

Guía de apoyo emocional para conectar en positivo con la nutrición enteral



Dietas de
Nutrición
Enteral



Guía de apoyo emocional para conectar en positiva con la nutrición enteral

Autores



COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Maria Ballesteros Pomar*

Médico especialista en Endocrinología
y Nutrición

Maria Pilar García Pérez

Enfermera de la Unidad de Nutrición
Clínica y Dietética

Pilar Valbuena Álvarez

Psicóloga Clínica

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA / NAFARROAKO OSPITALE UNIBERSITARIOA

M^a Estrella Petrina Jáuregui*

Médico especialista en Endocrinología
y Nutrición

Ana Zugasti Murillo

Médico especialista en Endocrinología
y Nutrición

Maite Yeregui Balda

Enfermera sección Nutrición Clínica
y Dietética

CONSEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

Bárbara Canovas Gaillemín*

Médico especialista en Endocrinología
y Nutrición

Miguel Araujo Ordóñez

Médico especialista en Geriátría

Noelia Fernández Pérez

Psicóloga Clínica

Gerardo Moreno Segura

Enfermero de Nutrición

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Olga Sánchez-Vilar Burdiel*

Médico Especialista en Endocrinología
y Nutrición

Mónica Jiménez Giménez

Psicóloga Clínica

Araceli Martín Rodríguez

Enfermera

HOSPITAL REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

María José Molina Puerta*

Médico Especialista en Endocrinología
y Nutrición

Victoria Fernández Ruiz, Carmen Jiménez

Pavón, Inmaculada Montero Monterroso

Enfermeras educadoras en Nutrición

José Diéguez Sánchez

Psicólogo Clínico

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA DE MURCIA

Mercedes Ferrer Gómez*, Marta Arraez y M^a Victoria García Zafra

Médico Especialista en Endocrinología
y Nutrición

Juan Francisco Sánchez Romera

Psicólogo General Sanitario

Virginia Esperanza Fernández Ruiz

Enfermera y Dietista Nutricionista

COORDINACIÓN CIENTÍFICA

Gemma Peralta Pérez

Psicóloga Sanitaria. Menta Barcelona.
Profesora asociada UAB

* Coordinadora del grupo de trabajo

Nota: Orden alfabético del centro de trabajo.

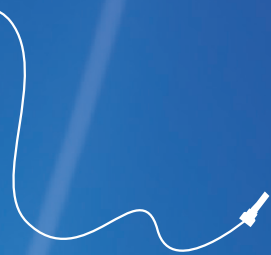
Índice



①	El primer contacto con el paciente	pág. 10
②	La importancia de la comunicación no verbal.....	pág. 14
③	Cómo identificar la esfera emocional del paciente	pág. 22
④	Habilidades para tratar las emociones	pág. 28
⑤	Cómo informar sobre la importancia de la nutrición enteral	pág. 36
⑥	Gestión del entorno familiar	pág. 46
⑦	Orientación al alta hospitalaria.....	pág. 52
⑧	Guía breve de consejos de actuación	pág.. 60
⑨	Anexos.....	pág. 68
	Anexo 1. Dudas más frecuentes en NED	
	Anexo 2. Salud y enfermedad, un concepto transcultural	



Introducción



El correcto mantenimiento del estado nutricional de un paciente es un requisito fundamental para asegurar una respuesta adecuada a la terapia y mejorar el pronóstico. En este sentido, es notable el desarrollo científico alcanzado por las técnicas de nutrición enteral disponibles hoy día.

No obstante, existe todavía una parcela asistencial en estos pacientes aún no cubierta de forma satisfactoria, y es la atención a los aspectos emocionales que rodean a la nutrición enteral, y más concretamente la **nutrición enteral por sonda**. El sentir general de muchos especialistas coincide en valorar la **gestión emocional del paciente** como un factor indispensable para coadyuvar al éxito de las indicaciones de nutrición enteral; sin embargo, por diversas causas, esta atención emocional no suele ser incorporada como parte sustancial de los protocolos asistenciales, ni existe bibliografía de referencia *ad hoc* para la actualización en este ámbito.

Conscientes de esta realidad, Nestlé Health Science ha impulsado diversas actividades encaminadas a empoderar a los profesionales sanitarios en la mejor gestión emocional del paciente y sus cuidadores.

Fruto de este proyecto es esta *Guía de Apoyo Emocional para Conectar en Positivo con la Nutrición Enteral*, resultado del trabajo de debate y consenso desarrollado por un grupo multidisciplinar de expertos en endocrinología y nutrición, enfermería y psicología clínica, de 6 hospitales españoles.

Esta Guía, que constituye una novedad en el campo de la valoración emocional y psicológica del paciente subsidiario de nutrición enteral, ofrece a la comunidad científica un recurso de apoyo a la asistencia a partir de la experiencia y la reflexión de sus autores.

Esperamos que esta primera aportación sea de utilidad y centre la atención sobre un área asistencial que determina, en gran medida, los resultados positivos de la nutrición enteral por sonda.

Comité Científico

① El primer contacto con el paciente



La indicación de nutrición enteral por sonda abarca a un amplio espectro de pacientes y situaciones clínicas. Los consejos de apoyo emocional recogidos en esta guía van dirigidos al abordaje de aquellos pacientes que conserven un mínimo proceso de decisión y razonamiento. En este sentido, la presente guía excluye a los pacientes con demencia o con discapacidad intelectual moderada o severa, pero pretende ser de utilidad para la comunicación y el apoyo emocional de los cuidadores.

En el momento en que nos encontramos ante un paciente subsidiario de nutrición enteral o que, en su caso, ya tuviera colocada la sonda, es importante considerar los siguientes aspectos:

Conocer información clínica del paciente:

- Resulta clave, previo a la indicación de la sonda, conocer la **patología de base**, la **intención curativa/paliativa** del tratamiento propuesto para la misma y el **tiempo** que el paciente precisa la sonda, ya que las expectativas pueden variar.

Al valorar las expectativas, es mejor centrarse en el aquí y ahora e ir facilitando la información de forma gradual.

Ejemplo:

“no vamos a pensar ahora en cuánto tiempo, sino valorar ahora mismo lo que podemos mejorar y cómo manejarlo con la nutrición”.

- Averiguar la **información que posee el paciente** acerca de su patología y la evolución de la misma, e ir adecuando a ello las evaluaciones de su estado nutricional y la necesidad de nutrición artificial enteral.
- Así mismo, es importante conocer la existencia o no de **voluntades** anticipadas.

12

Primeras expectativas:

Esta primera información y el inicio del contacto con el paciente también determinan que el profesional sanitario cree unas primeras expectativas sobre el caso que se le presenta. Recordemos que una expectativa es algo que una **persona considera que puede ocurrir**, una suposición enfocada en el futuro, acertada o no. Será importante, por tanto, tener en cuenta este aspecto pues la emisión de expectativas sobre el paciente puede condicionar las actitudes del profesional para que éstas se cumplan.

Es importante identificar en base a qué señales o variables se crean estas expectativas para después comprobar, durante la entrevista o contacto con el paciente, si realmente se cumplen o por el contrario se trataba de falsas suposiciones. Por ejemplo, en ocasiones se puede pensar que el paciente no entenderá las indicaciones técnicas de la sonda y luego se comprueba que no es así.

En cualquier caso, aclarar y respetar la autonomía del paciente durante todo el proceso, así como las decisiones participadas desde una información veraz, constituyen una base indudable de la relación del profesional sanitario con este tipo de pacientes.

② La importancia de la comunicación no verbal



Cualquier paciente que acude a una consulta desea, además de encontrar solución para su problema clínico, que el profesional sanitario que le atiende se comunique bien con él. Esta comunicación eficaz con el paciente se podría traducir en que éste sea escuchado (30%), que reciba una explicación clara del diagnóstico (16%) o que pueda aclarar sus dudas de forma satisfactoria (11%).

En la comunicación con el paciente es clave considerar la información que se genera a través de la comunicación no verbal, que puede ayudar a conocer el estado emocional del paciente.

Algunos de los canales o tipos de emociones que utiliza la comunicación no verbal son:

15

Expresiones faciales:

Son el termómetro más claro que muestra qué tipo emociones sentimos y dónde focalizamos la atención al comunicarnos. El rostro es capaz de comunicar, sin palabras, alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, asco y desprecio.

Gestos:

Son uno de los canales de comunicación no verbal que incorpora un mayor componente cultural. Hay que saber diferenciar los distintos tipos de gestos:

- **gestos emotivos o patógrafos:** expresan emoción en sí mismos, como la sonrisa en estado de felicidad, o mirada perdida y gesto cabizbajo en la tristeza.
- **gestos emblemáticos:** que tienen sentido por sí solos (por ejemplo, negar con la cabeza o con el dedo índice).
- **gestos reguladores:** o de afecto, que nos ayudan a dirigir la interacción o a transmitir sentimientos (asentimiento con la cabeza, mirada fija como signo de atención y escucha activa).
- **gestos adaptadores:** con los que se intenta sublimar o superar una situación incómoda en la interlocución (por ejemplo, mesarse el cabello o jugar con un lápiz al estar nervioso).

Posturas:

La exposición y la orientación de nuestro torso demuestran el grado de interés y de apertura hacia los demás. Además, las posturas indican el estado emocional y, al mismo tiempo, influyen en el estado de ánimo.

Apariencia:

Nos informa de la edad, el sexo, el origen, la cultura, la condición socioeconómica, etcétera, de una persona. Este canal tiene una influencia fundamental sobre la comunicación no verbal.

17

Es importante observar, a través de la comunicación no verbal del paciente, en qué estado emocional puede encontrarse. Para ello abordamos a continuación algunas indicaciones de las señales no verbales ante las **emociones negativas**, la tristeza, el miedo y la ira o la rabia.

- Las tres características gestuales de la **tristeza** son la elevación de las cejas hacia el interior, la caída de las comisuras de los labios y la subida del mentón. En ocasiones, la tristeza también puede expresarse con las cejas hacia el centro sobre la nariz. También son tí-

picos de la tristeza la caída de los párpados superiores, la mirada baja o mirada perdida, y los ojos vidriosos por el exceso de secreción lagrimal.

- Las dos características que expresan el **miedo** son la elevación de los párpados superiores y la retracción o estiramiento horizontal de los labios. El miedo también puede provocar tensión en los párpados inferiores, y apertura de los labios, aunque siempre continuarán las comisuras retraídas horizontalmente. Si es muy intenso, el miedo provoca incluso la tensión y contracción del cuello, como si la cabeza retrocediera sobre sí misma.
- Las tres unidades de acción más características asociadas a la **ira** son juntar y bajar las cejas sobre la nariz, el popular ceño fruncido que tan mal aspecto confiere a la cara; la tensión en los párpados inferiores, reconocible porque pierden su curvatura habitual; y la proyección de la mandíbula hacia adelante. La ira también puede provocar tensión en los labios, que se muestran afinados o apretados y expresan, en ambos casos, un intento de contención o disimulo. Cuando no hay esa contención, puede subir el labio superior, dejando a la vista los dientes superiores. También se pueden abrir los labios en forma de embudo, y en algunos casos se percibe la dilatación de las fosas nasales.



Tristeza

- Elevación de cejas
- Caída de comisuras labiales
- Subida del mentón
- Caída párpados superiores
- Mirada baja
- Ojos vidriosos



Miedo

- Elevación párpados superiores
- Retracción horizontal de labios
- Tensión párpados inferiores
- Contracción cervical



Ira o rabia

- Ceño fruncido
- Labios apretados
- Dilatación fosas nasales

Será importante, por tanto, observar al paciente al que se le propone la sonda:

- Gestos faciales en el momento en que se le comunica que hay que utilizar la sonda.
- Cuando captemos qué emoción está mostrando, comunicarle qué siente ante lo que le estamos diciendo, que él ponga palabras a sus gestos emocionales.
- Darle *feed-back*, si él no expresa su emoción, de la emoción que nosotros estamos captando.

20

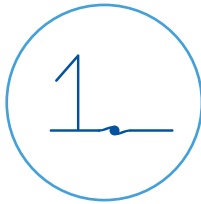
Por ejemplo, si observamos que el paciente muestra miedo cuando le proponemos la sonda podemos comunicarle:

- *“¿está sintiendo alguna sensación ante lo que le estoy proponiendo?”*
- *“sería también importante que me dijera qué está sintiendo ante esta propuesta”.*

Si vemos que no transmite lo que siente podemos comunicar:

- *“parece que está sintiendo usted temor ante lo que le estoy explicando, ¿es así?”*

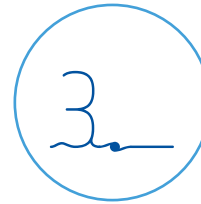
El profesional sanitario deberá:



observar la comunicación no verbal en el paciente al proponer la sonda.



preguntarle qué está sintiendo ante la propuesta.



si no comunica qué siente, reformular la emoción (*“observo que..., ¿es así?”*).

3) Cómo identificar la esfera emocional del paciente



Cada persona pertenece a un entorno familiar y social que, sin duda, se ve afectado y alterado a distintos niveles cuando se presenta una enfermedad, que determina cambios en muchos aspectos, entre ellos uno tan básico como es la forma de alimentación.

En la asistencia integral del individuo enfermo se impone, por tanto, la identificación de las diversas formas de reacción al dolor, tanto físico como emocional; la reacción al sufrimiento; la vivencia de la incertidumbre ante un diagnóstico; la hospitalización; los diversos tratamientos; la propia ansiedad que provoca estar enfermo y en un lugar extraño; o, también, los factores que retardan o impiden la recuperación, desafortunadamente no siempre física, pero sí emocional.

El paciente subsidiario de sonda puede llegar a presentar actitudes o emociones que entorpezcan el manejo de la enfermedad, como son la negación, la autocompasión o autovictimización, los sentimientos de culpa, el estrés o la depresión.

Se han descrito **5 etapas de adaptación** a la pérdida de salud ante un diagnóstico o a un cambio de tratamiento que supone un hábito básico. Estas etapas, que no tienen por qué ser consecutivas, son:

1. Negación

No insistir en que el paciente acepte la situación de inmediato, debe contar con tiempo para asimilarlo. Una negación persistente significa que el paciente aún no estaba preparado emocionalmente para asimilar un cambio en el tratamiento

2. Ira

El paciente puede, incluso, enfrentarse verbalmente con el médico, enfermeras y demás personal

3. Tristeza y depresión

El paciente se da por vencido, con alteraciones del sueño, desinterés por la comida y aislamiento de su entorno

4. Ansiedad

Puede aparecer en la medida que empieza a aceptar el cambio y anticipa lo que puede ocurrirle o las dificultades que encontrará

5. Asimilación

Aunque esta asimilación no implique necesariamente la aceptación del cambio que ha de llevar a cabo, en este caso la nutrición por sonda

El duelo adaptativo del paciente

1. Negación	“no pasa nada, me encuentro bien”
2. Ira	“¿por qué me ha de pasar esto a mí? no me lo merezco”
3. Tristeza / depresión	“nunca más volveré a ser como antes, no remontaré”
4. Ansiedad	“esto no me irá bien, iré a peor cada día”
5. Asimilación	“no es tan grave como pensé, puedo ir llevando mis cosas sin tanto problema”

¿Cómo podemos conocer sus emociones?

25

Además de interpretar la comunicación no verbal, como se abordó en el apartado anterior, se recogen a continuación algunas premisas que pueden ayudar en la indagación emocional.

a. Es mejor entrar en el primer contacto con el paciente preguntando, no afirmando.

Ejemplos:

- *“estamos aquí primero para conocer cómo se siente; las emociones también son importantes en este momento”.*

- *“¿cómo se siente en este momento?; ¿qué información le han dado sobre la nutrición por sonda?”*

b. Si al preguntar cómo se siente notamos que siente bloqueo o que no identifica la emoción podemos nombrar algunas.

Ejemplos:

- *“¿se siente usted triste?”*
- *“¿siente constantemente que está tenso o siente miedo al pensar en alimentarse por sonda?”*
- *“¿qué sensaciones tiene, ahora que ya lleva un par días utilizando la sonda?”*

c. En este momento es clave comunicar que estas emociones forman parte de un proceso adaptativo a la situación actual en la que se encuentra.

Ejemplos:

- *“saber cómo se siente ahora, cuando le hablamos de la nutrición por sonda, puede ayudarnos a comprender su estado y así poder acompañarle mejor en este momento”.*

- d. Validar las emociones ayuda a que el profesional no se anticipe o etiquete de forma equivocada al paciente. Por tanto, identificar las emociones del paciente ayuda a crear un mejor vínculo con él y a que esté más receptivo.**

Ejemplos

- *“si he entendido bien, por lo que me cuenta, probablemente diría que siente Vd. miedo; ¿es así?”*
- *“por lo que observo en sus gestos cuando he hablado de ponerse una sonda de nutrición enteral, creo que ello le produce temor, ¿no?”*
- *“es probable que sienta Vd. miedo cuando piensa en cómo va a utilizar la sonda”.*

27

- e. Hacer referencia a la idea de que sentirse ahora emocionalmente mal no significa que vaya a mantener constantemente ese estado.**

Ejemplos:

- *“el hecho de que ahora se encuentre vd. en un momento tan delicado emocionalmente no quiere decir que esta sensación sea constante y permanente a lo largo del tiempo”.*

④ Habilidades para tratar las emociones



Es frecuente que el profesional sanitario piense que tratar los aspectos emocionales del paciente le va a llevar mucho tiempo y, en ocasiones, puede considerar no saber qué hacer con las emociones que el paciente le comunique. A continuación, se recoge una serie de orientaciones y actuaciones que pueden ayudar a hacer este abordaje.

- a. Conocer, en una primera fase, el estado emocional del paciente ayuda a planificar cómo transmitir la información técnica sobre la utilización de la sonda, considerando las distintas situaciones:

Corregir ansiedad, tensión o nerviosismo:

Dar la información sobre cómo seguir el tratamiento de forma gradual y escalonada, comprobando que la recibe de forma adecuada.

Ejemplo:

- *“después de lo que yo le he explicado, ¿podría repetirme, con sus propias palabras, ¿cómo se utiliza la sonda?”*
- *“vamos a focalizarnos únicamente en este primer paso de cómo cambiar la sonda”.*

Apoyo ante un estado de tristeza o depresivo:

En primer lugar, validaremos la tristeza comunicando

que es normal que esté triste al pensar en los cambios y en las posibles pérdidas. Le preguntaremos qué es lo que considera para sentirse triste, y posiblemente haga referencia a aspectos que cree que perderá o no podrá hacer. Aquí es importante considerar si podemos ayudarle a mantener esas actividades o aspectos, pero llevando la sonda.

Ejemplo:

- *“por lo que me cuenta, Vd. cree que ya no podrá acudir a las celebraciones familiares. ¿No ha pensado en la posibilidad de que, al contrario de lo que piensa, sí pueda ir a esas celebraciones?”*

Aplacar la rabia o la ira:

Ante esta emoción es clave evitar el juicio negativo, y evidenciar que la rabia o la ira son también emociones adaptativas. El profesional sanitario no debe personalizar estas emociones como si el paciente estuviera en su contra, y sí comunicarle que entiende lo que siente y que está ahí para ayudarle a mejorar y disminuir la intensidad de esas sensaciones negativas.

Ejemplo:

- *“¿por qué me ha tenido que pasar esto a mí?”*

El profesional sanitario puede responder diciendo:

- *“es frecuente que muchas personas, cuando se les diagnostica una dolencia se pregunten por qué les ocurre a ellos; aunque Vd. no lo crea, expresar la rabia del por qué le ocurre puede ayudarle a adaptarse a esta situación”.*

- b.** Ayudar al paciente a identificar lo que siente mejorará la alianza terapéutica con él, y comunicarle que puede notar desorientación o bloqueo puede contribuir a que se sienta apoyado.

Ejemplo:

- *“cuando me está diciendo lo que piensa de la sonda advierto que está notando alguna sensación o emoción negativa, ¿puede notarla?” “¿qué siente en este momento?”*

- c.** La empatía y la escucha activa son los dos elementos necesarios para una comunicación efectiva con el paciente:

Empatía terapéutica:

Es la capacidad para reconocer y comprender los sentimientos y actitudes de las personas, así como las circunstancias que les afectan en un momento determinado.

Escucha activa:

Prestar plena atención y dar importancia a los mensajes verbales y no verbales, según las siguientes premisas:

- Mirar a los ojos.
- Asentir con palabras y gestos.
- No interrumpir.
- Evitar mostrar desacuerdo mientras habla el paciente.
- Repetir, preguntando lo que se ha entendido.

Hay tres actuaciones indicadas para empatizar y realizar una eficaz escucha activa son:

Retroalimentación:

Comunicar con nuestras palabras lo que hemos entendido de lo que ha dicho el paciente.

Ejemplo:

- *“si he entendido bien, lo que Vd. quiere decirme es que cree que le va a costar aceptar la sonda, ¿es así?”*

Comprobación:

El paciente explica con sus propias palabras lo que cree haber entendido.

Ejemplo:

- *“¿podría explicarme, con sus palabras, lo que yo le he dicho sobre cómo hacer el cambio de la sonda?”*

Indagación:

Recabar información sobre sus creencias u opiniones. Estas preguntas debieran cumplir estas pautas:

- Han de estar orientadas hacia el futuro.
Ejemplo: *“¿qué piensa hacer al llegar a casa?”*
- Deben inducir a la acción.
Ejemplo: *“¿cómo cree que puede explicar a sus amigos esta forma de alimentarse por sonda?”*
- Enfocarlas en la meta y no en el problema.
Ejemplo: *“cuando haya prevista una celebración con la familia ¿cómo cree que puede plantearlo?”*
- Preguntar ¿qué? y ¿cómo? en vez de ¿por qué?
Ejemplo: *“¿qué cree que puede decirle a su hijo cuando vuelva a casa con la sonda?” “¿cómo cree que puede explicarle lo que le ha pasado?”*

En ocasiones, cuando algunos profesionales sanitarios se enfrentan a emociones fuertes o claras por parte del paciente, tales como llanto, tristeza, enfado o

agresividad suelen ignorar la expresión de esa emoción, o bien suprimirla, u ofrecer anticipadamente consejo o invitar al paciente a relajarse con frases del tipo de *«tranquilízate»*, *«no te preocupes»*, *«seguro que todo va a ir bien»*, o *«vamos a hacer todo lo posible por solucionarlo»*.

En el ámbito de la empatía, recordemos que los pacientes no siempre expresan sus sentimientos clara y espontáneamente, sino que suelen comunicarlas de forma indirecta, con expresiones o cambios repentinos corporales o en el tono de voz, preguntas o expresiones indirectas, comentarios anecdóticos, expresiones de resistencia o de escepticismo respecto a la propuesta diagnóstica o de tratamiento que se les hace.

- d.** Cuando el paciente identifique que tiene miedo será clave ayudarle a concretar qué es lo que teme, pues esta concreción de los temores es la base para establecer cómo afrontarlos.

Ejemplo:

- *“¿podría decirme hacia qué siente miedo?”*
- *“¿cree que el temor que siente va más dirigido a cómo le aceptarán los demás con la sonda o quizá a cómo manejar la sonda?”*

e. Si surge el llanto por parte del paciente:

- Primero hay que respetar el momento, permaneciendo un tiempo en silencio y, cuando se perciba que el llanto disminuye, preguntar qué siente cuando llora.
- El llanto puede representar dos emociones concretas: una sensación de temor o bien una sensación de sobrecarga.
- Si el paciente reconoce sentir miedo, preguntémosle a qué tiene miedo. Si cree que está estresado, o considera que no podrá asumir y superar todo lo que va a experimentar con la sonda, hay que comunicarle que el aprendizaje y la adaptación serán graduales y con un apoyo total y continuado por parte de los profesionales sanitarios.

f. El tiempo de aprendizaje y de proceso emocional del paciente no tiene por qué ser como el del profesional sanitario. Si observamos que la emoción inicial del paciente es muy intensa, puede resultar clave darle unas horas para poder procesar la idea de la sonda y, una vez esté más tranquilo, facilitarle la información técnica.

5) Cómo informar sobre la importancia de la nutrición enteral



La nutrición enteral permite recuperar, mantener y/o mejorar el estado nutricional de una persona con una capacidad de ingesta o de asimilación alterada por la enfermedad durante el tiempo que esta cause alteración de la función y/o tránsito digestivo o permanezcan las necesidades metabólicas incrementadas. La importancia de esta técnica requiere una explicación clara y sencilla al paciente y, con ello, razones y argumentos que le aclaren la indicación de la sonda en su caso, así como los detalles técnicos necesarios para su adecuada utilización y mantenimiento.

En relación con esta doble información acerca de la sonda cabe destacar los siguientes puntos:

Idoneidad del sondaje

Es muy pertinente comunicar al paciente cuáles son los efectos positivos de una nutrición adecuada, enfatizando en la idoneidad de la sonda dada su situación. Concienciar de las consecuencias negativas derivadas de la desnutrición quizá anime al paciente a considerar la sonda como una solución y no como un problema.

Ejemplo:

- *“fíjese: todo este tiempo ha hecho esfuerzos para alimentarse, con riesgo continuo de atragantarse y pérdida de peso, lo que le genera tensión cuando va*

a comer; la sonda le va a permitir ganar peso, nutrirse bien y no sufrir esa tensión para alimentarse”.

Pensamientos negativos

Si el paciente comunica pensamientos negativos constantes respecto a la sonda o a su situación, hay que intentar no positivizarlos ni tampoco quitarles importancia. Lo indicado es escuchar y hacer la oportuna reformulación, tratando de expresar lo que ha dicho el paciente, pero con nuestro lenguaje para que reflexione e intentar así reconducir su pensamiento negativo.

Ejemplo:

- *si el paciente comunica: “seguro que no me voy a sentir bien con la sonda porque no sabré manejarla”, podemos decirle: “según lo que dice, Vd. cree que no se sentirá bien con la sonda, pero ¿ha pensado que quizá puede ganar peso y sentirse más fuerte?”*

Expectativas

Conocer las expectativas iniciales del paciente respecto a la sonda ayuda a conocer previamente su opinión y consideraciones y también a desterrar o disminuir expectativas falsas. Las preguntas para evaluar estas expectativas ini-

ciales deben ser abiertas, haciendo referencia a sus opiniones o creencias, a conocer si ha tenido algún modelo de referencia cercano con sonda que haya influido en su idea sobre la misma.

Ejemplo:

- *“¿qué idea tiene sobre la sonda?”*
- *“¿conoce o ha conocido a alguien cercano que haya utilizado sonda?” “¿qué imagen tiene de esa persona?”*

Valor de la alimentación

La alimentación forma parte de un área de recompensa y de cultura para todo individuo, y es importante conferirle su debido valor ante el paciente, así como la afectación que los cambios en esta área ocasionan en el ámbito emocional. En este sentido, es importante preguntar acerca del papel que cada paciente otorga a la alimentación.

Ejemplo:

- *“¿cómo ha vivido hasta ahora la alimentación en su entorno familiar?”*
- *“¿qué sensaciones tenía cuando se sentaba a la mesa para comer?”*

- *“¿solía celebrar sus acontecimientos personales o familiares alrededor de la comida?”; o, por el contrario, “¿vivía la alimentación como un mero trámite que debía hacer?”*
- *“¿le daba pereza elaborar lo que tenía que comer?”*

Sensación de fracaso

El paciente ha de saber que el planteamiento del sondaje puede producir cierta sensación de fracaso por no haber conseguido alimentarse con normalidad. Aquí es importante considerar que muchos pacientes, y también sus familiares, siguen sufriendo por esos problemas previos, y la sonda puede mitigar notablemente esas sensaciones.

Ejemplo:

- *“con todo el esfuerzo que he empleado antes para no llegar a este punto y ahora he de afrontarlo...”*

El profesional puede decir:

- *“es importante que se dé vd. un pequeño margen de tiempo para contemplar qué beneficios le aporta esta técnica”.*

Enfoque positivo

La comunicación de cualquier aspecto relacionado con la nutrición enteral nunca debe expresarse en términos de amenaza o castigo, sino como un recurso que va a facilitar la alimentación y la nutrición.

Ejemplo:

- *“hasta ahora ha empleado un esfuerzo muy importante para alimentarse y no vivir riesgos, la sonda le facilitará la alimentación adecuada sin un esfuerzo tan notable”.*
- *“la sonda es un medio que le permite incorporar la energía necesaria para realizar sus actividades diarias”*

Información veraz

Es importante transmitir qué es el concepto sonda, con la máxima transparencia hacia el paciente, describiendo con atención y equilibrio las consecuencias de las mismas, ponderando las ventajas y los contratiempos que se asocian a este recurso terapéutico. En este punto será útil referir, en primer lugar, algunos inconvenientes derivados del sondaje, para luego remarcar las numerosas ventajas que ello supone:

Inconvenientes:

- *La sonda puede ser incómoda.*
- *Es necesario aprender a manejar la nutrición enteral.*
- *No produce el mismo placer que comer.*
- *Determina cambios en las costumbres sobre la alimentación.*
- *Asocia sensaciones físicas que pueden resultar desagradables o inquietantes.*
- *Supone una alteración en las relaciones familiares, laborales y personales.*
- *Requiere un mantenimiento.*
- *Puede hacer que se sienta mal estéticamente, y hacerle creer que otras personas puedan sentir cierto rechazo por el hecho de llevar la sonda.*

Ventajas:

- *Permite mantener o mejorar el estado nutricional, lo que repercute en menos complicaciones y mejor calidad de vida.*
- *Disminuye el esfuerzo necesario para conseguir las necesidades nutricionales.*
- *Reduce la posibilidad de atragantamientos, que pueden ocasionar infecciones respiratorias e incluso la muerte.*

- *Mejora de su estado de salud en general, con descenso de ingresos y complicaciones.*
- *Mejora la cumplimentación y respuesta a determinados tratamientos (por ejemplo, en los pacientes oncológicos que van a ser sometidos a quimioterapia y/o radioterapia).*
- *Un adecuado estado nutricional favorece la mejora del estado de ánimo, la reducción de la vivencia de estrés y una mayor sensación de seguridad y control.*
- *El paciente no sentirá miedo o ansiedad a la hora de comer, y dispondrá de más tiempo libre para otras actividades que le gusten.*

Razones de urgencia en el sondaje

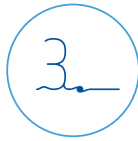
En el caso de pacientes que se despiertan de un coma o de una cirugía con una sonda ya instalada el proceso de comunicación debiera contemplar una actuación concreta:

1.

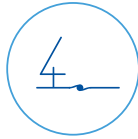
Comunicar al paciente las razones de la colocación de la sonda.

2.

Explicarle que se producirá un proceso adaptativo desde el punto de vista emocional.



Transmitirle que recibirá una instrucción paulatina y completa acerca de cómo manejar la sonda.



Comentarle las consecuencias negativas derivadas de la desnutrición, así como las ventajas de la sonda en ese sentido.

Rechazo

Si el paciente se niega a que se le coloque la sonda se ha de respetar inicialmente su no. Es importante darle un tiempo de reflexión, y acordar que le veremos al cabo de, por ejemplo, 24 horas para ver si esa reflexión dio lugar a una nueva valoración y una posible modificación de su decisión. No se debe insistir de forma afirmativa ante el no, sino mantener una actitud de respeto, sin utilizar, en ningún caso, un tono amenazante apelando a todos los problemas que sobrevendrán del rechazo a la sonda.

Ejemplo:

- *“no quiero que me pongan la sonda de ninguna manera”.*

El profesional puede añadir:

- *“vale, de acuerdo, quizás es adecuado que lo reflexione unas horas”.*

Proximidad y escucha activa

Si la comunicación de la indicación de sonda se hace en la habitación del paciente estando ingresado es clave sentarse a su lado para esta entrevista. El hecho de sentarse transmite un mensaje claro de que no se trata de un mero trámite, sino que disponemos del tiempo necesario para explicarlo bien, y escuchar y atender las preguntas del paciente. Este esquema también permite indagar sobre las emociones con mayor atención. No hay que olvidar el respeto a los silencios, no interrumpir y hacer sentir al paciente esa escucha activa; si fuera necesario, se puede concertar una segunda cita para facilitar información adicional.

Personal de apoyo

Cuando no es el paciente el encargado de la nutrición enteral, hay que identificar quién realizará esa tarea (entorno familiar, cuidador, personal sanitario de una residencia, etc.) y conocer qué información dispone del manejo de la sonda. El contacto e información a esta persona es prioritario.

6 El entorno familiar del paciente



La familia puede influir en el proceso de salud y enfermedad de forma activa, y puede tener un papel fundamental en el cuidado del paciente al constituir un elemento clave en la tríada que interviene en el sistema de tratamiento (profesional, paciente y familia). Nos centraremos en la interacción con este núcleo familiar ya que en los casos de pacientes institucionalizados en residencias existe una mayor cobertura social.

En ese sentido, previo a dar el alta al paciente, será importante conocer cuál será el destino de cada paciente, si regresa a su domicilio, a una residencia geriátrica, a un centro sociosanitario/centro de día, o a la casa de algún familiar.

En el análisis del entorno familiar del paciente interesa considerar distintos aspectos:

Postura de la familia

interesa conocer cuál es la opinión o postura de la familia con respecto a la nutrición por sonda. Es importante ayudar al entorno familiar a exteriorizar este punto, lo que puede servir para disminuir tensiones y clarificar que la sonda puede determinar una evolución positiva general.

Protagonismo del paciente

Se ha de intentar que el paciente, de acuerdo con su edad

y estado físico, se responsabilice al máximo de su propio cuidado y que los otros miembros de la familia participen en la medida de sus posibilidades. Sin embargo, hay que tener claro que no se trata de cambiar los roles familiares, sino de identificarlos y respetarlos ya que los cambios de rol en el sistema familiar pueden propiciar aún más tensión en este momento.

Relación/estado familiar del paciente

Es imprescindible definir las relaciones, así como el estado de la red familiar y las posibilidades que ésta puede ofrecer:

- ***¿Qué rol ocupa en la familia? ¿Es la persona encargada de la alimentación en la casa?***

Una familia es un sistema organizado de un colectivo en el que hay normas, valores y pautas de comportamiento (roles) propios de cada miembro de ese núcleo.

En este sentido, interesa identificar quien asume la responsabilidad en la alimentación del grupo y qué colaboración se puede esperar del resto de personas que lo integran.

Cuando el paciente es la persona encargada de la alimentación en la familia la afectación emocional puede ser mayor.

- ***¿Vive solo? ¿Tiene algún referente o ayuda de alguien?***

Identificar la estructura de apoyo familiar, de vecinos o amistades que pudieran contribuir en caso necesario, e indagar cuál es su sistema de referentes, con quién contactaba antes de utilizar la sonda, puede ser muy útil para planificar actuaciones contando con una posible red de ayuda social ya existente.

- ***¿Estamos ante una familia donde existe la comunicación emocional?***

Las familias cuyos miembros se expresan emocionalmente pueden tener un afrontamiento más activo ante el momento del sondaje que aquellas otras donde los aspectos emocionales no se comparten.

- ***¿El paciente puede expresar en la familia cómo se siente o la familia tiende a interpretar cómo se siente, sin preguntar abiertamente?***

Existen familias en las que la comunicación es fluida, se habla de muchos temas, se escucha con respeto, se hacen bromas, se comparten planes... y ello, en apariencia, denota que no hay problemas de comunicación. Sin embargo, en ocasiones pueden existir dificultades para la comunicación de las emociones. Esta comunicación emocional evita los sentimientos de soledad, desamparo y abandono emocional que pueden existir, aun cuando las necesidades físicas están cubiertas.

Los principales verbos que indican si la persona se comunica emocionalmente en familia son: **creer, sentir, pensar, opinar y parecer.**

Autonomía del paciente

Es clave tratar con la familia el concepto de autonomía del paciente y comunicar a éste hasta qué límite puede ser autónomo. Con este aspecto estamos introduciendo la idea saludable en cuanto a la gestión propia de la situación, evitando que haya interferencias o bloqueos por parte de otros miembros de la familia pues ello puede ser el origen de tensiones importantes.

50

Formación precoz

La educación y entrenamiento en la alimentación enteral, tanto del paciente como de su familia, deben ser realizadas tempranamente durante la hospitalización y no sólo como parte del proceso de alta.

Según sea la valoración del entorno familiar del paciente, la primera acción debe ser la comunicación conjunta de la indicación de la sonda; en segundo lugar, el aprendizaje individual del manejo de la misma; y, por último, facilitar también el aprendizaje familiar de este manejo. Probablemente esta secuencia llevará a que el paciente desarrolle su autonomía y la familia también conozca cómo hacerlo.

Atención familiar

Hay que tener en cuenta que la propia familia del paciente también lleva a cabo un proceso de adaptación a esta vivencia y, por tanto, también siente determinadas emociones dolorosas.

Cuando se identifique que la familia experimenta emociones intensas se podría plantear una sesión adicional con ellos, ya que el poder descargar emocionalmente lo que sienten les puede ayudar a una mejor gestión de la situación.

Entre las emociones intensas, que pueden interferir en la adaptación de la familia y del paciente, están:

- **sobreimplicación**, o una preocupación excesiva que dificulta la autonomía del paciente.
- **crítica abierta o rechazo**, tendencia a percibir al paciente como una carga.
- **crítica larvada**, con actitud de rechazo no expreso, pero sí perceptible a través de gestos o comentarios con personas ajenas al entorno familiar.

Todo ello deriva en disfunción familiar y más agotamiento del cuidador, así como reacciones emocionales en el paciente.

⑦ Orientación al alta hospitalaria



El alta hospitalaria constituye un punto de transición clave en salud, cuya importancia suele quedar invisibilizada ante el apremio por hospitalizaciones más abreviadas e inercias en procesos que, durante muchos años, se han desarrollado de determinada forma. Un alta no planificada y/o ejecutada de manera inadecuada puede significar reingresos y repercutir negativamente a nivel del paciente, de su familia y del sistema de atención.

Por tanto, el fin del ingreso en el hospital y el regreso a casa es un momento delicado para el paciente pues supone retomar el contacto con su realidad cotidiana. En el caso de la nutrición enteral el alta puede originar, de nuevo, emociones adaptativas, así como temores ante la supuesta falta de asistencia directa por parte del personal sanitario.

Recogemos a continuación consejos para una eficaz gestión emocional, durante el ingreso y en el momento preciso del alta:

Comunicación con el paciente antes del alta

- La adecuada comunicación del profesional sanitario con el paciente ha sido correlacionada positivamente con una mejor adhesión al tratamiento. En este sen-

tido, una información completa facilitada al paciente debería ser suficiente, oportuna, veraz y comprensible.

- La vía para esta comunicación puede ser visual, verbal o escrita. Sin embargo, es evidente que el tiempo de ingreso del paciente en el hospital facilita una oportunidad para hablar con él, con la familia y/o con el cuidador y constatar mejor el entendimiento por todos los participantes. A esta vía de comunicación preferente se le puede añadir, como complemento, información escrita estructurada y visualmente legible (**Ver anexo Dudas más frecuentes en NED**).

- Es clave que la información de tipo técnico no se facilite coincidiendo con el día en que el paciente sale de alta del hospital. Lo idóneo es hacerlo con antelación suficiente y contar con algunos días, mientras esté hospitalizado, para observar cómo evolucionan tanto el aprendizaje técnico como la asimilación de la sonda.
- Una sencilla planificación del proceso de información coadyuva a la adhesión terapéutica, con la elaboración del kit de supervivencia inicial (aspectos básicos), seguido de un gradual aprendizaje de elementos adicionales.

- Un factor que facilita el acercamiento es mostrar sistemas y bomba de alimentación y la sonda al paciente, y dejar que la manipule antes de enseñarle la parte técnica de su funcionamiento.
- Si existe la posibilidad de elección, es importante involucrar al paciente en esa decisión pues este gesto favorece la motivación para la colaboración en el tratamiento.
- Ante la presencia de ideas negativas, como pensar en pérdida de competencias personales, hay que reservar el tiempo necesario para que el paciente compruebe por sí mismo que puede conservar su autonomía personal.
- Con respecto al aprendizaje que el paciente ha de hacer respecto al manejo y técnica de la administración, será importante considerar el concepto de autoeficacia, es decir, la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular.

Para fortalecer la autoeficacia conviene recordar las siguientes premisas:

- › La realización de una tarea con éxito fortalece el sentido de autoeficacia. Es importante recordarle que quizás ha aprendido anteriormente otras tareas que también eran difíciles o complicadas y sí consiguió realizarlas.
- › El aprendizaje gradual favorece su asimilación, más aún si se pueden descomponer las metas del mismo en pequeñas sub-metas.
- › Ser testigo de cómo otras personas completan con éxito una tarea es otra importante fuente de autoeficacia. En este aspecto puede ser muy útil recurrir a la figura del paciente experto, es decir, personas que ya estén utilizando la sonda, ya adaptadas y que dominen los aspectos técnicos, para actuar como modelo y monitores del nuevo paciente y, a ser posible, favorecer contactos con asociaciones de pacientes.
- › Ofrecer un estímulo verbal al paciente ayuda también a aumentar la autoeficacia. Por tanto, mientras se realiza el aprendizaje será clave aportar un refuerzo positivo a los avances obtenidos.

- › Durante el aprendizaje técnico se recomienda que el paciente se vea a sí mismo en esa tarea. Al facilitar que se grabe en vídeo mientras realiza el aprendizaje, luego puede visualizarse, hacer una autovaloración y, con ello, mejorar el aprendizaje. Esa visualización de cómo él mismo puede llevar a cabo el manejo técnico de la sonda, permitiendo que practique y entrene, influirá también en la mejora de autoeficacia.

Comunicación con el paciente en el momento del alta

La comunicación final, previa a la salida del hospital, también es importante en el sentido de acompañar al paciente y aprovechar un momento de especial receptividad por su parte. Además de ofrecer, si es factible, medios de contacto para resolver dudas (teléfono, correo electrónico), revisemos qué aspectos adicionales abordar en este punto.

- **Intercambiar impresiones respecto a la alimentación:**

- Respecto a las celebraciones familiares y sociales, tener en cuenta cómo quiere vivirlas el paciente.

Ejemplo:

- *“¿formará parte desde un inicio de las celebraciones? ¿o primero quiere afrontarlo de forma individual, para luego reintroducirse en el entorno familiar y social?”*

- *“tenga Vd. la certeza de que, posiblemente dentro de un tiempo quizás quiera volver a hacer las comidas en familia vuelva a hacer las comidas en familia”.*
- Al llegar a casa, la toma de conciencia y la afectación emocional suele ser más acusada, con estados emocionales negativos propios del proceso de adaptación que es preciso explicar al paciente.

Puede ser aconsejable que, desde el hospital, antes del alta, hayan hecho alguna videollamada con el resto de familia para para que la reacción cuando se encuentre físicamente en domicilio no sea tan acusada por ambas partes.

Ejemplo:

- *“al llegar a casa quizá se sienta Vd. desconcertado, triste o con ansiedad; al regresar a su hogar será consciente, de nuevo, de toda su realidad, pero recuerde que estas emociones pueden permitirle de nuevo adaptarse a la situación”.*
- Es recomendable que el momento de dar el alta no coincida con el fin de semana para evitar días añadidos de incomunicación con el hospital.
- Conviene programar una nueva cita, presencial o telemática, días después del alta hospitalaria, para

realizar una nueva valoración. Será importante indicar que, antes de venir de nuevo a la consulta, anote preguntas o cuestiones sobre aspectos que no le queden claros. Resulta muy importante que el paciente pueda contactar telefónicamente con el equipo que le ha atendido, ya que esto conferirá más seguridad, tanto al enfermo como a sus cuidadores.

- Plantear al paciente una reflexión sobre qué espera de su familia al llegar a casa, valorando previamente este aspecto, ayudará a que prevea situaciones.

Ejemplo:

- *“¿espera que le ayuden y que le apoyen o prefiere mantener una distancia inicial para hacer primero, Vd. solo, la adaptación a este cambio?”*

- Por último, y no por ello menos importante, el paciente agradecerá consejos respecto a la indumentaria idónea compatible con la sonda, y en este sentido mejorar la percepción de su aspecto físico:

Ejemplo:

- *“¿se percibe Vd. físicamente diferente por el hecho de llevar la sonda?”*
- *“¿tiene la sensación de sentirse más observado por los demás por el hecho de llevar sonda?”*
- *“¿cómo cree que afecta la sonda a su imagen?”*

8 Guía breve de consejos de actuación



Primer contacto con el paciente

a. Cuando ya es portador de sonda

- **Actuación urgente, sin posible información previa**

1. Comunicar al paciente las razones de la colocación de la sonda.
2. Explicarle que se producirá un proceso adaptativo desde el punto de vista emocional.
3. Transmitirle que recibirá una instrucción paulatina y completa acerca de cómo manejar la sonda.
4. Comentarle las consecuencias negativas derivadas de la desnutrición, así como las ventajas de la sonda en ese sentido.

- **Ya llega derivado**

1. Conocer la procedencia del paciente y la patología de base.

2. Averiguar la información previa que ya recibió.
3. Identificar las expectativas que el paciente ya tiene generadas.

b. Cuando hemos de poner la sonda

- Valoración del entorno socio-familiar del paciente, roles e interacciones y cómo estos influyen en la aceptación y eficacia del tratamiento.
 1. Observar la comunicación no verbal al proponer la nutrición por sonda
 2. Preguntar qué está sintiendo ante la propuesta
 3. Si no comunica de forma espontánea qué siente, reformular la emoción e inducir una respuesta (*“observo que usted..., ¿es así?”*)

Ante el rechazo del tratamiento

- Si el paciente o responsable del paciente, se niega a que se coloque la sonda se ha de respetar inicialmente su no.

- Ofrecer/acordar un tiempo de reflexión (24 h.) para favorecer una nueva valoración y una posible modificación de su decisión.
- Nunca apelar a los problemas derivados del rechazo a la sonda.

Ante duda sobre el tratamiento

- Comunicar los **efectos positivos de una nutrición adecuada**, enfatizando en la idoneidad de la sonda dada su situación y considerarla como una solución y no como un problema.

Ejemplo:

- *“fíjese: todo este tiempo ha hecho esfuerzos para alimentarse, con riesgo continuo de atragantarse y pérdida de peso, lo que le genera tensión cuando va a comer; la sonda le va a permitir ganar peso, nutrirse bien y no sufrir esa tensión para alimentarse”.*
- *“hasta ahora ha empleado un esfuerzo muy importante para alimentarse y no vivir riesgos, la sonda le facilitará la alimentación adecuada sin un esfuerzo tan notable”.*

- **Ofrecer información veraz:** transmitir el concepto sonda, con la máxima transparencia, describiendo con atención y equilibrio las consecuencias de las misma, ponderando sus ventajas y contratiempos.
- Si existe la posibilidad de elección del tipo de sonda, es importante **involucrar al paciente** en esa decisión pues este gesto favorece la motivación para la colaboración en el tratamiento.

Alta hospitalaria

64

- La nutrición enteral al alta puede originar emociones adaptativas y temores ante la supuesta falta de asistencia directa.
- Debe conocerse cuál será el destino de cada paciente, si regresa a su domicilio, a una residencia geriátrica, a un centro sociosanitario, a la casa de algún familiar pues tendrá necesidades diferentes en cada caso.
- Es clave que la información de tipo técnico no se facilite toda coincidiendo con el día en que el paciente sale del hospital (la planificación de la información y el aprendizaje gradual favorecen la asimilación y la adhesión terapéutica).

- La planificación permite plantear al paciente reflexionar sobre situaciones posibles al regresar a su domicilio habitual y consejos para mejorar la percepción de su aspecto físico.

Ejemplo:

- *“¿espera que le ayuden y que le apoyen o prefiere mantener una distancia inicial para hacer primero, Vd. solo, la adaptación a este cambio?”*
- *“¿se percibe Vd. físicamente diferente por el hecho de llevar la sonda?”*
- *“¿tiene la sensación de sentirse más observado por los demás por el hecho de llevar sonda?”*

- Es recomendable que el alta no coincida con el fin de semana para evitar días añadidos de incomunicación con el hospital.
- Proporcionar un *kit de supervivencia* inicial al alta (contenidos informativos básicos), junto a medios de contacto para resolver dudas (teléfono, correo electrónico...).
- Programar una cita para realizar una nueva valoración tras el alta facilita y aporta seguridad.

Bibliografía recomendada

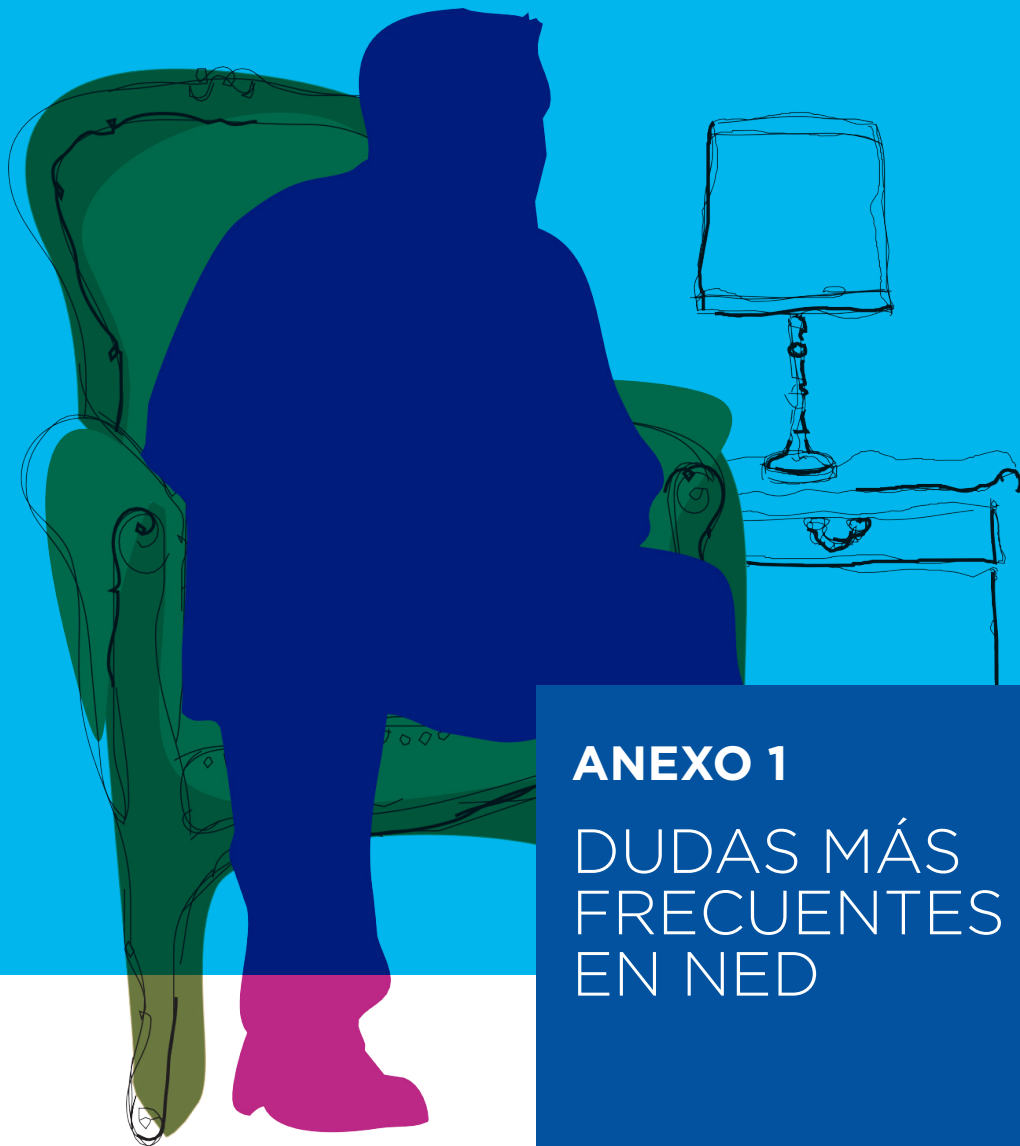
1. Arturo Merayo Pérez, Esteban Bravo Pérez, Fernando Gordón. *La comunicación con el paciente. Habilidades emocionales para los profesionales de la salud*. Elsevier. 2014
2. Roger Ruiz Moral. *Barreras culturales y psicológicas en la relación clínica y educativa en estudiantes y residentes de medicina españoles (II)*. Educación Médica, 21,1,2020,49-54
3. Flora Davis. *La comunicación no verbal*. Alianza Editorial. 2010
4. *Las crisis de desarrollo en la familia*. Fernández F, Ramírez L, Fernández I. AMF 2010;6(5):252-9
5. José María Vergeles-Blanca. *En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda?* Actualización en Medicina de Familia 2013; 9(9):495-500.

https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1185
6. Bonjean M. *Intervenciones en las familias en las que un miembro anciano padece una enfermedad crónica*. En: Camdessus B. Crisis familiares y ancianidad. 1.a ed. Barcelona: Paidós; 1995. p. 161-84

7. A. Zenteno, P. Cid, K. Saez. *Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico*. Enfermería Universitaria, Volume 14, Issue 3, 2017, Pages 146-154.
8. Villamarín, F. *Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud*. Revista de Psicología de la Salud, 1990, Vol. 2 (1 y 2), 45-64.

⑨ Anexas





ANEXO 1

DUDAS MÁS FRECUENTES EN NED

Nestlé España S.A.

C/ Clara Campoamor, 2

08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Con la colaboración de Cristina Montserrat - Dietista Nutricionista

Revisado por:

1ª revisión: Unidad de Nutrición Hospital Universitario Cruces. Osakidetza,

Revisión final: Grupo NADYA

3ª Edición 2021.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido ni en todo ni en parte, ni transmitido ni registrado por ningún sistema de recuperación de la información, en ninguna forma ni por ningún medio, sin el previo permiso de Nestlé Healthcare Nutrition, S.A.



Con el aval del Grupo de trabajo
en Nutrición Artificial Domiciliaria
y ambulatoria de la S.E.N.P.E.

- Llego a casa y... ¿Qué debo hacer?
- No puedo administrar la nutrición por gravedad pues no tengo un palo donde colgar las líneas
- ¿Cuánto tardo en administrar por goteo o gravedad la fórmula nutricional?
- ¿Puedo guardar las fórmulas de nutrición enteral una vez abiertas?
- ¿Puedo calentar la dieta guardada en la nevera?
- La fórmula de nutrición enteral no tiene la apariencia de siempre. ¿Qué puedo hacer?
- Necesito más fórmulas de nutrición enteral y/o sistemas de administración. ¿Qué debo hacer?
- ¿Puedo administrar medicamentos a través de la sonda?
- ¿Qué puedo hacer para que la jeringa de alimentación no se me estropee tan rápidamente?

- Estoy notando que las líneas o sistemas de administración por gravedad se estropean mucho. Normalmente, en la primera toma el goteo es correcto, pero luego en la siguiente toma deja de gotear y he de usar una línea nueva.
- Se me ha roto el tapón de la sonda. ¿Por qué ocurre y qué hago?
- No me gusta el sabor o el regusto que me dejan las fórmulas de nutrición enteral. ¿Qué puedo hacer?
- Tengo ganas de “comer” algo. ¿Qué hago?
- Tengo una comida fuera de casa, una visita al hospital o quiero salir a pasear, pero me coincide con la toma de la dieta. ¿Qué puedo hacer?
- ¿Qué hacer en caso de...?

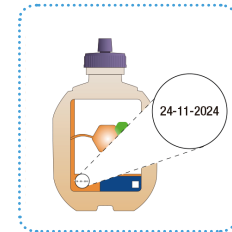
1

Llego a casa y... ¿qué debo hacer?

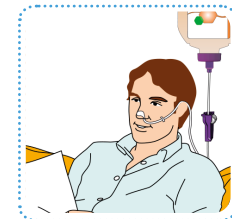
Lea atentamente las indicaciones que le dieron en **el hospital o unidad de hospitalización a domicilio**.

Si no entiende algún paso, consúltelo.

- Examine que dispone de todo el material necesario para la administración de la primera toma. Compruebe las fechas de caducidad.



- Guarde las cajas de fórmulas de nutrición enteral en un lugar seco, fresco y protegido de la luz.
- Busque el lugar donde administrará la fórmula. Debe ser un lugar tranquilo y limpio, con una mesa para poder colocar todo el material necesario para la administración a fin de evitar interrupciones.



En caso de que su familiar esté acostado en la cama, necesitará cojines o almohadas para incorporarlo durante y después de cada alimentación.

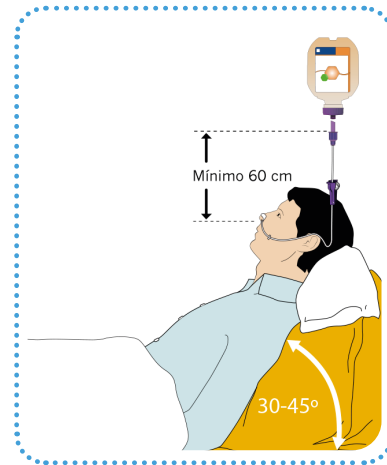
2

No puedo administrar la nutrición por gravedad pues **no tengo un palo donde colgar las líneas.**

No se preocupe. **Todos los envases disponen de colgador.** Si no tiene un palo de sueros, lo mejor es retirar un cuadro y usar el clavo para colgar el recipiente. O bien se puede colgar de un estante alto.

También puede usar como palo de sueros un soporte para colgar plantas o jaulas de animales.

Recuerde siempre que la botella debe estar unos **60 centímetros por encima de la cabeza** del paciente.

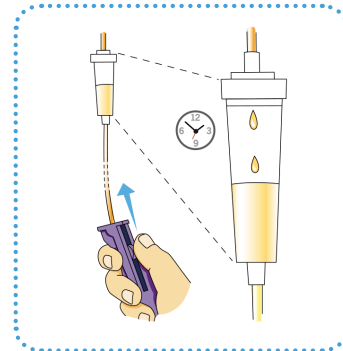




¿Cuánto tardo en administrar por goteo o gravedad **la fórmula nutricional?**

La duración de la administración de la fórmula nutricional depende del volumen por toma que le han pautado. Si no le han indicado otro ritmo, para una buena tolerancia digestiva, la fórmula debe ser administrada lentamente, dividida en 4 ó 5 tomas al día.

Por lo tanto, si el volumen por toma es de unos 300 ml, la duración estimada es de unos 20-30 minutos; si se administran 500 ml, la duración estimada es de unos 30-40 minutos.



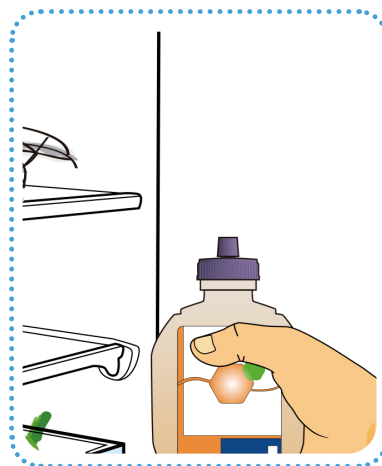


¿Puedo guardar los productos de nutrición enteral **una vez abiertos**?

Al abrir la botella anote la fecha y la hora de apertura y no tire el tapón. Así podrá cerrarla y guardarla hasta la próxima toma si no consume la totalidad de producto.

Los envases abiertos pueden conservarse en la nevera. Pasadas 24 horas no deberán consumirse.

Los envases vacíos están fabricados con materiales que pueden ser reciclados si los desecha en el contenedor adecuado (amarillo o verde)



5

¿Puedo **calentar la dieta** guardada en la nevera?

Las fórmulas de nutrición enteral pierden propiedades nutricionales si se calientan durante mucho tiempo. Sin embargo, **si el envase tiene una lámina de aluminio, retírela antes de usar el microondas.**

De todos modos, como la temperatura más adecuada para administrar la fórmula es a temperatura ambiente (25°C), una opción muy recomendable es retirarla de la nevera con tiempo y dejar que se atempere. Saque sólo la cantidad que va a usar en cada toma.





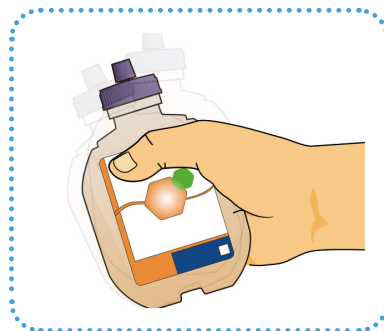
La fórmula de nutrición enteral **no tiene la apariencia de siempre.** ¿Qué puedo hacer?

Antes de abrir un envase de Nutrición Enteral compruebe que esté hermético. Si no lo está, no lo consuma.

A veces, debido a su composición, la fórmula pierde su uniformidad y aparecen dos fases, una más blanquecina en la parte superior y una de color más oscuro en la inferior.

78

Si esto ocurre, **agite la fórmula y espere a que desaparezca la espuma.** Después ya puede consumirlo.





Necesito más fórmulas de nutrición enteral y/o sistemas de administración.
¿Qué debo hacer?

Una semana antes de terminar los envases de nutrición y/o sistemas de administración que tiene en el domicilio, tenga la precaución de volver a solicitar más.

Contacte con su especialista de referencia o el centro sanitario donde le pautaron la nutrición y ellos le indicarán cómo conseguir más producto.

No espere a terminarlo, porque pueden surgir problemas de suministro y podría quedarse sin provisiones.





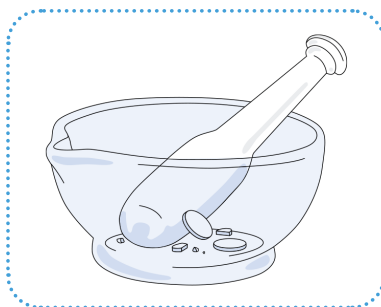
¿Puedo **administrar medicamentos** a través de la sonda?

Si, pero **no debe administrarlos junto con la fórmula** nutricional.

Consulte a su especialista de referencia antes de la administración de los medicamentos por la sonda. Algunos no pueden usarse así.

Para administrar medicamentos a través de la sonda deben estar preferentemente en forma líquida.

Por ello sólo se utilizarán jarabes, ampollas o medicamentos líquidos no efervescentes. Los comprimidos y pastillas deben ser triturados hasta que quede un polvo fino y después disolverlos en 20-30 ml de agua. En caso de cápsulas su especialista le confirmará si puede o no abrirlas y disolver su contenido en agua. Debe pasar 50 ml de agua por la sonda después de la administración de la medicación.



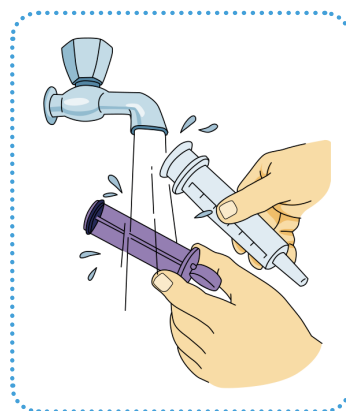


¿Qué puedo hacer para que la jeringa de alimentación no se me estropee tan rápidamente?

Las jeringas de 50 ml son jeringas pensadas para la administración de alimentos. **Después de cada uso debe lavarla con agua y detergente, aclararla abundantemente, secarla y guardarla en un lugar seco y limpio.**

No la introduzca en el lavavajillas, no la hierva, no la utilice para la administración de fármacos y no añada al agua de lavado unas gotas de lejía, porque el sello de goma negra del émbolo se estropea más rápidamente.

Si este sello se ha endurecido, unte la goma negra con un poco de aceite de oliva antes de encajar el émbolo con la jeringa. Esta operación prolongará la vida útil de la jeringa. Para administrar fármacos utilice una jeringa de 10-20 ml.





Estoy notando que las líneas o sistemas de administración por gravedad **se estropean mucho**. Normalmente, en la primera toma el goteo es correcto, pero luego en la siguiente toma **deja de gotear y he de usar una línea nueva**.

Los tapones de rosca de las líneas de gravedad tienen en un lado un pequeño agujero. Se trata de un purgador, es decir, una pequeña cámara de entrada de aire. Si limpiamos las líneas bajo chorro de agua, el agua entra en este pequeño orificio y lo obstruye, con lo que se impide el correcto goteo.

82

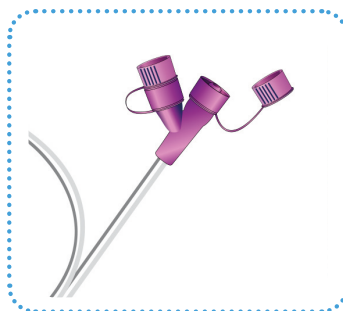
Para que la dieta fluya adecuadamente, cuando lave las líneas sólo ha de tener la precaución de **tapar con la yema del dedo este orificio**; otra posibilidad es sumergir el tapón bajo el agua y lavarlo con un trapo húmedo.

Una segunda manera de limpiar la línea y evitar que el purgador se obstruya es llenar de agua templada un envase de nutrición enteral vacío, conectarlo a la línea y dejar pasar toda el agua templada a través de la línea hasta un recipiente y después desecharla. Esta técnica de limpieza se puede realizar entre toma y toma de alimentación.

11

Se me **ha roto el tapón** de la sonda.
¿Por qué suele ocurrir y qué hago?

Las fórmulas de nutrición enteral contienen hidratos de carbono. Si tras las tomas quedan restos de producto en el conector al cerrar la sonda con el tapón, los hidratos de carbono se secan y actúan como un “pegamento”, por lo que las dos piezas quedan unidas.



Los movimientos forzados que hay que realizar para quitar el tapón provocan que se debilite la unión tapón-conector, lo que puede producir su rotura.

Se aconseja limpiar diariamente con agua tibia todas las conexiones.

12

No me gusta el sabor o el regusto que me deja la fórmula de nutrición enteral.
¿Qué puedo hacer?

Coménteselo a su profesional sanitario de referencia e intente cambiar de variedad.

Después de cada toma lávese los dientes y la lengua con un cepillo y pasta dental: mejorará la sensación de bienestar y le aliviará o cambiará el mal sabor de boca.



13

Tengo ganas de “comer” algo.
¿Qué hago?

Si no le indicaron lo contrario, **no debe ingerir alimentos por vía oral.** No obstante, si lo desea, puede saborearlos: mástquelos sin tragarlos y luego escúpalos. En caso de gran sensación de hambre o de muchas ganas de comer algo, **contacte con su especialista.**



Tengo una comida fuera de casa, una visita al hospital o quiero salir a pasear, **pero me coincide con la toma de la dieta**. ¿Qué puedo hacer?

En el caso de salidas, comidas fuera de casa, reuniones, visitas al hospital, etc. puede retrasar la toma y disminuir el volumen de fórmula administrada, pero **no debe saltarse o suprimir ninguna toma**. En el caso de administrar menos volumen, reparta en el resto de las tomas el volumen que no ha incluido; si no lo hace así, no alcanzará la totalidad de calorías y nutrientes que su organismo necesita diariamente.

Si estas salidas son muy frecuentes, consulte con su especialista, que podrá valorar si para sustituir esa toma se requiere un cambio de fórmula nutricional, más concentrada y de menor volumen, o un cambio en el tiempo de infusión.

¿Qué hacer en caso de...?

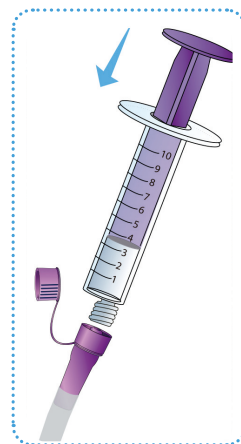
- **Sed o boca seca:**

Asegúrese de que está tomando la cantidad de agua que su especialista le ha indicado. Si la sed o sequedad persisten, empape con agua fría una gasa y humedezca con ella los labios, dientes y encías. Si el estado del paciente lo permite, haga enjuagues bucales de agua fresca.

Consulte con su profesional sanitario de referencia, si puede aumentar la cantidad de agua diaria administrada para hidratar y lavar la sonda. No lo decida usted, porque podría estar contraindicado.

- **Se obstruye la sonda:**

No introduzca nunca objetos (alambres, cables, etc.) o líquidos corrosivos para intentar desobstruirla. **Intente pasar unos 50 ml de agua tibia con la ayuda de una jeringa y aspire cuidadosamente para luego presionar con precaución el émbolo.** Si la obstrucción persiste, no introduzca nada más. Avise al profesional sanitario que le controla la nutrición enteral domiciliaria.



50 ml de agua tibia

- **Se sale la sonda:**

No se asuste y llame inmediatamente a su profesional sanitario. Si es fin de semana, acuda a un servicio de urgencias. Ellos le darán las indicaciones adecuadas.

- **Diarrea:**

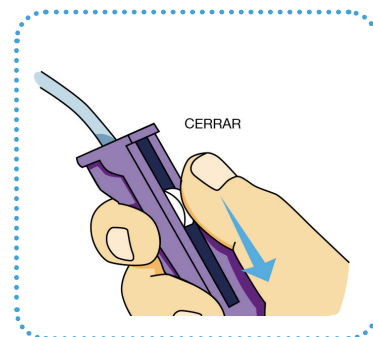
Respete las normas de higiene durante la preparación, la administración y la conservación de la fórmula.

Asegúrese de que está pasando la fórmula nutricional a la velocidad y a la temperatura que le ha recomendado su especialista y controle el aporte de agua para evitar la deshidratación.

Si administra la fórmula a través de una línea de administración, reduzca la velocidad de infusión de la nutrición enteral. Para ello cierre un poco la ruedecilla del sistema de nutrición. Comprobará que la fórmula fluye más lentamente.

Si administra la fórmula mediante jeringa, presione el émbolo de la jeringa lo más despacio posible.

Si las diarreas persisten durante 12 horas, contacte con el especialista. Pueden ser por causas diferentes a la nutrición enteral.



- **Náuseas y/o vómitos:**

Para evitar esta complicación asegúrese de que el paciente está sentado o incorporado (utilice cojines o almohadones) en la cama durante la administración. **Detenga la nutrición unas 2 horas. Pasadas estas 2 horas** reinicie la nutrición más lentamente con la mitad de la dosis, haciendo que cada toma dure más tiempo manteniendo al paciente incorporado.

Si las náuseas y/o vómitos persisten durante 12 horas, contacte con su especialista.

- **Estreñimiento:**

Asegúrese de que está aportando la cantidad de agua que le han recomendado.

Si no le han indicado lo contrario, **camine o haga un poco de ejercicio**. Si no puede caminar, **realice masajes suaves pero firmes en el vientre** en sentido de las manecillas del reloj para favorecer la movilidad intestinal.

Si el estreñimiento persiste consulte con su especialista, ya que puede recomendarle una dieta con mayor contenido en fibra dietética.

ANEXO 2

SALUD Y ENFERMEDAD, UN CONCEPTO TRANSCULTURAL

SALUD Y ENFERMEDAD, UN CONCEPTO TRANSCULTURAL

La realidad social de nuestro país incluye una diversidad de culturas y religiones que hace oportuno que los profesionales sanitarios adquieran un conocimiento básico de las distintas concepciones de la enfermedad y sus cuidados; más aún en el caso de la nutrición enteral, ya que afecta directamente a la alimentación, un signo de identidad para las personas ligado a condicionantes geográficos, climáticos, sociales, económicos, religiosos e ideológicos.

90

La aproximación a las creencias, usos y costumbres propias de las distintas culturas resulta de indudable utilidad de cara a perfilar la mejor relación sanitario-paciente y, así mismo, una óptima relación con la figura del cuidador.

Salud y enfermedad

El análisis que ciertos antropólogos ofrecen del concepto transcultural de enfermedad se inicia a partir de los tres significados que ofrece esta palabra en lengua inglesa: *disease*, *illness* y *sickness*.

- Así, **disease** sería el diagnóstico de la enfermedad que ofrece exclusivamente el profesional sanitario. Se trata de un significado biomédico y científico donde el paciente no tiene protagonismo alguno; se limita a ser un mero *receptor* del mensaje que le proporciona el profesional sanitario.
- Bajo el concepto **illness**, el paciente adquiere una dimensión participativa, y explica su visión de la enfermedad a partir de su vivencia, de su propio conocimiento y de lo que representa para él. El paciente adquiere el papel de protagonista, de *emisor* principal en la explicación de su dolencia.
- Más allá de la objetividad y la subjetividad en la explicación de la enfermedad, **sickness** nos revela que en la enfermedad existe un espacio que cabe atender, una entidad que algunos antropólogos definen como proceso *asistencial*; es decir, tener en cuenta todo lo que la sociedad puede establecer como frontera entre la salud y la enfermedad: lo social, lo histórico, lo económico, lo político y lo cultural.

El concepto de dolor y enfermedad varía según ciertos patrones culturales. Para **cristianos** y **judíos**, se padece sufrimiento para castigar la conducta reprobable de un individuo (*“si te portas mal, Dios te castigará”*). Los

enfermos se sienten injustamente afectados y no comprenden el ensañamiento del dolor en ellos (*“¿qué he hecho yo para merecer esto?”*). Y, cuando la enfermedad implica sufrimiento y muerte, puede vivirse como una consecuencia de una falta cometida.

Los **musulmanes** no se rebelan ante la adversidad o los sufrimientos que les afectan. Dios quiere lo fácil y no lo difícil para los Hombres; si Dios castiga a la persona con una enfermedad, a su vez le ofrece herramientas para combatirla: la Medicina. Los musulmanes luchan contra el mal con los medios del hombre, sin sublevarse contra Dios o caer en lamentaciones.

El cuerpo se considera un legado de Dios, de ahí que el Islam prohíba cualquier acto que implique maltratarlo, como los tatuajes, la eutanasia o el suicidio. En este sentido, algunos musulmanes pueden mostrarse reticentes a la donación de órganos, la cirugía estética o las autopsias.

En algunas culturas de **África occidental**, tal y como expresa el filósofo nigeriano Godwin Sogolo, *“una persona es considerada enferma cuando es afligida por fuerzas tales como el hambre, el desempleo, las tensiones sociales, la pobreza, etcétera”*. La salud es, por tanto, el resultado de un equilibrio dinámico entre fuerzas externas y fuerzas internas.

En sociedades holistas, como la **subsahariana**, la *buena salud* se entiende como *buena vida*; por eso se valora como debilidad de la medicina su indiferencia frente a la dimensión social y espiritual de la enfermedad. La enfermedad es la misma vida en dos dimensiones, es el paso de esta vida a la vida de los antepasados. Esta percepción es muy importante ya que significa volver al núcleo de definición de familia: generaciones pasadas y generaciones presentes. Así pues, el *individuo enfermo* tampoco existe. Si una persona tiene un problema de salud física, social o emocional, es el grupo el que está enfermo y, por tanto, es el grupo que ha de ser *tratado*; es decir, el grupo ha de participar en el tratamiento y curación de esa dolencia.

La **etnia gitana**, generalmente, concibe la salud como ausencia de enfermedad, y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte. La preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas, por lo que el concepto de prevención puede ser difícil de trabajar. La hospitalización domiciliaria de una mujer gitana suele ser difícil porque es complicado que ésta asuma el papel de *receptora de los cuidados* en la casa.

Los **pakistaníes** (musulmanes no árabes) comparten una comprensión integral, holística, de la salud. La tradición médica pakistaní tiene un componente psicosomático muy importante derivado de la concepción integral de la persona, pero no necesariamente subscribe la dualidad occidental mente/cuerpo. Es decir, pese a que se diferencian enfermedades físicas de espirituales (o del corazón) resulta difícil pensar en un alma saludable y un cuerpo enfermo, o al contrario.

La **etnia gitana**, los **musulmanes árabes** y los **musulmanes subsaharianos** comparten la concienciación y la percepción de la enfermedad, la cual se negocia con los miembros de la familia. Sólo los miembros de la familia contribuyen de manera importante a las decisiones referentes a los cuidados de los enfermos, y es la familia la responsable del cuidado del paciente durante el proceso de enfermedad y/o muerte inminente. El hecho de que el enfermo pueda suponer una carga para la familia no es una preocupación para ésta ni para el paciente. Así, cuando los enfermos se enfrentan a una enfermedad terminal, pueden no acudir a centros sociosanitarios o unidades de cuidados paliativos.

Las grandes religiones orientales, como el **budismo** o el **hinduismo**, sitúan el sufrimiento en el centro de sus metafísicas: el cuerpo es dolor porque es el lugar del dolor;

y el hombre está inmerso en un infinito dolor desde que nace hasta que muere. La espiritualidad oriental hace de la toma de conciencia del dolor una condición de la liberación, que reside en la revelación gracias a la cual todo sufrimiento se desvanece.

SALUD Y ENFERMEDAD			
	Concepto de salud	Dolor y sufrimiento	Percepción de la enfermedad
África Occidental	• Buena vida • Vida en dos dimensiones • No existencia individuo enfermo	• Somatización del problema • Buena-mala suerte	• A negociar con los miembros de la familia • Concepto de <i>Sickness</i>
Mundo Árabe Islámico	• Equilibrio entre mente y cuerpo	• Ausencia de rebelión contra el dolor, porque Dios lo quiere así	• A negociar con los miembros de la familia • Desequilibrio transitorio entre mente y cuerpo
Etnia gitana	• Ausencia de enfermedad	• Consecuencia de... o castigo por una falta cometida	• A negociar con los miembros de la familia • Enfermedad ligada a muerte

Relación profesional sanitario-paciente

La igualdad o la subordinación del paciente en el establecimiento de un pacto terapéutico con el profesional sanitario; una participación o la simple colaboración en ese proceso; y una relación dependiente o menos paternal son las principales consideraciones que se establecen en la estructura de poder, las expectativas en la relación y el papel del paciente definidas por el profesional sanitario en una sociedad determinada.

LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE			
	Estructura de poder	Expectativas en la relación	Papel del paciente
Occidente	• Equidad	• Participación (Empowerment)	• Menos Dependencia • Más Autocuidado
África Occidental Mundo Islámico Latinoamerica	• Jerarquía	• Obligaciones mutuas según la jerarquía	• Más Dependencia

Según el antropólogo Edward Hall (1976), en la comunicación existen culturas de bajo y alto contexto, dependiendo

de la cantidad de información emitida para comunicarse. En un sentido amplio, la comunicación de bajo contexto se refiere a los modos de comunicación de lógica clara y estilo directo. Este modelo suele concentrarse en las culturas donde predomina el individualismo. Por otro lado, la comunicación de alto contexto es lo contrario (uso de divagaciones, habla indirecta). Este modelo se presenta sobre todo en culturas colectivistas (la mayoría de las tratadas aquí).

- Algunas culturas de origen **sudamericano** esperan del profesional sanitario inmediatez y efectividad para descubrir, en el primer contacto, las causas que producen su dolencia. Se espera que el sanitario descubra con celeridad las causas de la enfermedad, actitud ésta que deriva, en parte, de las expectativas que se tienen sobre la medicina en países desarrollados.
- La cultura **china** coincide con la rapidez y la eficacia demandada por el colectivo anterior; sin embargo, es digno de mención el hecho de que, por ejemplo, prefieran la medicación por vía intravenosa, algo que no guarda relación con las expectativas de estar en un país desarrollado, sino con la rápida recuperación para retornar a sus actividades.

- Las personas de cultura **gitana** pueden llegar a buscar en la Iglesia Evangélica respuesta a algunas patologías, como el cáncer, en aquellos casos en los que el tratamiento no ofrece los resultados deseados. Así, contar con el apoyo de la figura del sacerdote evangélico, o el imam de la mezquita en el caso de los musulmanes, pueden ser opciones a tener en cuenta para acabar de convencer al paciente en adherirse a un tratamiento.

La actitud del paciente

La gran diferencia entre los conceptos vida, enfermedad y muerte en las distintas culturas viene marcada por el valor de la importancia del individuo o de la familia; por la creencia o no en el destino divino; o por el valor del pasado, del presente, o del futuro que otorga cada sociedad al tiempo.

ACTITUDES DEL PACIENTE			
	Concepto de vida	Enfermedad y muerte	Enfasis
Occidente	• Tu vida es tuya • Control de la vida propia • Presente y futuro	• Interrupción de la vida normal • Culpabilidad • Algo a vencer	• Felicidad Individual
Mundo islámico	• No hay control de la vida propia • Pasado y presente	• Forma parte del ciclo normal • Mala suerte	• Cuidado de la familia

- Algunas culturas **africanas** consideran que, aunque la biomedicina sirva para curar síntomas, rara vez cura la causa del problema. Esto significa que delante de una enfermedad grave es necesario socializarla, siendo una de las consecuencias habituales acudir a un sanador tradicional a la vez que, y esto es importante remarcarlo, se sigue un tratamiento biomédico.
- Para parte de la **población china** los goteros son considerados como la panacea de cualquier enfermedad y también consideran que los medicamentos más eficaces son los de precio más elevado.

África Occidental, Mundo islámico, Latinoamérica		Occidente medicina oficial y crecimiento medicina natural
• Más Tendencia a transgredir • Sociabilidad • Colaboración • Sentimiento de culpa • Medicina tradicional y oficial	VS	• Más Tendencia a cumplir • Individualismo • Participación • Más Sentimiento de culpa • Medicina oficial

El acto de comer

En la mayoría de las culturas el acto de comer tiene una función básicamente social. Alrededor de la comida se afianzan un conjunto de reglas, a menudo muy estrictas, que dan sentido e identidad a cada grupo. Desde las reuniones familiares a las comidas de trabajo, todo tiene su ritual con códigos aparentemente invisibles, pero entrelazados según las características de cada grupo humano. Comer supone una complicada red de pensamientos, actos y emociones; porque alimentarse (comer y beber), trasciende la pura necesidad vital y enlaza más con una serie de conductas sociales que con la mera actividad biológica.

Prácticamente todas las culturas abordadas en este capítulo y que conviven entre nosotros consideran

esencial la socialización inherente al acto de comer. Merece una mención especial el caso del **Ramadán** en el mundo islámico, y que todo musulmán debe realizar. Se excluye de su cumplimiento a los niños, los enfermos, los ancianos, las embarazadas, los viajeros y las mujeres con menstruación, que deben posponer la abstinencia o compensarla con rezos y limosnas. Esta abstinencia consiste en que absolutamente nada, ni siquiera agua, entre en el cuerpo durante las horas de luz solar (“desde que un hilo blanco se distingue del negro hasta que no se distingue”). Algunos creyentes más restrictivos también incluyen no perfumarse, no ducharse, ni tomar un baño, ni tragar nada, incluso saliva. Al final de las horas de restricción se permite comer, y en la última noche del mes tiene lugar una celebración de hermanamiento y de recordatorio colectivo donde se conmemora conjuntamente la lucha librada por cada fiel contra el propio cuerpo y la alegría de haber vencido a los sentidos.

La consideración y el respeto a la diferencia cultural constituye un reto clave para la conexión de profesionales y pacientes. Desarrollar esta sensibilidad a las diferencias interculturales ayuda a que el paciente vea en el profesional a un aliado en la consecución de los objetivos de su tratamiento.

Bibliografía

1. Boixareu, Rosa M^a (coord.). De la antropología filosófica a la antropología de la salud. Ed. Herder. Barcelona, 2008.
2. Franch Nadal, Josep (coord.); Otzet Gramunt, Isabel; Belloso Rimbau, Jordi. Diabetes & Etnias. Capítulo 5: “La diabetes en el mundo árabe e islámico”. Ed. Euromedice. Barcelona, 2011
3. Herrera, C.; Vasquez, E.; Romero, E; et al. Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 2008.
4. Le Breton, David: Antropología del dolor. Ed. Seix Barral. Barcelona, 1999.
5. Mateo Dieste, Josep Lluís. Salud y ritual en Marruecos: Concepciones del cuerpo y prácticas de curación. Ed. Bellaterra. Barcelona, 2010.

6. Morera Montes, Joaquín; Alonso Barbarro, Alberto; Huerga Aramburu, Helena: Manual de atención al inmigrante. Ed. Ergon. Madrid, 2009.
5. Romo, A.; López, R.; López, B. En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI. Rev. Chil Nutr, 2005.

Jordi Belloso Rimbau

Islamólogo.

*Licenciado en Filología Árabe
(Universidad de Barcelona)*

*Licenciado en Estudios Internacionales e Interculturales
(Universidad Autónoma de Barcelona)*



Copyright 2021, Nestlé Health Science

Se autoriza la reproducción, total o parcial, de los contenidos de esta Guía con la obligada referencia a Nestlé Health Science como titular del Copyright y su autorización para la citada reproducción.



Nestlé España S.A.
C/ Clara Campoamor, 2
08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Copyright 2021, Nestlé Health Science Se autoriza la reproducción, total o parcial, de los contenidos de esta Guía con la obligada referencia a Nestlé Health Science como titular del Copyright y su autorización para la citada reproducción.