uno desea documentarse sobre cómo hacer bien una visita al enfermo, no le faltarán referentes circulantes en la Red, hasta encontrar catálogos de indicaciones con pormenores que indican lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer en la visita al enfermo, normalmente buscando la protección de este y su bienestar que podría verse disminuido por la inadecuación de algunas visitas. En el pasado, algunos referentes recogían las frases y tópicos que convenía decir en tono exhortativo para promover una buena actitud cristiana ante el sufrimiento, frecuentemente en tono dolorista, evocando antes la ley que la misericordia.

Situaciones que retan

Describir algunas situaciones específicas puede servirnos de ayuda para tomar con-



ciencia de la necesidad de no conformarnos con la buena voluntad en la visita al enfermo y su cuidado.

Es el caso, por ejemplo, de la situación conocida como *el síndrome del hijo de Bilbao*, que se produce cuando en un núcleo familiar, al consta-

“Si uno desea documentarse sobre cómo hacer bien una visita al enfermo, no le faltarán referentes circulantes en la Red”

tar el posible final de un enfermo, los familiares llaman al que vive fuera (casi siempre hay alguien en la familia) por el motivo que sea. Este o estos, intentan llegar al lugar donde se encuentra el familiar enfermo (casa, hospital, centro residencial), antes de que el paciente fallezca. Es frecuente que el que viene de fuera, al encontrarse con su ser querido malito, como reacción al impacto -shock- que puede producirle ver la realidad (dificultad para respirar, probable adelgazamiento, mal color,

incontinencia...), proyecte la agresividad, la rabia, contra los cuidadores habituales profesionales o familiares. Y, de no ser conscientes de que se trata de un mecanismo habitual de proyección y, por tanto, de defensa, los cuidadores pueden caer en el error de acusar a quien viene de fuera, defenderse y añadir agresividad a la situación que podría gestionarse con un poco de comprensión y competencia.

Asimismo, es también frecuente encontrar al familiar que vive la relación con su ser querido enfermo en clave de codependencia, es decir de falta de salud relacional interdependiente. En efecto, podemos encontrar, por ejemplo, a una mujer a los pies de la cama de un paciente, sin separarse de él ni a sol ni a sombra, justificando una dedicación y atención desmesurada por razones de necesidad y en clave de ser imprescindible su presencia. El espectador que no observa bien, familiar o profesional, puede que no descubra el riesgo de la codependencia, es decir, de la dependencia psico-afectiva de la persona cuidadora del cuidado, en lugar de al revés; es decir, en lugar de vivir una sana relación del cuidador al cuidado en equilibrio con el autocuidado. Podría suceder incluso

que, el espectador elogiara como virtuosa una conducta que, en realidad, puede ser codependiente.

No faltan dificultades relacionales entre los cuidadores que claudican familiarmente, es decir, que se agotan simultáneamente en el reparto de las tareas de cuidadores. Hay personas que se sienten como en medio de un sandwich, debiendo cuidar a los padres –quizás a los abuelos– además de a los hijos –quizás a los nietos–, mientras llevan adelante otras tareas como puede ser el trabajo y la propia vida doméstica. La claudicación familiar, que en ocasiones justifica el internamiento de un paciente, constituye un reto para la solidaridad, y también para una buena competencia relacional con quien se encuentra en ella.

No es fácil visitar al enfermo en una circunstancia de *pacto de silencio* desadaptativo, es decir, de juego a las mentiras sobre el diagnóstico o el pronóstico del paciente. En realidad, visitar al enfermo sin la clave de la veracidad en la comunicación, genera desconfianza y puede hacer surgir la soledad más cruel: soledad en la relación, sentimiento de abandono aunque sea en la presencia. Constituye un reto en la comunicación igualmente aquellas situaciones en que el

paciente tiene deterioro cognitivo. Es fácil es encontrarse con expresiones inadecuadas en el visitante o cuidador, tales como: “se entera de lo que quiere”, “si es que se lo tengo que decir mil veces”, “solo oye lo que le interesa”, “ya te lo he dicho; ¿otra vez?”, “¿pero es que no te acuerdas?”, “bien que se da cuenta de otras cosas”... Son expresiones que indican una falta de reflexión de quien las pronuncia y, en todo caso, una necesidad de superar la buena voluntad en la visita.

Cabe pensar que estas situaciones descritas son solo ejemplos del hecho de que visitar y cuidar al enfermo es un arte que se ha de cultivar como hortelanos de la relación y el cuidado.

Visitar y cuidar con competencia

“¿Qué demonios estás haciendo? Le pregunté al mono cuando le vi sacar un pez del agua y colocarlo en la rama de un árbol. Estoy salvándole de perecer ahogado, me respondió”, cuenta Anthony de Mello. Así es, no es infrecuente la falta de sentido común o de competencias blandas en las visitas a los enfermos y en las tareas de cuidado.

Las competencias blandas son aquellas que las personas necesitamos, junto con la competencia científico-técnica, para relacionar-



No es fácil visitar al enfermo en una circunstancia de pacto de silencio desadaptativo, es decir, de juego a las mentiras sobre el diagnóstico o el pronóstico del paciente

nos adecuadamente con aquel a quien deseamos de alguna manera ayudar. Se trata de competencias conductuales o interpersonales (en relación directa con las competencias intrapersonales), que permiten mantener relaciones eficaces de escucha, de respuesta, de apoyo emocional, de abordaje de sentimientos difíciles (tanto de enfermo como de visitante), de enfrentamiento sereno y deliberativo, prudente y dialogado de los conflictos

éticos, así como manejo de las cuestiones no tangibles, de la dimensión espiritual, del mundo de los valores, del sentido y de la diversidad cultural.

No heredamos estas competencias relacionales, emocionales, éticas, espirituales y culturales por vía genética. Más bien son el resultado de un trabajo de entrenamiento, aprendizaje y supervisión. Deberían ser materia de educación familiar y escolar y los medios de comunicación podrían contribuir generosamente a algo que todos necesitamos. Porque de visitar a un enfermo no se libra nadie. Sin embargo, pocas son las energías invertidas en nuestra cultura para reflexionar y aprender-enseñar modos eficaces de relación de ayuda centrada en la persona.

Que en los últimos años se esté hablando de inteligencia emocional, inteligencia espiritual... resulta positivo, pero aún es a todas luces insuficiente para responder al reto de crear una cultura de acompañamiento eficaz en la enfermedad, en el sufrimiento, en el morir.

La visita al enfermo es, con frecuencia, una experiencia vivida como ansiógena. No son pocas las personas que sienten que “no sabré qué decir” o “y si no me puedo escapar con los tópicos...”

Porque, en efecto, los seres humanos hemos aprendido formas estereotipadas de realizar este tipo de encuentro, particularmente caracterizadas por el uso de frases hechas.

Desaprender tópicos

“Hay que tener esperanza”, “antes o después nos toca a todos”, “si ya te decía yo”, “eso no es nada”, “otros están peor”, “Dios aprieta pero no ahoga”, “con el tiempo todo se cura”, “debes tener fe y confianza y poner de tu parte”, “llorar solo empeora las cosas”... y podríamos hacer un vademécum de frases con las que fácilmente nos despachamos en la pretendida relación de ayuda.

Desaprender lo sabido es ahora mucho más importante que aprender en el terreno del saber acompañar al enfermo. Desaprender no es lo contrario de aprender. Desaprender puede suponer desterrar años de conocimiento, de esfuerzos o de costumbres. Desaprender no implica olvidar todos los conocimientos y experiencias adquiridos, sino más bien ampliar el bagaje cultural con aspectos nuevos o renovados, que resultan ser más importantes y eficaces, útiles y promovedores del bienestar en la relación. Fácilmente nos hicimos con formas de visitar al enfermo centradas en el lengua-

je exhortatorio, invitando al paciente a cultivar pensamientos y sentimientos relacionados con virtudes y distantes del sabor del displacer de las emociones normales con las que cursa la experiencia de la enfermedad.

Liberarse de las frases hechas, de las respuestas aprendidas porque usadas en nuestro entorno, porque han pasado a formar parte de la cultura, del hábito frecuente de realizar la acción de visitar al enfermo, es emprender un camino creativo de mayor humildad y escucha.

En efecto, quien se dispone a escuchar y utiliza esta clave como referente fundamental para salir al paso de la persona que sufre, tendrá que enfrentar los propios sentimientos de impotencia, de inadecuación, de sorpresa y apertura a un tú diferente, frecuentemente inseguro y amenazado por la vulnerabilidad que evoca la radical necesidad de otro y el choque con la naturaleza humana limitada.

Hemos podido cultivar estas costumbres como amarras en la inseguridad. Consejos fáciles, no empáticos, que solucionaban la cuestión del cómo estar con el enfermo. Normalmente más con la razón que con el corazón. Con una razón poco razonada. Las diferentes tendencias en psi-



cológia nos han ayudado a tomar conciencia de la importancia de validar sentimientos, de acompañar en la verdad del otro, de sostener el silencio y aprender tanto a estar como a no estar.

En efecto, si la escucha activa es una clave para la visita al enfermo, esta será tanto más eficaz cuanto más conviva con el profundo silencio interior de quien se dispone a acoger al otro en el corazón. Si es importante saber estar, no lo es menos saber no estar, es decir, callar, no visitar en el momento inoportuno, dejar descansar, no imponer el propio criterio, dejar al enfermo con otros visitantes cuando procede.

Hay quien presenta como propuesta un modelo de "atención integral centrada en la persona" como algo bien articulado en dos características consustanciales: la integralidad y la centralidad de la persona a la que se quiere acompañar en el sufrimiento.

En cuanto a la atención integral, lo que se busca es el desarrollo de una forma de atender y de una serie de servicios que van más allá de la mera prestación de atenciones médicas y sociales biologicistas y centradas en las necesidades. Se busca una articulación de los programas y servicios que permita el desarrollo máximo

de los proyectos vitales de las personas en su entorno personal. Por otro lado, además de la integralidad, la atención ha de estar centrada en la persona, es decir ha de ir más allá de la atención individualizada clásica, muy centrada en las necesidades detectadas en la persona, y deberá hacer el esfuerzo por adaptarse a las características individuales de cada uno, estimulando y apoyando que la persona participe activamente en su proceso de atención, cuyo objetivo final es siempre el apoyo para el desarrollo de los proyectos de vida a los que aspire cada uno.

En la visita y el cuidado a los enfermos es importante la actitud interior, pero normalmente el exterior de una persona manifiesta lo que hay en el corazón. La expresión de Camilo de "poner el corazón en las manos" podría significar impregnar la visita y el cuidado a los enfermos, de la sabiduría del corazón, de su afecto y de la ternura que le son propios cuando se actúa con libertad y responsabilidad.

Poner "más corazón en las manos", como quería San Camilo significa, en el fondo, que allí donde haya una persona que sufre, haya otra que se preocupe de él con todo el corazón, con toda la mente y con todo su ser.