

TREBALL DE RECERCA

*EL PAPER MODULADOR DE LA MEDITACIÓ BUDISTA TONGLÉN EN LA
RESPOSTA I L'AFRONTAMENT DE LA MALALTIA TERMINAL.*

Mònica Oliveras Rozas

Dirigit per Juan José Rodríguez

Estudis de Àsia Oriental
Universitat Oberta de Catalunya

Barcelona, 7 de Gener de 2009

NOTA D'AGRAÏMENTS

- Juan José Rodríguez Ruíz i José Antonio Doménech, per totes les vostres orientacions i l'entusiasme mostrat amb el treball. Gràcies.
- Associació Rigpa Barcelona i molt en especial a Martine Lhuillier, enllaç responsable del Programa de Formació i Cures Pal·liatives de Rigpa Internacional i Mireia Petrus en representació de Rigpa Barcelona. Per la col·laboració activa i el temps que els he pres amb la meva insistència.
- Laura Ortiz Madariaga, traductora habitual de Rigpa i companya providencial al Curs de Voluntariat. Gràcies per la revisió de la carta i documents enviats a Irlanda.
- Dra. Alexandra Mejía Benard, especialista en Medicina Interna i Màster en cures pal·liatives: *gracias por todo el material sobre Curas Paliativas y sobre Harvey M.Chochinov, que tanto me ha aportado como profesional de la salud y como persona. Ha sido un placer conocerte y adelante con todos tus proyectos.*
- Dra. Eva Juan Linares, Psicooncòloga del Hospital de Sant Pau de Barcelona. Un exemple de unió de intel·ligència i creativitat en un món difícil i molt competitiu. Gràcies pels suggeriments i idees aportades.
- Gràcies a la família, per la paciència i confiança dipositada en mi.
- I gràcies a la presència inspiradora i les impagables ensenyances de Sogyal Rimpoché (Barcelona, 10 i 11 de Octubre del 2009).

***Recolza't sobre el teu dolor com a sobre de un nen
a qui afectuosament voldries confortar.***

Jack Kornfield

ÍNDIX GENERAL

Nota d'agraïments.....	2
Índex general.....	3
Índex d'il·lustracions i taules.....	4
1. Introducció al treball. Metodologia.....	12
2. <u>EVIDÈNCIES DE LES REPERCUSIONS DE LA MEDITACIÓ EN LA RESPOSTA PSICOLÒGICA I NEUROFISIOLÒGICA HUMANA.</u>	17
Treball de Lutz i cols. sobre la influència de la meditació en els circuits neurològics. Implicació de paràmetres psicològics en la resposta al tractament de malalts oncològics (treballs de Blasco i cols.). Referència a les entrevistes fetes a la Dra. Eva Juan, especialista en psicooncologia a l'Hospital de Sant Pau de Barcelona, a la Vanguardia i al Periódico.	
3. <u>NECESSITATS ESPIRITUALS AL FINAL DE LA VIDA- I.</u>	22
<u>SITUACIÓ DE TERMINALITAT.</u> Definicions. Concepte de mort digna: Dignity Model i Dignity Therapy (treballs del Dr. Harvey M. Chochinov).	
4. <u>NECESSITATS ESPIRITUALS AL FINAL DE LA VIDA- II.</u>	28
Referència al Cours de Formació de Voluntaris en l'acompanyament de malalts terminals i famílies impartit per la Dra. Alexandra Mejía, presidenta de la Associació Potala Hospice de Madrid.	
5. <u>LA CERTESA DEL SOFRIMENT I LA MEDITACIÓ EN LA COMPASSIÓ:</u>	32
Referències a les ensenyances de Sogyal Rimpoché i a la bibliografia escollida.	
5.1. La certesa del sofriment.	
5.2. Meditació en calma mental o en la veritable naturalesa de la ment.	
5.3. La meditació en la bondat amorosa. Pràctica del Ioga Guru.	
6. <u>TONGLÉN o meditació de donar i rebre aplicada al malalt terminal i el seu entorn:</u>	36
6.1. Generar compassió.	
6.2. Tonglen, la pràctica de donar i rebre.	
6.3. Self-Tonglen i Tonglen per moribunds.	
7. <u>MINDFULNESS i altres adaptacions de les pràctiques de meditació a Occident: Una porta oberta al futur.</u>	39

Referència a la obra de J. Kabat-Zinn i altres estudis sobre *mindfulness* valorats per Miguel A. Vallejo Pareja, catedràtic de la UNED.

8. Valoració final i Conclusions.....	44
9. Bibliografia general. Apunts i cites bibliogràfiques per capítols.....	48
<i>ANNEX 1: Ressenyes bibliogràfiques.....</i>	<i>55</i>
<i>ANNEX 2: VOCABULARI ESPECÍFIC (termes no prou descrits al cos del treball)</i>	<i>64</i>
<i>ANNEX 3: (Qüestionaris, documents, tríptics.....)</i>	<i>67</i>

ÍNDIX D'IL·LUSTRACIONS I TAULES:

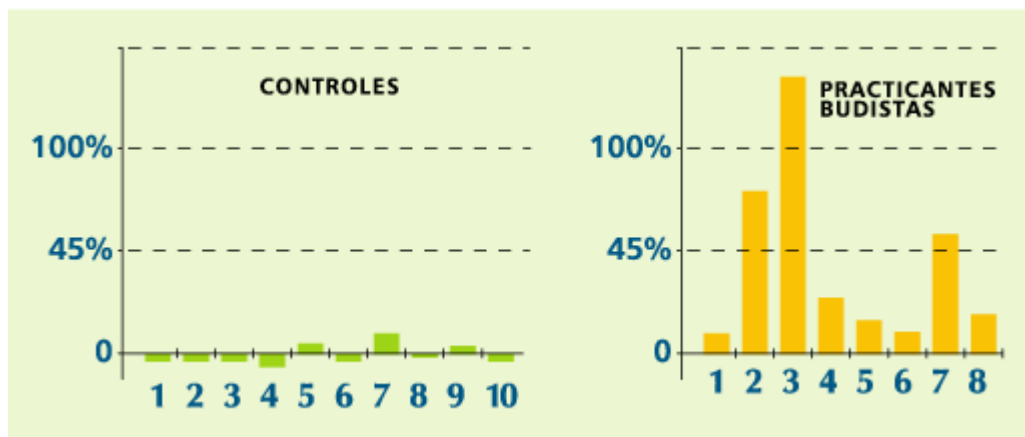
II. Il·lustracions

Fig1. Amplitud d'ones gamma a l'EEG dels practicants experimentats



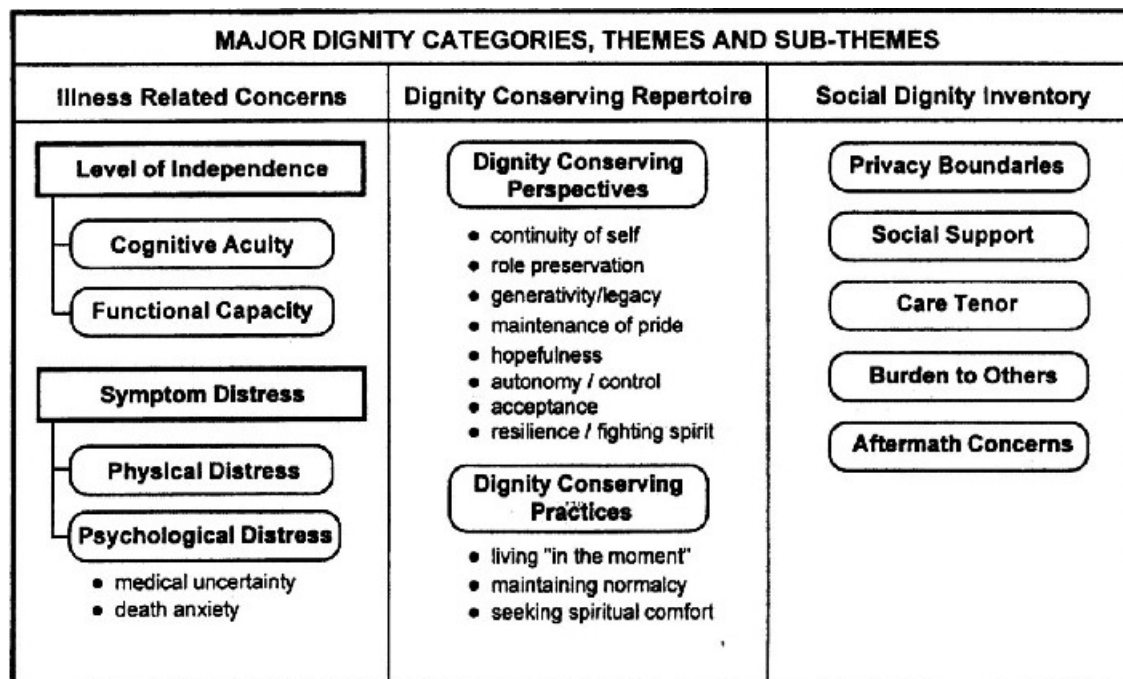
(LUTZ et al., *Meditación, compasión y ondas cerebrales*. USA: Proc Natl Acad Sci USA 101, 16369-16373, 2004. pg3).

Fig.2. Representació gràfica del traçat electroencefalogràfic comparatiu en els dos grups tant en situació de repòs com en meditació.



(LUTZ et al., *Meditación, compasión y ondas cerebrales*. USA: Proc Natl Acad Sci USA 101, 16369-16373, 2004. pg3).

Fig.3. The Dignity Model. Reprinted from Chochinov et al,46 with permission from Elsevier.



(CHOCHINOV, H.M.: Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006, pg.93).

Taules

Taula 1. Análisis descriptivo del QL-CA-AFex (Font, 1988). Se trata de un cuestionario autoadministrable para enfermos de cáncer y para ser administrado principalmente en pacientes en régimen ambulatorio, que mide cv en relación con la salud. Consta de 27 ítems (escalas visuales análogas) que se puntúan de 0 a 100, y que se agrupan en torno a cuatro subescalas: síntomas (6 ítems), autonomía (5 ítems), dificultades familiares y sociales (8 ítems), y dificultades psicológicas (7 ítems).

El último ítem del cuestionario se considera una escala global (valoración general de la cv en la última semana). Una mayor puntuación en una determinada escala significa menor cv relacionada con el aspecto valorado por dicha escala.

ÍTEM

- Subescala de síntomas: Náuseas, dolor, ansiedad, fatiga, apetito, concentración.
- Subescala de autonomía: Movilidad en casa, actividad laboral fuera de casa, cuidados personales, capacidad para mover el cuerpo, actividades en casa.

- Subescala de dificultades familiares y sociales: Actividades recreativas, satisfacción social, preocupación por los hijos, relaciones de pareja, relaciones familiares, información, preocupaciones económicas, atractivo para el sexo opuesto.
- Subescala de dificultades psicológicas: Ira, sueño, vigilia, aspecto físico, estado de ánimo, ganas e ilusión por las cosas y actividades, miedo.

Valoración general

(PANDIERNA,C., FERNÁNDEZ,C., GONZÁLEZ,A. *Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFex*. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Psicothema, vol. 14, N°1, pp.1-8. 2002, pg.4).

Taula2. Índex d'Adaptació a la Malaltia (Blasco i Bayés, 1992). Derivat de l'instrument de mesura de la QV (QL) de Font (1988). Mesura la adaptació del malalt en el moment. Es considera que existeix adaptació si el malestar psicològic del pacient és igual o inferior al que experimenta en àmbits relatius als símptomes, les capacitats funcionals i les relacions familiars. En canvi, si el malestar psicològic és superior a l'existent en altres àmbits, es considera que el pacient no està adaptat. L'Índex d'Adaptació s'estableix arran d'un quocient:
IA= o superior a 1-----Existeix Adaptació

IA inferior a 1----- Manca Adaptació

(BLASCO,T., INGLÉS, N. *Calidad de vida y adaptación a la enfermedad...*”, U.A.B. Facultat de Psicologia. Anuario de Psicología, n°72, 81-90. 1997, pg.86).

Taula3. Domain 5: Spiritual, Religious and Existential Aspects of Care **Spiritual and existential dimensions are assessed and responded to based upon the best available evidence, which is skillfully and systematically applied.**

Criteria:

- The interdisciplinary team includes professionals with skill in assessing (14, 104) and responding (105) to the spiritual and existential issues that pediatric and adult patients with life-threatening illnesses and conditions, and their families, are likely to confront.
- Regular, ongoing exploration (104) of spiritual and existential concerns occurs and is documented (including but not limited to life review, assessment of hopes and fears, meaning, purpose, beliefs about afterlife, guilt, forgiveness and life completion tasks). (39) Whenever possible a standardized instrument should be used. (80)
- A spiritual assessment is utilized to identify religious or spiritual/existential

background, preferences, and related beliefs, rituals and practices of the patient and family. (106, 107)

- Periodic reevaluation of the impact of spiritual/existential interventions and patient-family preferences is documented. (36)
- Spiritual/existential care needs, goals and concerns are addressed (8, 103, 104) and documented, and support is offered for issues of life completion (104) in a manner consistent with the individual's and family's cultural and religious values. (106)
- Pastoral care and other palliative care professionals facilitate contacts with spiritual/religious communities, groups or individuals, as desired by the patient and/or family. Patients have access to clergy in their own religious traditions. (107)
- Professional and institutional use of religious symbols is sensitive to cultural and religious diversity. (107)
- The patient and family are encouraged to display their own religious/spiritual symbols. (107)
- The palliative care service facilitates religious or spiritual rituals as desired by patient and family, especially at the time of death. (109)
- Referrals to professionals with specialized knowledge or skills in spiritual and existential issues are made available when appropriate (e.g., to a chaplain familiar with or from the patient's own religious tradition). (37)
- A process for quality improvement is documented and leads to change in clinical practice. (17)

(National Consensus Project steering Committee, *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. Pittsburgh, Pennsylvania (EEUU): National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004, pg.29).

Taula 4. Diagnostic Questions and Examples of Therapeutic Interventions to Conserve Dignity. Diagnostic Questions Therapeutic Interventions.

7

Illness-related concerns

Symptom distress

Physical distress: "How comfortable are you? Is there anything we can do to make you feel more comfortable?"
Vigilance to symptom management; frequent assessment, and

- application of comfort care.
- Psychological distress: “How are you coping with what is happening to you?”
Assume a supportive stance; empathic listening; referral to counseling.
- Medical uncertainty: “Is there anything further about your illness that you would like to know? Are you getting all the information you feel you need?”
Upon request, provide accurate, understandable information, and strategies to deal with possible future crises.
- Death anxiety: “Are there things about the later stages of your illness that you would like to discuss?”
- Level of independence:* “Has your illness made you more dependent on others?”
Have patients participate in decision- making, regarding both medical and personal issues.
- Cognitive acuity: “Are you having any difficulty with your thinking?”
Treat delirium; when possible, avoiding sedating medication(s).
- Functional capacity: “How much are you able to do for yourself?”
Use orthotics, physiotherapy, and occupational therapy.

Dignity-conserving repertoire

Dignity-conserving perspectives

- Continuity of self: “Are there any things about you that this disease does not affect?”
See the patient as worthy of honor, respect and esteem.
Soliciting stories, life review or narrative; sharing of photographs or crafts.
- Maintenance of pride: “What about yourself or your life are you most proud of?”
- Role preservation : “What things did you do before you were sick that were most important to you?”
- Hopefulness: “What is still possible?”
Encouraging and enabling the patient to participate in meaningful or purposeful activities.
- Generativity/legacy: “How do you want to be remembered?”
Life project (eg, making audio/video, writing letters or journal), dignity psychotherapy.
- Autonomy/control: “How in control do you feel?”
Involve in treatment and care decisions.
- Acceptance: “How at peace are you with what is happening to you?”**
Support the patient in their outlook; encourage doing things that enhance their sense of well being (eg, meditation, light exercise, listening to music, prayer).
- Resilience or fighting spirit: “What part of you is strongest right now?”**

Dignity-conserving practices

- Living in the moment: “Are there things that take your mind away from illness, and offer you comfort?”
Allow the patient to participate in normal routines, or take comfort in momentary distractions (eg, listening to music, daily outings).
- Maintaining normalcy: “Are there things you still enjoy doing on a regular basis?”
- Finding spiritual comfort: “Is there a spiritual or religious community that you are connected with, or would like to be connected with?”**
Make referrals to chaplain or spiritual leader; enable the patient to participate in

their particular spiritual and/or culturally based practices.

Social dignity inventory

- Privacy boundaries: “What about your privacy or your body is important to you?”
Ask permission to examine patient; proper draping to safeguard and respect modesty.
- Social support: “Who are the people that are most important to you? Who is your closest confidante?”
Liberal policies about visitation, rooming in; enlisting involvement of a wide support network.
- Care tenor: “Is there anything in the way you are treated that is undermining your sense of dignity?”
Treat the patient as worthy of honor, esteem and respect; adopt a stance conveying this.
- Burden to others: “Do you worry about being a burden to others? If so, to whom and in what ways?”
Encourage explicit discussion about these concerns, with those they fear they are burdening.
- Aftermath concerns: “What are your biggest concerns for the people you will leave behind?”
Encourage the settling of affairs, preparation of an advanced directive, making a will, funeral planning.

(CHOCHINOV, H.M.: Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006, pg.95).

Taula 5. Preguntas indicadas para explorar las preocupaciones espirituales y religiosas

Acción del agente de salud	Posible respuesta del paciente	Respuesta del agente de salud
<i>Adaptación de Kristeller et al.</i>		
Introducir el tema en forma de pregunta neutra		Cuando se enfrentan con una enfermedad grave, muchas personas recurren a las creencias religiosas o espirituales que les ayudan a enfrentarse a la situación. Me ayudaría saber cómo se siente usted con relación a esto. ¿Es la fe importante en su vida?
Investigar más a fondo, acomodando las preguntas según la respuesta inicial del paciente.	Respuesta de fe activo-positiva	¿Qué le ha resultado más beneficioso en cuanto a sus creencias desde que se enfermó?
	Respuesta neutral-receptiva	¿Cómo recurriría a su fe o creencias religiosas para ayudarse?

	Respuesta de aflicción espiritual (por ejemplo, expresión de enojo o culpa)	Muchas personas se sienten así...¿Qué le ayudaría a llegar a aceptar esto?
	Respuesta defensiva o de rechazo	Parece que mi planteamiento lo ha hecho sentir incómodo. Lo que más me interesa es saber cómo está enfrentando esto...¿Puede conversar sobre esto?
Continúe averiguando más a fondo como se indicó.		Ya veo. ¿Me puede contar más (sobre...)?
Averigüe sobre formas para encontrar significado y una sensación de paz.		¿Existe alguna forma en la cual pueda encontrar sentido o paz en medio de todo esto?
Averigüe sobre recursos.		¿Con quien puede hablar sobre este o estos asuntos? ¿Qué cosas dan significado y propósito a su vida?
Ofrezca ayuda según lo apropiado o disponible.		Tal vez podemos hacer arreglos para que converse con alguien. Hay un grupo de apoyo que le puedo recomendar. Hay algunos materiales para leer que les puedo facilitar.
Lleve la conversación a un cierre.		Le agradezco haber conversado sobre estos temas conmigo. ¿Podemos volver a conversar sobre esto?

(MEJÍA,A., *Preparación de voluntarios. Manual del Curso: Anexo. Nociones de Medicina Paliativa*. 2º edición. Madrid: Asociación Potala Hospice, 2008.pg.24)

*Taula6. **DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL.*** La Declaración de los Derechos de los Enfermos Terminales del Michigan Inservice Education Council dice:

TENGO DERECHO a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.

TENGO DERECHO al optimismo, y a que las personas que me cuidan mantengan este optimismo por cambiantes que sean mis circunstancias.

TENGO DERECHO a expresar mis sentimientos y emociones con respecto a mi manera de enfocar la muerte.

TENGO DERECHO a participar en las decisiones que incumban a mi cuidado.

TENGO DERECHO a una atención médica continuada, aun cuando la finalidad curativa deba cambiarse a paliativa.

TENGO DERECHO a no morir solo.

TENGO DERECHO a no experimentar dolor.

TENGO DERECHO a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.

TENGO DERECHO a no ser engañado.

TENGO DERECHO a disponer de la ayuda de mi familia y a que ésta sea también ayudada, desde el momento que asuma mi muerte.

TENGO DERECHO a morir en paz y dignidad.

TENGO DERECHO a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones más que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.

TENGO DERECHO a defender y acrecentar mis creencias religiosas y/o espirituales.

TENGO DERECHO a que se respete la inviolabilidad de mi cuerpo tras mi muerte.

TENGO DERECHO a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y que sean capaces de sentirse gratificadas ayudándome a enfrentar mi muerte.

TENGO DERECHO a ser asistido espiritualmente de acuerdo con mi religión.

(MEJÍA,A., *Preparación de voluntarios. Manual del Curso: Anexo. Nociones de Medicina Paliativa*. 2º edición. Madrid: Asociación Potala Hospice, 2008, pg.2).

Taula 7. Beneficis del mindfulness segons Lavilla, Molina y López (2008).

Beneficios para cualquier persona:

- Reducir distracciones o aumentar la concentración.
- Reducir automatismos.
- Minimizar los efectos negativos de la ansiedad.
- Aceptar la realidad tal y como es.
- Disfrutar del momento presente.
- Potenciar nuestra autoconciencia.
- Reducir el sufrimiento.
- Evitar i reducir la impulsividad.

Mindfulness aplicado a problemas de salud:

- a) Físicos: -Aprender a respirar mejor.
- Aprender a relajar el cuerpo y mente.
 - Aumentar la flexibilidad corporal.
 - Regular la presión arterial.
 - Influir en el sistema inmunitario: atenuación de la secreción de la hormona cortisol (efecto inmunodepresor) como respuesta al estrés.
 - Mejorar la calidad del sueño.
 - Mejorar los hábitos alimentarios.
 - Recargar energías del propio cuerpo.
 - Reducir el malestar psicológico (ansiedad, depresión, hostilidad, somatización).
- b) Globales: -Desarrollar una actitud de responsabilidad en el cuidado de la propia salud.
- Ver el dolor de otra manera.
 - Disminuir las visitas médicas no programadas.
 - Disminuir el abuso de medicación.
 - Ayudar a marcarse metas más realistas.
 - No sumar más sufrimiento añadiéndole rabia u otras emociones al malestar
 - Aceptar la realidad tal y como es.
 - Centrar la atención en otras cosas que también están sucediendo mientras tanto.
 - Fortalecerse ante la adversidad.
 - Ser más sabio.
 - Desarrollar la espiritualidad.

(*Mindfulness. O cómo practicar el aquí y el ahora.* Barcelona: Paidós, 2008, en Aparicio Sanz,Luis “Qué es el mindfulness” (en línea). Diario Médico. 7 de Marzo de 2009).

1. INTRODUCCIÓ: Presentació del treball i metodologia emprada.

La creixent influència de les filosofies orientals en la nostra vida és un fet, i encara que aquesta sol rebre un tracte superficial, la meditació ha interessat de forma creixent a investigadors, psicòlegs, professors i artistes de tota mena des de mitjans del S.XX fins a la actualitat. El treball exposa els coneguts beneficis de la meditació i el seu paper

modulador en la evolució de una malaltia greu, sobretot en la manera en com el malalt afronta el procés de morir. Aquest és un tema vigent en països com el nostre degut a l'augment de la (esperança de vida) i l'envelliment de la població, i també a les mancances de la política sociosanitària actual, que es presenta escassa i col·lapsada. Hem de tornar a una mort digna en un entorn adient i càlid, que pot ser institucionalitzat –per què no- o domiciliari. Les limitacions per tractar seriosament aquest tema existeixen, els prejudicis, les reticències socials i de la comunitat científica en matèria de cultura religiosa i espiritualitat no es poden negar. Però Estats Units sobretot ha promogut estudis que són pioners al camp i mereixen una atenció especial. De aquí a uns anys els dèficits del nostre sistema sanitari en matèria de (gerontologia) i tractament de malalts pal·liatius¹ traslladarà –ja ho està fent- el malalt al domicili, i la població de avui no està preparada per afrontar la malaltia i el dol a casa. **El treball tracta una pràctica del budisme tibetà sobre la compassió anomenada *tonglen* o pràctica de donar i rebre.** Volem afirmar que els malalts que practiquen *tonglen* sobretot des del moment d'un diagnòstic de mal pronòstic –és important la precocitat en el inici de la pràctica-, presenten una millor acceptació de la malaltia i del procés que els toca viure, i s'apropen al final de la vida amb una consciència plena, menys sofriment i una bona disposició per a la reconciliació vital. Això sabem que des del punt de vista budista garanteix un bon (renaixement).

Partim doncs de la següent hipòtesis de treball :

La pràctica precoç* i continuada de la meditació en la compassió (tècnica tibetana Tonglen) pot ser útil com a tractament complementari dins els Programes específics de Cures Pal·liatives en malalts que manifestin inquietuds espirituals (no necessàriament budistes o practicants d'una religió). Es poden aprofitar els beneficis que aquesta pràctica pot aportar integrada als processos de reforçament psicològic positiu **, en forma de meditacions diàries de curta durada (5 minuts) i un diari on el malalt anoti amb o sense ajut de una plantilla les seves experiències i manera de enfocar el procés dia a dia. D'aquesta manera, aconseguint un millor control sobre la simptomatologia, el procés de morir es pot viure de forma més conscient, permetent al malalt planificar el final de la vida i cobrir les seves necessitats de reconciliació i presa del sentit vital.

*quan abans s'iniciï la pràctica de meditació millor adaptació a la malaltia i control dels

1. Malalt pal·liatiu: ref. al cap.3 del present treball.

(síntomes) (si pot ser començar ja des del diagnòstic o en el moment en que s'estableix la fase de terminalitat, descrita al cap.3). De aquesta manera es fa prevenció indirecta sobre la aparició del freqüent quadre depressiu que enterboleix el (pronòstic vital) del malalt.

** la meditació en la compassió pot modular la resposta de alguns ítem de qualitat de vida (QV) com la simptomatologia (dolor, nàusees, ...), les relacions interpersonals (familiars i socials) i la disminució del malestar psicològic expressat en forma de por i inseguretat pel futur (definició de Adaptació a la Malaltia o AM). En cas de disposar de la possibilitat de fer investigació aplicada –veure Objectius- i tenir una mostra mínimament representativa es proposaria la valoració de la evolució dels malalts passant setmanalment un qüestionari de valoració dels símptomes amb la Escala Edmonton.

L'estudi pertany a la branca GEOGRÀFICA-HUMANÍSTICA. Encara que avarca aspectes del “pensament i religió” de les cultures orientals, com pot ser el budisme, també es pot orientar en forma de “trobada i diàleg entre Orient i Occident”. Però l'enfoc temàtic del estudi té més a veure amb la influència de aspectes més “antropològics i sociològics” presents a totes les societats, ja que tracta la interpretació i vivència transcultural del procés de la mort.

Estructura del TdR: El treball presenta un índex general i una introducció que explica amb detall els procediments metodològics i el per què del plantejament de la investigació. La seva memòria compren sis capítols a més de la present introducció: el segon, tercer i quart destinats a avaluar els coneixements previs que es tenen en la matèria als països occidentals, com experimentem la mort dins la nostra cultura i com anem incorporant les bases del pensament budista a la mentalitat occidental (l'últim capítol del treball recull aquest punt amb més detall). Això permet teixir una base argumental sobre la que assentar la hipòtesis de treball anteriorment presentada. Al cinquè i sisè capítol explico de forma senzilla conceptes bàsics del budisme tibetà i la meditació en la compassió que es necessiten per entendre la pràctica i exposo la pràctica del *Tonglen* en el context que ens ocupa. Val a dir que les ressenyes bibliogràfiques escollides (Annexe1) són imprescindibles per a la completa comprensió del treball. Les conclusions s'analitzen en un últim apartat i la Bibliografia, Annexes i Vocabulari específic acaben de completar l'estudi.

La memòria del treball analitza amb cura la proposta del treball en referència a la meditació escollida, a la que se li reconeixen uns **efectes en la funció neurofisiològica de determinades àrees del cervell** (treball d'A.Lutz, L.Greischar, M.Ricard i col., 2004

i A.Lutz, J.Brefczynski-Lewis, T.Johnstone, R.J.Davidson, 2008). Aquest fet es relaciona amb els resultats obtinguts en estudis sobre la **importància del tractament i suport psicològic i emocional dins la evolució de la malaltia cancerosa** (treballs d'en T. Blasco, N. Inglés, M. Báñez, i col., 1997 i 2003). I afegim un tercer punt que reflexiona sobre el fet de si practicar una confessió religiosa i/o cobrir els requeriments espirituals de la persona en el moment del final de la vida, augmenta la efectivitat d'aquesta meditació i per tant la resposta adaptativa a la malaltia i la seva acceptació per part del malalt terminal (treballs d'en Harvey Chochinov sobre la **espiritualitat en la malaltia terminal** i altres treballs extrets de la publicació electrònica PUBMED). Sobre aquest marc teòric tricèfal es desenvolupa la proposta i es presenta el *tonglen* junt amb altres meditacions en la compassió, incloses adaptacions occidentals de tècniques budistes com el *mindfulness*. El recolzament bibliogràfic el fem en *El llibre tibetà de la vida i de la mort* (Ed. Urano, 1994), un llibre de capçalera d'un dels grans mestres del budisme tibetà, Sogyal (Rimpoché), que ha servit per a una primera ressenya; *Para morir en paz* de la Christine Longaker (Rigden Institut Gestalt, 2007), un manual per malalts i famílies que ajuda a afrontar la pèrdua i el dol (també inspirat en el budisme tibetà); i el llibre *La práctica de la atención plena*, del psiquiatra Jon Kabat-Zinn (Ed.Kairós, 2007), introductor del concepte *mindfulness*. També ens ha ajudat la consulta de *Las Cuatro Nobles Verdades*, un llibre sobre conceptes bàsics del budisme, escrit pel XIV Dalai Lama (Plaza & Janés Editores S.A., edición DeBolsillo, 1998), que completa aquells punts més específics de la teoria budista que puguin quedar poc entesos i representa la segona ressenya del treball. I es disposa de articles apareguts en revistes electròniques especialitzades i informació de webs oficials com la de la SECPAL 1., AECC 2. i altres.

El treball s'ha inspirat en Dechen Shying, una institució única dependent del Centre de Retirs Espirituals budista Dzogchen Beara a Cork (Irlanda), on s'està posant en pràctica el Programa de Formació en Cures Espirituals de Rigpa, escola inspirada en les ensenyances de Sogyal Rimpoché. Aquest centre acull a persones que estan en el procés de morir, de tots els àmbits i cultes (o senzillament que no segueixen cap camí espiritual) i també a les seves famílies, i els ofereix recolzament i descans.

1. SECPAL= Sociedad Española de Cuidados Paliativos

2. AECC= Asociación Española Contra el Cáncer

Com és de moment l'únic centre a Europa que podria proporcionar una mostra mínima de població per la recerca s'ha intentat una col·laboració, contactant amb Rigpa International des de la seu que es té a Barcelona. S'ha fet una presentació formal presentant el treball i hem adjuntat uns qüestionaris amb la idea de conèixer millor com funcionen i crear una base de dades, sempre en relació a la pràctica de meditació estudiada i de forma totalment anònima. La proposta també suggeria un control evolutiu dels símptomes a través de la ESAS o Escala Edmonton (veure *Annexe3*). Finalment aquesta via de investigació no ha pogut ser però no descartem un nou contacte més endavant (www.dzogchenbeara.org / www.spcare.org) .

El treball també compta amb entrevistes a la Dra. Juan, psicooncòloga del Hospital de Sant Pau, a El Periódico (6/10/2008) i La Vanguardia (14/07/2005) i la experiència amb terminals de la Dra. Mejía de l'Associació Potala Hospice de Madrid (pertanyent a la tradició budista (mahayana). Aquesta última, especialista en Medicina Interna i Màster en Cures Pal·liatives, ha impartit recentment el "Curs de Formació de Voluntaris en l'acompanyament del malalt terminal i famílies", organitzat per la CCEB ³ amb el vist-i-plau de la Generalitat de Catalunya, del que facilitem informació. La Dra. Mejía treballa en una unitat de pal·liatius de una clínica concertada de Madrid, i ha creat i presideix un moviment de voluntariat dins la Associació Potala Hospice (www.asociacionpotala.iespana.es).

Aquesta doctora comenta la gran dificultat d'introduir un voluntariat extern als hospitals, ja que la tendència és a imposar-lo i així evitar la entrada de agrupacions o associacions externes. El resultat és un personal amb bones intencions però poc preparat per l'acompanyament del malalt terminal. La seva associació treballa de forma discreta, respectant les creences de tothom. Pensem que la introducció de aquests temes en hospitals i clíniques només podrà ser plantejada recolzada per uns estudis seriosos.

Tornant a la metodologia del treball i després de aquesta explicació es veu més clar que es tracta d'una investigació *mixta* en el seu propòsit, sustentada en un marc teòric però incorporant noves perspectives e interactuant amb elles. Els mitjans la fan fonamentalment *documental* i *de camp*, deixant obert un tracte futur més experimental, que per manca de temps no ha pogut quallar ara, i té un caràcter *exploratori* i alhora *descriptiu*, perquè la majoria de persones del nostre voltant desconeix la pràctica del budisme

3. CCEB= Coordinadora Catalana d'Entitats Budistes

tibetà i alguns dels conceptes que apareixen en el treball s'han de explicar (s'afegirà un Annex de vocabulari i termes específics).

El objectiu principal del treball és **donar a conèixer el potencial de la pràctica del Tonglén i els efectes de la seva aplicació** en persones properes a un canvi vital com és la mort, tenir una “bona mort” dins els preceptes budistes els garanteix tenir un millor renaixement. També volem **recolzar iniciatives i donar a conèixer els estudis que s'han fet al voltant de aquest tema**, tant fora del país com a casa nostra, i que ja plantegen dins l'enfoc multidisciplinar del malalt pal·liatiu i les seves famílies el **suport a les creences i les necessitats espirituals del malalt**, el segon gran objectiu de aquest treball. Per això el marc teòric és tant consistent, i presenta protocols que actualment s'apliquen a altres països. Gràcies al coneixement del que es comença a fer fóra de les nostres fronteres, la hipòtesis de treball planteja en primer lloc **integrar aquest tipus de meditació als Programes específics en Cures Pal·liatives al nostre país** (hem escollit el context de la malaltia terminal però es podria aplicar en altres contextos). Seguint amb la hipòtesis, aquesta justifica la pràctica i ofereix un possible mètode d'avaluació de les necessitats espirituals d'aquests malalts a través d'una meditació diària i un document escrit.

El treball també deixa la **porta oberta a realitzar futurs estudis experimentals** sobre el potencial d'aquestes pràctiques. Aquest objectiu més llarg plaç òbviament no l'assolirem en aquest TdR. No obstant, la proposta feta al centre de retirs de Irlanda és un exemple de que es poden fer estudis més dinàmics, sense un gran desplegament tècnic i baix cost. Al Annex 3 s'han afegit els documents enviats als responsables d'aquell projecte. A nivell personal, considero un repte per a la Universitat encetar l'interès per aquestes qüestions, màxim quan en altres països la iniciativa ha sorgit en l'àmbit acadèmic, quelcom que li ha donat rigor i credibilitat i ha multiplicat les seves possibilitats de aplicació.

2. EVIDÈNCIES DE LES REPERCUSIONS DE LA MEDITACIÓ EN LA RESPOSTA PSICOLÒGICA I NEUROFISIOLÒGICA HUMANA.

En aquest capítol s'han escollit uns treballs de investigació que en el seu moment han representat una revolució ja que plantegen de quina manera intercedeix la meditació o determinades tècniques psicoterapèutiques (*estímuls*), sobre patrons neurofisiològics relacionats amb la consciència i sobre la esfera emocional, cognitiva i conductual de la persona (*respostes*). Analitzaré aquestes respostes des de la vessant neurocientífica amb dos

treballs d'Antoine Lutz i cols.¹ i des de la vessant psicoterapèutica amb els treballs de Tomás Blasco i cols.² sobre el tema.

El 2004 sorgeixen els primers estudis de investigació a càrrec d'A.Lutz, L.Greischar, N.Rawlings, R.Davidson i M.Ricard³ sobre com la meditació en la compassió realitzada per experts practicants (monjos budistes) incrementa notablement el **patró de sincronia de les ones gamma** en determinades àrees del cervell. Les ones gamma s'associen a la percepció i la consciència i es generen quan les neurones emeten senyals de freqüència entre 24-70 Hertz (a partir de 40 Hz. és quan es relacionen amb les (funcions cognitives) més elaborades). No existeix un lloc concret al cervell on es localitzi la **consciència**, però sembla que la activació sincrònica de múltiples àrees neuronals escampades per tot el sistema nerviós, crearia **xarxes transitòries integradores** dels processos neurològics relacionats amb ella. I un altre fet destacat és que aquest patró de activitat sostingut (seria el exemple de algú que medita habitualment) indueix canvis estructurals en la (sinapsis neuronal), o sigui, **canvis físics duradors** en la manera en com es comuniquen les neurones entre sí, *fins i tot quan no es medita*. El treball va comparar el grup de practicants budistes amb un grup control que havia rebut una formació en la mateixa pràctica però només durant una setmana i el mètode de medicació va ser l'**electroencefalograma (EEG)**. La *Fig.1* mostra de manera molt clara com s'amplifiquen les ones al grup de practicants budistes a mida que avança la meditació. La *Fig.2* compara els dos grups veient no només el increment comparatiu dels ritmes gamma durant la meditació, sinó la seva persistència durant el repòs (evident al grup de practicants experimentats).

El 2007 Lutz amb altres col·laboradors i la supervisió de M.Ricard dirigint la meditació dissenyen un estudi similar, aquesta vegada mesurant les respostes amb **proves funcionals de neuroimatge (fMRI o PET)**. Novament s'escull un grup de practicants veterans de la meditació budista (monjos) i un grup de practicants novells que només han rebut una setmana de instrucció en la meditació escollida. Aquest estudi pretén relacionar àrees del cervell (com la insula, la escorça cingular i regions somatosensorials diverses) en la (resposta empàtica) o de solidaritat envers el sofriment dels altres. Mentre mediten i generen un sentiment de amor i compassió, els sotmeten a **estímuls sonors** a través de la veu humana: *sons positius* (com el riure de un nadó), *sons negatius* (els crits i renecs de una dona estressada) i *sons neutres* (el soroll de fons de un restaurant). En sentir aquests sons augmenta el diàmetre pupil·lar i s'activen les regions del cervell descrites anteriorment. Encara que la intensitat de la

meditació augmenta la activitat cerebral de aquestes regions en els dos grups, són els qui tenen major grau de entrenament en la meditació (els practicants budistes), els qui s'activen més i sobretot davant els "sons negatius", donat que meditar en compassió afavoreix la resposta empàtica davant el sofriment (saber-se posar en el lloc del altre). En resum, aquests experiments demostren la importància d'aquests circuits neurològics en la emoció compartida. A través de les proves de imatge funcionals es pot detectar que en posar-se al lloc del altre generant amor i compassió, la xarxa de neurones implicades en la resposta és similar a la de la persona que pateix, i juntament com passava amb els patrons de ones gamma, la intensitat d'aquesta activació és més manifesta en el grup més experimentat (els monjos budistes).

Aquesta és la base de la **teoria de la "neurona mirall"** de la que parla Sogyal Rimpoché en les seves ensenyances. Segons aquest mestre budista (que coneix aquests estudis), és possible que la ment del deixeble connecti amb la ment del mestre mentre realitzen una pràctica meditativa senzilla com el *Ioga Guru**, de manera que les neurones de un orientin la seva funció en la mateixa direcció que les neurones del altre.

En una entrevista feta al diari La Vanguardia la Dra. Natàlia Eres (oncòloga) ja ens parlava el any 2005⁴ de la capacitat de comunicació que existeix entre els diferents teixits i cèl·lules del nostre cos, *tal com un ecosistema de processament d'informació*. La malaltia o trastorn apareix quan les nostres cèl·lules perden la sintonia entre elles i la resta del organisme afectant les parts més subtils del ésser, la part emocional i la mental. La doctora fa referència als treballs americans quan diu que *"...Avenços recents en la neuropsicoimmunologia ens parlen de la existència de fenòmens de sincronització entre diversos ritmes existents al nostre cos com el ritme cardíac, les nostres ones cerebrals, la respiració (...) Sí, xarxes que s'imbriquen entre sí i coordinen el bon funcionament dels nostres òrgans, la qualitat de la son o la capacitat de regeneració dels teixits"*.

Les actuacions psicoterapèutiques sobre (malalts oncològics) són el tema tractat en molts treballs d'en Tomás Blasco en col·laboració amb N.Inglés, M.Bàrez, J.Fdez.Castro i altres, i es basen en estudis que en el seu dia (a principis dels 90) varen fer Fawzy i cols. a Estats Units sobre la relació de l'estat anímic, concretament la depressió, i la evolució del càncer. Sabem que el **estat psicològic del pacient** juga un paper molt important en la resposta al

* Aquesta pràctica es va anomenant al llarg del treball i està explicada al cap.5.3., pg.35-36.

tractament d'aquests tipus de malalts. Per conèixer aquest estat psicològic utilitzen dos paràmetres de medició: la mesura dels ítem de **Qualitat de Vida (QV) Taula1.**⁵ i el **Índex d'Adaptació a la Malaltia (AM) Taula2.** Blasco i cols. van voler relacionar aquests paràmetres amb variables biomèdiques (resultats analítics, proves de imatge, tipus de tractament quimioteràpic...) i demogràfiques (sexe, edat...), ja que veien que encara que la (quimioteràpia) augmentava la supervivència també feia disminuir la QV dels pacients i molts tendien a abandonar el tractament quimioteràpic. Els resultats confirmen la relació de la QV amb els factors físics i tractaments mèdics, però no així la AM, que depèn més de les característiques pròpies de la persona davant de una situació traumàtica, dels seus recursos de afrontament i de la seva història personal i entorn sociofamiliar.

Les intervencions psicològiques tenen per objectiu mantenir una bona QV i un benestar psicològic (expressat com una millora del índex de AM). El més important és oferir un **recolzament emocional**, que englobaria les demostracions d'amor, comprensió i solidaritat: *“contribuye a mejorar o restablecer la autoestima, transmitiendo al paciente que es valorado y querido. También sirve para reducir los niveles de malestar emocional al permitir la expresión de sentimientos. Al mismo tiempo, permite mejorar las relaciones interpersonales.”*. El **recolzament informacional-educacional** té a veure amb la informació que se li dona al pacient: *“Se considera que una comunicación clara y completa sobre la enfermedad y sus tratamientos ayuda al paciente, pues al aumentar su conocimiento se reduce su confusión y disminuye la ansiedad.”* I el **recolzament instrumental** té més a veure amb el suport logístic i de recursos materials, i és especialment útil en casos més avançats o terminals (Blasco i cols. 2003, pg. 236).

Les intervencions en (psicooncologia) treballen en aquests últims anys sobre els recursos de afrontament del malalt estimulants la creació del que s'anomena **judicis de control** (concepte basat en el de *sensació de control o control percebut* pel malalt).

És a dir, tal com diuen Blasco i cols. (2003, pg. 242) la persona capta que davant d'una determinada situació existeix un “agent” (el metge), que a través d'uns “medis” (intervencions psicològiques) pot aconseguir uns “resultats” (trobar-se millor). En psicooncologia la estimulació o inducció de judicis de control positius fan que el pacient rebi uns efectes beneficiosos per la salut i milloren l'estrés, el seu perfil emocional i la QV, observant el contrari quan el judici de control és nul 6. Un altre concepte –l'últim- que ens interessa conèixer és el d'**autoeficàcia**, concepte que fa responsable al pacient de la seva evolució a través d'actuacions pròpies que obtenen uns resultats positius per a ell. Sobre aquests plantejaments destaquem la feina que la Dra. Eva Juan està fent com a responsable del

Servei de Psicooncologia del Hospital de Sant Pau i del Institut Teknon de Barcelona 7. Lluny de les teràpies més convencionals ella s'ajuda de **tècniques de visualització molt properes al budisme**, que no només canvien la actitud envers la malaltia sinó la visió del propi pacient sobre ell mateix i el moment que li toca viure. La Dra. Juan fa ús de la seva àmplia experiència professional i demana al pacient que vegi la quimioteràpia com a un nèctar curatiu que actua com a una llum i circulant per la sang arriba al tumor menjant-se una a una les cèl·lules malignes. És una manera de **fer participar del procés de curació al malalt** augmentant la seva percepció de control del procés, no es limita a l'actitud passiva de "deixar-se fer". Una altra tècnica emprada per la Dra. Juan rescata la motivació més íntima i espiritual del malalt: l'estimula a visualitzar una connexió amb un familiar especialment estimat a través de un feix de llum, que li transmet així la seva força i l'ajuda a fer front i superar la malaltia. Aquesta tècnica podria tenir la seva inspiració en el *Ioga Guru* que s'explica més endavant.

Podem dir doncs que aquest capítol del TdR sosté la segona meitat de la hipòtesis de treball i deixa clar que la ment respon a uns determinats estímuls (entre els que s'hi pot trobar la meditació) i que la naturalesa d'aquesta resposta té manifestacions físiques, psicològiques i emocionals, *que es poden avaluar*.

La meditació en la compassió no ha de tenir menys èxit que moltes psicoteràpies (encara que no sigui una psicoteràpia per definició), ans el contrari. Aquesta pot actuar directe o indirectament sobre molts dels ítem de Qualitat de Vida però molt especialment sobre l'Adaptació a la Malaltia. Facilita la percepció de control sobre el procés vital d'enmalaltir i en treballar tant íntimament sobre la ment, el cos i el esperit, sobre el nivell d'autoeficàcia de la persona, que millora la gestió dels seus propis recursos. Controla l'angoixa davant el futur (improbable en el malalt terminal, amb preguntes sobre si morirà amb dolor, què faran els familiars, si podrà arreglar determinats papers...), millora el control del dolor i en general la simptomatologia que acompanya al malalt pal·liatiu, i no oblidem que si es medita en grup o amb membres de la família també reforces el entorn social i familiar, tant valorats en aquestes situacions.

3. NECESSITATS ESPIRITUALS AL FINAL DE LA VIDA- I. SITUACIÓ DE TERMINALITAT I CURES PAL·LIATIVES. CONCEPTE DE MORT DIGNA.

Donat que el TdR gira entorn al col·lectiu de malalts en etapes finals d'una malaltia, és precís familiaritzar-se amb les definicions que donen associacions i institucions que treballen en aquest àmbit quedant clar què s'entén per malaltia terminal, Cures Pal·liatives (CP) i conceptes com espiritualitat, religió i sofriment espiritual. En aquest capítol i el següent justificarem la primera part de la nostra hipòtesis de treball, que parla dels beneficis d'integrar la meditació en la compassió als Programes de Cures Pal·liatives al nostre país. Hem observat que existeixen multituds de estudis sobre l'espiritualitat al final de la vida a Estats Units, probablement una herència del *moviment hospice* encetat per **Dame Cicely Saunders**¹, fundadora del St. Christopher's Hospice de Londres el 1967. S'ha fet molta recerca sobre el paper que juga el suport espiritual en la evolució d'aquests malalts i també sobre el concepte de dignitat i mort digne que ha desenvolupat el **Dr. en Psiquiatria Harvey M. Chochinov**², que es tractaran més endavant. Aquests treballs pretenen demostrar que també es pot fer recerca científica parlant de conceptes fins aleshores abordats (holísticament) com benestar espiritual, esperança, desig de viure, espiritualitat, objectiu i sentit de la vida, autonomia, millora del control del dolor o dignitat en el procés de morir.....

La **Organització Mundial de la Salut (OMS)** defineix: *“Les cures pal·liatives son la atenció específica, activa i integral que han de rebre els malalts amb una malaltia avançada, progressiva i incurable i les seves famílies, atenent a totes les seves necessitats.”*

Segons la **SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos)*** en la seva pàgina web oficial es defineix la **malaltia terminal** com:

- 1.Presència de una malaltia avançada, progressiva, incurable.
- 2.Falta de possibilitats raonables de resposta al tractament específic.
- 3.Presència de nombrosos problemes o símptomes intensos, múltiples, multifactorials i canviants.
- 4.Gran impacte emocional en pacient, família i equip terapèutic, molt relacionat amb la presència, explícita o no, de la mort.
- 5.Pronòstic de vida inferior a 6 mesos.

“Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente. (....)

* <http://www.secpal.com/index.php>

Es FUNDAMENTAL no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmentecurable.

Las **bases de la terapéutica** en pacientes terminales serán:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer", nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo”.

La **AECC (Asociación Española Contra el Cáncer)*** ratifica el que recull la SECPAL, fa menció especial al suport de la *unitat familiar* (no solament al malalt) i recorda que el *cuidador principal* és la figura més desprotegida i fràgil del entorn del malalt.

La *atenció integral* suposa:

- Realitzar una atenció adequada de les necessitats físiques, psicològiques, socials i espirituals que presenta el malalt i la família.
- Ajudar a la família facilitant-los els recursos que facin falta perquè el entorn

*<http://www.todocancer.com/ESP/>

familiar i social del malalt sigui el més adequat a la seva situació.

-Respectar el malalt i la seva família tal com son, proporcionant les pautes més adequades i acords a la seva manera de viure.

A EEUU les *Clinical Practice Guidelines* que proposa el **National Consensus Project for Quality Palliative Care**³ suposen un salt qualitatiu pel que fa als punts referents a les necessitats espirituals del malalt terminal (detallades a la *Taula3*) i ens defineixen les cures pal·liatives de la següent manera:

Definition of Palliative Care (PC): The goal of palliative care is to prevent and relieve suffering and to support the best possible quality of life for patients and their families, regardless of the stage of the disease or the need for other therapies. PC is both a philosophy of care and an organized, highly structured system for delivering care. (...) expands traditional disease-model medical treatments to include the goals of enhancing quality of life for patient and family, optimizing function, helping with decision-making and providing opportunities for personal growth. (...) PC is operationalized through effective management of pain and other distressing symptoms, while incorporating psychosocial and spiritual care according to patient/family needs, values, beliefs and culture (s). (...) Members of a PC team may include professionals from medicine, nursing, social work, chaplaincy, nutrition, rehabilitation, pharmacy and other professional disciplines.
(Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, pg.3)

Domains of Quality Palliative Care:

1. **Structure and Processes of Care**
2. **Physical Aspects of Care**
3. **Psychological and Psychiatric Aspects of Care**
4. **Social Aspects of Care**
5. **Spiritual, Religious and Existential Aspects of Care -----→ Taula3**
6. **Cultural Aspects of Care**
7. **Care of the Imminently Dying Patient**
8. **Ethical and Legal Aspects of Care**

(Clinical Practice Guidelines..., pg.15)

A Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying (Manitoba, Canadà, 2005), H.M. Chochinov i B.J.Cann fan un recull dels treballs publicats sobre la importància de tenir en compte les necessitats espirituals dels malalts crònics i/o amb malalties avançades dins els programes de

CP. Molts estudis, encara que basats en població americana, treuen les mateixes conclusions i observen que un percentatge superior al 50% de la població manifesta un clar interès en que el metge de família tingui en compte les seves inquietuds i necessitats espirituals davant situacions de malaltia greu. Es demana al metge cultivar una **actitud empàtica** i substituir amb ella el **paternalisme tradicional** en el tracte al malalt. I a la vegada, **estimular i respectar la autonomia del pacient** envers la expressió dels seus pensaments i creences⁴.

La web en castellà del **National Cancer Institute (N.C.I.)*** defineix **Religió** com un conjunt específic de creences i pràctiques compartides, generalment dins de un grup organitzat, i **Espiritualitat** com el sentit que li dóna un individu a la seva pau interior, propòsit en la vida i la relació amb els demés, també sobre les creences envers el significat de la vida. Com aquest terme té un *significat més ampli* podem dir que *la religió seria una manera de expressar la espiritualitat, però no la única*.

Els dos conceptes no han d'anar necessàriament junts, però gairebé sempre estan presents en l'evolució de la malaltia terminal. C.P.Herman (2001) observa que els malalts que participen al seu estudi defineixen en un principi espiritualitat en relació a Déu o la religió però al final, conforme avança la malaltia, confessen reconèixer que la espiritualitat forma part de tota la seva existència, ho avarca tot⁵. L.Bergman (2004) en canvi entén que el concepte d'espiritualitat substitueix avui dia el tradicional de *fe* i podria entendre's com a sinònim de *religió personal* en contraposició a *religió organitzada* o sotmesa a preceptes doctrinals⁶. Aquesta interpretació d'espiritualitat feta a mida és còmode per a la persona ja que no té les restriccions i judicis propis de una religió. Com no depèn de capellans ni autoritats religioses (no sempre a mà) li permet recolzar-se en persones estimades com familiars, amics i professionals de confiança, reforçant aquests llaços, sempre molt necessaris. Els estudis sobre el tema no deixen dubtes que l'essència espiritual de la persona manté viva la **esperança**, i quan no existeix un suport o base espiritual sòlida augmenta el risc de depressió, desesperança, pèrdua del desig de viure, etc.⁷⁻⁸ De manera que fomentar i treballar sobre *el benestar espiritual i religions pot millorar la Qualitat de Vida (QV)*. Aquest fet segons el NCI:

Disminueix la angoixa, la depressió, l'enuig i el malestar.

Disminueix la sensació d'aïllament (sentir-se sol) i el risc de suïcidi.

Disminueix el abús de begudes alcohòliques i fàrmacs.

*<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/healthprofessional/> (web del National Cancer Institute)

Redueix la pressió arterial i el risc de malalties cardiovasculars.

Ajuda a que el pacient faci ajustos relacionats amb els efectes del càncer i el seu tractament.

Augmenta la capacitat de gaudir de la vida durant el tractament de càncer.

Proveeix un sentiment de creixement personal a causa de viure amb càncer.

Augmenta els sentiments positius tal com:

- Esperança i optimisme.
- Absència de remordiments.
- Satisfacció amb la vida.
- Sensació de pau interior.

I si parlem de benestar espiritual hem de parlar també de **sofriment espiritual o dolor espiritual**, quan no es reuneixen les anteriors premisses. Aquest concepte avarca no només uns *síntomes físics* - el que més sofriment ocasiona és el (dolor intractable)- , sinó també *síntomes psicològics* (angoixa, depressió, desesperança), *religiosos* (crisis de fe) i *socials* (desintegració de les relacions humanes)⁹. En aquest últim punt, per a evitar la sensació d'**exclusió social** que pot sentir el malalt i disminuir al màxim el sofriment espiritual, s'aconsella un tracte amb la major normalitat possible i no com a un moribund (ref. "Necessitat de ser reconegut com a persona", cap.4, pg.30).

Valorar les inquietuds espirituals del malalt és important perquè si les seves necessitats no estan prou cobertes poden fer fracassar les teràpies de suport. Aquesta valoració es continua i depèn de la perícia del facultatiu durant la entrevista i visites successives i la confiança assolida en la relació metge-pacient. Chochinov parla de mantenir els **models adaptatius** (models de comportament i patrons de pensament que afavoreixen la adaptació a la malaltia) minimitzant els desadaptatius, i tractar els nivells alts de ansietat i les pors¹⁰. En el aprenentatge i/o manteniment reforçat d'aquests models adaptatius es trobarien representades les **estratègies de reforçament emocional, informacional i instrumental** que explicàvem al capítol anterior. Tot això amb el objectiu de millorar la QV del pacient en tots els seus paràmetres (inclòs el benestar espiritual). Kearney i Mount (2000) també parlen de la aplicació de psicoteràpies que ajuden al individu a "reconnectar amb els aspectes més senzills i ordinaris de la vida passada" que en un moment donat van ser importants per a ell a través de l'art, la musicoteràpia, el treball sobre els somnis i alguns tipus de meditació⁹. És una manera de dur la persona cap al reconeixement dels fets més sentits de la seva vida i mostrar-li opcions de reconciliació envers a ells.

Però sens dubte el concepte que ha cridat més la atenció en els últims anys per la seva relació amb qüestions tant polèmiques com la eutanàsia és el de **dignitat i mort digna**.

La **dignitat bàsica** de una persona s'entén com *aquella qualitat moral de caràcter universal absolutament personal i intransferible en cadascun de nosaltres*, i es vincula a la *capacitat d'autonomia i independència de les voluntats de la persona*.

Així doncs, la pèrdua d'aquesta autonomia en el malalt terminal es percep com una pèrdua de la dignitat¹¹. Estudis de McClain i cols.(2003)⁸ demostren que el benestar espiritual actua com una protecció davant el quadre depressiu, la desesperació, la sensació de abandonament i el desig de morir aviat dels malalts terminals, un quadre que alguns autors han batejat com la **(Síndrome) de Desmoralització**¹². Aquesta síndrome s'ha relacionat amb la **pèrdua de dignitat** sobretot per la pèrdua d'autonomia, però també pel deteriorament físic, dolor incontrolable, pèrdua de sentit vital i objectius a la vida i sensació de ser una càrrega pels altres. És una situació que motiva el desig expressat d'una sortida ràpida i moltes vegades s'utilitza el terme "morir amb dignitat" com a sinònim del dret a un suïcidi assistit i a l'eutanàsia, de aquí la seva comprensió parcial. Però preguntat a priori la majoria de malalts comenten que només es plantejarien això si el dolor fos molt incontrolable, estessin molt deteriorats o fossin una càrrega franca pels altres⁸⁻¹³.

Model de Dignitat de Chochinov i Teràpia de la Dignitat. Aquest model sorgeix d'un (anàlisi empíric) sobre la percepció i preocupacions relacionades amb la dignitat de 50 malalts terminals participants en un estudi¹⁴. De les conclusions s'estableixen tres categories de aspectes relacionats amb aquesta percepció: les qüestions relacionades amb la pròpia malaltia que amenacen la dignitat del pacient; el repertori de recursos propis dels pacients que permeten la conservació de la seva dignitat com a persones; les diferents interaccions socials que poden perjudicar o millorar el sentit de la dignitat del malalt. *Fig3*. De aquest model se'n deriva la **Teràpia Digna o Dignity Therapy (DT) Taula4.**, un protocol que planteja qüestions que faciliten al malalt la oportunitat de manifestar aspectes de la seva vida i successos importants per a ell, recordant aquells punts no resolts o conflictius, o aquells dels que se senten orgullosos. De aquesta manera la persona expressa quelcom que potser abans no havia pogut fer i el resultat de les seves explicacions es transcriu, s'edita i es retorna al malalt en forma de llibret. Aquest document permet al pacient deixar un llegat després de morir i alhora donar instruccions a amics i familiars, reconciliant aspectes divergents entre ells i sentint-se útil des de la capçalera del llit. Aquest últim punt és important perquè fa de la DT -a diferència d'altres

psicoteràpies-, un tractament que no precisa del desplaçament del malalt ni que les persones professin una fe determinada i redueix el malestar espiritual de forma efectiva.

NECESSITATS ESPIRITUALS AL FINAL DE LA VIDA- II: Referència al Curs de Formació de Voluntaris impartit per la Dra. Alexandra Mejía.

**“La mort no és depriment o atractiva,
és senzillament una realitat dela vida”**

Sogyal Rimpoché

En el moment d'un diagnòstic amb mal pronòstic la persona sense saber-ho inicia un misteriós viatge cap al seu propi descobriment. Es desencadena tot un seguit de reaccions que reflecteixen la lluita interior i les contrarietats que afronta la persona i que sovint no podrà compartir amb ningú. El malalt ha de buidar la motxilla en el temps que li queda, despullant-se mica en mica fins arribar a la seva pròpia essència, rescatant aquelles experiències viscudes que aportin recursos pel viatge. No serà fàcil deixar-se anar...No en sabem. Estem tota la vida aferrant-nos a les coses, als afectes...construint una identitat: el nostre jo...que ara es desintegra. I si hem de marxar, tant de bo que sigui amb una acceptació serena del moment i una reconciliació amb el que ha estat “la nostra vida”.

La Dra. Mejía, doctora especialista en Medicina Interna i màster en Cures Pal·liatives aplica la filosofia del *moviment hospice*¹ en la seva pràctica hospitalària diària i promou els principis del budisme mahayana en el curs de formació de voluntaris que imparteix. La **filosofia general dels hospice** accepta la mort com a un procés natural i intenta manipular-la el menys possible; tracta les persones de forma holística, és a dir, en tota la seva dimensió; respecta les creences de cadascú, i presta una atenció especial al procés del dol, com a reacció normal a una situació de pèrdua. Alhora segons els **principis del voluntariat**², es considera que aquest ha de reunir *voluntarietat, gratuïtat, solidaritat, complementarietat assistencial, acció que promociona nous serveis socials i enriquiment personal*.

L'Hospice Budista: Promou el desenvolupament d'una tasca assistencial basada en la bondat amorosa. Precisa una ment oberta, sense jutjar, que respecti les creences dels demés i afavoreixi el contacte amb la font de poder espiritual (sigui Jesús, un sant, Allah, o un amic savi). El budisme creu que la persona té capacitat de canviar fins el mateix moment de la mort i per això aquest moviment promou la **meditació en calma mental** (meditar sobre la naturalesa de la ment) i les meditacions de purificació³. La Christine Longaker recorda al seu llibre: “*Las enseñanzas*

subrayan que hay dos cosas que cuentan a la hora de morir: cómo hemos vivido nuestra vida y el estado de nuestra mente en ese momento” (Para morir en paz, 2007, pg.84). I una altra cosa molt important: nosaltres també podem treballar amb la nostra ment i influir en el ambient que rodeja al malalt. És per a això que el voluntari ha de tenir d’entrada una bona motivació i a la vegada ser una persona equilibrada que sàpiga resoldre els seus propis dols i conflictes. Llavors, si està inspirat en les ensenyances budistes, estarà en condicions d’aprendre a *buscar i reconèixer la veritable felicitat i generar la ment (bodhichitta)*⁴.

Dues maneres d’afrontar el diagnòstic: el model americà i el model europeu⁵:

El **model americà** (explicat per la Dra. Kübler-Ross⁶) parteix del coneixement del diagnòstic i pronòstic per part del malalt i es caracteritza per un seguit de fases o mecanismes de defensa que experimenta tant el malalt com els familiars i que encara que no sempre amb aquest ordre, comprenen:

Negació: És un mecanisme d’amortiguació que dóna temps per assimilar la notícia. Es caracteritza pel pelegrinatge de metges buscant altres diagnòstics.

Ira: A mida que avança la malaltia el pacient descarrega la seva ira contra el cuidador principal i el personal mèdic. Hem de entendre que només és frustració i cal permetre que la expressi.

Negociació: Normalment amb Déu: “si em curo et prometo...”...Molts cops s’amaga un sentiment de culpa per alguna cosa que s’ha fet malament, de manera que la malaltia s’interpreta com un càstig.

Tristesia: Davant el deteriorament físic inexorable. La persona anticipa el moment de la mort. Apareixen els silencis, l’apatia, el desinterès pels tractaments i és difícil el accés a la persona. Aquesta etapa és molt dura per la família però si es porta bé, respectant aquests silencis i senzillament acompanyant, apareix una cinquena etapa: l’**acceptació** de la malaltia.

El **model europeu** (d’Sporken) ha variat. Ara es parteix de que la majoria de malalts coneixen el diagnòstic encara que no sempre el pronòstic, però fa uns anys no era així i s’amagaven les dues coses al malalt. Això creava un període de temps marcat per la **ignorància i la inseguretat**, fins que els canvis de tractament, la derivació a unitat de pal·liatius i canvis en el tracte familiar creaven una *sospita*. En aquesta fase el malalt pateix molts alts i baixos, mirant de treure informació a tothom que el va a veure excepte el metge, que és qui li pot dir (quelcom que manifesta que la persona no es troba prou preparada per afrontar la realitat). A partir de aquí tenen lloc d’una manera més o menys correlativa les anteriors etapes comentades al model americà.

Les reaccions psicològiques davant la evidència d'una malaltia amb mal pronòstic depenen molt del tipus de malaltia i lo avançada que estigui, del recolzament extern del malalt i dels recursos interns de afrontament propis que tingui (recordem el Model de Dignitat del Dr. Chochinov tractat al anterior capítol).

Les necessitats espirituals al final de la vida. Volem fer especial èmfasis en aquest punt, que serveix de complement a les explicacions del anterior capítol. El que exposem és el fruit tant de estudis i treballs especialitzats com de la observació diària en la vida professional de la Dra. Mejía. Igual que en aspectes més físics, si no cobrim les necessitats espirituals apareix el *sofriment (Taula5)*. El que seguidament referim està basat en el material entregat al curs de Formació de Voluntaris, a les pp.20-21-22.

Necessitat de ser reconegut com a persona: la malaltia, la despersonalització del entorn sanitari i la pèrdua del rol social i les seves responsabilitats fan que la persona es senti aïllada i inútil. Intentem que el malalt sigui el més autònom possible i decideixi sobre la seva vida. Estimem-lo i deixem-nos estimar per ell sense condicions. Que tingui iniciatives. La Cicely Saunders va escriure: *“Una vez le pregunté a un hombre que sabía que estaba muriéndose qué era lo que más necesitaba de las personas que lo atendían. Respondió: Que alguien se comporte como si intentara comprenderme” (El libro tibetano de la vida y de la muerte, pg.221)*.

Necessitat de Sentit: El ser humà necessita trobar significat a la seva existència. Preguntes com “per què a mi?”, “per què Déu no fa res per mi?”, “existeix alguna cosa després de la mort?”, etc. tenen múltiples respostes. La obertura transcendent pot establir-se a partir de temes com la natura (contemplant un paisatge o un ram de flors sobre la tauleta de nit), el art (escoltant música, pintant), la trobada (una conversa íntima amb un amic) i el culte (fent oració, rebent la comunió, meditant).

Necessitat de reconciliació: Davant la proximitat de la mort la persona té la necessitat d'alliberar-se del sentiment de culpa pel que ha pogut fer malament o per no haver sigut fidel als seus principis; necessita perdonar-se i reconciliar-se amb ella mateixa. A la vegada, necessita sentir el perdó del altre per poder acomiadar-se en pau. Aquí *el paper del cuidador o del voluntari pot tenir una gran importància com a mediador/a*.

Revisió i necessitat de explicar coses: Aquests malalts necessiten parlar de la seva vida. Explicar-la permet comprendre-la, unificar records, distingir del passat allò que és essencial d'allò accessori, tenir una vista en perspectiva i crear un nou ordre més harmònic. Segons la Dra. Mejía el balanç existencial té tres punts crítics: 1. El desengany respecte a les fites i triomfs

aconseguits al llarg de la vida. 2. La impressió de no haver-la aprofitat suficientment. 3. La sensació de no poder canviar res de ella.

Necessitat de llibertat: Entesa en un sentit ampli, no només relacionada amb l'autonomia sinó com la capacitat per escollir, trencant els lligams de l'ego, les obsessions i les fixacions internes. *Aquí pot ser especialment útil la meditació.*

Necessitat d'esperança: S'ha de contribuir a mantenir la esperança en aquests malalts i que siguin ells mateixos al llarg del procés els que la redueixin progressivament o la canviïn. Primer pot ser la esperança de curar-se però això en etapes més avançades es transforma en petites fites que encara no s'han aconseguit, per exemple poder veure néixer un nét de aquí a poques setmanes, veure el enllumenat de Nadal d'enguany...*Una informació progressiva i ben direccionada al malalt ha demostrat que no destrueix la esperança.*

Necessitat d'expressar la religiositat: Els ritus i símbols ajuden al home a comprendre i integrar allò que no pot manegar; és una altra manera d'expressar quelcom íntim que no es pot traduir només en paraules. Al final de la vida algunes persones tenen gran necessitat de la oració. Finalment voldríem recordar la tasca encomiable del voluntari, poc entesa i desenvolupada al nostre país, on no disposem de medis com els vistos a altres països. Tampoc hi ha programes de formació d'aquesta figura poc definida jurídica i legalment. El voluntari acompanya, però també facilita que la família realitzi tasques quotidianes que d'altra manera no podria fer. Si és possible, té un paper mediador i busca el estímul de aquelles actituds del malalt que afavoreixin la seva reconciliació i benestar. Si no es pot intervenir, **ha de saber estar**, recordant els principals ingredients de l'acompanyament espiritual que són: Presència, Respecte, Escolta i Confiança (MEJÍA, A.: "Preparación de voluntarios, Manual del curso", 2008, pg.23). La *Taula 6* acaba de complementar el capítol recollint la Declaración dels Drets dels malalts terminals del Michigan Inservice Education Council.

5. LA CERTESA DEL SOFRIMENT I LA MEDITACIÓ EN LA COMPASSIÓ.

S'ha escollit una meditació pròpia del budisme tibetà (*tonglen*) que recomana tenir unes nocions bàsiques de la concepció budista de la existència. Per aquest capítol i el següent **és molt recomanable** llegir prèviament les ressenyes bibliogràfiques i si cal, acompanyar-se de la consulta de les Cites i Vocabulari de termes específics. De aquesta manera evitem repetir-nos o perdre'ns en conceptes de psicologia budista que suposen certa dificultat, perdent agilitat en la exposició. Ens hem basat en les ensenyances de Sogyal Rimpoché i els seus mestres i la bibliografia recomanada al principi del treball.

5.1. La certesa del sofriment. La nostra ment es manifesta en un món regit per la *forma o matèria* i els *conceptes*, ambdues coses creades a partir dels sentits i lligades a la nostra condició física. La realitat es percep des del *jo*, una construcció mental amb la que ens identifiquem i que necessitem creure totalment independent dels altres fenòmens (som “jo” i la resta del món). Però alhora tenim la “certesa interior” de que tot té un inici i un final, que tot caduca; és a dir, **la certesa de la nostra pròpia mort**. Aquest fet genera sofriment i fa que el “jo” busqui desesperadament la seva afirmació com a entitat única, creant un món fictici al voltant, una **realitat il·lusòria** on els fenòmens semblen tenir una identitat pròpia i estar subjectes al nostre control. A partir de aquí la vida humana està condicionada per les falses projeccions de aquesta ment lligada al “jo” que els budistes anomenen *ment ordinària*, caracteritzada per ser “discursiva, dualista i pensant”¹. Aquest *modus operandi* de la ment ordinària és el responsable de l’**aferrament** constant que tenim a les coses materials, els afectes i les emocions, als pensaments,... donat que els atribuïm una existència pròpia. El budisme diu que quant més meditem més coneixem el funcionament de la nostra ment i més preparats estem per treballar amb ella i alliberar-nos dels *l·ligams kàrmics o principis de causa i efecte*. Aquests l·ligams, juntament amb la percepció il·lusòria dels fenòmens, ens mantenen en (*samsara*), la roda de mort i renaixements origen de tot sofriment². El camí de la eradicació del sofriment que postulen les Quatre Nobles Veritats³ es fonamenta en prendre consciència d’aquesta realitat il·lusòria origen del sofriment, comprendre que tots els fenòmens són **interdependents i transitoris**, i arribar a conèixer la veritable naturalesa de la nostra ment (*Rigpa*), l’únic immutable i pur, que persisteix més enllà de la mort⁴. El budisme com a doctrina filosòfico-religiosa incentiva la pràctica de la meditació com a mètode inefable per a aconseguir arribar a entendre el verdader origen del sofriment i alliberar-te’n de ell.

Tots absolutament posseïm una naturalesa búdica interior amb el potencial real d’il·luminar-se⁵, però no ens adonem d’això perquè està embolcallada per la ment ordinària, la que es troba subjecte a les projeccions del jo. Sogyal Rimpoché posa un exemple molt il·lustratiu i obre la porta a una reflexió: imaginem un gerro buit. L’espai de dins el gerro (la naturalesa búdica interior de tots nosaltres) és exactament igual al espai de fora. Però les parets del gerro - la nostra ment ordinària- empresonen aquest espai. L’objectiu de la meditació és aprimar aquestes parets a través del coneixement progressiu de la autèntica naturalesa de la nostra ment. Si arribéssim a il·luminar-nos, el gerro es trencaria i desapareixeria. El gerro no existiria com a entitat independent, però l’espai interior que el constitueix sí i llavors ens adonaríem que l’espai de dins

i de fora són el mateix, que mai han estat diferents. Així doncs, meditar en la veritable naturalesa de la ment en el fons és meditar sobre la (**vacuitat o shunyata**), un concepte que no significa el *no-res* sinó el tot, la *plenitud* i el potencial creador (ref. Annex1: ressenya sobre les Quatre Nobles Veritats). Meditar sobre *shunyata* et fa comprendre que la única raó d'estar lligat a la roda de la existència és entendre justament que tots estem interconnectats, que no existim per separat els uns dels altres i que el que fas ara i avui té efecte el dia de demà i en els altres. Meditar en la vacuitat o *shunyata* és entendre que no existim ni tu ni jo. Tots som un. I que la nostra consciència fluctua en una mena de **contínuum mental** en aquest espai sense límits, no lligat a lleis físiques conegudes, permetent la seva transmutació d'una existència a una altra, el que es coneix com a reencarnacions o **renaixements** (*El llibre tibetà...pg.123-124*). La mort és la gran oportunitat, una oportunitat en el nostre camí cap a la (Il·luminació) o estat de (Buda), alliberats de tot sofriment. Encara que es pot aconseguir en vida és en ocasió de la mort, durant el pas pels estats intermitjos coneguts com a (**bardos**), que es tenen més possibilitats d'aconseguir un millor renaixement o il·luminar-te⁶.

L'objectiu de la nostra proposta és aconseguir que malalts en fase de terminalitat aprenguin a meditar en calma mental i coneguin i practiquin la meditació en la compassió. Segons Sogyal Rimpoché per iniciar-te en el camí cap a l'alliberació del sofriment has de reunir tres condicions: -Tenir una bona **motivació**, i quina millor motivació que garantir-te una bona mort, **acumulant mèrits** per tu i pels altres⁷.

-Cultivar la **felicitat interior** ("contento mental"). Aquesta felicitat s'entén com la "alegre satisfacció" que t'envaeix quan aprens a viure cada moment amb intensitat. En el cas del malalt terminal té més a veure amb una "acceptació serena", que es pot aconseguir amb ajuda de bons professionals que cobreixin tots els aspectes comentats dels Programes integrals en Cures Pal·liatives.

-**Practicar** la meditació.

5.2. Meditació en calma mental o en la veritable naturalesa de la ment. Es tracta d'adoptar una postura còmode⁸ i mantenir-se en un **estat de no distracció**, amb una presència alerta aquí i ara, sense deixar-nos arrossegar per la multitud de pensaments, que es contemplen sense atendre'ls i sense judicar-los. No existeix un mètode perquè no perseguim cap fita concreta. Ens podem ajudar de la respiració per relaxar-nos però de fet existeixen diverses tècniques per aconseguir-ho. Si no en sabem cap, senzillament es tracta d'estar present i prou. Diu Sogyal Rimpoché (*El llibre tibetà...*, pg.91): "*La práctica de la atención, de llevar la mente dispersa a casa y*

centrar así los distintos aspectos de nuestro ser, se llama “Permanecer Pacíficamente” o “Morar en Calma” (...) se logran tres cosas. La primera, todos los aspectos fragmentarios de nosotros mismos (...) se asientan (...) empezamos a comprendernos mejor (...) La segunda es que la práctica de la presencia mental desactiva nuestra negatividad, nuestra agresividad y nuestras emociones turbulentas (...) lo importante aquí es contemplarlas (les emocions) (...) De aquí viene (la tercera) una sensación de liberación y una profunda tranquilidad”.

Com veiem aquesta és la base del *mindfulness*, un concepte que es tracta al últim capítol, i que representa una adaptació moderna de aquest principi de consciència alerta en el moment present. Quan es té pràctica en aquesta meditació i estàs tranquil pots veure com entre pensament i pensament es crea un **espai de no-pensament**, que cada vegada es repeteix més i és més ampli, i és llavors quan pots tenir la percepció de la **llum clara** de Rigpa, com un aura que precedeix la amplitud de la vacuitat. No obstant això pot aparèixer, no és aquest l'objectiu de meditar en calma mental, no hem de forçar la ment en aquesta direcció. El malalt terminal però no ha tingut temps de ser un gran practicant i la majoria no coneixen cap tècnica de meditació. Afortunadament hi ha un camí ràpid per aconseguir la calma mental i una bona disposició per a introduir *Tonglen*:

5.3. La meditació en la bondat amorosa. Pràctica del IOGA GURU, que ofereix refugi i consol al malalt i el reconforta. Diu Sogyal Rimpoché (*El libro tibetano de la vida y de la muerte*, pp. 376-377): *“Invoke en el cielo ante usted la presencia del ser iluminado que más le inspire (...) Aunque no pueda usted visualizar ninguna forma en su imaginación, basta con que sienta intensamente la presencia e invoque su infinito poder, compasión y bendición. (...) Abra el corazón e invoque al ser iluminado con todo el dolor y sufrimiento que siente.(...) sepa que el buda al que está llamando responde con todo su amor, compasión, sabiduría y poder. Enormes rayos de luz fluyen de él hacia usted. Imagínesse esta luz como un néctar que le llena por completo el corazón y transforma todo su sufrimiento en dicha”.* Aquesta presència que invoquem pot pertànyer a la imaginària religiosa que sigui i la pràctica adoptar diverses variants. Posaré dos exemples: a) el malalt pot imaginar que Jesucrist li agafa les mans o l'abraça i acull de manera amorosa, convidant-lo a reposar en la seva presència divina; b) pot imaginar la presència del seu mestre just davant de la cara, contactant amb els fronts (si el veu en forma humana) o com una llum que penetra entre les celles o a la alçada del cor o també per l'occipuci, fusionant les seves ments en una de sola.

La Christine Longaker recull aquesta pràctica a “La pràctica del (**powa**) essencial”, pp.249-250 del seu llibre *Para morir en paz*. Recorda que si no es pot visualitzar un Buda o una divinitat, podem imaginar senzillament un espai i en ell una presència brillant i amorosa *que personifica la Veritat* i ens connecta amb la presència que s'ha invocat. **Si la persona no és religiosa**, aconsella:

“Ofrece tu amor sin condiciones. Renuncia a toda expectativa a que la persona haga un cambio drástico, a que te lo agradezca (...) Aunque no haya una respuesta visible (...) tu amor le llega” (*Para morir en paz*, pg.256).

Aquesta pràctica és molt efectiva per aconseguir una relaxació i serenitat en el malalt i la confiança de que no morirà sol. La persona que es troba en procés de morir sorprèn moltes vegades per la claredat mental i és més fàcil del que sembla aconseguir aquesta actitud cap a la meditació.

6. TONGLÉN O MEDITACIÓ DE DONAR I REBRE APLICADA AL MALALT TERMINAL I EL SEU ENTORN

6.1. Generar compassió. La pràctica de *Tonglén* t'obre a la veritat del sofriment dels altres, desbloquejant el teu cor i deixant fluir els sentiments més altruistes del teu interior, de manera que et pots identificar amb l'altra persona. És la meditació en la compassió més complerta i poderosa. Segons Sogyal Rimpoché el sentiment compassiu es defineix com la unió del afecte amorós, la alegria i la equanimitat, i el podem evocar fàcilment considerant-nos iguals a una altra persona que pateix o millor encara, intercanviant-nos per aquesta persona plena de dolor. Altres formes de generar compassió són identificar la persona que pateix amb algú conegut o recordar una persona que et va estimar molt. En aquest cas sents l'amor i l'agraïment amb que li retornes aquell sentiment que tant generosament et va regalar. Aquesta pràctica **desenvolupa la ment bodhichitta**, un terme que combina les paraules “cor” i “sabiduria o essència il·luminada” i que es tradueix com *el cor de la ment il·luminada*. La bodhichitta representa una actitud mental i de cor, i el desig de poder arribar a través del camí de la compassió a la Il·luminació pel benefici de tots els éssers vivents; és un compromís de dedicar la teva pràctica al benefici dels altres. *Tonglén* és per tant l'antídot a l'aferrament de la idea d'un “jo” independent, que genera aversió cap el dolor i la mort. Certament a mida que practiques *tonglén* es destrueix el miratge del jo que ens hem construït, apareixent al seu lloc un sentiment altruista que et fa conscient dels beneficis de la pràctica en direcció al camí de la alliberació: “...quienquiera le induzca a desarrollar la compasión por medio de su sufrimiento está de hecho haciéndole uno de los mayores regalos, porque le ayuda a cultivar precisamente aquella cualidad que usted más necesita en su avance hacia la Iluminación” (*El libro tibetano...*, pg.247). Les pràctiques de *tonglén* et permeten a més:

- Incorporar al camí espiritual les dificultats i malalties.
- Sanar el teu patiment del passat i present.
- Alleujar i impedir el teu esgotament.
- Transformar les teves relacions amb els altres.

(*Para morir en paz*, 2007, pg157)

*Qui vulgui obtenir ràpidament protecció
per a sí mateix i els demés
ha de practicar aquest secret sagrat:
intercanviar-se un mateix pels altres.*

Shantideva

6.2. Tonglen, la pràctica de donar i rebre. En què consisteix (basat en “Las etapas del tonglen”, a les pp.250-255 del Libro tibetano de la vida y de la muerte, de Sogyal Rimpoché):

Prèviament a la pràctica de *tonglen* la persona ha de meditar en calma uns minuts i generar compassió tal i com s'ha explicat abans (i pot invocar al mestre o objecte de devoció que la pugui inspirar i tranquil·litzar).

Llavors, *a través del sentiment compassiu* es tracta de prendre els diferents sofriments mentals, físics i espirituals de l'altre: pors, frustracions, culpa, amargor, dubtes... i donar a canvi *mitjançant el amor*, tota la nostra felicitat i tot el nostre benestar, pau mental, curació i plenitud. Hem de imaginar a algú que pateix i aquests patiments com una gran massa de fum negre, dens i calent. Ajudats per la respiració, inhalem aquesta fumera negra, que en el moment de ser arrencada del nucli que la genera (la força del jo de la persona que pateix que s'acostuma a situar a la alçada del cor), es dissol i desapareix, donat que en veritat no existeix. D'aquesta manera es purifica tot el karma negatiu vinculat a aquest sofriment en la persona que estem ajudant. Lluny de perjudicar-nos, aquest acte generós vivifica la nostra Bodhichitta i exhalem una llum refrescant de pau i alegria, de felicitat i benestar cap a l'altra persona contribuint a aquesta purificació kàrmica, a la vegada que acumulem mèrits per la nostra vida present i futura.

Aquesta pràctica LA POT FER TOT HOM (no cal ser budista) perquè pots utilitzar diferents objectes de visualització, sense entrar en creences religioses mantenint íntegra la seva validesa. Ens la podem aplicar a nosaltres mateixos i a situacions on regna un mal ambient o existeix conflicte. Aprofitem el poder de la compassió i advertirem que es poden modificar també aquestes situacions. I sempre seguint els mateixos principis de la pràctica.

6.3. Self-Tonglen i Tonglen per moribunds. El llibre de Sogyal Rimpoché parla del *tonglen* per moribunds en la seva pg. 254, pensat pels familiars i amics del malalt i que seguiria els mateixos principis. Però en el entorn de la malaltia terminal ens interessa saber de quina manera pot enfocar el malalt la seva pràctica de *tonglen*:

Qualsevol de nosaltres ha jugat alguna vegada a identificar-se com a dues parts diferenciades, alguns de vostès potser han fet una llista amb els seus defectes i els seus valors. Recreant aquest

joc li demanem al malalt que visualitzi els **dos aspectes de la seva persona** separats en “A” i “B”. “A” representa l’aspecte íntegra, compassiu, afectuós i amorós, veient-lo com l’amic amb qui sempre podem comptar, que no jutja mai el que fas. “B” és l’aspecte de la persona que ha estat ferit, la malaltia de fet, però també el sentiment de incomprensió i la frustració pel que no podrà arribar a viure, per exemple. És important insistir en que s’identifiquin amb “B” aquelles vivències traumàtiques de la infància o relacionades amb els afectes personals o els agravis socials que la persona pateix. Ara, a l’inspirar, el malalt ha de imaginar que “A” obre completament el seu cor i accepta i abraça compassivament tot el patiment, el dolor, i l’agravi de “B”. Mica en mica, “B” anirà obrint el seu cor i el dolor i sofriment es desfaran en aquesta abraçada compassiva. Quan espiri, caldrà imaginar que “A” li envia a “B” tot el seu poder curatiu a través de l’amor, l’afecte, confiança, el consol i la felicitat.

Recordem que practicar *tonglen* no perjudica ni produeix desgast de cap mena: *“Lo que ha de saber con toda certeza es que lo único que puede resultar dañado por Tonglen es precisamente aquello que más le ha estado dañando (a ud.): su ego, su mente que se aferra a sí misma y se protege, lo cual es la raíz del sufrimiento” (El libro tibetano...pg.255)*. Per això si el malalt vol practicar per al benefici de persones properes a ell o perquè millori una determinada situació no ens hem de oposar. Seguirà utilitzant la respiració com a vehicle inhalant un ambient espès i tens, o un dolor i sofriment de algú que tingui proper i espirant afecte, serenitat, amor i agraïment. És el cas on moltes vegades, a mida que la malaltia s’accepta, observem que el cuidador principal i la família en general són consolats pel propi malalt. Practicant *Tonglen* la persona pot sentir-se útil i participar en el procés, quelcom que apareixia com a una de les necessitats espirituals més importants (“Necessitat de ser reconegut com a persona”, cap.4, pp.30-31).

7. MINDFULNESS i altres adaptacions de les pràctiques de meditació a Occident: una porta oberta al futur. Referència a la obra de J. Kabat-Zinn i altres estudis sobre *mindfulness* valorats per Miguel A. Vallejo Pareja, catedràtic de la UNED.

Aquest últim capítol és una aposta de futur sobre el important paper que poden jugar els sistemes filosòfics orientals basats en el budisme. El modern concepte de *mindfulness* és un exemple de l’adaptació occidental de la **meditació de la atenció plena o meditació en la veritable naturalesa de la ment**, que no només forma part del budisme sinó del hinduisme i altres corrents de pensament (ref. cap.5.2. pp.34-35). El nostre interès pel *mindfulness* és doble. Per un cantó posem de manifest la presència creixent de conceptes del budisme en l’àmbit científic i

psicoterapèutic occidental; per l'altre, tenim la convicció de la seva validesa com a mètode en sí mateix però també com a preparació per a una meditació més guiada com és el *tonglen*.

Què entenem per *mindfulness*? També aquí EEUU abandera la difusió del *mindfulness*. El **Dr. Jon Kabat-Zinn**, practicant de budisme i professor de medicina del Departament de Medicina Preventiva de la Universitat de Massachussets funda el 1979 la Clínica de Reducció del Estrès al Camino Hospital de Mountain View (California), on es comencen a aplicar de forma pionera els anomenats PREBAP (programa de reducció de l'estrès basat en la atenció plena)¹, actualment implantats en moltes clíniques i hospitals del país. Al seu llibre *La práctica de la atención plena* (Edit. Kairós, 2007) explica tota una filosofia entorn al funcionament de aquests programes i al concepte *mindfulness*, que defineix com **la capacitat de ser conscient**, una qualitat essencial de la ment que s'enforteix i es manté quan ets capaç de **parar atenció en el moment present i restableixes una connexió amb tots els teus sentits**. Segons Kabat-Zinn això es pot aconseguir amb la meditació de la atenció plena, ajudat per una bona motivació i tècniques de relaxació, però no podem confondre la seva aparent simplicitat amb que sigui una tasca fàcil: recordem que meditar en calma mental afavoreix que la ment desplegui tot el seu poder distractor i més quan la pràctica no és metodològica. El apropament de Kabat-Zinn al budisme es fa patent quan a la pg.175 diu "*La conciencia està vacía y, por ello mismo, puede contenerlo todo, incluido el pensamiento.*" Prendre atenció i tenir una percepció complerta a través dels sentits d'estar aquí i ara (*mindfulness*) permet canviar la perspectiva d'observació, des del prisma egocèntric del jo a un punt en la vacuitat on subjecte i objecte són un.

**Todo lo que se manifiesta no canta más que un canto
el del vacío y la plenitud.**

**Percibimos el mundo de los fenómenos
y la conciencia, de la luz y la oscuridad**

que se revelan en una danza donde no existe la separación. Jack Kornfield

L'àmplia experiència a través dels programes PREBAP als EEUU han afavorit diferents treballs científics que demostren el paper modulador del *mindfulness* en la resposta immunitària (Davidson i cols., 2003)², sobre el dolor crònic (Kabat-Zinn, 1982), trastorns d'ansietat o psoriasis. Així doncs, el llibre de Kabat-Zinn exemplifica l'existència de aquest punt mig entre filosofia budista i la seva aplicació en la ciència.

Al nostre país va aparèixer el Juliol del 2006 un article a la revista electrònica *PAPELES DEL PSICÓLOGO* a càrrec de Miguel Ángel Vallejo Pareja, doctor en Psicologia i catedràtic de

Teràpia de Conducta de la UNED, titulada "MINDFULNESS"³. És interessant apreciar com Vallejo Pareja reflexiona sobre el terme *mindfulness* i les diferents aplicacions que pot tenir en el àmbit psicoterapèutic. Per a ell, *mindfulness* - aquesta presència atenta i reflexiva que no interfereix ni valora el que sentim en cada moment -, no està tant lluny de la exposició i autorregulació de les respostes fisiològiques basades en les **tècniques de biofeedback**⁴. Expliquem-ho: el *mindfulness* busca que els **aspectes emocionals o no verbals** siguin acceptats i viscuts com a tal, sense evitar-los o intentar controlar-los. Aquesta és la gran diferència amb altres mètodes que de forma tradicional han mirat de contrarestar les respostes negatives enfront a situacions que generaven malestar (teràpies conductuals, farmacoteràpia, etc.), obtenint uns resultats moltes vegades contraris al que es pretenia. Vallejo Pareja diu: "*El intento por bloquear el malestar, las emociones, el estrés, contraviene y altera, de forma física (fármacos) o psicológica (distracción, reestructuración, etc.) los mecanismos de feedback naturales del organismo que permiten regular*". Posem un exemple que probablement hagi inspirat al professor Vallejo: la persona que presenta una reacció d'ansietat cada vegada que ha de anar a un centre comercial a fer les compres. Si el trastorn és reiterat i motiva **conductes de evitació** (mirar que vagi sempre una altra persona a comprar) potser parlarem d'una fòbia. De forma habitual, els tractaments passaran per reeducar la conducta o bloquejar la resposta farmacològicament, lluitant contra la reacció d'ansietat de la persona. Per les fòbies però, les **teràpies de exposició** han resultat molt més efectives; és a dir, justament es busca enfrontar la persona al factor causant de l'angoixa (anar al supermercat) perquè aquesta resposta d'angoixa es deixi de generar. Arriba un moment que gràcies als mecanismes reguladors propis del nostre cos l'angoixa s'extingueix i es neutralitza la resposta. Aquest punt de partida fa que des del punt de vista de persones no massa avesades al budisme, el concepte *mindfulness* pugui resultar molt atractiu. La *Taula 7* exposa les aplicacions principals i beneficis de la pràctica del *mindfulness* segons Lavilla, Molina y López (2008)⁵. Els estudis americans i germànics (Grossman i cols, 2004, entre altres)⁶ han demostrat que els programes que integren *mindfulness* són especialment útils i ben acollits. Amb un correcte entrenament i ajudant-se de tècniques de relaxació, s'ha tractat que el pacient experimenti les sensacions corporals associades al repàs actiu del cos ajudant-se de diferents tècniques com el procediment anomenat *body scan* (Kabat-Zinn, 2002)⁷, o la respiració, amb l'objectiu de que la persona accepti i permeti el flux de les seves emocions. En el fons es pretén quelcom més important: es tracta de **trencar amb patrons de aprenentatge negatius** que condicionen invariablement les mateixes respostes davant estímuls similars (recordem que amb *mindfulness* no retroalimentem la conducta amb

intervencions distractores o d'evitació). Una explicació sobre com funcionen aquests sistemes o patrons la trobem al cap. “¿Por qué es tan importante prestar atención?”, pp. 123-128, del llibre de Kabat-Zinn. També és molt interessant dins el mateix llibre el cap. “Nuestras moléculas están en contacto”, pp.327-330, en relació al paper i funcionament del nostre sistema immunològic: “...existe una interrelación continua, una especie de “conversación” entre los distintos miembros de la sociedad celular que compone nuestro cuerpo que cumple con la función de coordinar sus distintas funciones celulares”. Tot això recorda el que comentava Chochinov sobre els *models adaptatius i desadaptatius* i el control de les pors i l'ansietat, al cap. 3, pp.26-27... i també el que exposàvem al cap.2 del present treball, en referència als treballs de Lutz i cols. i els comentaris de la Dra. Eres sobre la comunicació intercel.lular entre els diferents òrgans i teixits.

Miguel A.Vallejo reconeix que el *mindfulness* és una **experiència contemplativa** (no entra en judicis i valoracions sobre les sensacions que li arriben), et manté en la consciència plena de la vertadera realitat, lluny dels prejudicis i estereotips culturals o intel·lectuals vinculats als *aspectes verbals interpretatius* (les explicacions que tendim a donar de tot allò que anem sentint o experimentant durant la meditació i que falsegen la percepció de la realitat). Accepta que “La racionalización y contextualización de un problema es necesaria pero la experimentación y aceptación de las sensaciones y emociones que nos procura (el mindfulness) es esencial”.

Encara que el seu discurs és més imparcial que el de Kabat-Zinn, Vallejo Pareja reconeix que el concepte *mindfulness* transcendeix el que és merament una tècnica i es manifesta com a una filosofia de vida inspirada en l'ideal Zen de viure el moment present. Per tant, considera el context –la relació amb l'entorn i les circumstàncies que envolten el problema- com a element principal en la intervenció *mindfulness*. Per Vallejo, aquesta perspectiva àmplia és *més comprensiva i adaptativa* que la que es centra en el control d'elements concrets de forma descontextualitzada: “Se busca que la persona sea capaz de observar y sentir de forma natural (dejándose llevar) su comportamiento (el mindfulness como observación) y que al tiempo se comprometa con esa actividad (mindfulness como compromiso). Nótese que este modo de proceder favorece la flexibilidad y la variabilidad en el comportamiento, característica esencial de su capacidad adaptativa”. Afegiríem en aquest punt recordar la importància que té la **capacitat adaptativa** en tots els aspectes de la nostra vida, però també en quant a la capacitat de **acceptació de la malaltia** en el context que ens ocupa i la seva relació estreta amb l'**estimació del pronòstic** del malalt. Concloent, M.A.Vallejo reconeix la complementarietat del *mindfulness* en relació a les teràpies cognitivo conductuals, sobretot pel que fa on elles no arriben: a l'abordatge de les respostes emocionals i disfuncions psicofisiològiques *no subjectes a un control verbal* i que “sólo mediante experimentación real se

puede ejercer un cierto aprendizaje sobre ellas y esto sólo es posible si hay una buena experimentación, una buena observación *mindfulness*”.

Tres paraules sobre tècniques de visualització. Al llarg dels últims anys han aparegut multitud d'elles. Hem de dir que constitueixen un bon suport per persones no familiaritzades amb la meditació perquè a diferència de la meditació en calma mental estableixen un mètode. La visualització aconseguix un estat de consciència que afavoreix treballar sobre diferents aspectes de la persona i disfuncions orgàniques concretes. Alguns dels elements més utilitzats són la meditació sobre els cinc elements, ubicats en punts (*chakra*) del cos, de vegades amb una forma i color concrets, i es pot -com hem vist al cap.5.3.,pp.35-36 - meditar en la bondat amorosa i visualitzar l'objecte de devoció, etc.

Meditar en el dolor. A la pg.10 de l'annex del manual entregat al curs de la Dra. Mejía, s'explica aquesta meditació, que consisteix en “*entrar dins el dolor i explorar-lo*”. Es mostra útil per al control del dolor i s'utilitza en l'àmbit del pacient terminal; per això no podem donar per acabat aquest tema sense fer-ne comentari. La persona enfoca la seva atenció en la zona dolorosa, observant les característiques del dolor i recolzant-se en la respiració practica quelcom molt semblant al *tonglen*, “rentant” amb cada inhalació la zona de dolor i relaxant-la.

Stephen Levine diu: “*cuando el dolor surge en el cuerpo, es frecuente que nos encerremos alrededor de él; nuestro miedo y resistencia, nuestro rechazo a las sensaciones desagradables, magnifican el dolor. Es como cerrar la mano alrededor de una llama ardiente, cuanto más la apretamos, más profundo nos quemaremos.*”

Aquesta meditació segueix els principis del *mindfulness*, que són a la vegada els del budisme, trencant aquells circuits que alimenten el dolor i les pors, el binomi terrible del malalt terminal.

Si un estímul tant poderós com el dolor pot minvar amb aquesta meditació, què no es pot fer quan adoptes una actitud en la vida basada en no seguir el joc de les teves projeccions mentals!

8. VALORACIONS FINALS I CONCLUSIONS. Aquest projecte ha estat ambiciós des d'un principi, però a mida que fèiem recerca el llistó ha pujat considerablement ja que per sort en altres països ha sorgit interès des de fa anys per les aplicacions clíniques de tractaments basats en la meditació budista. Això ha permès el finançament de diversos estudis i per tant, existeix molta informació de qualitat al respecte. El concepte de **medicina integradora** de la que parla J.Kabat-Zinn a “Una investigación sobre la curación y la mente”, pp.358-360 i “Las lecciones de la medicina”, pp.520-522, *La práctica de la Atención Plena*, 2007, serà en un futur pròxim el gran

objectiu d'aquelles societats que es considerin innovadores en matèria sanitària i social. Hi ha indicis que la aplicació del *mindfulness* per exemple, podria suposar una millora en la gestió de recursos sanitaris (veure *taula7*), però evidentment aquest aspecte correspondria a un altre debat. Al final del present estudi podem concloure:

1) La integració de la meditació en programes oberts a discussió multidisciplinar en diferents àrees i matèries és possible. Els estudis analitzats mostren clars beneficis de la meditació respecte a les psicoteràpies cognitivo conductuals en casos concrets (ref. al cap.7) i en persones especialment motivades: el malalt terminal, la població objecte d'estudi, és sensible i està especialment receptiu, sobretot quan es troba en la *fase pre-crítica*¹. Per això, pensem que la ***incorporació precoç de la meditació budista***, avalada per segles de tradició, als Programes de Cures Pal·liatives permetrà un entrenament més perllongat de la ment en la meditació amb la conseqüent millora del control de símptomes i una millor adaptació a la malaltia. I a la vegada ***contribuirà a la prevenció de trastorns associats a un mal diagnòstic***, que empitjoren el pronòstic del malalt com la depressió reactiva o la intolerància i el rebuig als tractaments quimioteràpics o quirúrgics radicals. Aquest punt constitueix la primera part de la hipòtesis de treball, que titulem: "podem fer això".

Hem de perdre el prejudici de parlar de budisme perquè moltes tècniques que es fan servir avui dia estan extretes de les tradicions orientals (budisme, hinduisme, taoisme...), però està clar que l'enfoc que es doni al tractament serà clau per aconseguir la confiança del malalt. No ha de sentir que fa res estrany i tampoc avergonyir-se de voler provar aquest tractament. La pràctica de *tonglen* necessita una bona motivació però fins i tot amb una mínima inquietud espiritual pot funcionar. Per això: ***És la convicció del metge de confiança la que facilitarà que el malalt sigui un bon candidat a aquest tipus de programa.***

2) Cal conèixer les necessitats espirituals al final de la vida proposant que el malalt sigui el protagonista del seu propi procés. La meditació *tonglen* és molt assimilable en totes les cultures. Basada en els preceptes budistes fa partícip a la persona, que sent que pot treballar en la evolució del seu propi procés. Seguint els estudis de Blasco i cols. i Chochinov, estem d'acord en que ***mentre pugui, el malalt ha de prendre part activa en el procés i observar els progressos espirituals i sobre el control dels símptomes que vagi fent.*** És per això que la segona part de la

Fase precrítica del malalt terminal: abans que aquest entri en la fase d'agonia, amb disminució de la consciència i funcions cerebrals superiors. En aquestes fases finals només es podria treballar amb meditació en persones molt entrenades.

hipòtesis de treball proposa una pràctica diària de la meditació de pocs minuts i portar una mena de *diari o quadern de ruta* que pugui ajudar al malalt en la feina de reconciliació i manifestació de les seves inquietuds. Aquesta segona part correspon a “com fer-ho” i és molt important ja que resumint, *Tonglen* permet:

2.1. **Reconciliació i perdó a un mateix i als altres** i fer a la vegada una **avaluació del que ha estat la teva vida**, tant necessaris per qui ha de morir. “Al perdonar y ser perdonados, nos purificamos de la oscuridad de lo que hemos hecho, y nos preparamos de la manera más completa para nuestro viaje por la muerte” (*El libro tibetano...*, pg.262). Com dèiem al inici del treball, per a les persones properes a un canvi vital com és la mort, tenir una “bona mort” dins els preceptes budistes els garanteix un millor renaixement. Aquest punt ens porta a la possibilitat, com dèiem abans, de deixar per escrit la progressió de les nostres percepcions envers a ella. Com alternativa al quadern de ruta també pot ajudar al malalt fer les dues llistes sobre les seves manifestacions complementàries “A” i “B” i que pugui practicar self-tonglen (ref. cap.6, pg.38). És a dir, no són maneres tant formals com el qüestionari del Dr. Chochinov sobre Teràpia Digna (*Taula4*), però es treballen aspectes semblants amb la possibilitat de deixar una constància escrita (“Model de dignitat de Chochinov i Teràpia de la Dignitat, cap.3 pp.27-28).

2.2. El malalt que pot afrontar la malaltia de la manera anteriorment plantejada pren les rendes de la seva sanació espiritual, amb la conseqüent **percepció de control positiu** i millora de l'**autoeficàcia** sobre el procés. Sens dubte si té lloc en un entorn facilitador, amb el recolzament del equip multidisciplinar, **augmenta la confiança del pacient en els tractaments i el personal**, i *Tonglen* apareix com un **reforç positiu intrínsec** al Programa de Cures Pal·liatives que s'estigui aplicant. Aquest punt és fàcilment reconegut a la hipòtesis de treball i comprèn els conceptes treballats al cap.2.

3) Objectiu dels programes que incorporen *Tonglen*: facilitar la planificació del final de la vida i que es tingui una bona mort.

En aquest punt entrem al final de la hipòtesis de treball: “per què ho fem”, un objectiu últim que no només té en compte al malalt sinó també al seu entorn familiar i social, no oblidem que *tonglen* és la pràctica de donar i rebre i la idea sempre és donar sentit a la mort.

3.1. El budisme manté la **esperança de que pots canviar fins el últim moment i marxar en pau** i serenitat. Meditar en la compassió en condicions de terminalitat pot ajudar a percebre la llum clara de la teva naturalesa última i intuir la vacuitat amb més probabilitat que en altres situacions. El malalt pot explicar-ho amb moltes paraules i de fet la fe cristiana recull també l'arrepentiment

“in extremis”. Aquest punt va lligat a la última frase de la hipòtesis de treball quan parla de la presa de sentit vital...De fet, et pots il·luminar en un segon, en un instant de comprensió sobtada.

3.2. Dedicar la nostra mort. El malalt pot practicar *Tonglen* per una altra persona que també pateix, dedicant-li el seu sofriment i demanant que el seu dolor contribueixi a alleujar el dolor de l'altre. Aquest punt reforça el final de la hipòtesis de treball perquè dona sentit a la mort. Generant compassió tens la convicció que el dolor no es perd sinó que adquireix un altre significat. Es fa servir en essència la mateixa tècnica explicada al cap.6: a l'inspirar imaginem que les malalties, tumors, pors, en forma de fum marxen dels cossos i a l'expirar, exhalem benestar i curació total (*El libro tibetano de la vida y de la muerte*, Dedicar nuestra muerte, pp. 268-271). “*Que pueda tomar el sufrimiento, el miedo y la soledad de todos los demás seres del mundo que están muriendo o han de morir. Que todos ellos queden libres de dolor y confusión; que todos encuentren consuelo y paz mental. Que el sufrimiento que estoy padeciendo ahora y padeceré en el futuro les ayude a alcanzar un buen renacimiento, y en último término la Iluminación*”. (*El libro tibetano de la vida y de la muerte*, pg.269).

4) Recolzar iniciatives que puguin sorgir i encetar un camí per a futures investigacions dins el camp de la espiritualitat al nostre país. Incorporar l'espiritualitat als diferents camps de la ciència i l'educació ens pot ajudar a recuperar uns valors de respecte i convivència, així com desenvolupar-nos íntegrament (cultivar només el desenvolupament intel·lectual està invalidant el model de societat avançada que ens havíem proposat). El treball deixa la **porta oberta a realitzar futurs estudis experimentals** sobre el potencial d'aquestes pràctiques de meditació i la seva aplicació en diferents camps. Amb més mitjans, temps i recursos, es podrien presentar programes pilot en escoles, empreses, institucions penitenciàries, medicina privada, etc. Treballar emocions com la ira o la intolerància, per exemple, generant compassió des del cor de la emoció negativa seria revolucionari, però el budisme contempla com meditar en aquestes emocions més negatives. Posteriorment, amb el suport que atorga una bona acollida i l'interès que es pot generar, seria més fàcil la seva introducció en un medi clínic.

Malgrat aquest entusiasme som realistes. Al nostre país li costa apostar per les idees innovadores (i més en aquest camp), que gairebé sempre arriben des d'altres països, i no acaba d'haver una consciència clara de les avantatges de l'enriquiment multicultural que enguany vivim. Per això la proposta de col·laboració amb Dechen Shying pretenia fer entendre que són possibles aquestes iniciatives en la nostra societat. Pensem que en un país com Irlanda, profundament catòlic, hi ha hagut un suport institucional important a la iniciativa del programa d'atenció i cures espirituals de Rigpa International. Som optimistes respecte al futur. Com ja plantejàvem al inici del treball, la pròpia evolució del model social en matèria sociosanitària haurà d'adaptar-se en uns anys a les

demandes de la nova població usuària de aquests serveis, normalment persones grans. Aquestes persones, no ho oblidem, formen part ara del gruix de població de edat mitjana que ha viscut la revolució de les telecomunicacions, la obertura de fronteres i en general, el fenomen globalitzador del món desenvolupat i la interacció amb la població immigrant i, per tant, el ventall de necessitats a cobrir s'haurà d'ampliar. Haurem de tenir en compte els nous cultes i les noves necessitats espirituals (altres cultures són més expressives en aquesta demanda), i *es pot construir un llenguatge comú en aquesta matèria*, sense noms i cognoms, que no ignori aquestes necessitats que tant sovint hem minimitzat.

*La naturaleza pura del espíritu
-vacuidad, lucidez e inteligencia ilimitada-
está en nosotros desde siempre.*

Kalou Rimpoché

9. BIBLIOGRAFIA GENERAL

Llibres i monografies:

CHÖGYAM TRUNGPA, *ABHIDHARMA, Psicología budista*. Traducción de Ricardo Gravel. 2º edición. Barcelona: Editorial Kairós, 1999.

DALAI LAMA, *Las cuatro nobles verdades*. Traducción de Elvira Heredia. 1º edición de bolsillo. Barcelona: Plaza & Janés Editores S.A. (DeBolsillo).

GRUZALSKI, B., Pacific Center for Sustainable Living. *BUDA*. Traducción de Carmen García Trevijano. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya, S.A.), 2002.

KABAT-ZINN, J., *La pràctica de la Atenció Plena*. Traducció de David González Raga i correcció d'Alicia Conde. Barcelona: Editorial Kairós, S.A., 2007.

LAROUSSE 2000, Enciclopèdia 6º edició. Barcelona: SPES Editorial, S.L., 2003.

LONGAKER, C. *Para morir en paz*. Traducció de Alberto Cousté i revisió de Daniel Peralta. Barcelona: Ridgen -Institut Gestalt, Ridgen Edit, S.L., 2007.

MEJÍA, A., *Preparación de voluntarios. Manual del Curso*. 2º edición. Madrid: Editado por la Asociación Potala Hospice, Registro N°: 170499, 2008.

-Preparación de voluntarios. Manual del Curso: Anexo. Nociones de Medicina Paliativa. 2º edición. Madrid: Asociación Potala Hospice, 2008.

NATIONAL CONSENSUS PROJECT STEERING COMMITTEE, *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. Pittsburgh, Pennsylvania (EEUU): National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004.

PONS-FÖLMI, D., FÖLMI, O., *Ofrendas, 365 pensamientos de Maestros Budistas*. Traducción de Carlos Vitale. Barcelona-Madrid: Lunwerg Editores, 2003.

QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manual de Recerca de Ciències Socials*. Traducció de Joan Estruch. 1ª edició, 2ª reimpressió. Barcelona: Herder Editorial, S.L., 1997.

SOGYAL RIMPOCHÉ, *El libro tibetano de la vida y de la muerte*, Prólogo del Dalai Lama. Traducció de Jorge Luis Mustieles. 2ª Edición, Barcelona: Editat per Patrick Gaffney i Andrew Harvey, Edicions Urano, S.A., 1994.

-*El futuro del budismo*. Traducció de Jordi Mustieles. Barcelona: Ediciones Urano, 2004. books4pocket.

Tesis i trabajos publicados:

BÁREZ, M., BLASCO, T., FERNÁNDEZ CASTRO, J. *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia. Murcia: Anales de Psicología, vol.19, nº2 (diciembre), 235-246, 2003. [consulta 19 setembre](#)

BLASCO, T., INGLÉS, N. *Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia*. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia. Anuario de Psicología, nº72, 81-90. 1997. [consulta 23 setembre](#)

LUTZ, A.1., BREFCZYNSKI-LEWIS, J.2, JOHNSTONE, T., DAVIDSON, R.J.3 *Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise*. **1** University of Wisconsin, Madison, Wisconsin, U. S.A., **2** West Virginia University, Morgantown, West Virginia, U.S.A., **3** University of Reading, Reading. 2007. U.K. Australia: PLoS ONE 3(3):e1897. doi:10.1371/journal.pone.0001897, 2008. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10-1371%2Fjournal.pone.0001897>

(Consulta: 19 de Setembre de 2009)

LUTZ, A., GREISCHAR, L.L., RAWLINGS, N.B., RICARD, M., DAVIDSON, R.J. *Meditación, compasión y ondas cerebrales*. USA: Proc Natl Acad Sci USA 101, 16369-16373, 2004. Link article original: <http://www.pnas.org/cgi/reprint/101/46/16369.pdf>. En castellà: Digitalis, nº21 Maig 2008

http://www.e-digitalis.com/pdf/Digitalis_n21_OndasCerebrales.pdf > (Consulta: 3 de Novembre de 2009).

PANDIERNNA,C., FERNÁNDEZ,C., GONZÁLEZ,A. *Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFex*. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Psicothema, vol. 14, Nº1, pp.1-8. 2002.

<<http://www.psicothema.com/pdf/679.pdf>> (Consulta: 23 de Setembre de 2009).

Entrevistes en publicacions periòdiques :

AMELA, V.M.: *Si visualizas tu curación, la impulsas*, LA VANGUARDIA (14 de Julio del 2005), La Contra.

GALLARDO, A.: *El cáncer es el síntoma de un conflicto íntimo*, EL PERIÓDICO (6 de Octubre del 2008), contraportada.

SANCHÍS, I.: *Nuestro cuerpo es puro ritmo*, LA VANGUARDIA (12 de Febrero del 2005), La Contra.

<<http://hemeroteca.lavanguardia.es/preview/2005/02/12/pagina-76/336968>>(Consulta 14 de Noviembre de 2009).

Articles d'una publicació periòdica:

McPHERSON, Ana.: “La medicina que no sólo cura”, LA VANGUARDIA (30 de Noviembre del 2009), pp.24-25. Dins l'article: **Entrevista** al psiquiatra Timothy Quill feta per Maite GUTIÉRREZ: “Hay que entender qué quiere el paciente”.

Articles en publicacions de caire científic:

CHOCHINOV, H.M., CANN, J.: Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, vol.8, sup.1: 103-115.

CHOCHINOV, H.M.: Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006;56;84-103.

Articles en publicacions seriadades electròniques:

Vallejo Pareja, Miguel Angel “Mindfulness” (en línea). Papeles del Psicólogo. Vol.27,nº2 (Julio 2006). <<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1340>> (Consulta: 20 de Octubre de 2009).

Aparicio Sanz, Luis. “Qué es el mindfulness?” (en línea). Diario Médico.com. 7 de Marzo de2009.

<http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2009/03/07/%c2%BFque_es_el_mindfulness/

> (Consulta: 20 de Octubre de 2009).

Webgrafia:

- <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10-1371%2Fjournal.pone.0001897>>
- <<http://www.pnas.org/cgi/reprint/101/46/16369.pdf>>
- <http://www.e-digitalis.com/pdf/Digitalis_n21_OndasCerebrales.pdf >
- <<http://hemeroteca.lavanguardia.es/preview/2005/02/12/pagina-76/336968>>
- <<http://www.psicothema.com/pdf/679.pdf>>
- <<http://www.secpal.com/index.php>>
- <<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/healthprofessional/>>
- <<https://www.todocancer.com/ESP/> >
- <<http://www.muertedigna.org/textos/euta285.htm>>
- <http://www.npcrc.org/about/about_show.htm?doc_id=437095>
- <<http://www.nationalconsensusproject.org/guidelines>>
- <[http://es.wikipedia.org/wiki/Elisabeth Kübler-Ross](http://es.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_K%C3%BCbler-Ross)>
- <<http://www.dzogchenbeara.org>>
- <<http://www.spcare.org>>
- <<http://www.nationalconsensusproject.org>>
- <<http://www.asociacionpotala.iespana.es>>
- <<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1340>>
- <[http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2009/03/07/%c2%BFque es el mindfulness/](http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2009/03/07/%c2%BFque_es_el_mindfulness/)>
- <[http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen Levine \(author\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Levine_(author)) >

NOTES PER CAPÍTOLS:

2. Evidències en la repercussió de la meditació en la resposta psicològica i neurofisiològica humana.

1. LUTZ,A., BREFCZYNSKI-LEWIS,J., JOHNSTONE,T., DAVIDSON,R.J., *Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise*. Australia: PLoS ONE 3(3):e1897, 2007 doi:10.1371/journal.pone.0001897, 2008.

LUTZ, A., GREISCHAR, L.L., RAWLINGS, N.B., RICARD, M., DAVIDSON, R.J., *Meditación, compasión y ondas cerebrales*. USA: Proc Natl Acad Sci USA 101, 16369-16373, 2004. En castellà: Digitalis, n°21 Maig 2008.

2. BÁREZ, M., BLASCO, T., FERNÁNDEZ CASTRO, J. *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia. Múrcia: Anales de Psicología, vol.19, nº2 (deseembre), 235-246, 2003.

BLASCO,T., INGLÉS, N. *Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia*. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia. Anuario de Psicología, nº72, 81-90. 1997.

3. Matthieu Ricard. Es tracta de un dels intèrprets del Dalai Lama, monjo budista occidental, amb una experiència en meditació al Nepal de 35 anys. La seva és una història curiosa doncs és un científic que va deixar la seva carrera com a investigador en genètica molecular per convertir-se al budisme. Torna per col·laborar en aquests estudis de investigació.

4. SANCHÍS, I.: *Nuestro cuerpo es puro ritmo*, LA VANGUARDIA (12 de Febrer del 2005), La Contra, pg.76.

5. PANDIERNA,C., FERNÁNDEZ,C., GONZÁLEZ,A. *Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFex*. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Psicothema, vol. 14, Nº1, pp.1-8. 2002.

6. Treballs de Folkman y Greer, 2000, Shapiro *et al.* 1996 i Taylor y Armor, 1996 (Blasco i cols ,2003 pg.242).

7. Entrevistes a la Dra. Eva Juan, psicooncòloga del Hospital de Sant Pau a Barcelona:

GALLARDO, A.: *El cáncer es el síntoma de un conflicto íntimo*, EL PERIÓDICO (6 de Octubre del 2008), contraportada.

AMELA, V.M.: *Si visualizas tu curación, la impulsas*, LA VANGUARDIA (14 de Juliol del 2005), La Contra.

3. Necessitats espirituals al final de la vida- I. Situació de terminalitat i Cures

Pal·liatives. Concepte de mort digne.

1. Cicely Saunders (1918-2005): Fundadora del moviment Hospice al 1967, d'atenció i cura dels malalts moribunds al Regne Unit, ara presents a més de 95 països. Va demostrar que era possible morir en pau i sense grans dolors i seva és la teoria del "dolor total",que inclou elements socials, emocionals i espirituals.

(<<http://www.muertedigna.org/textos/euta285.htm>>)

2. H.M.Chochinov: Professor en Psiquiatria especialitzat en Cures Pal·liatives, Director de la Manitoba Palliative Care Research Unit, CancerCare Manitoba. Àmpliament reconegut pels

seus treballs sobre les diferents dimensions de la psiquiatria en el malalt pal·liatiu com la depressió, el desig de morir i viure amb dignitat al final de la vida. Va recolzar amb els seus treballs un comitè especial al senat canadenc sobre Eutanàsia i suïcidi assistit el Octubre de 1994 i el Febrer del 2000.

(<http://www.npcrc.org/about/about_show.htm?doc_id=437095>)

3. National Consensus Project: Es tracta d'una proposta conjunta de diferents entitats del món sanitari -American Academy of Hospice and Palliative Medicine; Center to Advance Palliative Care; Hospice and Palliative Nurses Association; Last Acts Partnership i National Hospice and Palliative Care Organization- , amb l'objectiu de promoure una atenció en CP de alta qualitat, que dugui al desenvolupament dels serveis que ja existeixen i dels nous que es facin necessaris.

4. **Article:** McPHERSON, Ana.: *La medicina que no sólo cura*, LA VANGUARDIA (30 de Novembre del 2009), pp.24-25. Dins l'article: **Entrevista** al psiquiatra Timothy Quill feta per Maite GUTIÉRREZ: *Hay que entender qué quiere el paciente*.

5. HERMANN, C.P.: Spiritual needs of dying patients:A qualitative study. *Oncol Nurse Forum* 2001; 28:67-72. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pg. 106.

6. BERGMAN, L.: Defining spirituality:Multiple uses and murky meanings of fan incredibly popular term. *J.Pastor Care Counsel* 2004;58:157-167. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pg. 107.

7. BREITBART, W, ROSENFELD, B., PESSIN, H., et al: Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284: 2907-2911. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pg. 107.

8. McCLAIN, C.S., ROSENFELD, B., BREITBART, W.:Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally- ill patients. *Lancet* 2003; 361: 1603-1607. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pp. 107-108.

9. KEARNEY,M., MOUNT, B.: Spiritual care of the dying patient. In: Chochinov, HM., Breitbart, W. (eds): *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. New York: Oxford

University Press, 2000, pp.357-373. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pp.107-108-109-110.

10. CHOCHINOV, H.M., HACK, T., HASSARD, T., KRISTJANSON, L., McCLEMENT, S., HARLOS, M.: Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care.

J.PalliatCare 2004; 20:134-142. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pg.109.

11. CHOCHINOV, H.M. Dignity conserving care: a new model for palliative care. JAMA 2002; 287: 2253-2260. In: Chochinov, H.M.: *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care*. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006, pg.92.

12. KISSANE, D., CLARKE, D.M., STREET, A.F.: Demoralization syndrome –a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. J. Palliat Care 2001; 17:12-21. In: Chochinov, H.M., Cann, J.: *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. Manitoba, Canada: J. Palliat Care 2005, pg. 110. In: Chochinov, HM.: *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care*. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006, pp.90-91.

13. CHOCHINOV, H.M.: *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care*. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006, pp.90-92.

14. CHOCHINOV, H.M.: *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care*. Atlanta, Georgia: CA Cancer J.Clin ,2006, pp.92-93-94.

4. Necessitats espirituals al final de la vida- II (Curs de voluntariat en l'acompanyament del malalt terminal impartit per la Dra. A. Mejía).

1. ref. Cicely Saunders cap.3, pg.22.

2. MEJÍA, A., Preparación de voluntarios. Manual de curso, 2º Edició, 2008, pg. 9

3. ref. cap.5, pp.34-35.

4. “Reconèixer la veritable felicitat i generar la ment bodhichitta”: es refereix a viure amb intensitat i satisfacció cada moment de la teva vida, sense que la teva felicitat “depengui” de factors exteriors, desenvolupant la teva ment altruista i compassiva (“generar bodhichitta”, ref. cap.6, pp.36-37).

5. MEJÍA, A., Preparación de voluntarios. Op.cit. pp.14-15.

6. Elizabeth Kübler-Ross (Zurich, 8/07/1926 – Scottsdale, Arizona, 24/08/2004): médico psiquiatra que describió diferentes fases del enfermo según va llegando su muerte (modelo Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación).

La seva obra principal és *On Death and Dying*. Nova Cork: Collier, 1970.
(<http://es.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_Kübler-Ross>)

5. La certesa del sofriment i la meditació en la compassió.

1. “La mente y la naturaleza de la mente”, *El libro tibetano de la vida y de la muerte*, pp.72-73. Ressenya nº1, pg.
2. ref. vocabulari “karma” i “El karma” a *El libro tibetano...*, de Sogyal Rimpoche, pp.126-134. Recomanem per acabar la seva comprensió les lectures de les ressenyes.
3. Les quatre nobles veritats: *tradicionalmente se formulan así:” La verdad del sufrimiento, la verdad de la causa del sufrimiento, la verdad de la cesación del sufrimiento, y la verdad del camino que lleva a la cesación del sufrimiento”* (Longaker, C. *Para morir en paz*, pg.117). Recomanem la lectura de la ressenya-2.
5. ref. Ressenya nº1, pg.57 i Vocabulari.
6. ref. Ressenya nº1, pg.57 i Vocabulari.
7. Acumulació de mèrits: Amb aquest concepte s’enten l’acumulació de *karma positiu* a través de les bones accions, tant de fets, paraula com de pensament, evitant el contrari. Els mèrits els pots generar per tu i també per als altres quan dediques la teva *bodhichitta* al benefici dels demás éssers sensibles.
8. “La postura”, *El libro tibetano de la vida y de la muerte*, pp.95-98.

7. MINDFULNESS i altres adaptacions de les pràctiques de meditació a Occident.

1. En què consisteix el programa PREBAP: ref. “Instituciones ortogonales”, *La pràctica de la atención plena*, pp.348-351.
2. ref. a peu de pg.365, *La práctica de la atención plena*: DAVIDSON, R.J., KABAT-ZINN,J., SCHUMACHER,J., et.al. “Alterations in Brain and Inmune Function Produced by Mindfulness Meditation”, *Psychosomatic Medicine*,65 (2003), pp. 564-570.
3. Ref. Vocabulari.

ANNEXE 1: RESSENYES BIBLIOGRÀFIQUES

SOGYAL RIMPOCHÉ, *El llibre tibetà de la vida i de la mort*, Prólogo del Dalai Lama. Traducció d’en Jorge Luis Mustieles. 2º Edición, Barcelona: Editat per Patrick Gaffney i Andrew Harvey, Edicions Urano, S.A., 1994.

La necessitat d’aquest llibre sorgeix arran de la publicació l’any 1927 del *Llibre dels Morts* (*Bardo Tödrol* en l’original) i la expectació que va suscitar en psicòlegs, científics i filòsofs

occidentals. A diferència del clàssic budista, *El llibre tibetà de la vida i de la mort* és una obra pensada i escrita per a occidentals, s'ha traduït a 29 idiomes i compren tots els principis bàsics del budisme tibetà sàviament combinats amb la investigació moderna sobre la mort, el procés del morir i la naturalesa íntima de les coses, no oblidem el paper tant important que té la preparació a la mort en la cultura tibetana. El llenguatge que emprà l'autor és directe i senzill i gran part del llibre pot ser perfectament llegit per profans en la matèria (al final del llibre però hi ha un capítol de Notes que aclareix conceptes i afegeix comentaris molt adients).

SOGYAL RIMPOCHÉ: Es tracta de un dels grans mestres budistes del S.XX i de la actualitat. Va néixer al Tibet, convuls per la ocupació xinesa que va començar el 1950 fins a la pèrdua de la seva sobirania el 1959, el mateix any que mor el seu gran mestre Jamyang Khyentse Rimpoché. L'any 1971 marxa a Anglaterra on estudia Religió comparada a la Universitat de Cambridge. El 1974 s'inicia en les ensenyances del budisme tibetà, abanderant la obertura d'aquests coneixements a Occident, fins a llavors molt restringits als cercles monàstics. Reclamat com a conferenciant per tot el món, ha donat el nom de Rigpa a una xarxa de centres i persones que segueixen les ensenyances de Buda sota la seva orientació. És conegut per la seva jovialitat, missatge directe i clar i la seva gran capacitat d'observació que el fa connectar molt bé amb la mentalitat occidental. Segons ell mateix diu ha volgut escriure un manual de consulta, una guia, que actuï com a font de inspiració per a tots nosaltres. El pròleg que li dedica Sa Santedat el Dalai Lama beneeix la obra.

El principal objectiu de aquest llibre és engrescar al lector en el coneixement del budisme tibetà, iniciar-lo en la pràctica de la meditació i fer-lo despertar a la compassió envers a un mateix i a tots els éssers sensibles. La primera part del llibre: LA VIDA i LA MUERTE, s'encarreguen d'això. Explica amb detall què es la meditació, quin objectiu té i com s'ha de meditar. La meditació constitueix un entrenament vital pels tibetants, que es preparen per la mort sobretot els últims anys de la seva vida aprenent a desprendre's de tots els aferraments – materials i emocionals-, ja que en el moment de la mort no et cal res. El budisme tibetà ens diu que meditant pots arribar a conèixer la **veritable naturalesa de la ment (Rigpa)**, més enllà del *pensament discursiu* caracteritzat pel bombardeig de pensaments y les *valoracions dualistes* (bo/dolent, m'agrada/no m'agrada, bonic/ lleig...) que inevitablement tots fem. Aquestes valoracions verifiquen una realitat que no existeix com a tal, només és una falsa percepció de realitat: **realitat il.lusòria**. L'entrenament mitjançant la meditació reconduïx la ment des de la dispersió en múltiples pensaments i accions, a la calma del **estat de no**

distracció (el que Sogyal Rimpoché refereix com a “*morar en calma*”). Segons el budisme, la percepció il·lusòria dels fets i d’un jo independent origina **sofriment** perquè res no es pot retenir com a immutable, de fet tot és precari i impermanent (les coses s’acaben, envellim, perdem diners en un negoci, creixen els fills...). El miratge de aquesta percepció il·lusòria et manté en la **ignorància** i t’encadena al cicle de existències (mort i renaixement constants) conegut com a *samsara*.

Alhora, el convenciment de la **impermanència de les coses** et dóna una **esperança**. Com res existeix amb una identitat pròpia sinó que tots els **fenòmens** es presenten com a **interdependents**, te’n adones que res no té ni principi ni final i tot és un. I en essència no morim mai tal i com s’entén en la nostra cultura. Per tant, el controvertit concepte de **vacuitat** (*sunyata*) no és sinònim de no-res sinó de potencial creador, generador de un tot. Entenent aquests conceptes **relativitza el que et passa** i com diu Sogyal Rimpoché a la pg.63 “*neix en tu un humor càlid, una compassió suau i forta i, en conseqüència, més i més generositat envers a tots els éssers i totes les coses*”. Com deia el sant tibetà Milarepa: “*Al veure la vacuitat, teniu compassió*”. Aquesta és la base de la meditació en la compassió i a gran part del llibre l’autor ens convida a treballar aquesta meditació sobretot en l’assistència a moribunds. Els capítols dotze, tretze i catorze es centren en la pràctica *Tonglen* i són inestimables: expliquen com generar compassió al teu interior i treballar amb ella per a tu i pels demés, i com oferir ajut als moribunds i familiars.

L’autor ha volgut ampliar els coneixements que oferia *El llibre dels morts* parlant també de la vida. Vida i mort són dos estats transitoris, impermanents, i és la nostra consciència la que fluctua en un únic *continuum* (principi que explica la successió de **reencarnacions o renaixements** que el budisme reconeix). Els moments de transició o canvi dins aquests estats transitoris de vida i mort són el que es coneix com a **bardos o estats intermedis**, que representen ocasions especials amb el potencial de poder conduir-nos a un **millor renaixement** o fins i tot a la **Il·luminació** (estat de budeïtat més enllà del *samsara*, alliberats de tot sofriment). Aquest convenciment és el que duu a Rimpoché a animar-nos ja en aquest mateix instant (doncs no sabem quan morirem) a exercitar la nostra ment en la meditació. Meditant ens preparem per reconèixer els moments de canvi que suposen els *bardos* i aprofitar les oportunitats que ens donen. Aquestes i altres explicacions més específiques de la pràctica budista s’expliquen a la segona meitat del llibre: MUERTE Y RENACIMIENTO i CONCLUSIÓN.

Què fa diferent *El llibre tibetà de la vida i de la mort* d'altres llibres com per exemple *BUDA*, de B. Gruzalski¹ o l'ABHIDHARMA de Chögyam Trungpa², sobre psicologia budista? Sens dubte, el llenguatge directe i la forma de explicar conceptes complexos de manera lògica i senzilla. Els llibres de Sogyal Rimpoché (un altre exemple és *El futuro del budismo*³, Ed. Urano, 2004) són amens perquè van esquitxats de anècdotes i històries personals o de gent coneguda per ell que el proveeixen de exemples quotidians que il·lustren les seves explicacions. Això obre el ventall de públic a qui poden anar dirigides les ensenyances. A més, Sogyal Rimpoché té el detall de recordar la obra de persones com Elizabeth Kübler-Ross, Stephen Levine⁵, Cicely Saunders... que han destacat per la seva dedicació al altres. Em quedo amb aquestes boniques paraules de Levine que recorda Rimpoché a la pg.247: "*Cuando tu miedo toca el dolor de otro, se convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor de otro, se convierte en compasión*".

Diu Sogyal Rimpoché a les pp.255-256, referent a la Mare Teresa de Calcuta:

"Un personaje moderno que ha dedicado la vida a servir a los enfermos y moribundos, y que irradia esa alegría de dar y recibir, es la madre Teresa. No conozco ninguna declaración sobre la esencia espiritual de Tonglén más inspirada que estas palabras suyas:

Todos anhelamos el cielo donde está Dios, pero tenemos en nuestra mano el estar en el cielo con Él en este mismo instante. Pero ser feliz con Él ahora significa:
amar como Él ama,
ayudar como Él ayuda,
dar como Él da,
servir como Él sirve,
rescatar como Él rescata,
estar con Él las veinticuatro horas,
tocarlo en su angustioso disfraz.

Resumint direm que Sogyal Rimpoché és una persona coneixedora de la nostra cultura, que aprofita aquest bagatge per recordar-nos que el que veritablement importa és l'essència de les ensenyances, sense perdre's en l'anàlisi dels mitjans. La capacitat de identificar-se amb el sofriment dels altres és pròpia de tots els éssers humans, traspasant cultures i ideologies. Tampoc la figura del mestre com a personatge és tant important perquè és humà, pot equivocar-se i no ser perfecte. Aquesta postura de Rimpoché es resum en la explicació que dóna del *Ioga Guru*, una preciosa pràctica de retrobament i identificació del moribund amb el seu mestre, objecte de culte o devoció. Segons aquest mestre tant és que el objecte sigui la imatge de una Verge Maria, el Crist o un Buda, mentre ofereixi consol. La meditació en la compassió permet arribar a persones amb confessions diferents. Això és el que fa especial Sogyal Rimpoché respecte d'altres autors i mestres budistes.

Sogyal Rimpoché també destaca conceptes de la física moderna a les pp. 332 i 333, quan explica la dimensió de llum i energia. Davant les paraules que apareixen a *Dialogues with Scientists and Sages: The Search for Unity*⁶ sobre la perspectiva múltiple de la llum: “*Es energía y es también información; contenido, forma y estructura. Es el potencial de todo*”, podríem pensar que estem davant la percepció de la vacuitat, doncs és en aquesta llum on la ment es desplega en el seu estat més pur durant els *bardos*.

Les reveladores paraules d’Albert Einstein a la pàgina 134 conviden a la reflexió:

Un ser humano es parte de un todo al que llamamos “universo”, una parte limitada en el tiempo y en el espacio. Este ser humano se ve a sí mismo, sus pensamientos y sensaciones, como algo separado del resto, en una especie de ilusión óptica de su conciencia. Esta ilusión es para nosotros como una cárcel que nos limita a nuestros deseos personales y a sen tir afecto por unas pocas personas que nos son más próximas. Nuestra tarea ha de consistir en liberarnos de esta cárcel ampliando nuestros círculos de compasión de modo que abarquen a todos los seres vivos y a toda la naturaleza en su esplendor”.

Apunts bibliogràfics i cites:

1. GRUZALSKI, B., Pacific Center for Sustainable Living. *BUDA*. Traducción de Carmen García Trevijano. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya, S.A.), 2002.
2. CHÖGYAM TRUNGPA, *ABHIDHARMA, Psicología budista*. Traducción de Ricardo Gravel. 2º edición. Barcelona: Editorial Kairós, 1999.
3. SOGYAL RIMPOCHÉ, *El futuro del budismo*. Traducción de Jordi Mustieles. Barcelona: Ediciones Urano, 2004. books4pocket.
4. Stephen Levine (nascut a Nova York el 1937). Escriptor i poeta, seguidor del budisme i fundador del primer hospital de Nova York. És conegut pel seu treball amb la experiència del dolor.
[http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Levine_\(author\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Levine_(author))
5. WEBER, R., *Dialogues with Scientists and Sages: The Search for Unity*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1986, pp. 45-46.

DALAI LAMA, *Las Cuatro Nobles Verdades*. Traducció d’Elvira Heredia. 1º edició de butxaca (col.lecció DeBOLSILLO). Barcelona: Plaza & Janés Editores, S.A., 2002.

Aquest llibre recull un cicle de conferències sobre la ensenyança de les Quatre Nobles Veritats que Sa Santedat el XIV Dalai Lama va oferir el Juliol del 1996 a Londres. Resulta un text imprescindible per completar alguns dels conceptes que han sorgit al treball i que ja s’han tocat en l’anterior ressenya. De fet aquestes són complementàries. Hem pensat que era important comptar amb aquesta aportació per pinzellar l’aspecte formal de la doctrina budista

que ens interessa més en la investigació, i per a aprofundir en aquells punts que potser no han quedat prou entesos fins ara. La aportació del llibre de Bart Gruzalski, *Buda* (Edit. Tecnos,2002) per aconseguir algunes dades i el Vocabulari del final són altres complements emprats per seguir l'estudi.

Apunts biogràfics de l'autor¹: Sa Santedat el XIV dalai-lama Tenzin Gyatso és líder polític i cap espiritual del poble tibetà. Nascut el 6 de Juliol de 1935 en un petit poble del nord est del Tíbet, va ser reconegut als deu anys com la reencarnació del XIII dalai lama i com una reencarnació d'Avalokiteshavara, el buda de la compassió. Proclamat sobirà del Tíbet a Lhasa el 1940, va acceptar marxar de allà traslladant-se a Dharamsala (Índia) després que la Xina ocupés el seu país. Des de llavors, no ha deixat de lluitar en favor d'una solució negociada de la qüestió tibetana. Al 1989 se li concedeix el premi Nobel de la Pau per la seva lluita no violenta a favor dels drets humans al Tíbet.

A diferència del *Libro tibetano de la vida y de la muerte*, aquest llibre va dirigit a persones occidentals amb un interès definit pel budisme i la seva pràctica; no és un text pensat pel gran públic. S'ha desproveït al màxim això sí, de la simbologia i iconografia budistes que ens poden resultar culturalment molt llunyanes. Té com a objectiu exposar de manera simplificada els principis bàsics del budisme, explicant i analitzant de forma lògica les anomenades **Quatre Nobles Veritats**, una teoria que forma part del cor de les ensenyances budistes. Aquesta teoria contempla: *la veritat del sofriment, la veritat del origen del sofriment, la veritat de la cessació del sofriment (possibilitats d'eradicar-lo), i la veritat del camí cap a l'alliberació del sofriment.*

El llibre s'estructura en una part introductòria que explica les bases del budisme, un capítol que analitza cadascuna de les nobles veritats, acabant amb uns consells generals per seguir el camí del budisme i un apèndix que parla de la compassió com a base de la felicitat humana. Al final dels capítols específics s'afegeixen algunes preguntes que el públic fa al Dalai Lama durant les conferències de Londres.

El Buda històric² va basar les seves ensenyances en la experimentació, rebutjant tot raonament i teorització especulativa i no va crear cap teoria sobre un deu creador personal; la seva insistència era la **autorrealització directa del individu** (B.GRUZALSKI, *Buda*, pg.20). Les ensenyances budistes es divideixen en *Vinaya* o còdig de disciplina, *Sutres* o discursos de Buda (ensenyances pròpiament dites), i *Abhidharma* o comentaris i literatura filosòfica o de psicologia budista, la anomenada *Triple Cistella o Tripitaka (en sànscrit)*. És dins el *sutra*

també anomenat *Dharma*³ que emmarquem la teoria de les Quatre Nobles Veritats. Aquesta teoria parteix del reconeixement de l'existència del sofriment, que com sabem va lligat a les lleis kàrmiques de causa i efecte i successius renaixements i a la falsa creença del jo. De fet la **ignorància** junt amb les **emocions i pensaments aflictius** són causa directe de la nostra **existència no-il·luminada** que ens manté en *samsara*. El budisme ofereix un camí cap a l'alliberació del sofriment a través de l'anàlisi d'aquest sofriment i les seves causes (primera i segona Noble Veritat). Però per poder alliberar-nos del sofriment i adquirir l'*estat de Buda o il·luminació* (tercera i quarta Noble Veritat) hem de assolir un compromís de treball amb nosaltres mateixos: **reconèixer la naturalesa interdependent de la realitat, assumir el principi de no-violència envers a tots els éssers sensibles i prendre refugi en les Tres Joies**. Les Tres Joies del budisme on el practicant aboca la seva motivació són: el **Buda**, aquesta vegada entès com a ésser conscient, "despert" i alliberat que serveix de inspiració a la pràctica, el **Dharma** o ensenyances pròpiament dites i la comunitat de practicants o **Shanga**. El refugi implica respectar aquestes Tres Joies i el compromís d'ajudar sempre al pròxim (*generar bodhichitta*) i això ha de prevalèixer durant tot el camí que inicia el practicant.

Diu Shantideva (*Las Cuatro Nobles Verdades*, pg. 107):

*En tanto exista el espacio
y los seres sensibles perduren
también debo yo seguir
disipando la miseria del mundo.*

L'objectiu és ser feliços i superar el sofriment però cal pensar també en ajudar als altres durant el camí. Aquest últim punt crea una important diferència entre les escoles de budisme: el **budisme Theravada**, també anomenat Hinayana (*vehicle petit*) posa el accent en la il·luminació del individu i el **budisme Mahayana** (i el Vajrayana o tibetà, que deriva de aquest), també anomenat *vehicle gran*, no concep aquest fet sense el compromís amb la resta dels éssers sensibles. Al "Camino del mahayana", a les pp.101-104 el Dalai Lama parla de la compassió com el camí per a poder generar bodhichitta, el pensament de cor altruista que ja ha sortit en diferents punts del treball: "*Para un practicante altruista es importante reconocer que la liberación personal no es suficiente. Esta actitud no sólo es individualista sino que, desde el punto de vista del propio camino hacia la perfección, no es un estado pleno de consciencia*" (...) "*Sin embargo, la compasión en sí misma no emergerá salvo que hayamos profundizado en la naturaleza del sufrimiento, tanto el nuestro como el de los demás*". El Dalai Lama analitza les Quatre Nobles Veritats amb l'objectiu de demostrar que la naturalesa interdependent dels fenòmens, el seu caràcter transitori i canviant, i la

percepció il·lusòria de la realitat i dels fets no deixen dubte sobre la seva inexistència com a tal. Així doncs si res no té identitat pròpia és clar que el sofriment és una mera projecció del jo i per tant és possible la seva eradicació. Al llarg del llibre el autor elabora diferents arguments per demostrar que la cessació del sofriment és possible i ho fa recolzant-se en la **teoria de l'anatman o no-jo**, que debat la existència intrínseca o no dels fenòmens. Lligat a aquesta teoria, el budisme comprèn diferents sistemes filosòfics que el autor explica, mostrant-se crític amb les postures extremes properes al eternalisme i al nihilisme⁴.

A *Las Cuatro Nobles Verdades*, pg.88 diu: “...todo cuanto es originado dependientemente está, en última instancia, vacío”. És a dir, buits d'essència i identitat pròpies (que seria la postura dels eternalistes o realistes). Però ahora: “El hecho de que los objetos y acontecimientos sean designados dependientemente no implica su inexistencia, sino que son algo más que la mera nada” És a dir, refusa el concepte nihilista de la negació absoluta dels fenòmens. El Dalai Lama aposta doncs per una **interpretació moderada (escola Madhyamaka-prasangika)**⁵: accepta la existència dels fenòmens però lligada al seu caràcter dependent i condicionat, no amb una identitat pròpia i reals en sí mateixos. I és per això que diu que els fenòmens són buits. La existència segons aquest *camí del mig* està condicionada a les lleis de causa i efecte i això és el que conté el veritable significat de la **vacuitat o shunyata**, que no s'ha de interpretar com a quelcom buit, sinó com un espai en el que el Univers es troba en una dinàmica constant de integració i desintegració de la que no ens mantenim al marge. Pensem que un cop transcendits els fets condicionats com els pensaments, sensacions, sentiments...ens retrobem amb la **consciència mental**, que en últim terme no és propietat de ningú, i que no està subjecte a la llei causal. Ella mateixa manté la seva continuïtat, no té principi ni final. Es troba en un *continuum* al que només podem accedir en el moment present a través de la meditació. I és en aquest instant present de atenció plena (que ens ofereix la meditació en calma mental o el *mindfulness*, per exemple), que podem arribar a intuir la seva lluminositat en la vacuitat.

Conclusions i valoració personal. Al final del llibre el Dalai Lama recorda que el camí cap a l'alliberació és possible però cal treballar molt ja que hem de passar de la comprensió intel·lectual a la intuïtiva i experimental. S'ha de cultivar una actitud mental de vint-i-quatre hores, no unes estones al dia o a la setmana quan “anem a meditar”. La seva explicació sobre el karma i com funcionen les lleis kàrmiques ens recorden la existència plena de sofriment que vivim. Si volem desactivar aquests condicionaments kàrmics hem de reeducar la ment, *reprogramar patrons d'actuació*, com dèiem al capítol 7 el present treball. Enfrontar-nos amb

nosaltres mateixos i les nostres mancances és molt difícil, però recordarem una escena del film *El petit Buda*, de M. Scorsese: Meditant sota un arbre, Buda es manté immutable davant les seves pròpies projeccions mentals, que el volen allunyar del camí escollit. S'illumina en el mateix instant en que mirant cara a cara el seu propi jo comprèn que és un miratge i no existeix. Per tant, el destructor de la nostra felicitat està sempre en nosaltres mateixos i també dins nostre tenim la clau per alliberar-nos de aquesta situació. Tots tenim dins nostre les qualitats potencials d'un Buda.

Aquest format de butxaca –format que també comparteix el llibre de B.Gruzalski- facilita el treball de lectura i anàlisi del text però no pot confondre respecte al rigor i profunditat dels conceptes que tracta. És un recull de les ensenyances sobre les Quatre Nobles Veritats ple de anotacions a peu de pàgina, que faciliten la comprensió, i al·lusions a grans mestres del passat com Nagarjuna⁶, Shantideva⁷, Chandrakirti⁸ o Asanga⁹ i obres clàssiques relacionades amb ells. Ens hem pres la llibertat de centrar la exposició de continguts en aquells punts que més interessin pel treball sense fugir de context. Un treball sobre el poder de la compassió dins l'àmbit budista precisava de aquesta mínima encara que densa teoria. El apèndix del final del llibre tracta de la compassió i la seva lectura és inestimable. Ha servit per a il·lustrar d'exemples el treball de recerca en diferents punts i per això insistim en la importància de les lectures d'aquestes ressenyes per a seguir la dissertació del treball.

No és un llibre que recomanaríem a un principiant, reconeixem que el Dalai Lama no posseeix la didàctica de Sogyal Rimpoché però valorem molt positivament la visió àmplia i majorment equànime de les seves explicacions i la seva capacitat crítica envers als diferents punts de vista sobre determinats aspectes del budisme.

Cites bibliogràfiques:

1. PONS-FÖLMI, D., FÖLMI, O., *Ofrendas, 365 pensamientos de Maestros Budistas*. Traducció de Carlos Vitale. Barcelona-Madrid: Lunwerg Editores, 2003.
2. Buda va viure uns vuitanta anys. No es posen d'acord, però segons erudits occidentals va viure des de el 563 al 483 aC, mentre que pels asiàtics ho va fer del 623 o 624 al 543 o 544 aC.
3. El dharma entès així conté la doctrina elemental del budisme i representa una col·lecció de diàlegs i discursos del budisme clàssic, Mahayana, datats dels segles II-VI. (*Las cuatro nobles verdades*, N. de la T., pg.14).

4. Escoles de filosofia Shrivakayana: reconeixen una substancialitat real dels fenòmens i una ànima existent (atman) en cadascun de nosaltres (eternalisme). Escola Chittamatra: considera que la ignorància creu en la realitat de un món físic (no en la realitat substancial i eternitat del ànima) i donat que la ignorància és la creença errònia en la dualitat ment i matèria, nega aquesta creença (corrent nihilista).
5. Escola Madhyamaka- prasangika: no nega els fenòmens sinó la seva existència intrínseca i la identitat independent de les coses i els aconteixements i es reivindica que aquest és el veritable significat de la vacuitat.
6. Filòsof budista del sud d'Índia, que va viure a finals del S.I i mitjans del II. Va formular la teoria del camí del mig de Shunyata i fundar la escola Madhyamaka.
7. Gran mestre i poeta indi del segle VII (*Las Cuatro Nobles Verdades*, pg.103).
8. Mestre budista dels segles III i IV, màxim representant de la escola *Prasangika-Madhyamaka* (*Las Cuatro Nobles Verdades*, pg.24).
9. Gran mestre indi del segle IV, defensor de la escola *Chittamatra* (*Las Cuatro Nobles Verdades*, pg.44).

ANNEXE 2: VOCABULARI

Anàlisis empíric: Basat en la experiència, no en una teoria estàtica; a través de un mètode inductiu obtenim una determinada resposta.

Esperança de vida: Duració mitja de la vida per a una població determinada (terminologia demogràfica).

Bardo: Paraula tibetana que significa “transició” i que compren un temps indeterminat en el que la nostra consciència està suspesa entre dos estats reals d'existència. Aquests estats existeixen tant durant la vida – en moments molt especials-, en el procés de morir i posteriorment a la mort i esdevenen períodes en que la possibilitat de despertar (il.luminar-te) està especialment present.

Biofeedback: Teràpia comportamental destinada a establir un autocontrol sobre un cert nombre de funcions fisiològiques que depenen del sistema nerviós vegetatiu. Aquest sistema nerviós controla de forma automàtica múltiples funcions del nostre cos: en el exemple del cos del treball, el responsable de la sudoració, augment de la freqüència respiratòria i cardiovascular, la sequedat de boca, etc. en relació a una crisi d'angoixa. Però aquesta

reacció sempre és temporal perquè el nostre organisme no pot mantenir aquesta despesa de energia molt de temps. Els mecanismes d'autoregulació –automàtics- del nostre cos arriba un moment que actuen. Es tracta simplement de deixar que ho facin (retroacció negativa o de extinció). Si intervenim abans de hora *evitant* la causa de la angoixa retroalimentem en positiu aquesta resposta cara a una altra ocasió.

Bodhichitta: Ref. “Generar compassió”, cap.6, pg.35.

Bodhisattva: Ésser amb el únic desig de beneficiar a tots els éssers conscients i que, per tant, dedica tota la seva vida, el seu treball i la seva pràctica espiritual a arribar a la Il·luminació amb el objectiu de oferir la major ajuda possible als demés.

Buda: Aquesta paraula no només fa referència al personatge històric Siddattha Gotama, sinó que el terme moltes vegades s'utilitza per referenciar un estat de realització espiritual o nivells de consciència elevats. Un buda és un ser despert, totalment il·luminat, que ha descobert i comprès el Dharma.

Chakra: En aquest context es refereix a cadascun dels set centres psíquics del “cos subtil” en la tradició índia i els cinc corresponents a la tradició tibetana.

Dharma: És una paraula amb molts significats. Segons Sogyal Rimpoche: “ S'utilitza moltes vegades per designar la ensenyança budista en el seu conjunt. (...) Dharma pot significar Veritat o realitat última; I, per altre banda, la paraula dharma (*en minúscula*) designa també qualsevol fenòmen u objecte mental”. A “Notas”, *El libro tibetano...*pg.478.

Dolor intractable (o refractari): Que no respon als tractaments habituals. Referent a la malaltia terminal sol determinar el moment de la aplicació de derivats mòrfics, molt efectius però que afecten el nivell de consciència i determinen normalment una situació irreversible del procés.

Empatia: Estat mental en que un mateix s'identifica o sent en el mateix estat de ànim que un altre grup o persona.

Eutanàsia (eu: bé, thanatos:mort): Conjunt de mètodes que produeixen una mort sense sofriment, per escurçar el turment de la agonia o de una malaltia molt dolorosa i irreversible.

Funcions cognitives: Relatives a la cognició, fa referència a activitats cerebrals superiors que inclouen percepció, atenció, memòria, llenguatge I processos intel·lectuals.

Gerontologia: Ciència que s'ocupa dels problemes biològics, psicològics, socials I econòmics plantejats per les persones grans.

Holístic/a (holisme): Doctrina filosòfica que afirma que per a la comprensió de les totalitats complexes s'han de considerar primàriament com un tot i només secundàriament analitzar aïlladament els components de la totalitat.

Il·luminació: Des del punt de vista budista estat de alliberació de tot sofriment, desfets els lligams amb les lleis de causa-efecte i per tant quedant al marge del seguit de reencarnacions vinculades a les nostres accions. És sinònim a estat de Buda.

Karma (la llei natural de causa i efecte): “La palabra karma significa literalmente “acción, acto”, y designa tanto el poder latente que hay en las acciones como las consecuencias que se derivan de nuestros actos”, pg.127 “El libro tibetano de la vida y de la muerte”. Acumular bon karma significa reunir una sèrie de condicions afavoridores (mèrits) a través dels nostres actes i pensaments positius per obtenir unes millors condicions de vida present i futura (un bon renaixement).

Mahayana: Anomenat gran (*maha*) vehicle (*yana*), aquesta branca del budisme es recolza en la mateixa base que les altres escoles però insistint en la possible il·luminació de tots els éssers sensibles, la compassió desinteressada i la absència de una naturalesa permanent i substancial dels fenòmens.

Malalt oncològic: persona afectada de una malaltia cancerosa o neoproliferativa.

Nirvana: Estat més enllà del sofriment, és el coneixement de la veritat última o budeïtat (quan t'illumines la teva consciència adquireix aquest estat).

Powa (la transferència de la consciència): Pràctica tibetana de ioga i meditació que et prepara per la mort i t'ajuda a morir. És la més utilitzada en el context tradicional a la cultura dels Himàlaia. Simplificant es tracta de projectar la consciència en el moment de morir, fusionant-la amb la ment de saviduria de Buda (a l'espai de la Rigpa no nascuda). *El llibre tibetà de la vida i de la mort*, pp.282-284.

Pronòstic vital: temps estimatiu de vida que els especialistes preveuen per a una persona en funció del tipus de malaltia que pateix, el seu estat general i malalties associades que presenti (antecedents patològics).

Psicooncologia: Disciplina dins la Psicologia que ofereix suport i orienta als malalts de càncer quan s'enfronten a les teràpies de tractament i les acaben i han de reiniciar la seva vida després de la malaltia.

Quimioteràpia: En el context que ens ocupa es tracta de un dels tractaments de les malalties canceroses i d'altres, mitjançant substàncies químiques citotòxiques i/o immunomoduladores, amb el objectiu de destruir les cèl·lules malignes i regular la disfunció immunològica que afavoreix la malaltia.

Rigpa: També es coneix com la “naturalesa de la ment” i constitueix la percepció pura, íntima i essencial de aquesta ment. A diferència està la ment ordinària o *sem*, que és la que habitualment identifiquem i que ens distreu amb pensaments dualistes i confusos, meres projeccions il·lusòries.

Rimpoche: Terme de respecte que significa “Preciós” i que al Tibet es concedeix als mestres més reverenciats.

Samsara: Cicle incontrolat de naixement i mort on els éssers conscients, empentats per actes poc hàbils i les emocions destructives, perpetuen repetidament el seu sofriment.

Shanga: Conjunt d'individus compromesos en seguir el camí del Dharma. Comunitat de practicants budistes.

Shunyata (vacuitat): Ref. “La certesa del sofriment”, cap.5, pp.32-33, Ressenya n°1, pg.54, Ressenya n°2, pg.59 .

Síntoma: Fenòmen subjectiu que tradueix estats patològics i està relacionat amb trastorns funcionals o lesionals que aquests determinen; és a dir, són avisos de que alguna cosa està passant. Per exemple, mal de cap o nàusees.

Sinapsis neuronal: Espai a través del qual s'efectua la comunicació i intercanvi de substàncies neurotransmisores entre dues neurones o cèl·lules nervioses.

Síndrome: Conjunt de símptomes i senyals que caracteritzen la aparició d'una malaltia.


Sutres: Aquelles escriptures que contenen les ensenyances originals de Buda; freqüentment adopten la forma de diàleg entre Buda i els seus deixebles on s'explica un tema determinat.


ANNEXE 3: Qüestionaris, tríptics, documents annexes...


A) Tríptic corresponent al curs de formació de voluntaris per a l'acompanyament del malalt terminal i les seves famílies, a càrrec de la Dra. Alexandra Mejía, amb el suport de la Generalitat de Catalunya, organitzat per la Coordinadora Catalana d'Entitats Budistes.

**Formació de voluntaris
per a l'acompanyament
i ajuda a malalts terminals
i les famílies**

Dra. Alexandra Mejía
Asociación Potala Hospice
Especialista en Medicina interna
i Màster en cures paliatives



Organitza:  CCCEB
Coordinadora Catalana
d'Entitats Budistes

amb l'ajuda de:  Departament
de Salut i Serveis Socials

Objectius:

Donar una preparació bàsica a persones que desitgen treballar com a voluntaris en l'acompanyament i ajuda a malalts terminals i a les seves famílies.

Temari i continguts:

- 1) La mort. Ressenya històrica i aspectes socioculturals.
- 2) El voluntari: Formació i seguiment. Supervisió. A l'hospital al domicili. Comportament del voluntari.
- 3) Reaccions psicològiques del malalt.
- 4) Necessitats espirituals al final de la vida.
- 5) La mort en algunes tradicions religioses.
- 6) La comunicació en la relació d'ajuda: La competència en relació d'ajuda. Habilitats i tècniques de comunicació. Funcions, objectius, variables i obstacles de la comunicació. Exercicis pràctics. Preguntes comunes i situacions difícils.
- 7) Nocions de Medicina Paliativa: Introducció. Drets del malalt terminal. Control de símptomes. Símptomes freqüents.
- 8) Els últims dies: Atenció en l'agonia.
- 9) Dol. Conviure amb el dolor.

Durada:

21 hores distribuïdes en dos cicles de setmana.

Dates:

17 i 18 octubre / 24 i 25 octubre de 2009.

Horaris:

Dissabte: de 10.30 a 14 i de 16 a 19.30.
Diumenge: de 10.30 a 14.

Lloc:

Sala d'actes de Centre Cívic Sant Martí de Provençals
c/Solva de Mar, 215 (Sant Martí)
Metro Línia 2: Bac de Roda/Sant Martí.
Tram T5: Sant Martí de Provençals/Espronceda.

Matrícula: 20 € com a dret d'inscripció i materials.
No cobreix les despeses del curs, organitzat sense ànim de lucre per a CCCEB i subvencionat per la Generalitat de Catalunya (Departament de Vicepresidència).

Informació i inscripció: www.ccebudistes.org
info@ccebudistes.org
Tel.: 620 150 388
(Nivell: De 19 a 21 h)

B) Tríptic corresponent a l'Associació Rigpa que presenta els seus diferents projectes, entre ells el centre de retirs Dzogchen Beara, del que depen el centre de cures espirituals Dechen Shying, a Irlanda. També aprofitem el tríptic per fer una presentació de Sogyal Rimpoché,

fundador i inspiració d'aquests programes que incorporen les ensenyances budistes a la nostra societat.

<h3>Rigpa</h3> <p>Rigpa es una red de centros y grupos budistas fundada por Sogyal Rimpoché.</p> <p>Su objetivo es presentar la tradición budista del Tíbet de una forma completamente auténtica y lo más relevante posible para las vidas y las necesidades de los hombres y mujeres de hoy.</p> <p>Abierta a todas las escuelas y tradiciones de sabiduría budista, y con las instrucciones y el amparo de Su Santidad el Dalai Lama, Rigpa ofrece a aquellos que siguen las enseñanzas budistas un camino completo de estudio y práctica junto con el entorno que necesitan para experimentar las enseñanzas de forma completa.</p> <p>A su vez Rigpa busca explorar cómo la sabiduría y la compasión de las enseñanzas budistas pueden ser aplicadas en muchas áreas diferentes de la vida moderna. Hoy Rigpa tiene más de ciento treinta centros y grupos en cuarenta y un países alrededor del mundo.</p>	 <p>Lerab Ling www.lerabling.org</p>  <p>Lerab Ling es uno de los centros más destacados de cultura y aprendizaje budista tibetano en Europa. Desde que se abrió en 1992 ha sido bendecido por las visitas de algunos de los más grandes maestros de nuestro tiempo. En el 2008 Su Santidad el Dalai Lama guió la inauguración oficial del templo en Lerab Ling que fue construido para ayudar a preservar las tradiciones, el arte y la cultura única del budismo tibetano y para servir como hogar de las enseñanzas de Buda.</p>
<h3>Sogyal Rimpoché</h3>  <p>Destacado maestro budista tibetano, Sogyal Rimpoché también es autor del clásico espiritual: <i>El libro tibetano de la vida y de la muerte</i></p> <p>Nacido en Kham, en el este del Tíbet, Sogyal Rimpoché fue reconocido desde muy joven como la reencarnación de Tertón Sogyal Lerab Lingpa (1856-1926), un gran maestro y santo visionario del siglo XIX, y maestro del décimo tercer Dalai Lama. Rimpoché recibió el entrenamiento tradicional de lama tibetano bajo la supervisión de Jamyang Khyentse Chökyi Lodrö, uno de los maestros espirituales más destacados del siglo XX, quien le educó como a su propio hijo.</p> <p>Continuó sus estudios con muchos otros grandes maestros de todas las escuelas del budismo tibetano, especialmente Kyabje Dudjom Rimpoché y Kyabje Dilgo Khyentse Rimpoché. En 1971 Rimpoché fue a Inglaterra donde estudió Religión Comparada en la Universidad de Cambridge.</p> <p>Sogyal Rimpoché tiene la cualidad especial de presentar la esencia del corazón, el espíritu y el sabor del budismo tibetano de una forma tanto auténtica como profundamente relevante para la mente moderna.</p> <p>Ha estado enseñando durante más de treinta años y continúa viajando ampliamente por Europa, Estados Unidos, Australia y Asia, dirigiéndose a miles de personas en sus retiros y giras de enseñanzas.</p>	 <p>Dzogchen Beara www.dzogchenbeara.org</p> <p>Dzogchen Beara es un centro de retiros en el suroeste de Irlanda. El centro está abierto a personas de todos los ámbitos de la vida, de cualquier fe o sin fe alguna, y ofrece un entorno de descanso y reflexión.</p>
 <p>Programa de educación en cuidado espiritual y el centro de cuidado espiritual Dechen Shying www.spcare.org</p> <p>Establecido en 1993 bajo las instrucciones de Sogyal Rimpoché, el programa de educación en cuidado espiritual da un marco para que cuidadores puedan explorar la dimensión espiritual del vivir y el morir, poniendo énfasis en los principios espirituales universales.</p> <p>El nuevo centro de cuidado espiritual Dechen Shying en Irlanda ha surgido como fruto del trabajo de este programa y sirve como un modelo para ofrecer cuidado espiritual. Dechen Shying es un lugar en el que personas que están en el proceso de morir, que están afligidas o seriamente enfermas pueden venir a buscar apoyo y descanso.</p>	 <p>El Instituto Tenzin Gyatso www.tenzingyatsoinstitute.org</p> <p>El Instituto Tenzin Gyatso, nombrado en honor al Dalai Lama, tiene como objetivo avanzar, explorar y poner en acción los valores y los principios con los que Su Santidad se ha comprometido tan íntimamente. Fundado en los Estados Unidos por Sogyal Rimpoché, este instituto tiene como objetivo ser de servicio a la visión del Dalai Lama; educando e inspirando a nuevas generaciones de estudiosos y líderes en la comunidad tibetana, ayudando a las familias del Tíbet y de la zona de las Himalayas que viven en Norte América a reforzar su conexión con su cultura y religión, y ayudando a introducir las enseñanzas budistas sobre el entrenamiento de la mente en la compasión (o <i>lojong</i> en tibetano) en la sociedad.</p>

C) Solicitud de col.laboració al Centre Dechen Shying dependient de Rigpa Internacional a Cork (Irlanda). Original i traducció.

Barcelona, 27 Octubre del 2009

AAat. Sra. Cecile Gassler,

Me llamo Mónica Oliveras y trabajo como médico en Barcelona. Gracias a la Sra. Lhuillier y a Mireia Petrus de Rigpa Barcelona, me dirijo a ustedes para solicitar su colaboración en un trabajo de investigación que estoy realizando como finalización de un Máster en Cultura y Sociedad de los países del Asia Oriental a través de la UOC (Universitat Oberta de Catalunya).

Este trabajo basa su hipótesis en el papel modulador que la meditación en la compasión llamada *Tonglen* tiene en la respuesta adaptativa a la enfermedad, y en concreto los beneficios que puede reportar en la sintomatología del paciente grave o en situación de terminalidad. Para ello, debido a mi interés por el budismo y mi devoción personal hacia la persona y obra de Sogyal Rinpoché, me he atrevido a proponer a la universidad el caso de Dechen Shying como el único en Europa que puede proporcionar una muestra (aunque sea pequeña) de personas enfermas que reúnan los requisitos del estudio.

Adjunto dos cuestionarios de recogida de datos, uno para el centro y otro que debería rellenar cada uno de los pacientes. También les envió la Escala Edmonton de valoración de síntomas, que se podría pasar dos veces en semana siempre en los mismos días a los pacientes, es muy sencilla como puede ver. A mediados de Diciembre debo tener todos los resultados para entrar en una fase de valoración y conclusiones. El trabajo es modesto, no propiamente de investigación por falta de tiempo y medios, pero abre la puerta a futuros planteamientos que sí pueden ser recogidos en un ámbito más profesional. Cabe la posibilidad de no medir con la Escala de Edmonton y de momento trabajar solamente con los datos obtenidos en los cuestionarios.

Está de más decir que estos datos solo tendrán un uso dentro del entorno universitario. En caso de su aprobación y colaboración será un placer remitir posteriormente una copia del trabajo a Dzogchen Beara y Dechen Shying.

Espero su respuesta encarecidamente, esperando sea afirmativa. Gracias.

October 27th 2009

Dear Mdme Cecil Gassler

I am Monica Oliveras and I work as a doctor in Barcelona. Thanks to the support and advices of Mrs. Lhuillier and to Mireia Petrus of Rigpa Barcelona, I write to ask you for some information. This information is going to be used in an investigation for finishing a Mester in Culture and Society of Oriental Asia in the UOC (Universitat Oberta de Catalunya).

This work is grounded in the hypothesis in the fact that the meditation in compassion called Tonglen, plays a modulador papel, in concrete in the benefits that can be reported in the psintomatology of the grave patient or in an ending life situation.

I have a great interest in Buddhism and a personal devotion to the person and work of Sogyal Rinpoche, that´s the reason I proposed to the University the Dechen Shying to the university as the only centre in Europe which can bring a muestra even small of seek people that fill the requirements of this study.

b) Qüestionari de recollida de dades sobre el funcionament del centre. Original i traducció.

CUESTIONARIO BASE DE DATOS CENTRO TdR . Dra. Mónica Oliveras

Rozas

Datos del Programa de tratamiento:

Nº residentes en el centro:

Pacientes externos: SI / NO

Qué tipo de meditación Tonglen se practica:

Periodicidad Práctica Tonglen: Diaria SI /NO

- Distribución habitual (mañana, tarde) :
- Duración media de las sesiones:
- Participación del acompañante: SI /NO

Otras terapias o meditaciones habituales:

Seguimiento médico dentro del centro: SI /NO

Existe comunicación con los médicos habituales del paciente:

El centro se responsabiliza de la administración del tratamiento farmacológico de los pacientes: SI/NO

Si NO es así, la familia se responsabiliza de administrar la medicación: SI /NO

Durante este estudio, cuantos pacientes han podido disminuir la dosis diaria de analgésicos, antieméticos...(medicación sintomática):

Data Base. Questionnaire TdR Centre

Dr. Monica Oliveras Rozas

Data of the treatment program

1. Total number of residents in the Centre

2. Outer patients? YES / NO

3. What kind of Tonglen meditation is practiced in the centre (self-tonglen, for example)?

4. Periodicity of the Tonglen practice:

a) Is it practiced every day? YES / NO

b) What is the average duration of each practice session?

c) Does the companions participate in the practice? YES / NO

5. Are there any other therapies or meditation practices? YES / NO

If YES, which one?

6. Is there any medical monitoring in the centre?

7. Does the centre has a communication with the patient's doctor?

8. Is the centre responsible of the patient's pharmacological treatment administration?

YES / NO

9. If NOT, the family has the responsibility of the pharmacological treatment administration? YES / NO

10. Since this research started, how many patients were able to reduce the daily doses of analgesic and antiemetic (sintomatical pharmacology)?

c) Qüestionari de recollida de dades de cada pacient. Original i traducció.

CUESTIONARIO BASE DE DATOS PACIENTE TdR Dra. Mónica Oliveras Rozas

Datos de interés del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha del diagnóstico de la enfermedad:

Cuántos días/semanas lleva en Dechen Shying:

¿Desde cuándo practica Tonglén?:

¿Qué tipo de Tonglén le beneficia más? Por qué?

¿Cuánto tiempo dedica al día a la práctica?

¿Sigue algún camino espiritual o religión? ¿Cuál?

Si no es así, en qué o quien se reconforta?

Qué síntoma le ha mejorado más desde que está dentro de este Programa de tratamiento?

¿Ha reducido algún tipo de fármaco para el control de síntomas (analgésicos, antieméticos, laxantes...)?

Muchas gracias.

Data Base. Questionnaire TdR Center

Dr. Monica Oliveras Rozas

Information of the patients

Age:

Sex:

1. Date of the disease diagnosis / When did your doctors gave you the definitive diagnosis of the disease?
2. How many days (weeks) have you been living in DS?
3. For how long have you been practicing Tonglen?
4. What kind of Tonglen is more beneficial for you? Why?
5. How many hours/minutes a day do you dedicate to your practice?
6. Do you follow any spiritual path or religion? If you do, which one?
7. If not, in what or who you turn to in order to feel better?
8. Has any symptom improved since you are in this treatment program? Which one?
9. Has any medicine -made for reducing symptoms- been reduced?

d) Valoració a través de la Escala Edmonton

Patient:

Valoration N° :

Date:

EDMONTONTON SYMPTOM SYSTEM SCALE (ESAS)

List of ten numeric scales that evaluate the intensity average of different symptoms in a determinate time period (24 hrs, 48 hrs., 1 week), according to the patient's condition. The patient will be asked to fill the number that best indicates the intensity of each symptom.

Edmonton Symptom System Scale (ESAS)

	Minimum Symptom	Intensity	Maximum Symptom
1.	No pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible pain
2.	Tiredness	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible tiredness
3.	No nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible nausea
4.	No depression	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible depression
5.	No anxiety	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible anxiety
6.	Drowsiness	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible drowsiness
7.	Good appetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible appetite
8.	Wellbeing	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible feeling of wellbeing
9.	Shortness of breath	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible shortness of breath
10.	No difficult to sleep	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst possible difficult to sleep