DISCÍPULOS MISIONEROS
EN EL MUNDO
DE LA SALUD

GUIA N°4

2015

GUÍA No. 4

CONTENIDOS:

1. Acompañamiento Pastoral al enfermo de cáncer

2. El enfermo de Alzheimer y su familia

Trabajo Práctico N° 1

3. Trasplante de órganos: reflexiones; acompañamiento al trasplantado

Trabajo Práctico N° 2

4. Enfermos Mentales

Trabajo Práctico N° 3

ACOMPAÑAMIENTO PASTORAL AL ENFERMO DE CANCER

Nunca se está suficientemente preparado para aceptar serenamente el diagnóstico de un cáncer. Surgen diferentes temores y sentimientos, miedo al dolor, a lo desconocido, a la agresividad de los tratamientos, a la muerte.

Seguramente que todos han tenido contacto con personas enfermas de cáncer y saben todo lo que esta enfermedad implica.

En casi todos los casos se derrumba el mundo de expectativas que cada uno lleva dentro de sí, se toma conciencia de la propia vulnerabilidad y la incertidumbre es como que acorrala a la persona. Cualquiera sea la edad de los protagonistas y su situación social, la reacción común es que el mal ha golpeado demasiado temprano y demasiado injustamente.

Sin embargo, existen aspectos menos traumáticos que pueden surgir cuando el diagnóstico de un cáncer viene acompañado del desarrollo de una nueva espiritualidad. El sufrimiento tiene el poder de transformar rápidamente a la persona que lo padece. Todos aprendemos en la escuela del sufrimiento. El plantearse interrogantes, el expresar sentimientos, el buscar sentido de lo que está sucediendo, todo ello evidencia la evolución de una nueva espiritualidad: la espiritualidad de la persona herida.

Generalmente estos enfermos descubren el valor profundo de la dimensión religiosa y desarrolla una más honda unión con Dios y con el prójimo.

El agente de pastoral se hace compañero en este camino, que a veces tiene apariencia de viernes santo, y otras deja entrever la luz de la resurrección.

EL ACOMPAÑAMIENTO HUMANO EN ESTA ETAPA

Ante la situación de precariedad creada por la enfermedad.¿qué clase de ayuda puede brindar la comunidad cristiana para acompañar y sostener mejor el estado de ánimo del enfermo de cáncer?

Es importante ante todo, que los enfermos sean tratados como personas y no como enfermedades.

Acercarse a ellos de un modo diferente al acostumbrado significaría intensificar su desasosiego. La presencia de rostros tristes o deprimidos no es grato. El enfermo no desea sentirse objeto de compasión, sino sentirse amado; no desea ser tratado con temor, sino con respeto y comprensión.

Hay personas que les resulta difícil visitar a estos enfermos y optan por enviar un ramo de flores o llamar por teléfono. A veces estos signos de amista son oportunos, sin embargo, un ramo de flores no es una mano, una voz, una presencia.

Cuando se visita a alguien, conviene saber comportarse según las exigencias de la situación. A menudo una visita rápida, pero cordial y estimulante, es

preferible a una visita larga que cansa y debilita. También esta prudencia se debe tener con respecto a los horarios, respetando cuando las personas descansan o tienen sus comidas. Los tiempos de los enfermos no son los mismos que en circunstancias normales.

En la comunicación una de las trampas en las que frecuentemente se cae es en la tendencia a consolar al enfermo con frase hechas tales como:" No te preocupes, todo saldrá bien...!" "Se lo que estás pasando"..." Dios se ha fijado en ti porque te ama con un amor especial" "Sonrie y verás como todo se soluciona"... "Rezá mucho..."

Estas frases no consuelan, ni sirven a nadie. Son expresiones a las que se recurre para superar la propia desazón y no para aliviar al que sufre. Un silencio respetuoso puede ser la mejor prueba de nuestra presencia humana y solidaria ante la humanidad del otro. El silencio tan temido en las relaciones humanas, no es necesariamente un signo de debilidad, sino que puede expresar un momento sagrado de unión con un hermano.

El mayor consuelo que podemos ofrecer a los demás es el don de nuestra presencia: escuchando, estrechando su mano, recordando el pasado, hablando de lo que él realmente quiere hablar o simplemente velando en silencio...(Recordar todo lo dicho sobre la escucha en los módulos de años anteriores)

EL PAPEL DE DIOS EN LA VIDA DEL ENFERMO DE CANCER.

Ante el sufrimiento el hombre busca instintivamente una razón, un por qué que haga el dolor más aceptable, que le de un sentido. En la búsqueda de un significado se encuentra con Dios, con Aquel a quien considera dueño de la vida y de la muerte. De este encuentro nacen las distintas reacciones y percepciones que el enfermo tiene de la enfermedad y el papel de Dios en ella.

Hay quienes aceptan la responsabilidad de su propio mal. Causado por hábitos de vida insanos o descuidos. Reconocer la propia responsabilidad es signo de madurez y estimula a superar los obstáculos que uno mismo pone a su propia salud. Otros ven en la enfermedad el dedo de Dios. El cáncer sería así como un castigo, la intervención de Dios tendría el propósito de sacudir a la persona y señalarle el camino a seguir. Otros interpretan el mal como una prueba que Dios permite para comprobar su fidelidad y la perseverancia y finalmente otros ven su enfermedad con una actitud fatalista o, como una configuración ulterior de que el Dios del amor, anunciado por los cristianos, no existe.

Hay quienes reaccionan ante la enfermedad tomándola como una oportunidad formativa: es un mal que hay que combatir, pero del que se puede aprender mucho. Estos conciben la enfermedad en el contexto de la existencia: ser humano significa ser vulnerables y mortales. La enfermedad forma parte de la existencia humana, pero, a pesar de su esencia negativa, puede convertirse en un instrumento positivo de crecimiento.

Las percepciones personales reflejan una determinada espiritualidad, y definen la relación que cada uno tiene con Dios.

- Hay quien se siente abandonado u olvidado por Dios.

- También hay quien pretende llegar a un pacto con Dios. Si me curo....

- Un tercero está quizá molesto con Dios porque no se hace sentir o porque no concede el milagro o porque está actuando injustamente.

- Un cuarto puede profundizar su fe en Dios: "No se lo que habría hecho si no hubiese tenido fe" "Lo que me está sucediendo me deprime, pero tengo confianza en Dios".

- Un quinto puede encontrar en la enfermedad el camino de retorno a Dios

Ante esta diversidad de actitudes, el agente de pastoral de salud se pone a caminar junto al que sufre, tratando de afianzar sus progresos y de aceptar sus resentimientos, dejando que el tiempo y la constancias de sus visitas sanen el ánimo herido. No conviene suministrar a todos la misma receta o las mismas prescripciones, ni siquiera tratar de "proteger" a Dios del deshogo de sus criaturas. Dios no necesita ser defendido, sino que se dé testimonio de su amor. El enfermo de cáncer tiene necesidad de encontrar en el representante de Dios no a alguien que lo juzgue, sino a alguien dispuesto a comprenderle y a caminar junto a él.

El agente de pastoral debe tener bien claro que Dios no "manda" enfermedades a la gente, que Dios no castiga con enfermedades, que Dios no prueba la fidelidad de sus hijos con enfermedades. Dios es Padre y sólo ama y está junto a cada uno de sus hijos para envolverlos con su Amor, para fortalecerlos, consolarlos y dar ánimo.

UNA NUEVA VISION DE LA VIDA PARA EL ENFERMO DE CANCER

Este mal que corroe por dentro, puede crear un espacio para el crecimiento de una nueva espiritualidad consistente en el descubrimiento de sí mismo y de la vida y de una nueva presencia en el mundo. El descubrimiento de sí mismo va unido a la aparición de sentimientos intensos, tal vez jamás experimentados. La enfermedad hace vivir en primera persona lo que significa sentirse vulnerable, triste, irascible, descorazonado...

Sin embargo, se da al mismo tiempo la toma de conciencia de los recursos personales y de la propia determinación para afrontar el futuro, y se intensifica la necesidad de recurrir a la oración y a la fe para obtener de ella fuerza y consuelo. Son muchos los que, en su encuentro con la enfermedad, descubren una serie de talentos y carismas personales ocultos a los que ahora pueden prestar atención y cultivar.

El descubrimiento de la vida brota de una profunda convicción de que la existencia es un don. Como tal, nada tiene de seguro, de garantizada, más allá de su realidad presente. A la luz de precariedad humana se desarrolla la filosofía de vivir "día a día", se pide la gracia y al fuerza de sobrevivir. Si se trata de un

hermoso día, se intenta disfrutarlo lo mejor posible. Cada día cuenta cada día tiene su valor. El carácter provisional de las cosas hace que brote una nueva alegría de vivir, de amar, de ver, de aprender. Se dedica tiempo a observar el cambio de las estaciones, el despuntar de las flores, la sucesión de amaneceres y ocasos y a escuchar el trino de los pájaros y el fluir de las aguas.

La inseguridad del futuro refuerza la espiritualidad del presente basada en la valoración de las cosas ordinarias que adquieren colores más transparentes. La nueva presencia del mundo se caracteriza por una nueva visión de la realidad, por una distinta lectura de los propios valores y de la propia aportación a los demás. El lenguaje del sufrimiento conduce a las fuentes de la vida.

La preocupación por el trabajo y el dinero que antes absorbía tanto tiempo y tantas energías pierde ahora su importancia . Aparecen en cambio, la necesidad y el valor de las relaciones humanas, de la amistad, del calor humano. Además se desarrolla en el enfermo el deseo de dejar su propia huella en el mundo, algo que le haga merecedor de ser recordado.

EL ENFERMO DE CANCER EN SU FASE TERMINAL

Varios autores entre los que se destaca la doctora norteamericana Elizabeth Kubler Ross, han descrito el proceso psicológico por el que pasa el enfermo terminal como una serie de etapas características que, aun no sucediéndose siempre en el mismo orden, ni dándose todas ellas en todos los enfermos, pueden ser una herramienta útil de observación y comprensión de dicho proceso.

* Negación-rechazo

Al principio el enfermo tiende a rechazar la realidad, a negar el mal que padece:" Esto no puede sucederme a mí". Lucha, reacciona violentamente. Es una reacción sana.

Es importante no reforzar el rechazo, ni ayudar a crear falsas ilusiones y fomentar el engaño.

* *Ira-rebeldía*

Como el mal progresa el enfermo se ve obligado a enfrentarse con la realidad. Se vuelve agresivo, violento, sobre todos con los que lo rodean. Surge una actitud de rebeldía:"por qué ha tenido que tocarme a mí ¿Qué mal he hecho yo? ¿Qué le he hecho a Dios para sufrir así? Estas reacciones son legítimas, expresan la frustración inevitable que siente.

Lo mejor es dejar espacio para el desahogo emotivo, que si es percibido y acogido perderá su intensidad. No caer en la tentación de "defender" a los acusados y de controlar la situación con un discurso racional.

**Pacto-negociación*

El enfermo quiere "negociar" con Dios le promete algo si le cura.

**Depresión*

El estado de salud se agrava, se debilitan las energías físicas. El enfermo se encierra en sí mismo y cae en un estado de melancolía; piensa en los suyos y

en la hora en que habrá de separarse de los que ama. Esta depresión del enfermo es manifestación del duelo que hace por su vida; es una manera de prepararse a la muerte tomando conciencia de la gravedad de su estado.

Es importante aquí que el enfermo pueda expresar a un confidente su tristeza y el conocimiento de que se acerca la muerte. No hay lugar para el engaño; la mentira sólo serviría para destruir el diálogo y hacer que el enfermo se encierre en sí mismo.

**Aceptación-consentimiento*

Si la enfermedad le deja tiempo, si logra encontrar la ayuda necesaria y acoger la gracia, el enfermo puede llegar a este último estadio donde, tras vivir el duelo de su propia vida, alcanza un hondo sentimiento de paz; muchas cosas han perdido importancia para él, ha adquirido otros valores y contempla la vida con ojos distintos.

En la actualidad, los grandes avances de la ciencia médica nos han ido llevando a una fe casi ciega en sus remedios; las realidades de la vida, la enfermedad, el sufrimiento o la muerte, han ido perdiendo su sentido trascendente.

De esta situación han surgido graves problemas como el de la deshumanización de la muerte en los hospitales, la falta de un verdadero acompañamiento al enfermo terminal, la amenaza del llamado encarnizamiento terapéutico por un lado, y de la eutanasia por otro, y la falta de preparación tanto de familiares como de profesionales sanitarios para proporcionar las ayudas necesarias.

Sin embargo, en los últimos años es cada vez mayor el número de personas que aceptan la salud y la enfermedad, la vida y la muerte como realidades inseparables y fundamentales de la condición humana. Muchos médicos están volviendo al ideal de su misión: curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre.

LA ASISTENCIA PASTORAL DEL ENFERMO TERMINAL

El agente de pastoral de la salud se aproxima al misterio y a la vulnerabilidad de historias de vida concretas, ofreciendo a sus protagonistas lo que ellos invocan: la sencillez del respeto y el calor humano. Siguiendo el ejemplo de Cristo, el agente está llamado a saber leer el corazón y las inquietudes de las personas. Sin imponerla, ofrece su presencia, conciente que el enfermo tiene derecho a elegir a sus interlocutores.

A veces el agente de pastoral de la salud no es la persona elegida por el enfermo para recibir sus confidencias; otras veces el tiempo de la visita no es el oportuno. Hay que aceptar con sabiduría y humildad estas realidades. La salvación es de Dios nosotros tan solo somos instrumentos de su misericordia.

Si nuestra intervención ayuda al moribundo a dar un sentido a su vida y a su muerte, demos gracias a Dios. La tarea de acompañar a quien se está extinguiendo no es nada fácil. También es importante de disponer de una serie de recursos religiosos, que usados de manera adecuada, ayudan al enfermo a

confiar en Dios y a ponerse en sus manos; recordemos la oración, el mensaje evangélico y los sacramentos: la reconciliación, la eucaristía y la unción de los enfermos. El enfermo creyente católico, necesita la fuerza de su Dios que expresa y celebra los sacramentos.

El enfermo necesita verse acompañado por la comunidad cristiana, que le ayuda a ver con pleno sentido su enfermedad, y entregarse humilde y confiadamente en las manos del Padre. Esta ayuda debe orientar a desarrollar una nueva espiritualidad: la espiritualidad pascual, forjada en el encuentro del propio sufrimiento con el sufrimiento de Cristo , para luego abrirse por la muerte en Cristo a la vida definitiva.

El que está enfermo necesita ser amado y reconocido, ser escuchado y comprendido, acompañado y no abandonado, ayudado, pero nunca humillado, sentirse útil, ser respetado y protegido, necesita encontrar un sentido a lo que le está pasando.

Este "trato humano" corresponde a todo el personal sanitario, todos deben colaborar para tratar así al enfermo, pero de una manera especial debe hacerlo el agente de pastoral de la salud. Esto supone conocer su nombre, algunos datos de su biografía personal, gustos aficiones, etc. Para estar de veras con el enfermo hay que conocerlo, escucharlo, compartir sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia y su humanidad. Sólo así logrará valorar la persona en su integralidad.

La conciencia de la muerte cercana hace que muchos enfermos sientan una gran necesidad de repasar sus vidas; podemos apoyarlos evocando recuerdos, y en esto son muy útiles las fotografías; recordar buenos tiempos ayuda a tener la sensación de que la vida ha sido llena y lograda. Pero, a veces los recuerdos también son malos, y quizá sea entonces la ocasión de ponerse en paz con tales recuerdos, de olvidar injusticias y amarguras.

Una medida simple pero que ayuda a muchos enfermos graves, es el leerles alguna cosa. Incluso cuando el enfermo ya no puede hablar, habría que seguir manteniendo la conversación, aún cuando el ya no parece percibir nada. No se sabe lo que percibe una persona en coma, por lo tanto hay que actuar como si todavía oyese y entendiese.

También el contacto corporal es una posibilidad de seguir transmitiendo a la persona que la queremos y que seguimos estando unidos; tomarle la mano, acariciarlo suavemente, abrazarlo.

Las personas que tienen una enfermedad incurable tienen necesidad de esperanza, y sólo ayudan las esperanzas realistas como:

.la esperanza que disminuirán los dolores;
.la esperanza de una asistencia amorosa y de un contacto con las personas allegadas hasta el momento de la muerte;
.la esperanza de continuar psíquicamente sano;
.la esperanza de vivir todavía un acontecimiento determinado, de ver todavía una vez a una persona o de tener una conversación,

.la esperanza que la familia o los hijos seguirán bien;
.la esperanza de una muerte digna y sin dolores;
.la esperanza de continuar viviendo después de la muerte y de reencontrarse con familiares y amigos ya difuntos. Es el agente de pastoral de salud quien debe colaborar para que estas esperanzas puedan ser asumidas por el enfermo.

También hacen falta ciertas actitudes tales como:

- la escucha de sus confesiones: fracasos, remordimientos, pecados, cosas incumplidas...

-la aceptación de sus dudas y crisis de fe, con la suficiente disponibilidad de tiempo para esclarecerlas e iluminarlas,

-la afirmación de su sentido de estima personal y de dignidad,

-la verbalización de lo que el agente de pastoral ha apreciado en el enfermo, de lo que ha aprendido de él.

EL ENFERMO DE ALZHEIMER Y SU FAMILIA

ALZHEIMER ¿QUÉ ES?

La enfermedad de Alzheimer es una demencia, es decir, una situación de pérdida de habilidades superiores (memoria, lenguaje, abstracción, razonamiento...) que supone una alteración de la vida social, laboral, familiar y personal de quien la sufre. Es una demencia degenerativa, porque se produce de forma primaria, con una disminución de las neuronas de determinadas áreas del cerebro.

Debe su nombre al Dr. Alois Alzheimer, que en 1906 observó los cambios que existían en el cerebro de una mujer que había muerto a causa de una enfermedad mental. Estos cambios han definido la enfermedad, que el Dr. Alzheimer creía rara; hoy sabemos que afecta a un número importante de personas, y que su frecuencia aumenta con la edad, aunque no es causada por el envejecimiento mismo. No se conocen con exactitud las causas que la provocan.

Es una enfermedad del sistema nervioso central que tiene, entre otros muchos síntomas, algunos psiquiátricos; por eso el neurólogo y el psiquiatra deberán trabajar en colaboración para tratar al paciente lo mejor posible.

Esta enfermedad afecta no solamente al paciente, sino que tiene una gran repercusión en los familiares y cuidadores. Por eso es preciso atender al enfermo y proteger la salud física y psíquica de los cuidadores, especialmente de los cónyuges que viven con ellos.

CÓMO SE INICIA LA ENFERMEDAD?

Puede presentarse de muchas formas. La primera persona que se da cuenta de que "algo no anda bien" es un familiar cercano. Lo más frecuente son los "despistes", especialmente de hechos rutinarios y bien aprendidos por el sujeto. También puede haber problemas en denominar las cosas, o expresar palabras, o comprenderlas; desorientarse en el tiempo, perderse en lugares habituales, dificultades en la toma de decisiones, tendencia a la depresión, etc. Es frecuente que el paciente niegue lo que el familiar observa. El olvido de lo rutinario, sea en el trebejo o en el hogar, debe hacer sospechar a la familia que algo no está bien (por ej. errores en el trabajo que venía desarrollando desde muchos años, errores en la preparación de la comida que antes hacía siempre).

No siempre que hay problemas de memoria se trata del mal de Alzheimer; la mayoría de los olvidos son banales (dónde dejé las llaves? Qué comí ayer? Cómo se llama tal persona?)

El curso de la enfermedad es largo, y va desde períodos iniciales, donde es observada solo por los familiares que descubren los problemas en los matices del comportamiento, al final, donde el enfermo está postrado, sin reconocer su entorno, y es dependiente absolutamente de sus cuidadores.

También se presentan síntomas psiquiátricos. Es común que aparezcan alteraciones del carácter, como intolerancia hacia los demás, agresividad, cuadros obsesivos, alteraciones del sueño, etc.

Según el grado de avance de la enfermedad y las alteraciones cognitivas que presente, el paciente percibirá en mayor o menor grado la situación en que está viviendo. Pero el familiar debe entender que, si percibe la situación, lo hace desde su disminución cognitiva y no como lo haría una persona sana. Por eso es importante que en su trato el cuidador no le transmita una ansiedad que el enfermo por sí mismo no tiene.

CÓMO TRATAR Y CUIDAR AL PACIENTE?

Debe tratárselo como la persona que es. Hay que evitar sobreprotegerlo, pero a la vez debe dotársele de seguridad para evitar que cometa errores que le generen riesgos.

Es conveniente darle al paciente, durante el mayor tiempo posible, la sensación de independencia, de autonomía, para que se sienta como una persona, con la dignidad que ello supone. Hay que recordar que el paciente no es un niño, es un enfermo, y aunque a veces sea difícil, debe mantenerse el buen humor y la sensación de normalidad.

El cuidado del enfermo es responsabilidad de toda la familia, no de una persona sola. La persona que está más cerca del paciente no debe asumir la situación en soledad, aunque crea que puede hacerlo. La enfermedad es muy larga y supone un desgaste muy importante para la familia, el esfuerzo repartido es más llevadero. La familia debe hablar de la situación, asumirla y afrontarla

en conjunto, porque si se deja el cuidado a una sola persona esta también terminará por enfermar.

Hay que tratar que el paciente mantenga el mayor número posible de actividades y de funciones, durante el tiempo que se pueda. Encargarle actividades que pueda hacer, especialmente las que realizaba bien antes de enfermar. No debe encomendársele tareas que nunca ha hecho; deben buscarse actividades con las que estaba familiarizado, que pueden darle un objetivo a su día y preservar su autoestima. Tareas rutinarias y simples le evitan la toma de decisiones, lo que disminuye la ansiedad y la confusión. La familia deberá darle sencillas responsabilidades en cuestiones que le sean gratas, y velará por su cumplimiento a fin de mantener en lo posible el estado cognitivo del enfermo. Si comete errores se lo puede corregir de manera muy sutil, sin que se sienta humillado, y evitando toda confrontación o discusión. Es interesante que realice actividad física moderada, mientras pueda realizarla con seguridad.

El cuidador tiene que vigilar todo aquello que pueda suponer un riesgo de lesiones, cuidando la seguridad del paciente; este debe estar vigilado, pero sin que tenga la sensación de ser un incapacitado.

Es importante que el enfermo participe de las conversaciones familiares; aunque se está convencido de que no entiende, debe integrárselo en las conversaciones de todos, para que tenga la percepción de que sigue formando parte de la familia. Estar inmerso en la rutina familiar es muy importante para el paciente, no debe tener la impresión de que se lo margina del mundo de la familia. Hay que hablarle adaptando el lenguaje al nivel de la enfermedad; es conveniente hablarle claro, con frases cortas, mirándolo a los ojos, utilizando palabras frecuentes; usando los gestos, la cabeza, las manos, para apoyar la comunicación. Si el lenguaje del enfermo está alterado, tratar de aprender a interpretarlo, prestando mucha atención a sus gestos. Si alguna vez no se le entiende, hay que disimular, demostrándole cariño en todo momento.

NECESITA AYUDA EL CUIDADOR?

La enfermedad de Alzheimer tiene una gran repercusión en el cuidador familiar. Es una sobrecarga, sin horario, con aspectos emocionales, que recae sobre una persona no entrenada. Ello puede crear situaciones de ansiedad, depresión e incluso desencadenar dolencias físicas. La familia debe evitar que todo lo que implica el cuidado de pacientes de esta naturaleza recaiga sobre una sola persona. El cuidador también precisa toda la atención, y hay que estar alerta ante signos de excesivo cansancio o desgaste.

Es normal que el cuidador experimente sentimientos que pueden incluir frustración, enojo, miedo y tristeza, así como preocupación por sus propios problemas momentáneos de memoria.

El estrés de la persona que atiende al paciente puede producir serios problemas psicológicos y de salud. Hay que estar atentos a síntomas tales como:

- Negación
- Enojo
- Alejamiento de la vida social

- Ansiedad
- Depresión
- Agotamiento
- Falta de sueño
- Irritabilidad
- Falta de concentración
- Problemas de salud

Aquellos miembros de la familia que no están envueltos con el cuidado primario también experimentan efectos psicológicos como resultado de la enfermedad de Alzheimer en un ser querido. Algunos miembros de la familia pueden sentirse descuidados porque sus necesidades se han transformado en secundarias en relación con las del paciente. Los niños pueden estar confundidos, asustados y celosos, o incluso avergonzados por un miembro de la familia (generalmente un abuelo) enfermo de Alzheimer.

Como respuestas normales, las familias enfrentadas a la enfermedad de Alzheimer pueden pasar a través de cinco etapas de ajuste: negación, sobre-envolvimiento, enojo, culpa y aceptación. Estas respuestas pueden ocurrir independientemente una de la otra y no necesariamente en ese orden.

Cinco Reacciones en el Ajuste de las Familias
Respuesta
Descripción
Ayuda para la Persona a Cargo del Paciente
Negación
Es la respuesta inicial de que nada está mal. La negación puede también reaparecer como falsas esperanzas de que el tratamiento vaya a curar al paciente.
Información sobre la enfermedad puede ayudar a las familias a entender lo que está pasando y que esperar.

Sobre-envolvimiento
Intentos de compensar la enfermedad y los problemas que ésta trae. Por estar muy involucrado en el cuidado, la persona a cargo del paciente puede rehusar ayuda y sentirse aislado. Algunas veces la persona que brinda el cuidado primario tratará de cubrir todas las necesidades del paciente.
Las familias deben estar al tanto de todas las opciones disponibles, incluyendo servicios de apoyo en el hogar. Las personas que brindan la atención al paciente deben entender que nadie puede cubrir todas las necesidades del paciente. Las consecuencias del sobre-envolvimiento pueden ser perjudiciales para el paciente.

Enojo
El enojo puede ocurrir cuando la familia se da cuenta de que los intentos por compensar los males de la enfermedad han fallado y las cargas físicas y emocionales de la atención del paciente comienzan a producir sus efectos. Problemas antiguos e interpersonales, y temas no resueltos pueden ser perjudiciales en esta etapa si la raíz del enojo no es atendido.
Grupos de apoyo pueden ayudar a las familias a trabajar con los sentimientos de enojo y ganar la simpatía y apoyo de otras familias. Si el sentimiento de enojo se transforma en severo, tal vez se les pida a los miembros

de la familia que consigan asesoramiento psicológico para que esa hostilidad no se interponga en el cuidado del paciente o dañe lazos familiares.

Culpa

Desarrollada a causa del sentimiento de enojo y por analizar situaciones del pasado. Sentimientos de enojo o culpa sin resolver pueden generar depresión. La culpa es frecuentemente experimentada cuando el paciente ya no puede ser atendido en el hogar.

Estos sentimientos son respuestas normales ante estrés extremo. Lo que realmente importa es lo que la persona a cargo del paciente y la familia hacen con sus sentimientos.

Aceptación

Resolución o aceptación de los problemas. La aceptación viene de un completo entendimiento de la enfermedad y sus efectos sobre la familia.

Apoyo, educación y otros recursos pueden ayudar a las familias a avanzar en dirección a la aceptación.

Sea realista y no niegue lo obvio. El cuidado que usted brinde es de suma importancia.

Ni usted ni la persona con Alzheimer pueden controlar muchas de las circunstancias y comportamientos relacionados con la enfermedad. Es lógico que usted se sienta invadido por un sentimiento de pérdida y dolor, pero es importante concentrarse en los momentos positivos y disfrutar los buenos recuerdos.

Reconozca su esfuerzo y no se sienta culpable. Usted es humano. Ocasionalmente puede perder la paciencia y a veces encontrarse imposibilitado de proporcionar el cuidado necesario. Reconozca su propio mérito: su ser querido lo necesita y usted está allí. Ese es un motivo para sentirse orgulloso. Y si su ser querido pudiera, le daría las gracias

Visitando a una persona que sufre de Alzheimer

Las visitas son importantes para las personas que padecen de la enfermedad de Alzheimer. Ellos no siempre pueden recordar quiénes son las personas que los visitan, pero el contacto humano es valioso. Siempre hay un cierto grado de aprensión cuando vamos a ver a alguien enfermo y "la incomodidad de no saber qué hacer o decir" puede ser agobiante. Cómo hablar con un enfermo de Alzheimer? Qué hacer o qué no hacer?

Aquí hay algunas ideas para compartir con alguien que esté planeando visitar a una persona que sufre de esta enfermedad.

* Se recomienda que planifique la visita, sobre todo para que se ajuste a aquella franja horaria en la que el enfermo esté más tranquilo y lúcido. Puede llevar algún tipo de objeto, como fotos para ver, libros para leer, etc.

* Muéstrese tranquilo y quieto. Utilice un tono de voz relajado y medio. Evite los tonos altos y exagerados, como si hablara con un niño. Respete el espacio de la persona con Alzheimer, su entorno, y muéstrese cercano, pero no excesivamente familiar.

* Trate de establecer el contacto visual y llamar a la persona por el nombre para conseguir su atención. Probablemente el enfermo le pregunte quién es usted, recuérdeselo amablemente cada vez que le pregunte, o le vea que duda.

* También es muy común, que el enfermo le confunda, no argumente, ni trate de explicarle. Actúe de forma natural y cercana, y siga con la conversación.

* No tome como algo personal, si el enfermo no le conoce, se siente confuso, o si llega al enojo.

* Si le hace preguntas, que sean Preguntas cerradas o abiertas simples (¿Cómo estás hoy?, ¿Quieres ver la tele? o ¿Tienes hambre?)

* No es conveniente hacer preguntas que impliquen recordar el pasado esto les resulta difícil y les afecta negativamente su estado de ánimo. Tampoco preguntas que requieren mucha reflexión (¿Qué programa de televisión quieres ver?)

* Estar de ánimo y ser positivo, ya que ellos pueden sentir si uno está de mal humor. Antes de entrar a la visita poner a la persona enferma en primer plano y dejar todo sentimiento negativo atrás.

* Cuando es preciso cambiar de tema conviene cambiar la posición física de la persona (sentado, de pie, ir a otra habitación) o cambiar de actividad (ir de paseo, jugar un juego) o introducir otro tema de conversación.

Qué actividades podemos hacer con el enfermo al que visitamos?

- Mirar libros o fotos, conversando sobre hechos del pasado que le sean gratos
- Hacer una caminata de la extensión que el enfermo pueda afrontar y que le sea grata
- Jugar a las cartas (juegos sencillos, que no lo estresen)
- Escuchar música suave, recordar canciones que cantaba antes de enfermar
- Leerle relatos o poemas cortos, o incentivarlo para que él nos lea
- Si tiene formación religiosa, ayudarle a recordar alguna oración breve y el sentido de la misma, haciéndole presente, en la medida en que pueda entenderlo, que el amor de Dios siempre lo está cobijando con ternura de padre.

En todo momento, tener presente que el enfermo no se comporta de determinada manera porque es descortés, sino porque la enfermedad puede tornarlo más sensible o irritable. Es fundamental respetar el tiempo durante el que la visita le es grata, y retirarse cuando se observan signos de fatiga.

Nunca se puede estar seguro de qué es lo que pasa por su cabeza, pero lo que sí se puede dar por hecho es que el enfermo de alzheimer precisa del contacto y del calor de otras personas. Él, más que nadie, necesita saber que no está sólo en el mundo. Por ello, aunque no nos reconozca, no dejemos de regalarle una sonrisa, un guiño o un abrazo cada vez que lo veamos. No cabe duda de que lo agradecerá. Si actuando con delicadeza logramos que capte que Jesús nunca lo abandona, que siempre está a su lado sosteniéndolo y amándolo, se sentirá más confortado; no olvidemos que estos enfermos anhelan sentirse amados y cobijados, por eso la certeza de que el Señor está junto a ellos rodeándolos con su amor y abrazándolos con ternura les ayudará a superar el sentimiento de soledad y desamparo.

TRABAJO PRÁCTICO No.1

- Entrevistar a una persona que esté o haya estado en contacto cercano con un enfermo del mal de Alzheimer o de algún tipo similar de demencia (sea en domicilio privado, en geriátricos, hogares, hospitales)

- Procurar que relate las dificultades que tuvo que superar, y qué elementos (actitudes, situaciones, personas, etc.) le sirvieron de apoyo y ayuda.

- Realizar una síntesis escrita de lo conversado.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: reflexiones; acompañamiento al trasplantado

Definición: el trasplante es un procedimiento médico que consiste en extraer un órgano o parte de un órgano que pertenece a un sujeto vivo o muerto, para ser implantado en otro individuo con sus funciones limitadas.

Los trasplantes plantean situaciones que tienen que ver con:

* El significado de la muerte
* La identidad humana
* Las fronteras entre los individuos y las especies
* La diferencia entre naturaleza y cultura
* Los valores culturales asignados al cuerpo
* La relación entre cuerpo e identidad personal

QUÉ ES LA DONACIÓN EN VIDA?

Los riñones y porciones de hígado, pulmón, intestinos y páncreas, así como fragmentos de piel, huesos, etc., pueden ser donados de una persona viva a otra. El personal médico en los centros de trasplante determina quién es el candidato para la donación en vida. Históricamente donantes en vida han sido parientes cercanos o amigos del beneficiario. La donación en vida de personas que no se conocen entre sí, es más nueva.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS CADAVÉRICOS

La extracción o ablación del órgano a trasplantar se efectúa sobre una persona clínicamente muerta, conservando su circulación sanguínea y su

respiración por medios artificiales para evitar que los órganos se descompongan; es una donación cadavérica o, por mejor decir, una remoción o ablación cadavérica.

El trasplante de órganos de un cadáver a un receptor vivo sigue el siguiente circuito:

-detección del posible donante
-evaluación de los criterios de selección
-certificación de muerte del donante
-mantenimiento cadavérico
-entrevista con los familiares del fallecido
-distribución y asignación de órganos según un orden de prioridades
-ablación de los órganos a ser trasplantados
-implante en el receptor
-cuidados del pos-trasplante

CÓMO PREPARARSE PARA EL TRASPLANTE

El viaje que cada persona recorre hacia el trasplante es único. Algunas personas esperan durante largos períodos, ansiando el día en que las llamen para un trasplante. Otras llegan al trasplante con candidatos compatibles dispuestos a donar en vida y proceden rápidamente a la cirugía, para seguir su vida con un nuevo órgano.

Sin importar las circunstancias, a casi todas les resulta difícil absorber por completo el hecho de que tienen una enfermedad en fase terminal cuyo mejor tratamiento es un trasplante.

Con frecuencia el diagnóstico y la necesidad de realizar un trasplante llegan sin que haya una información adecuada, adaptada a las necesidades del paciente y de sus familiares. La vida de estas personas se ve afectada tras una noticia de este tipo, a todos los niveles: familiar, social, laboral, etc. Se hace necesario apoyarlos, ante todo, para que acepten y afronten de la mejor manera la enfermedad y la necesidad del trasplante. No hay que olvidar la importancia del apoyo que se pueda dar a la familia, ya que es esta la que va a estar en todo momento con la persona trasplantada.

Tanto el paciente como sus familiares cercanos, normalmente experimentarán miedo, angustia, ansiedad, desesperanza. Es frecuente el miedo a la muerte, y la angustia que genera pensar que alguien debió morir para que se produzca el trasplante. Hay que ofrecerles apoyo para que puedan superar el trance; es importante ayudarles a que controlen los pensamientos negativos; también debemos darle tranquilidad, por cuanto un trasplante puede mejorar notablemente la calidad de vida del paciente y de su familia, y la vida familiar y social podrá volver a reorganizarse.

El temor y la ansiedad se agravan debido al complejo sistema de evaluación para los trasplantes y el emparejamiento de órganos.

Una vez que el paciente ingresa a la lista de espera, es normal que sienta alivio y esperanza, y también temor y aflicción. Esperar el órgano de un donante

puede ser muy estresante, ya que no hay manera de saber cuán larga será la espera. En esta etapa es necesario movilizar todos los recursos anímicos y espirituales para superarla.

Puede suceder que mientras se espera, otros puedan obtener rápidamente sus trasplantes; para evitar aumentar la ansiedad o la desesperanza, hay que tener en cuenta que obtener un trasplante no es cuestión de llegar primero; la asignación de órganos se basa en muchos criterios, y cada paciente es único y es tratado y evaluado como tal.

Estar en la lista de espera simplemente significa que el equipo médico identificó al paciente como buen candidato para trasplante y está siendo tenido en cuenta para recibir un órgano.

Muchos candidatos y beneficiarios de trasplantes experimentan desafíos y crecimiento espirituales. Algunos encuentran que una enfermedad que amenaza su vida los hace cuestionar su fe; otros ven su fe fortalecida durante el proceso de trasplante. Su segunda oportunidad de tener una vida sana podría cobrar sentido con el conocimiento de que simultáneamente otro ser perdió la vida. Recibir el órgano de un donante puede producir un sentimiento de renacimiento espiritual. Es posible que esto provoque un profundo cambio en sus creencias, por lo que se hace muy necesario contar con guía y acompañamiento espiritual de alguien que esté preparado para asistir a pacientes con muy diversas vivencias y necesidades anímicas.

En la actualidad cada 27 minutos alguien en el mundo recibe un órgano trasplantado y cada 2 horas con 24 minutos un ser humano muere por no obtener el órgano que imperiosamente necesita. A medida que el número de pacientes en espera aumenta, también crece de manera proporcional la escasez de órganos a ser trasplantados. Esa espera es angustiosa, especialmente para los pacientes con fallos cardíacos y hepáticos, porque los sistemas de soporte vital para estas dolencias no se encuentran suficientemente desarrollados.

Hasta el momento es bajo el número de procedimientos de trasplante en relación con el número de habitantes que detenta la República Argentina, y las negativas familiares para autorizar la donación cadavérica alcanzan el 50 – 60% a los que se debe sumar como fracaso otro 20 – 25% de procedimientos abortados.

Tanto el equipo de salud como la población en general construyen sus representaciones alrededor de los trasplantes de órganos basándose en un discurso biomédico, en su interacción con otros potenciales donantes/receptores, y en sus propias experiencias de vida. Las imágenes y conceptos que ellos construyen socialmente acerca del procedimiento de trasplante se manifiestan en actitudes diversas, sea poniendo resistencia a la donación y a la ablación, o bien facilitándolas.

Las barreras culturales, las convicciones religiosas y las restricciones morales encierran los escollos más importantes a ser superados, porque allí radican las distintas fuentes de las nociones y representaciones que operan sobre el equipo médico y el público en general respecto de la aceptación de los trasplantes.

Uno de de los problemas más relevantes es el que refiere a la noción de identidad personal y al papel que ésta juega en relación al trasplante de órganos entre seres humanos.

Cuando se intenta poner en marcha un operativo de ablación y trasplante surgen ciertas preguntas: ¿continuaré siendo yo mismo cuando incorpore a mi cuerpo un fragmento corporal que me es ajeno?, ¿ese elemento extraño podrá con propiedad ser designado como algo que me pertenece?, yo mismo, si muero, ¿continuaría siendo quien soy si me incorporara al organismo de otro? Y en todos estos supuestos ¿cuál es el límite entre mi yo y los otros yoes, entre interioridad y exterioridad, entre identidad y alteridad?

El proceso de apropiación de un órgano ajeno, en tal caso, se ve dificultado por la sencilla razón de que la identidad no comprende únicamente a la sustancia pensante o conciencia sino que incluye el propio cuerpo, que es a la vez corporeidad (materia objetiva) y corporalidad (cuerpo vivenciado o experiencial, el cuerpo tal como uno lo vive, lo piensa y lo siente).

No puede pretenderse que la biología de una persona cambie y que ella continúe siendo exactamente la misma, aunque esa modificación orgánica esté dictada por la enfermedad que padece. Es lícito pensar, por el contrario, que la alteración de su cuerpo transformará también su manera de ser y, con ella, la manera de adecuarse el nuevo cuerpo al mundo. Por eso, podemos suponer que el fenómeno del rechazo no se agota en el ámbito biológico sino que también abarca un psico-rechazo, en tanto hacerse cargo de un elemento ajeno que ingresa a su cuerpo e intenta formar parte del yo, acaba por perturbarlo emocionalmente, pues distorsiona su esquema corporal y sus mecanismos de reconocimiento de sí mismo.

Admitiendo de buen grado que el cuerpo humano es una construcción simbólica más que un dato en sí, un resultado del entrelazamiento de lo físico, lo social y cultural, podemos asegurar que en nuestra comunidad concreta pueden entreverse distintos posicionamientos respecto del cuerpo. Hay dos figuras básicas: la del cuerpo-máquina (típica de la visión reductiva de cuño biologicista, que reduce el cuerpo a un "objeto" del que me sirvo), y la del cuerpo-propio o vivido (en la cual el yo no puede pensarse separado de su contracara corporal). Según se vuelquen hacia una figura u otra, las personas se mostrarán psicológicamente inclinadas a donar y recibir órganos, o bien se negarán a hacerlo. Importa destacar, en cualquier caso, que siempre el cuerpo representa un valor para otras personas o para sí mismo, aún después de muerto.

Por un lado, los individuos proclives a donar entienden que la muerte pone fin a la utilidad del cuerpo, tanto para el fallecido como para sus allegados. El cadáver es mirado con desapego porque resta un envase inútil y deshumanizado. La posibilidad de participar como donante post-mortem de un trasplante es una estrategia de puesta en valor del cuerpo, con lo cual el desguace que implica la ablación es tolerado estoicamente y aún disfrutado. Dentro de una sociedad atravesada por las relaciones mercantiles y por los reclamos utilitarios, volver provechoso el material de desecho tiene por fuerza que verse con agrado, especialmente si es el propio donante el que activamente se anticipa a la descomposición que lo acecha y decide "reciclar" una parte de su cuerpo.

Por otro lado se conforma el grupo de aquellos que perciben y valoran su cuerpo como parte inseparable del yo, el de los que entienden al cuerpo como realidad inescindible de la mismidad, y para los cuales donar significaría, sin más, donarse, entregarse, inmolarse. La terminología popular apunta a expresar esta realidad con imágenes crueles: desarme, mutilación, vaciamiento, descuartizamiento y demás expresiones semejantes que subrayan el hecho de que en la continuidad vivo – muerto se mantiene la unicidad de la persona y de su yo. En otras palabras, se rechaza la idea de que el morir humano pueda ser análogo a la desintegración de lo inorgánico o a la terminación de las cosas. Si se considera que el cuerpo muerto no pierde necesariamente todo valor por el hecho de yacer inerte, si el yo mantiene algún tipo de conexión íntima con el cuerpo en que encarnó, es de esperar que este grupo de personas se niegue ya en vida a ser tratado en el futuro como cosa, como resto mortal extinto, y rechace la posibilidad de donar sus órganos.

Estas consideraciones nos llevan a abordar el problema de la certificación de la muerte, que va asociada al respeto y defensa de la vida.

La adecuada certificación de la muerte tiene que ver con la certeza de que el diagnóstico de muerte será inequívoco; hay que tener en cuenta que no podemos establecer el momento exacto de la muerte, ya que se trata más bien de un proceso. La medicina actual cuenta con dos medios para certificar el fallecimiento: criterios cardiocirculatorios y criterios neurológicos. Los primeros son los signos clásicos: ausencia de conciencia, de pulso, de respiración, palidez, frialdad, rigor mortis. Según los criterios neurológicos, la muerte es la pérdida irreversible de la capacidad y contenido de la conciencia, en tanto proveedora de los atributos humanos esenciales, del más alto control funcional, e integradora del organismo. En la muerte no hay integridad, no hay coordinación, puede funcionar el corazón por su parte, pero el individuo está muerto porque no hay coordinación ni integración. Juan Pablo II expresó en 2000: "La muerte de la persona es una sola y consiste en la total desintegración de esa unidad que es la persona misma [...] Los signos biológicos ciertos, que la medicina ha aprendido a reconocer con mayor precisión, son solo para reafirmar que la persona ha muerto realmente [...] El profesional médico que tenga la responsabilidad de certificar la muerte, podrá servirse del método que las ciencias biológicas le propongan (entre ellos los criterios neurológicos) en la medida en que su juicio ético le confiera la certeza moral necesaria para saber que su conclusión ha sido correcta".

EL POST-TRASPLANTE

Es muy frecuente que tras el implante de un nuevo órgano, el paciente experimente algunas alteraciones psicológicas. En la fase inmediata a la operación, mientras está en el hospital, el éxito del trasplante hace que experimente una mejoría, y eso puede generarle cierto grado de confianza y optimismo. No obstante, puede presentar trastornos de ansiedad, miedo, depresión, particularmente mientras está en la unidad de cuidados intensivos Esto podría deberse a que en dicha fase el paciente se halla peor físicamente y a que la situación de la UCI posee una serie de características específicas que dan lugar a que pueda considerarse como una situación estresante: espacialidad (hay máquinas que invaden el espacio del paciente, luz artificial, ruidos

monótonos, etc.), temporalidad (se pierden los ritmos naturales del día y la noche, la percepción de la muerte pasa a un primer plano debido al fallecimiento de otros pacientes, etc.) y despersonalización (el personal sanitario no establece una relación personal con los pacientes debido a la urgencia que requiere la intervención terapéutica, a que la duración de la estancia del paciente es corta, a la mediatización interpersonal por las máquina.

El regreso al hogar plantea también algunos problemas de orden psicológico. Si bien la vuelta a su entorno y a su familia le permitirá ir recuperando sus hábitos, se sentirá más desprotegido que cuando estaba en el hospital. Esto generará en él actitudes positivas y también miedo y angustia. A esto se puede sumar el temor al rechazo del órgano implantado, y a que aparezcan signos negativos que pongan en riesgo el éxito del trasplante y su misma vida.

CÓMO PODEMOS AYUDAR AL PACIENTE TRASPLANTADO A TRANSITAR ESTAS ETAPAS?

Para reducir el nivel de ansiedad es bueno atender aspectos fisiológicos; acompasar el ritmo respiratorio y procurar una buena relajación ayudarán mucho en este terreno. Son pequeñas cosas en las que podemos cooperar, que contribuirán a mejorar su estado de tensión.

En el terreno psicológico, resultará de ayuda inducir al paciente a que exprese sus sentimientos, sus emociones, sus miedos e identifique sus pensamientos negativos; de esta forma se abrirá el camino para que procure enfrentarlos, darles su real dimensión, y hasta desterrarlos. Esto no es tarea fácil ni de resultados inmediatos; cuando visitemos a una persona trasplantada, hemos de tener mucho tacto y paciencia para permitirle expresar lo que siente; sus preocupaciones o sus temores pueden parecernos excesivos, pero es lo que él está vivenciando. Escucharlo con mucha delicadeza es fundamental para que logre poner en palabras sus sentimientos, dudas, miedos.

El estado de ánimo es un aspecto primordial a tener en cuenta. Para mantener un buen estado de ánimo es necesario tener una vida relativamente activa. Por ello será de ayuda procurar que el paciente, dentro de sus posibilidades, realice algunas actividades que le resulten gratificantes. Si debe guardar reposo podremos proponerle algún juego de mesa, o leer algo juntos y comentarlo (diario, revista, libro, etc.), o alguna manualidad sencilla; si puede deambular, un paseo corto, una visita en auto a algún lugar interesante de la ciudad, una mateada en un parque, en fin, cada Agente de Pastoral verá qué es lo más conveniente para el enfermo.

Será bueno ayudarle a que programe su día y organice su tiempo en función de tareas o acciones que, sin exigirle demasiado ni producir desgaste, impliquen un cierto grado de ocupación, lo que mejorará su estado anímico.

En esto es importante ir detectando las capacidades y competencias individuales del paciente, y estimularlo para que las ponga en acción, de tal modo que asuma responsabilidades en relación con la propia salud y con su calidad de vida, y se vaya preparando para integrarse a la vida cotidiana. Para ello será conveniente potenciar progresivamente su autonomía, de modo que su integración se realice de manera gradual y sin mayores sobresaltos.

TRABAJO PRÁCTICO No.2

1. Qué opinión personal tiene sobre el trasplante de órganos?
2. Estaría dispuesto a que a su muerte se utilice alguno de sus órganos para trasplante? Por qué?
3. Lee atentamente el texto que sigue, que es un fragmento de la exhortación del Papa Francisco EVANGELII GAUDIUM. Procurá aplicar lo que el Papa nos dice, a nuestra actividad como Agentes de Pastoral de la Salud. Seleccioná algún breve pasaje y escribí una reflexión sobre ello.

272. [...]Sólo puede ser misionero alguien que se sienta bien buscando el bien de los demás, deseando la felicidad de los otros. Esa apertura del corazón es fuente de felicidad, porque « hay más alegría en dar que en recibir » (Hch20,35). Uno no vive mejor si escapa de los demás, si se esconde, si se niega a compartir, si se resiste a dar, si se encierra en la comodidad. Eso no es más que un lento suicidio.

273. La misión en el corazón del pueblo no es una parte de mi vida, o un adorno que me puedo quitar; no es un apéndice o un momento más de la existencia. Es algo que yo no puedo arrancar de mi ser si no quiero destruirme. Yo soy una misión en esta tierra, y para eso estoy en este mundo. Hay que reconocerse a sí mismo como marcado a fuego por esa misión de iluminar, bendecir, vivificar, levantar, sanar, liberar. Allí aparece la enfermera de alma, el docente de alma, el político de alma, esos que han decidido a fondo ser con los demás y para los demás. Pero si uno separa la tarea por una parte y la propia privacidad por otra, todo se vuelve gris y estará permanentemente buscando reconocimientos o defendiendo sus propias necesidades. Dejará de ser pueblo.

274. Para compartir la vida con la gente y entregarnos generosamente, necesitamos reconocer también que cada persona es digna de nuestra entrega. No por su aspecto físico, por sus capacidades, por su lenguaje, por su mentalidad o por las satisfacciones que nos brinde, sino porque es obra de Dios, criatura suya. Él la creó a su imagen, y refleja algo de su gloria. Todo ser humano es objeto de la ternura infinita del Señor, y Él mismo habita en su vida. Jesucristo dio su preciosa sangre en la cruz por esa persona. Más allá de toda apariencia, cada uno es inmensamente sagrado y merece nuestro cariño y nuestra entrega. Por ello, si logro ayudar a una sola persona a vivir mejor, eso ya justifica la entrega de mi vida. Es lindo ser pueblo fiel de Dios. ¡Y alcanzamos plenitud cuando rompemos las paredes y el corazón se nos llena de rostros y de nombres.

ENFERMOS MENTALES

La parroquia y el acompañamiento a los enfermos mentales

Decía Juan Pablo II, hablando de la acción pastoral de la parroquia con los enfermos. «Ha de procurar sostener y promover cercanía, presencia, diálogo, participación y ayuda concreta para con el hombre, en los momentos en que la enfermedad y el sufrimiento ponen a prueba, no sólo su confianza en la vida, sino también su misma fe en Dios y en su amor de Padre». (ChL 54)

Esto es todo un programa de acción para acompañar a los enfermos mentales.

El camino de cada uno de estos enfermos, la vida de cada uno de estos enfermos es muy dura. Son los enfermos que más sufren. No sólo padecen en su cuerpo, sobre todo, son las enfermedades del alma las que les desquician. Y en la mayoría de ellos para toda la vida. Hay que acompañarles en su camino y ofrecerles con generosidad nuestra ayuda.

ACOMPAÑAR SUPONE

* No marginarles,ni minusvalorarles.
* Ofrecerles en cada caso concreto lo que necesitan en todas las dimensiones de la persona:en lo físico, psíquico, social, sanitario, económico, laboral, familiar, religioso, cultural, etc.
* Darles cercanía, confianza, amor, evitando su pegajosidad, pues con frecuencia son pesados y reiterativos y buscan protagonismo.
* Aguantar sus rarezas sin incomodarse.
* Infundirles ánimo, fuerza y esperanza.
* Ofrecerles la oportunidad para que puedan contar y compartir lo que llevan dentro, en su interior, sabiendo dilucidar lo que quieren decirnos, comunicarnos.
* Observar al enfermo mental, porque sus expresiones faciales, su tono de voz,sus movimientos de cuerpo, sus gestos nos pueden ayudar a leer sus emociones. Por ejemplo: Si cuando se les hace una pregunta su cuerpo se pone rígido, si sus puños se contraen y si sus mandíbulas se ponen tensas, podemos interpretar que lo que contesta, lo que dice con sus palabras es lo contrario de lo que sienten sus emociones.
* Dialogar que supone escuchar activamente, respondiendo a lo que dice el enfermo mental, de manera que se de cuenta de que le estamos comprendiendo, atendiendo.
* Aconsejar,ayudandoles a que ellos mismos solucionen sus problemas. Hemos de aconsejarles cuando están perturbados y explicarles y aclararles sus equivocaciones, sus dudas.
* El enfermo ha de tener garantía de que se guardará el secreto de lo que es confiado por él.
* Al enfermo mental ha de dársele tiempo para que diga lo que desea comunicarnos.

* Comprender, es decir, ponerse en su situación.
* Ayudarle a cultivar actitudes y comportamientos positivos y sanos: paciencia activa, sentirse útil, preocuparse por los otros, ser agradecido, ser indulgente con los otros, asumir su situación, colaborar con los sanitarios, tener ganas de vivir, cultivar las relaciones sanas con los otros, con Dios, si es creyente.
* Defender su dignidad y sus derechos para que se les trate como personas.
* A los creyentes cristianos hay que ofrecerles al Gran Compañero: Jesucristo que sale a su encuentro a traves de los hermanos en la fe, de su Palabra y de los sacramentos y la oración.
* No tenerles miedo.
* Que se les reconozca, si son cristianos, sus derechos como bautizados y se les atienda religiosamente en su situación.

¿QUE HACER EN CONCRETO?

SUGERENCIAS

* Visitarles en sus casas y en los hospitales.
* Crear y potenciar grupos y asociaciones que promuevan la salud integral de estos enfermos y trabajar por la humanización de este mundo de la salud mental.
* Denunciar cuanto vaya contra los derechos y la dignidad de los enfermos mentales.
* Trabajar con los grupos, las instituciones, las asociaciones privadas o públicas, como voluntarios, que se preocupan de la asistencia integral de estos enfermos y de sus familias.
* Animar y buscar familias que acojan en su hogares a enfermos mentales que no tienen familia o se han desatendido de ellos, así como apoyar a estas familias con formación e información y ayuda para que puedan cumplir su generosa y difícil misión.
* Si no existen crear,tratar de crear lugares de encuentro para estos enfermos. Estos lugares de encuentro supone: local con las suficientes dependencias, un equipo de agentes cualificados para atenderlos y acompañarles: psiquiatra, psicólogo, asistente social, sacerdote.
* Tener reuniones de formación religiosa con estos enfermos.
* Hemos de tratar de establecer una relación fluida entre el equipo de pastoral psiquiátrica parroquial y los profesionales que atienden a estos en¬fermos en los hospitales, centros de salud, talleres ocupacionales, etc.
* Sensibilizar a la parroquia y a la sociedad y animar a la parroquia y a la sociedad a que acompañe a estos enfermos; indicarles los cauces que existen en la parroquia y fuera de ella.
* Exigir al Estado a las Autoridades Sanitarias que se creen lugares de acogida y encuentro para estos enfermos, si realmente no existen o son insuficientes.

TRABAJO PRÁCTICO No.3

* ¿Qué actividades o acciones escogerías tú como más importantes y necesarias en el acompañamiento de estos enfermos?

TEXTO EVANGELICO
San Mateo 26, 36-46.

* ¿Qué te sugiere el texto evangelico leido?

ORACION PARA ORAR EN EL GRUPO A LA VIRGEN MARIA

Madre de todos los sufrimientos,
mujer acogedora de todos los llantos.
Madre que acompañas a todos los enfermos,
sobre todo a los angustiados,
a los tristes, a los desorientados,
a los marginados, a los que no tienen a nadie
que les acompañe en su dolores y sufrimientos.
Madre de todas las lágrimas,
de enfermos incurables,
de los crónicos, de los enfermos mentales.
Madre, acompaña a estos enfermos:
escúchales, infúndeles ánimo,
esperanza y fuerza
para luchar y salir de su temor,
de su angustia y de su miedo.
Madre, ayúdales a sentirse útiles,
a preocuparse por los demás,
a tener ganas de vivir.
A nosotros, Madre, infúndenos tu espíritu,
para que acompañemos a los enfermos mentales,
les ofrezcamos nuestra amistad,
les comprendamos y les ayudemos
en cuanto necesitan en su cuerpo y en su espíritu.
Amén