



APROXIMACIÓ A LA DIMENSIÓ ESPIRITUAL EN LA PRÀCTICA CLÍNICA

Resum

Aquest article intenta explicar la meua experiència i el meu aprenentatge, com a metgessa especialista en medicina interna i pal·liatiu, en l'acompanyament de persones malaltes que es troben en situació de final de vida. Els professionals sanitaris ens apropem als nostres pacients amb actitud i respecte, intentant explorar les seves amenaces i les seves pors que alhora són les nostres. Cal fer formació per disposar d'eines i recursos per suportar el patiment de l'altre per poder-lo acompanyar. El procés de transformació espiritual que experimenta una persona que s'està morint, ens ajuda a veure que morir bé pot ser possible.

Paraules clau

Espiritualitat, patiment, esperança i mort.

Abstract

This article tries to explain my experience and my learning, as a specialist in internal and palliative medicine, accompanying ill people who are dying. Healthcare professionals approach our patients with a certain attitude and with respect, trying to explore their threats and their fears that are at the same time ours. Training is needed to have tools and resources to support the suffering of the other to be able to accompany them. The process of spiritual transformation experienced by a person who is dying helps us to see that dying well can be possible.

Keywords

Spirituality, suffering, hope and death.

No podem acompanyar l'altre més enllà d'on un mateix ha arribat.

Enric Benito. Mestre del màster de cures pal·liatives.
Metge oncòleg i pal·liativista de Mallorca.

Les cures pal·liatives

La definició de l'OMS de les cures pal·liatives al 1990: Atenció global i activa dels pacients amb malalties que no responen al tractament curatiu, essent primordial el control del dolor i altres símptomes, així com els problemes psicològics, socials i espirituals, per donar confort i millorar la qualitat de vida.

La dimensió Espiritual. Qui soc Jo

Per espiritualitat entenem l'aspiració profunda i íntima de l'ésser humà a una visió de la vida i la realitat que integri, connecti, transcendeixi i doti de sentit la seva existència. S'associa també al desenvolupament d'unes qualitats i valors que fomentin l'amor i la pau. (Benito, E., Barbero, J., Payas, A., 2008)

La dimensió espiritual és inherent a la condició humana. Les persones som éssers espirituals i cal que ens adonem d'aquesta dimensió per poder donar sentit i valor a les nostres vides.

Espiritualitat no és religió. La religió pot ser un vehicle que ajudi a treballar la nostra espiritualitat, però l'espiritualitat va molt més enllà. La religió treballa l'espiritualitat fora de nosaltres mateixos, però l'espiritualitat està dins nostre; perquè és en nosaltres on hem de trobar la nostra espiritualitat.

La societat occidental s'ha allunyat molt de la religió i el ritme de vida fa que ens costi trobar espais i temps per treballar la nostra espiritualitat. Però hi ha moments en els quals apareix un despertar espiritual molt fort i intens, com per exemple, en la proximitat de la nostra mort.

Fa anys vaig fer un taller sobre el concepte d'espiritualitat i simplement havia de preguntar-me: *Qui soc Jo?* L'exercici consistia a treure tot allò que

no sóc, és a dir, treure totes les *capas de cebas* que han anat construint la meua persona. Aleshores es tracta de treure tots els meus rols: jo no soc només filla, mare, esposa, metgessa, membre d'una associació, amiga... Em vaig adonar que defineixo el meu Jo en tot allò que faig, però em deixava la part més essencial, qui sóc jo realment? (Ibañez, Digon, 2016).

Quan acompanyem persones que no poden exercir el rol de mare o el rol professional, perquè la malaltia els ho impedeix, aleshores estem coneixent una persona que ens mostra el seu jo més verdader, el que no depèn del que fa o el que exerceix. Les persones ens mostren el que realment els preocupa, el que ha donat sentit a la seva vida, el que més valoren, el que més els importa. Probablement, aquest apropament a la persona que ens mostra aquest jo autèntic, és el que fa que els que ens dediquem a les cures pal·liatives ens enriqueixim tant a nivell personal.

Espiritualitat i Salut. La manca d'eines dels professionals de la salut en l'abordatge espiritual

Durant els anys que vaig estudiar medicina i els anys posteriors en la formació MIR en medicina interna, no em van donar formació en habilitats de comunicació ni en la manera d'afrontar el patiment. Tampoc no em van ensenyar res sobre la mort ni el procés de morir. Evidentment, la mort forma part de la nostra professió i tota persona malalta pateix molt, però ho vivia com una cosa natural dins el procés, sense prestar-hi l'atenció que requereix. De fet, no ens n'adonem, però ens allunyem cada cop que no som capaços de resoldre una situació, perquè en realitat, als metges ens han format per resoldre, no per acompanyar. Aquesta és una valoració de metge d'hospital. En la medicina de família hi ha molts equips que sí que acompanyen durant tot el procés de malaltia i mort dels seus pacients.

En infermeria, el procés d'acompanyar és un dels pilars de la seva tasca, però probablement, en determinades situacions no sigui suficient la formació rebuda, és per això que existeixen els professionals especialitzats en les cures pal·liatives: persones amb una formació i sobretot

una actitud per acompanyar en el patiment i el procés final de la vida de les persones malaltes.

Un altre aspecte a tenir en compte en la formació dels metges és que ens han preparat per guarir cossos malalts, millor dit, òrgans o sistemes malalts. Tenim un gran coneixement en el funcionament de la part física del nostre organisme, com si fóssim mecànics. La persona, a més de ser un cos físic que s'espatlla, té més dimensions que configuren el seu tot: la dimensió social, la dimensió emocional i la dimensió espiritual.

La persona, a més de ser un cos físic que s'espatlla, té més dimensions que configuren el seu tot: la dimensió social, la dimensió emocional i la dimensió espiritual.

- La dimensió social.

Quan una persona emmalalteix, la seva situació familiar i social pot quedar greument afectada: des de perdre la feina fins a no poder exercir el seu rol de mare, si la malaltia la invalida per ocupar-se dels seus fills, per exemple. Els equips de cures pal·liatives disposen d'un treballador social que valora l'entorn familiar de la persona malalta i col·labora en la nova adaptació de la situació sociofamiliar. També ajuda a identificar quines persones queden afectades al voltant de la persona malalta, ja que les malalties greus afecten el pacient i la seva família i cadascú viurà la pèrdua i farà un dol de forma diferent. Un altre aspecte és la identificació del cuidador principal, que liderarà tot el procés de cura del pacient, explorant les seves capacitats i recursos. Aquest cuidador és molt important quan el pacient vol morir a casa.

- La dimensió emocional.

Les malalties alteren en gran mesura l'esfera emocional de les persones i, alhora, l'actitud del pacient enfront la malaltia pot afectar directament o indirectament el seu procés evolutiu. Els metges tenim molt poca formació en psicologia, ens costa fer un abordatge emocional adequat. A més, tendim a medicalitzar les emocions negatives amb ansiolítics, antidepressius o hipnòtics. Explorant les pors i preocupacions, podríem ajudar millor que simplement medicalitzant. El patiment no es

pot medicalitzar i aquest tema costa d'acceptar, tant per la família com per part dels professionals. Per fortuna, molts equips de cures pal·liatives disposen de psicòlegs que ajuden a trobar eines per intentar millorar l'estat emocional de pacients, familiars i la resta de l'equip.

- La dimensió espiritual.

Aquesta és la que més costa d'explorar i sovint es confon amb l'emocional. Per altra banda, l'acompanyament espiritual no és tasca d'una sola disciplina, sinó que pertoca a totes les persones implicades en la cura del pacient. Només cal escoltar i simplement estar present,

no fugir. Aprenem molt dels nostres pacients, ells ens ensenyen coses sobre la dimensió espiritual si els sabem escoltar; si ho deleguem al company que ens sembla que en sap més, ens perdem aquesta possibilitat d'anar carregant el nostre bagatge d'eines que ens ajudaran per seguir atenent els propers pacients amb qui creurem els nostres camins.

Necessitats espirituals al final de la vida. Guia d'espiritualitat de la SECPAL

L'any 2004 es crea el Grup d'Espiritualitat de la SECPAL (Societat Espanyola de Cures Pal·liatives) amb objectiu de reconèixer la dimensió espiritual i donar eines als professionals per tenir un model d'intervenció i acompanyament espiritual. Aquest grup va elaborar la guia d'Espiritualitat de la SECPAL, que es va publicar el 2008 (Benito, Barbero, Payas, 2008).

En aquesta guia trobem uns acords conceptuals sobre què és espiritualitat, religió, quines són les necessitats espirituals al final de la vida i com cal que siguin ateses. Alhora aborda el concepte de patiment i mort.

Aquests autors van fer una extensa revisió de la literatura i van decidir fer una proposta de descripció de necessitats espirituals per poder iniciar un acompanyament

per a la seva exploració. Aquestes necessitats són:

- Necessitat de ser reconegut com a persona. Som éssers únics. Ara ja no els identifiquem amb la malaltia. Apareix el jo més verdader.
- Necessitat de tornar a llegir la seva vida. Repassar la biografia.
- Necessitat de trobar sentit a l'existència i l'esdevenir: la recerca de sentit de la vida viscuda i que ara s'acaba.
- Necessitat d'expressar sentiments i vivències religioses.
- Necessitat d'alliberar-se de la culpabilitat, de perdonar-se.
- Necessitat de reconciliació, de perdonar i sentir-se perdonat.
- Necessitat d'establir la seva vida més enllà de si mateix. Acaba la vida biològica, però no la biogràfica. Haver significat quelcom per als altres, deixar llegat.
- Necessitat de continuïtat, d'un més enllà. Què hi ha després de la mort.
- Necessitat d'autèntica esperança, no d'il·lusions falses. Transformació del contingut de l'esperança.
- Necessitat d'estimar i ser estimat. Abraça totes les necessitats.

Apropar-nos al patiment

El concepte de patiment en salut fou descrit al 1982 per Eric Cassell en una revista mèdica prestigiosa: *The New England of Medicine*. «El patiment es descriu com un estat específic de distrés que apareix quan la integritat de la persona es veu amenaçada o trencada. Es manté fins que la integritat es restaura o fins que l'amenaça ha passat o s'ha restablert la integritat a un altre nivell de consciència (Transcendir)» (Cassell, 1982).

Quan ens diagnostiquen una malaltia, iniciem un procés de patiment per la incertesa del procés evolutiu i per si ens curarem o no. Si la malaltia es guareix, el patiment desapareix. Si la malaltia és incurable o esdevé terminal, el patiment ens acompanya durant tot el procés. És aleshores que hem de fer un treball personal per poder-lo gestionar.

La missió de les cures pal·liatives és ajudar les persones a trobar els seus propis recursos per intentar disminuir el patiment.

La petició més habitual que ens fan pacients i famílies als professionals de la salut és *no vull patir o no vull que pateixi*. Als sanitaris ens han format per tractar malalties, disposem de fàrmacs, i altres tècniques més complexes, per alleugerir i fins-i-tot eliminar el patiment físic, el dolor físic, però la demanda de *no vull patir* es refereix a un altre tipus de patiment, és el patiment que nosaltres no podem medicalitzar ni tractar com ens han ensenyat, perquè no es refereix al patiment del cos físic, sinó al patiment espiritual.

Cicely Saunders (1918-2005), pionera en cures pal·liatives, definia el patiment espiritual com a Dolor total.

No hi ha dubte que quan Cicely Saunders va utilitzar per primera vegada el terme *dolor total* a principis de la dècada de 1960, estava en procés d'ajudar a la medicina i a la salut un concepte d'interès clínic i conceptual perdurable. El dolor total estava lligat a un sentit de la narrativa i la biografia, destacant la importància d'escoltar la història del pacient i comprendre l'experiència del sofriment d'una manera polifacètica. Aquest va ser un enfocament que va veure el dolor com una clau per desbloquejar altres problemes i com una cosa que requereix múltiples intervencions per a la seva resolució. Així es va formular la idea del dolor total com incorporant elements físics, psicològics, socials, emocionals i espirituals (Saunders, 1964) (Clark, 2000).

El patiment costa molt d'avaluar. El patiment és subjectiu i individual, per poder-lo valorar cal que ens apropem a la persona amb una actitud determinada. En cures pal·liatives s'usa el terme d'*empatia compassiva*, descrit per Ekman (Benito, Barbero, Payas, 2008). Consisteix a apropar-nos-hi amb una actitud de voler escoltar, acollir, entendre; això implica una acció amb compromís, oferint un entorn de seguretat en el qual procurarem ser capaços de no jutjar i garantir que no hi haurà abandonament en el procés d'atenció.

Els professionals de la salut, cal que també explorem quines són les nostres limitacions i les nostres pors. Per això és important fer formació en cures pal·liatives, per preparar-nos en una comunicació difícil, que sovint no és agradable, que posa a prova la nostra capacitat de suportar el patiment de l'altre per poder-lo acompanyar. Si no puc suportar el teu patiment, si em produeix neguit i angoixa, em serà molt difícil acostar-me, escoltar-te, acompanyar-te. Per tant, professionals i cuidadors de persones malaltes, hem de fer un treball personal per ajudar-nos en aquest *suportar el patiment de l'altre*.

no són lineals ni segueixen estrictament aquest ordre.

La Dra. Kathleen Dowling Singh les resumia en tres: Caos, Acceptació i Transcendència; afegint-hi el concepte de *transcendir el patiment* (Dowling Singh, 1998, 1999). Aquest concepte va molt més enllà de l'acceptació. Vol dir que jo em faig meu el patiment, l'accepto i miro d'afrontar-lo en la mesura que els meus recursos m'ho permeten. En aquest procés és on puc valorar-ne els aspectes positius, que em fan sentir bé amb mi mateixa, que em fan sentir valorada i estimada,

...és important fer formació en cures pal·liatives, per preparar-nos en una comunicació difícil, que sovint no és agradable, que posa a prova la nostra capacitat de suportar el patiment de l'altre per poder-lo acompanyar.

Un dels aprenentatges més grans que he assolit en acompanyar persones en situació de final de vida és que jo no puc eliminar el seu patiment. És cada persona la que ha de fer el seu procés. El que és important és prendre consciència com a professionals que el nostre acompanyament pot ajudar molt a millorar l'experiència de patiment de les persones que atenem.

que m'apropen a un estat de serenor i de pau, on em trobo a gust, on puc reposar.

De vegades, transcendim en moments o en situacions concretes, no com un estat, sinó en petites fraccions del present, barrejat en el caos i mentre estem fent esforços per intentar acceptar allò que ens està passant. Hi ha pacients que ens diuen que, malgrat la malaltia, estan contents perquè han experimentat, per exemple, com la família s'ha reconciliat. Això és un transcendir en el patiment, a tall d'exemple.

Com diu Javier Barbero: «El patiment no és un problema a resoldre, sinó una situació que cal acompanyar» (Benito, Barbero, Payas, 2008) .

Les etapes del dol d'Elisabeth Kübler-Ross

Transcendir implica un exercici personal, un camí que haig de fer jo sola, amb l'acompanyament de les persones que em fan costat i que m'estimen, amb les que em cuiden; però només jo puc fer aquest procés, no el pot fer ningú per mi.

Elisabeth Kübler-Ross va ser una psiquiatra pionera a apropar-se a les persones en situació de final de vida per intentar explicar el que senten en el seu trànsit cap a la mort. Al 1969 va publicar un llibre: *On Death and Dying* (Kübler-Ross, 1969) on explicava les cinc fases per les quals passa una persona a qui es diagnostica una malaltia terminal o bé pateix una pèrdua important. Són les anomenades fases o etapes de dol. Aquestes etapes són: Negació, Ira, Negociació, Depressió i Acceptació.

Si durant la meua vida he treballat el meu jo verdader, si m'he plantejat el que realment és important per a mi, el que valoro i dona sentit a la meua vida, probablement tindrè més eines per poder arribar a transcendir. No em refereixo a un exercici intel·lectual, em refereixo a la consciència personal, que és independent del nivell d'estudis o de saviesa cultural. És aquella saviesa que té tota persona que es fa preguntes sense esperar una resposta clara, des de la senzillesa, intentant simplificar

Aquestes etapes han estat qüestionades, adaptades, ampliades i completades per altres autors. Les persones no necessàriament passen per totes les etapes i alhora les etapes

la complexitat de la vida.

Per a Dowling Singh, es tracta de seguir vivint mentre ens estem morint. «Es tracta d'un procés de transformació en el qual em retiro del món, giro cap endins, experimento un aprofundiment cap al sentit de presència, experimento humilitat, silenci, un trobament amb el meu jo i em transformo». Moltes persones senten un estat de benestar sabent que la mort està propera, se sorprenen d'aquest sentiment i mostren una profunda gratitud. Evidentment, primer han passat pel seu caos i desordre, abans no ho han acceptat i s'han rendit, però els que poden transcendir, ho experimenten així.

Per als que acompanyem persones en situació de final de vida, quan comparteixen amb nosaltres aquests processos ens donen un aprenentatge impressionant.

Per als que acompanyem persones en situació de final de vida, quan comparteixen amb nosaltres aquests processos ens donen un aprenentatge impressionant. Cada cas és únic i diferent. Aquest aprenentatge ens encoratja a seguir acompanyant, a seguir treballant; ens ajuda a pensar que podem morir bé, que ho podem suportar.

Comunicació en salut: la veritat tolerable

Donar males notícies és una de les tasques més difícils de la professió mèdica, tenint en compte, a més, que no ens ensenyen com ho hem de fer. Tant important és el *què* (contingut de la informació) com el *com* (manera com donem la informació); sovint oblidem la importància de comunicar en un entorn apropiat i dedicar-hi el temps que les persones necessiten.

Un expert a donar males notícies no és algú que ho fa bé sempre, és simplement algú que ho fa malament menys sovint i que està menys confós quan les coses no van finament (Buckman, 1998).

La informació és un dret fonamental i com a tal podem

reclamar-lo o no. És a dir, tenim dret a ser informats i també a no ser-ho.: Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303, 11.1.2001) i Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de dret i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Per tant, hem de respectar els que volen tota la informació i també els que no volen saber res, però qui ho ha de decidir és el pacient i no la família.

Tanmateix, per sobre de la llei, hi ha l'ètica. El propietari de la informació és el pacient i sempre li hauríem de consultar amb qui vol compartir-la. En el nostre entorn, tendim a informar primer les famílies i elles ens condicionen sobre el grau d'informació que ha de tenir el pacient. Això vulnera els drets del pacient i a més és una falta ètica de primer ordre, ja que altera el principi d'autonomia en la presa de decisions.

Parlem de *conspiració de silenci* quan una família amaga informació sobre la salut del pacient i no permet al professional la comunicació. Aquest fet comporta un patiment molt gran, ja que el pacient té un sentiment d'incertesa que no l'ajuda a poder gestionar el seu procés, cosa que genera inseguretat i desconfiança en la família i envers l'equip professional, ja que no entén per què les coses no van bé; alhora, la família pateix per intentar amagar i dissimular en tot el possible la veritat. La conspiració de silenci priva el pacient, en el temps que li queda de vida, de poder adaptar-se, organitzar i resoldre assumptes pendents o fins i tot acomiadar-se. La conspiració de silenci, a més, comporta que els professionals actuem sense respectar la voluntat del pacient, ja que al no estar informat, no pot prendre les decisions que més li convenen en relació amb el seu estat de salut. La nostra funció com a professionals és respectar els drets i l'ètica del pacient, tenint en compte la seva família, explorant quines són les pors dels membres familiars i explicant els avantatges i inconvenients d'una bona informació.

Hem de dir tota la veritat? Anomenem *veritat tolerable* aquella informació que el pacient és capaç d'anar

assumint. La informació és un procés gradual, cal explorar què vol saber el pacient i fins on vol arribar. La quantitat d'informació que necessita també va variant durant el procés. Que el pacient no preguntis no vol dir que no vulgui informació. Sovint no pregunten quan saben que la resposta serà una mala notícia, perquè això genera por i angoixa, però no significa que no vulguin saber. Tendim a subestimar la necessitat informativa de les persones i la seva capacitat d'assimilació. Sempre cal explorar, així ens equivocarem menys.

A més, si la família té més informació que el pacient, apareix una *paret virtual* que els separa: no poden compartir les angoixes i les dificultats, no poden acostar posicions. Crec que si no som capaços de donar tota la informació al pacient, tampoc ho hauríem de fer a la família, per evitar aquesta separació.

La meva experiència és que quan el pacient rep la informació que necessita, el patiment del pacient i la família sempre disminueix.

La meva experiència és que quan el pacient rep la informació que necessita, el patiment del pacient i la família sempre disminueix. Quan el pacient i la família tenen el mateix grau d'informació, la paret que els separava es trenca i poden treballar en la mateixa direcció i en la mateixa esperança, poden apropar-se per fer el camí junts. I, si ho desitgen, es poden acomiadar.

Esperança al final de la vida

Quan els tractaments fracassen i la malaltia avança, és molt difícil sentir esperança si es basa en la guarició i la supervivència. L'acceptació d'un procés incurable condiona donar un significat diferent al contingut de l'esperança.

Això també els passa a molts metges especialistes, que perden tot l'interès en el cas del pacient quan ja no senten que poden obtenir el resultat que s'espera d'ells.

En ocasions, jo qüestiono l'existència de les cures pal·liatives en aquelles situacions en les quals el pacient és cedit d'un professional que ha perdut l'*esperança curativa* a un altre equip que ha de treballar un altre tipus d'esperança. Això no ajuda ni el pacient ni els professionals. El pacient nota un sentiment d'abandó que li genera més patiment, i el professional que se'n desprèn no pot completar l'aprenentatge que sempre obtenim de l'experiència de tractar els nostres pacients. En aquest moment del procés evolutiu de la malaltia, apareixen qüestions de caire ètic, com per exemple aquelles que fan reflexionar sobre la presa de decisions durant el procés. Si el professional que ha liderat el procés no està present en aquestes reflexions, difícilment es pot beneficiar de sentir-se ajudat per a plantejaments futurs en altres pacients que han de suportar processos similars. Jo prefereixo compartir el procés amb els equips, de manera que el pacient segueix sent portat pel seu referent amb qui manté un vincle de confiança i nosaltres col·laborem en l'assistència, com a equip de cures pal·liatives, intentant explorar les altres necessitats a més de la física, per tal de garantir una assistència de més qualitat, en la mesura que sigui possible. Per això ens anomenem equips de suport. De vegades, l'organització sanitària mateix i la disponibilitat de recursos humans, a més de la gran demanda assistencial cada cop creixent, fa que els equips de suport acabin assumint tota l'assistència.

Com es pot canviar el contingut de l'esperança al final de la vida? Aquesta pregunta és molt difícil de respondre. Tornem a basar-nos en la nostra transformació espiritual que ens ajuda a transcendir el patiment per poder suportar tot el que ens està passant i que va més enllà de la raó. El pensament i el raonament no ens ajudaran a resoldre el misteri. Cal fer un treball personal profund per poder donar contingut a aquesta nova esperança que ens apropa al misteri de la vida i de la mort. Aquí, la religió pot ajudar molt, tot i que en ocasions el sentiment de culpa pot empitjorar aquesta situació si la nostra religió considera la capacitat de jutjar les nostres accions. Tampoc es requereix un debat intel·lectual, perquè no es pot raonar. La meva experiència és que la senzillesa ajuda més que la intel·lectualitat per intentar

comprendre, és com una intuïció que tot anirà bé.

Què podem esperar quan ens estem morint? De la guia d'espiritualitat de la SECPAL (Benito, Barbero, Payas, 2008):

Esperar a ser atesos per un equip capaç d'alleujar amb humanitat el dolor físic, emocional, social i espiritual que puguem experimentar en morir. Esperar a ser tinguts en compte com a persones, a ser respectats i tractats amb amor, independentment del deteriorament del nostre cos o de les nostres funcions cognitives. Esperar que puguem decidir, que siguem consultats sobre el que necessitem o volem. Esperar que no serem abandonats i que no se'ns deixarà patir de forma innecessària. Esperar que el temps que ens quedi pugui estar ple de sentit i d'afecte; que ens puguem sentir acompanyats, estimats i respectats. Esperar que puguem expressar amor, gratitud i amabilitat. Esperar a perdonar i sentir-nos perdonats. Esperar poder significar alguna cosa per als altres, que la nostra vida hagi tingut un sentit. Esperar que, tot i el patiment, puguem seguir creixent a nivell personal i espiritual. Esperar que tinguem pau i seguretat.

A cures pal·liatives, com que no podem curar, el terme que usem és el de *sanar* (Benito, E., Barbero, J., Payas, A., 2008). La *sanació* fa referència a aquest transcendir el patiment, en el qual la persona pateix aquesta transformació que l'ajuda a suportar aquesta situació i fins i tot a trobar-li un sentit. No es tracta de trobar una explicació, es tracta de viure l'experiència d'una forma diferent. Aleshores, l'experiència de la malaltia es pot viure amb acceptació i podem acostar-nos a la mort amb més serenitat.

Si som capaços de treballar una esperança que ens empenyi a pensar que hi ha quelcom després de la mort, podrem acostar-nos al misteri de la mort amb menys por i amb més serenitat. Però això no ho podem raonar ni ens ho podem imposar, ho hem de sentir o intuir. És la intuïció de sentir que hi ha un *Tot* que ens acull, un *Tot* que es pot anomenar Déu o Energia superior o Natura i que les cultures religioses intenten

explicar, però que només des de la creença no raonada es pot arribar a sentir. Hi ha persones que pensen que la mort és el final, que no hi ha res més. N'hi ha que senten que s'acosten a una dimensió que els acull i els reconforta. Ho sabrem en el moment de morir.

Característiques del procés de morir de la nostra societat

Actualment, les característiques del procés de morir de la nostra societat es poden resumir en:

- 1) La incapacitat d'assumir la nostra finitud
- 2) El canvi d'escenari: la medicalització de la mort
- 3) Confondre quantitat per qualitat de vida
- 4) El dret a morir dignament, el dret a l'autonomia

1. La incapacitat d'assumir la nostra finitud

S'atribueix a Sigmund Freud la frase: «Cadascun de nosaltres té la resta d'éssers com a mortals, menys un mateix». (Freud, 1930).

La mort és un procés, no és un estat; excepte en els casos de mort sobtada o traumàtica, tots passarem pel procés de morir.

Ens costa molt pensar en la mort, i encara més en la nostra mort. Vivim com si mai no haguéssim de morir i quan sentim la mort propera, ens hem preparat molt poc, tant des d'un punt de vista pràctic com espiritual. No ens plantejem on ens agradaria morir i acompanyats de qui. Hi ha moltes persones que prefereixen una mort sobtada a haver d'afrontar el seu propi procés de morir. També ens costa acceptar la mort de persones que tenen una mort prematura, com els nens o els adults joves. Els avenços tecnològics i el sistema de controlar-ho tot de la nostra societat tampoc ajuda en el procés d'acceptació.

2. El canvi d'escenari: la medicalització de la mort

Els nostres avantpassats morien a casa; la mort estava present a les nostres vides. Vèiem morir els nostres éssers estimats i els nens aprenien i comprenien que la

mort formava part de la vida. Ara als nens no se'ls deixa participar ni tan sols als rituals de comiat, no van als tanatoris, als funerals, ni als cementiris. Quan creixen, no tenen cap experiència prèvia per poder elaborar les que vindran posteriorment i que els poden ajudar en la gestió emocional.

Actualment, només el 18,5% de les persones moren al seu domicili (Generalitat de Catalunya, 2013). Quan els pacients moren a l'hospital, es tendeix a medicalitzar el procés de morir. Als hospitals la mort passa de ser un fet transcendent a ser un acte tècnic.

Els professionals sanitaris diagnostiquem quan una persona està en situació de final de vida, és el que anomenem SUD (Situació d'Últims Dies). És l'estat que precedeix la mort en les malalties en què la vida s'extingeix gradualment.

En aquest procés, la persona disminueix molt la seva activitat, resta enllitada perquè no té forces ni de seure; hi ha una disminució de la gana, el menjar ara no és necessari per a l'organisme; alhora les funcions cognitives disminueixen, de manera que entra en un estat de somnolència, amb poques ganes de comunicar-se amb l'entorn. En aquest estat, el que la persona necessita és pau i tranquil·litat. En la nostra experiència, tots els pacients en SUD, saben que s'estan morint, malgrat que no puguin o vulguin compartir-ho.

En l'àmbit hospitalari, tenim tendència a medicalitzar; per exemple, ens costa retirar la serumteràpia (hidratació endovenosa amb sèrums) si el pacient no ingereix, interferint el procés natural de deshidratació que contribueix a la mort i allargant el procés d'agonia. En medicina hi ha el concepte de la limitació de l'esforç terapèutic, això vol dir que es retiren tots els fàrmacs innecessaris i només es deixen aquells que poden ajudar a garantir la situació de confort, si calen.

La medicalització està indicada en casos en què el pacient presenta símptomes com ara dolor, ofec, angoixa i altres. Hi ha persones que en el moment de morir experimenten un estat d'angoixa molt important,

o bé perquè els símptomes de la malaltia no estan controlats o bé perquè, pels motius que sigui, no estan a punt per morir (persones joves o pares/mares amb fills discapacitats, persones amb assumptes pendents de resoldre), aleshores podem ajudar medicalitzant els símptomes que ho necessitin.

Per altra banda, si el pacient així ho prefereix, pot morir inconscient, induint-li un coma farmacològic; és el que s'anomena *sedació pal·liativa*. Sovint, és la família qui sol·licita la sedació, sense demanar permís al pacient, ja que ningú s'atreveix a preguntar-li si vol morir conscient o adormit. Mai hauríem de sedar el pacient sense el seu consentiment, explícit o delegat.

La sedació pal·liativa difereix de l'eutanàsia, actualment il·legal al nostre país. En la sedació pal·liativa, la persona s'està morint i el fàrmac que li administrem no li condiciona la mort, només un coma induït, fins i tot pot ser que, per la relaxació, el procés es pugui allargar. En l'eutanàsia, la persona no està en procés de mort i el fàrmac que s'administra sí que provoca la mort de forma immediata. La sedació pal·liativa està dins la legalitat i és una bona pràctica mèdica des del punt de vista ètic, però cal fer-la en condicions de llibertat i autonomia.

3. Confondre quantitat per qualitat de vida

Els avenços en medicina han millorat la supervivència de moltes malalties. Tant a la societat com als professionals, ens costa molt acceptar les limitacions en aspectes de salut, cosa que ens porta a esgotar totes les possibilitats de tractament, fins i tot en tractaments que tenen poca rendibilitat en eficàcia i un cost molt elevat, no només en termes econòmics (justícia i equitat), sinó cost en termes de qualitat de vida (efectes secundaris de la medicació, visites a urgències, ingressos hospitalaris de repetició). Això es veu molt ara en tractaments anomenats pal·liatius, que si bé poden ajudar a millorar el control simptomàtic, la persona que els rep confon els objectius del tractament, pensant que poden servir per controlar la malaltia. Això tampoc no ajuda les persones en el procés d'acceptació perquè tant pacients,

com familiars, com nosaltres mateixos no suportem el fet de no tenir res a oferir. Per això és important que els pacients disposin de la informació necessària per decidir millor el que més els convé. Hi ha qui necessita continuar fent tractament, malgrat tot, per sentir-se millor i això també s'ha de respectar. Però aquesta necessitat ha de ser la del pacient, no la del professional.

Per altra banda, els canvis socials i les noves estructures familiars condicionen que no hi hagi cuidadors als domicilis. No podem cuidar i no deixem morir, cosa que comporta un alt grau d'institucionalització de les persones grans amb malalties cròniques i amb alt grau de dependència.

4. El dret a morir dignament, el dret a l'autonomia

Hi ha encara sobre la taula el debat de l'eutanàsia i poder decidir el moment de la mort. Hi ha un buit legal sobre aquest fet, que genera molt patiment a les persones que tenen malalties degeneratives i que sol·liciten poder decidir com i quan volen morir, sense haver d'esperar que la malaltia els produeixi una situació extrema de patiment que justifiqui una sedació pal·liativa, perquè mentre arriben aquí, el patiment és molt elevat. Però aquesta reflexió és molt complexa i no pot abastar-la aquest article.

El procés de morir, com ens hi podem apropar

Viure és arribar, morir és tornar.
Lao-Tse

Morim perquè hem tingut la sort de néixer.

Quan una persona mor, hi ha una transformació molt important: la persona ja no hi és, queda un cos físic del qual ens podem desprendre, ha passat alguna cosa que no comprenem. La meva opinió és que hi ha la mateixa transformació que en el moment de la concepció o de la formació del zigot (que és la cèl·lula resultant de la fusió de l'òvul i l'espermatozoide i que donarà lloc a una persona), o fins i tot potser una mica després del zigot, perquè quan un zigot es divideix en dues cèl·lules independents i dona lloc als bessons univitel·lins,

apareixen dos éssers amb la mateixa càrrega genètica, però són dues persones totalment diferents. Què és el que les diferencia?

El misteri de la mort i de què passa quan morim, ningú no el sap.

Al llarg de la història, la humanitat ha donat molta importància al procés de morir: necròpolis, piràmides d'Egipte, rituals funeraris a totes les cultures del planeta, etc. També la mort és present en l'art, la literatura i el cinema. El símbol del cristianisme és la creu, on mor Jesucrist, i la creença en la seva resurrecció fonamenta l'esperança dels cristians en la resurrecció de cada fill i filla de Déu. La resurrecció cristiana s'entén, doncs, com a plenitud de vida que s'assoleix, després de la mort, per la comunió plena amb el Déu pare-mare que és origen de la vida i l'acull a la seva fi. En les cultures orientals hi ha la creença de la reencarnació: tots tenim una ànima immortal anomenada consciència o esperit, que passa d'un cos a un altre; abandona el cos un cop mort, passa a un altre cos i s'emporta les experiències apreses per tal d'assolir l'espiritualitat plena.

Les religions han intentat explicar el fenomen de la mort i què hi ha després, i això ajuda moltes persones en el moment de l'acostament. La creença que hi ha quelcom després de la mort o que el que ens espera és bo, dona lloc a l'esperança i pot ajudar a disminuir l'angoixa. La nostra societat laïcitzada s'ha allunyat molt d'aquestes creences i moltes persones consideren la mort com la fi, sense res més. El mestre budista Sogyal Rimpoché, autor del *El llibre tibetà de la vida i de la mort* (Rimpoché, 1993), se sorprèn de com una societat occidental avançada com la nostra, disposa de tan pocs guies espirituals en el moment de morir, a diferència d'altres cultures orientals. Angi Carmelo, experta en processos de dol, comenta que si cadascun de nosaltres treballéssim la nostra esperança a trobar un sentit a la mort i pensar que realment hi ha quelcom amb sentit, probablement patiríem menys a l'hora de morir.

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross, pionera en cures pal·liatives, fou una de les primeres persones que va

estudiar el procés de morir, va escriure molts llibres a partir de la seva experiència de parlar amb persones al llindar de la mort, de totes les edats i de països diferents (Kubler-Ross, 1987). El relat és molt similar en totes elles: expliquen que és un estat de benestar, el descriuen com un procés agradable, un estat de consciència diferent, plaent. Algunes veuen com una llum, un camí cap a un espai de continuïtat, un passatge, cap a una altra dimensió. Altres persones expliquen experiències extracorpòries: sensació d'abandonar el cos, de sortir fora del cos. Altres tenen visions, com veure éssers estimats que han mort prèviament i que els acullen, persones reconegudes; o fins i tot hi ha casos en què són persones desconegudes per la persona que les visualitza, però que han existit sense que el moribund ho sabés i que descriuen perfectament. La Dra. Kübler-Ross va tractar aquest tema amb molta sensibilitat i va recopilar un munt de documentació publicada. Va servir de punt de partida per a una altra forma d'atenció al malalt que mor, evitant el seu abandó i explorant la seva dimensió més espiritual. Crec que va donar una visió agradable del procés de morir.

Posteriorment, han aparegut les anomenades experiències properes a la mort. L'estudi que més ha destacat ha estat el del cardiòleg holandès Pim Van Lommel i que fou publicat a la prestigiosa revista mèdica *The Lancet* l'any 2001 (Van Lommel, *et al.*, 2001). En aquest treball es van entrevistar 344 persones que havien sobreviscut a una reanimació cardiopulmonar després d'una aturada cardíaca; el 18% de les persones eren capaces d'explicar aquestes experiències extracorpòries de proximitat a la mort, molt similars a les relatades pels pacients de la Dra. Kübler-Ross, inclosa l'experiència de retrobament d'éssers estimats, coneguts o no coneguts, però amb vincle amb la persona que s'està morint. Aquest estudi, a més, revelava els canvis de valors i de vida de les persones que havien tingut una experiència propera a la mort respecte als que no l'havien experimentat. És a dir, que els que havien relatat les experiències properes a la mort, canviaven hàbits de vida com ara que es tornaven més sociables i empàtics, cuidaven més les seves relacions familiars, buscaven més el seu sentit de la vida, tenien més interès per les coses

espirituals i menys per les coses materials, tenien menys por de la mort i tenien una creença que hi ha quelcom després de la mort. Aquest canvi en l'estil de vida es va poder demostrar, en entrevistes seqüencials al cap de dos i vuit anys de l'experiència, que es mantenia en el temps i era molt superior en les persones que havien patit l'experiència propera a la mort, respecte als que no l'havien sentit, amb una diferència estadísticament significativa. Per altra banda, persones que han patit experiències similars amb fàrmacs depressors del sistema nerviós (per exemple en processos anestèsics per a intervencions quirúrgiques), o bé per substàncies al·lucinògenes com LSD, no tenen aquest canvi en l'estil de vida, com si en realitat la consciència pogués diferenciar si ens acostem o no a la mort.

Després s'han fet altres estudis en relació amb això, com l'estudi AWARE amb el Dr. Sam Parnia al Regne Unit, Universitat de Southampton. Es van estudiar, en 15 hospitals, 2.060 pacients en mort clínica després d'una aturada cardíaca. El cervell deixa de funcionar al cap de 20-30 segons de l'aturada cardíaca, però els pacients mantenen la consciència durant uns 3 minuts. Comenten també que el cervell té capacitat de veure i sentir, malgrat estar en situació de mort clínica (Parnia, *et al.*, 2014). Aquests treballs estan fets en persones que estan en un procés de mort clínica per aturada cardíaca; és diferent respecte a les persones que estan en procés de morir per una malaltia crònica, com les insuficiències d'òrgans o el càncer.

En la meua experiència, quan un pacient està en situació de darrers dies i sense signes d'angoixa, si l'estimulem i li preguntem si es troba bé, en la gran majoria de casos ens respon que sí. És per això que hem de pensar que no sempre cal fer una sedació per morir, que no cal que sempre medicalitzem la mort. Però, evidentment, sempre cal individualitzar.

Els professionals que atenem persones que s'estan morint ho hem de fer respectant molt el que necessita la persona. Ens hi hem d'apropar amb coratge i amb fermesa, tot i ser conscients de les nostres limitacions i les nostres pors. És com si truquéssim per poder entrar

a casa seva i ens hi anéssim endinsant mentre ens va obrint les diferents portes que van permetent entrar al seu interior. De vegades ens podem quedar a fora al replà, d'altres al seu interior i a la seva intimitat. Però sempre ho decideix la persona. No ho podem forçar. El més important és estar atents i escoltar, sense pressa, sabent que moltes vegades no sabrem què dir, ni què contestar, perquè no necessiten consells, necessiten ser escoltats, ser reconeguts i ser validats.

El que jo he après de la meva experiència

Sovint els metges ens fixem més en saber el pronòstic, en el temps que li queda de vida per prendre decisions; evidentment és important tenir-ho en compte, però moltes vegades les decisions més ben preses són les que es basen en les necessitats del pacient en cada moment, més que no pas en el temps. El paternalisme instal·lat en la

el procés per a tots: professionals, familiars i, sobretot per al més important, per al pacient. En tots els casos que he acompanyat, en tots, la persona gestiona el seu caos molt millor del que la família i professionals havien previst, i ens ensenyen que el dolor total, pot ser suportable. Quan pacient i família tenen el mateix grau d'informació, estan molt més a prop, la comunicació entre ells és molt més sana, treballen la mateixa esperança (la seva) i això facilita molt la feina dels professionals que els han d'atendre.

Les persones agraeixen molt l'honestedat, la senzillesa, l'apropament i la seguretat. Honestedat en la coherència del que estic sentint i el que estic transmetent. Senzillesa, perquè hem d'intentar que tot sigui més senzill, més planer. Ens hem d'apropar amb fermesa, malgrat els nostres sentiments i la nostra por. Agraeixen que els preguntis aspectes que ningú s'ha atrevit a fer-ho abans,

He après que com més comunicació, més fàcil resulta el procés per a tots: professionals, familiars i, sobretot per al més important, per al pacient.

cultura mèdica fa que siguem nosaltres els que prenguem les decisions i ens oblidem d'explorar les necessitats.

Altres vegades costa trobar l'equilibri entre el nihilisme i l'aferrissament terapèutic; és a dir, no donar l'oportunitat d'un tractament a un pacient en situació de malaltia avançada o saber quan cal aturar un tractament que fa més mal que bé. La manera com es plantegen els tractaments o la seva retirada és molt important. El pacient ha d'estar molt ben informat per prendre la millor decisió i el metge ha de ser valent per no sentir-se frustrat si no pot millorar clínicament la situació. La comunicació aquí és fonamental, perquè el pacient no se senti abandonat per uns professionals que li estan dient que ja no poden fer res més per ell; és el canvi del sentit de l'esperança, no podem curar, però sí seguir *sanant*. Aquest matís tan important pren força quan el pacient veu honestedat en els professionals: no et puc curar, però et seguiré atenent i miraré d'alleugerir els teus símptomes i t'acompanyaré en el teu patiment.

parlar del que fa mal, que suportis el seu patiment, que els escoltis sense jutjar. La seguretat que no seran jutjats pel que pensin o facin i no seran mai abandonats en el procés fins a la mort.

Penso que per un excés de respecte vers el que pateix i amb la por de fer mal, sempre espero que la persona sigui qui enceti la conversa sobre el procés de morir. Aleshores el diàleg es fa més profund, més sincer i enriquidor per a tots dos. Els pacients amb els quals ho he pogut fer, sempre han agraït poder parlar de com volen morir i això els ha donat molta seguretat i serenor. Em plantejo com fer-ho més sovint, potser l'ambient fred i la poca intimitat de l'hospital no hi ajuden, però cal estar més atents per poder afavorir aquest diàleg tan necessari.

Als hospitals no tenim referents espirituals per fer acompanyament espiritual profund; són pocs els privilegiats que tenen un bon mossèn o un imam a prop, que els coneix i els pot ajudar. Quan dic *guia espiritual* no em refereixo només a guies religiosos, sinó a persones amb una formació humana i personal que

He après que com més comunicació, més fàcil resulta

pugui abordar el vessant espiritual que tots tenim.

Tothom pren consciència que s'està morint quan s'està morint, però no tothom té la capacitat de compartir-ho, sobretot si l'interlocutor mostra por o angoixa. De vegades, no ho comparteixen amb la família propera perquè és una conversa que fa mal, i ningú vol fer mal en aquest context. Però aquest mal és necessari, perquè després sana molt millor, ja que el *mal* ja hi és, tant si en parlem com si no. Molts cops no cal posar-hi paraules, hi ha una connexió entre les persones que va més enllà de la comunicació verbal. En qualsevol dels casos, són les persones les que decideixen com volen acomiadar-se, però com a professionals els hem de donar eines perquè ho puguin fer si ho desitgen.

Vaig estudiar medicina perquè el cos humà és apassionant, perquè és un privilegi grandíol sentir que ajudes les persones. Tenim la sort de disposar de recursos per donar un servei de qualitat, tot i que en molts aspectes es pot millorar. Sóc internista perquè sempre m'ha agradat la persona en la seva globalitat, tot i que envejo les habilitats i coneixements dels meus companys especialistes. La meua dedicació a la geriatria i cures pal·liatives va començar quan se'm va demanar de formar part de l'equip de la UFISS, una unitat creada per millorar l'atenció dels pacients d'edat avançada o en situació de final de vida. Jo sempre he tingut un respecte molt important per a la gent gran, les cures pal·liatives sempre m'havien fet, a més de respecte, una gran por. Durant temps em vaig preguntar si aquesta medicina és de segona categoria, si era realment aquesta feina la que volia fer cada dia. Mai agrairé prou les circumstàncies que m'han portat a dedicar-me a això: la meua família, la meua formació personal i espiritual en diferents moviments i associacions, la formació del màster en cures pal·liatives, els tallers i el fet de treballar en equip amb tots els companys de feina, especialment el meu equip de la UFISS, i el reconeixement dels meus caps, m'han donat moltes eines per al desenvolupament personal i professional. Però sobretot, els que més m'han ensenyat són els pacients i les famílies a qui he tingut el privilegi d'atendre i acompanyar; ells són els que valoren el que fem, els que ens animen a seguir treballant cada dia amb coratge i passió.

Informe Hastings Center sobre les Fites de la Medicina (The Hastings Center Report, 1996)

Malgrat tot el poder de la investigació i els avenços mèdics, els éssers humans continuaran emmalaltint-se i morint. La conquesta d'una malaltia obrirà el camí perquè altres malalties puguin expressar-se més i més. La mort pot posposar-se i esquivar-se, però mai conquerir-se. El dolor i el sofriment continuaran sent part de la condició humana. Aquestes són veritats poderoses, encara que simples, però fàcils d'oblidar en l'entusiasme pels nous coneixements i les tecnologies innovadores. Les persones sempre hauran de ser cuidades quan les possibilitats de la medicina curativa assoleixin els seus límits; aquest és el lloc on només les cures, la pal·liació i el respecte ajudaran els malalts en el trànsit de la vida a la mort. Una medicina moderada i prudent sempre tindrà aquestes veritats davant de si mateixa, buscant el progrés, però sense deixar-se embriar per aquest o permetent-li que la porti a oblidar la mortalitat intrínseca de la condició humana. Una medicina prudent i moderada equilibrarà la seva lluita contra la malaltia amb un sentit perdurable que el seu paper no és buscar la transcendència del cos, sinó ajudar les persones a viure vides tan saludables com es pugui, dins els límits d'un cicle vital finit. ■

Bibliografia

- BENITO, E., BARBERO, J., PAYÁS, A., eds. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones. *Guía de Espiritualidad de la SECPAL*: <https://bit.ly/2HulzX7>.
- BUCKMAN, R. (1998). *Com donar males notícies: una guia per a professionals de la salut*. Vic: Eumo Editorial.
- CASSEL, E. J. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, nº. 306, pp. 639-645.
- CLARK, D. (2000). Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement. *American Pain Society Bulletin*, nº. 10 (4), pp. 13-15.
- Comitè de bioètica de Catalunya. *Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida*. <https://bit.ly/2IkRCWE>

- FREUD, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas*. Vol XXI. (2ª ed. 1986). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- La Gracia Divina en la Muerte. Como nos transformamos espiritualmente cuando vamos a morir*. Una entrevista amb Kathleen Dowling Singh. (1998) <https://bit.ly/2IAGqxs>.
- DOWLING SINGH, K. *Morir como acto espiritual*. (1999). <https://bit.ly/2wHTFmi>
- IBÁÑEZ, H., DIGON, M. Taller ofert per Camí Endins anomenat: *L'Espiritualitat és la nostra identitat*. 16 i 17 de gener de 2016. <https://camiendins.org/>.
- KUBLER-ROSS, E. (1987). *La mort, una aurora*. (Ed. 2011) Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- (1969). *On death and dying*. Nova York: The Macmillan Company (En castellà: KUBLER-ROSS, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.)
- Monografias SECPAL Núm. 6, Noviembre 2014. *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. <https://bit.ly/2KZRC0i>.
- PARNIA, S., SPEARPOINT, K., DE VOS, G., FENWICK, P., GOLDBERG, D., YANG, J., *et al.* (2014). Aware-awareness during resuscitation-a prospective study. *Resuscitation*, n.º. 85 (12), pp. 1799-1805.
- RIMPOCHÉ, S. (1993). *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Ediciones Urano. 2006.
- The Hastings Center Report. (1996) *Los fines de la Medicina*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Quadern n.º. 11, 2004.
- VAN LOMMEL, P., *et al.* (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, n.º. 358 (9298), pp. 2039-2045.

Marta Vidal i Roig

Equip UFISS mixta, geriàtrica i pal·liativa
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
[T] 937 742 020 - Ext 140
[@]ufiss@hmartorell.es / mvidal@hmartorell.es